

# **BVGer C-1921/2017 vom 4. Februar 2019**

Bundesverwaltungsgericht, 2019-02-04, IT

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bvger\\_C-1921\\_2017](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bvger_C-1921_2017)

FR: TAF C-1921/2017 du 4 février 2019

IT: TAF C-1921/2017 del 4 febbraio 2019

## **Regeste**

Diritto alla rendita

## **Erwägungen**

### **E. 1.1**

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

### **E. 1.2**

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

### **E. 1.3**

In concreto, il ricorso è ammissibile nella misura in cui è stato presentato tempestivamente e nel rispetto dei requisiti previsti dalla legge (art. 59 e 60 LPGA, nonché l'art. 52 cpv. 1 PA) ed altresì l'anticipo relativo alle spese processuali è stato versato nel termine impartito.

#### **E. 2.1.1**

Dal profilo temporale si applicano le disposizioni in vigore al momento della realizzazione dello stato di fatto che deve essere valutato giuridicamente o che produce conseguenze giuridiche (DTF 136 V 24 consid. 4.3 e 130 V 445 consid. 1.2 con rinvii, nonché 129 V 1 consid. 1.2). Se le disposizioni legali si sono modificate nel corso del periodo sottoposto ad esame giudiziario, il diritto alle prestazioni si determina secondo le vecchie disposizioni per il periodo anteriore e secondo le nuove a partire della loro entrata in vigore (applicazione pro rata temporis; DTF 130 V 445).

#### **E. 2.1.2**

Nell'evenienza concreta, la decisione impugnata, con cui è stata respinta la nuova richiesta di prestazioni AI del 31 marzo 2015, è stata emessa il 24 febbraio 2017. Ne consegue che sono applicabili le modifiche legislative di cui alla 6a revisione in vigore dal 1° gennaio

2012 e le successive modifiche (RU 2011 5659; FF 2010 1603), pur non comportanti cambiamenti rispetto al diritto precedente in merito alla valutazione dell'invalidità, entrate in vigore fino alla data della decisione impugnata, ritenuto che l'eventuale diritto alla rendita potrebbe sorgere al più presto il 1° agosto 2015 (ossia sei mesi dopo la presentazione della domanda di prestazioni ex art. 29 cpv. 1 LAI).

### **E. 2.2**

Giova altresì rilevare che il potere cognitivo di questo Tribunale è delimitato dalla data della decisione impugnata, in concreto il 24 febbraio 2017. Il giudice delle assicurazioni sociali esamina infatti la decisione impugnata sulla base della situazione di fatto esistente al momento in cui essa è stata resa (DTF 136 V 24 consid. 4.3). Tiene tuttavia conto dei fatti verificatisi posteriormente quando essi possono imporsi quali elementi d'accertamento retrospettivo della situazione anteriore alla decisione stessa (DTF 129 V 1 consid. 1.2 e 121 V 362 consid. 1b), in altri termini se gli stessi sono strettamente connessi all'oggetto litigioso e se sono suscettibili di influire sull'apprezzamento del giudice al momento in cui detta decisione litigiosa è stata resa (cfr. sentenze del TF 8C\_278/2011 del 26 luglio 2011 consid. 5.5, nonché 9C\_116/2010 del 20 aprile 2010 consid. 3.2.2; DTF 118 V 200 consid. 3a in fine).

### **E. 3**

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. 4.1**

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

### **E. 4.2**

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. 4.3**

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. 4.4**

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. 4.5**

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. 5**

Oggetto del contendere è il mancato riconoscimento del diritto alle prestazioni d'invalidità a A.\_\_\_\_\_, segnatamente se, dopo la soppressione della rendita intera avvenuta il 1° febbraio 2010, il grado di invalidità ha subito una significativa modifica.

#### **E. 5.1**

Il ricorrente, critica innanzitutto gli accertamenti medici su cui l'UAIE ha basato la propria decisione, ritenendo che dalla documentazione medica agli atti emerga un quadro pluripatologico determinante un progressivo aggravamento dello stato di salute. Al fine di dimostrare tale circostanza e le conseguenze sull'abilità lavorativa, egli chiede al Tribunale l'erezione di una perizia giudiziaria. A ulteriore dimostrazione del peggioramento dello stato di salute si avvale dell'invalidità civile attribuitagli dagli enti italiani preposti, postulando per il riconoscimento di un tasso d'invalidità di almeno il 70%.

#### **E. 5.2**

Dal canto suo l'autorità inferiore ritenendo che la documentazione assunta agli atti non permette di oggettivare una modifica significativa dello stato di salute rispetto alla precedente valutazione, tale da giustificare il riconoscimento di una rendita di invalidità, ha ribadito la correttezza della decisione impugnata.

#### **E. 6.1**

In base all'art. 8 cpv. 1 LPGA è considerata invalidità l'incapacità al guadagno totale o parziale presumibilmente permanente o di lunga durata. L'art. 4 cpv. 1 LAI precisa che l'invalidità può essere conseguente ad infermità congenita, malattia o infortunio; il cpv. 2

della stessa norma stabilisce che l'invalidità è considerata insorgere quando, per natura e gravità, motiva il diritto alla singola prestazione.

### **E. 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 di 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). In seguito all'entrata in vigore dell'Accordo bilaterale, la limitazione prevista dall'art. 29 cpv. 4 LAI, secondo il quale le rendite per un grado d'invalidità inferiore al 50% sono versate solo ad assicurati che sono domiciliati e dimorano abitualmente in Svizzera (art. 13 LPGGA), non è più applicabile se l'assicurato è cittadino dell'UE (DTF 130 V 253 consid. 2.3).

### **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 cpv. 1 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 (art. 7 cpv. 2 LPGGA).

### **E. 6.5**

La nozione d'invalidità di cui all'art. 4 LAI e 8 LPGGA è un concetto di carattere economico-giuridico e non medico (DTF 116 V 246 consid. 1b e 110 V 273; v. pure sentenze del TF 8C\_636/2010 del 17 gennaio 2011 consid. 3 e 9C\_529/2008 del 18 maggio 2009). In base all'art. 16 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; metodo generale del raffronto dei redditi). In altri termini, l'assicurazione svizzera per l'invalidità risarcisce soltanto la perdita economica che deriva da un danno alla salute fisica o psichica dovuto a malattia o infortunio, non la malattia o la conseguente incapacità lavorativa (metodo generale del raffronto dei redditi).

### **E. 7.1**

Secondo l'art. 17 cpv. 1 LPGGA, 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.

### **E. 7.2**

La giurisprudenza ha stabilito che le rendite d'invalidità sono soggette a revisione non solo in caso di modifica rilevante dello stato di salute che ha un influsso sull'attività lucrativa, ma anche quando lo stato di salute è rimasto invariato, se le conseguenze sulla capacità di guadagno hanno subito un cambiamento importante (DTF 113 V 275 consid. 1a). La semplice valutazione diversa di circostanze di fatto rimaste sostanzialmente invariate non giustifica una revisione ai sensi dell'art. 17 LPGGA (DTF 112 V 372 consid. 2b e 390 consid. 1b, RCC 1987 p. 36, SVR 2004 IV n. 5 consid. 3.3.3). L'istituto della revisione non può infatti giustificare un riesame incondizionato del diritto alla rendita (cfr. anche: Rudolf Ruedi, Die Verfügungsanpassung als verfahrensrechtliche Grundfigur namentlich von Invalidenrentenrevisionen, in: Schaffhauser/Schlauri, Die Revision von Dauerleistungen in der Sozialversicherung, San Gallo, 1999, p. 15). Per le rendite dell'assicurazione invalidità, infine, anche una modifica di poco conto dello stato di fatto determinante può dare luogo a una revisione se tale modifica determina un superamento (per eccesso o per difetto) di una soglia minima (DTF 133 V 545 consid. 6 con riferimenti a dottrina e giurisprudenza).

### **E. 7.3**

Per quanto attiene alle regole che reggono la procedura di nuova domanda di rendita, va rilevato che qualora, nell'ambito di una prima domanda, la rendita sia stata negata perché il grado d'invalidità era insufficiente, una nuova domanda è riesaminata soltanto se l'assicurato rende verosimile che il grado d'invalidità si è modificato in misura rilevante per il diritto alle prestazioni (art. 87 cpv. 2 e 3 OAI [RS 831.201])

### **E. 7.4**

Se l'amministrazione entra nel merito della domanda deve esaminare la fattispecie da un punto di vista materiale e, in particolare, verificare se la modifica del grado di invalidità si è effettivamente realizzata (DTF 109 V 115).

### **E. 7.5**

Secondo il principio dell'onere probatorio materiale, la situazione giuridica precedente deve permanere se una modifica rilevante della fattispecie non è dimostrabile con il grado di verosimiglianza preponderante (v. sentenza del Tribunale federale 9C\_158/2012 del 5 aprile 2013 consid. 3; SVR 2012 IV n. 18 pag. 81, 9C\_418/2010, consid. 3.1; 9C\_32/2012 consid. 2).

### **E. 7.6**

In ogni caso la revisione della rendita è possibile unicamente se, posteriormente alla pronuncia della decisione iniziale, la situazione invalidante è effettivamente mutata. Non basta invece che una situazione, rima-sta sostanzialmente invariata, sia valutata in modo diverso (RCC 1987 p. 38 consid. 1a e 1985 pag. 336).

### **E. 8.1**

Al fine di accertare se il grado di invalidità si è modificato in maniera tale da influire sul diritto alle prestazioni, si deve confrontare, da un lato, la situazione di fatto relativa

all'ultima decisione cresciuta in giudicato che è stata sottoposta ad esame materiale tramite contestuale accertamento pertinente dei fatti, apprezzamento delle prove e confronto dei redditi, e, dall'altro lato, la situazione di fatto vigente all'epoca del provvedimento litigioso (DTF 133 V 108; sentenza del TF I 759/06 del 5 settembre 2007).

### **E. 8.2**

Nell'evenienza concreta il periodo di riferimento è quello intercorrente fra il 27 aprile 2012, data della decisione con cui è stata soppressa la rendita intera d'invalidità (doc. 157) e il 24 febbraio 2017, data della decisione impugnata, con cui è stata respinta la nuova domanda di prestazioni (doc. 348).

### **E. 9.1**

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.

### **E. 9.2**

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).

### **E. 9.3**

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

### **E. 9.4**

Una valutazione medica completa, comprensibile e concludente che, considerata a sé stante in occasione di un'unica (prima) valutazione del diritto alla rendita, andrebbe ritenuta probante, non assurge a prova attendibile in caso di revisione, se non attesta in modo sufficiente in che modo rispettivamente in che misura ha avuto luogo un effettivo cambiamento nello stato di salute. Sono tuttavia riservati i casi evidenti (SVR 2012 IV n. 18 pag. 81 consid. 4.2). Dalla perizia deve quindi emergere chiaramente che i fatti con cui viene motivata la modifica sono nuovi o che i fatti preesistenti si sono modificati sostanzialmente per quanto riguarda la loro natura rispettivamente la loro entità.

L'accertamento di una modifica dei fatti è in particolare sufficientemente comprovata se i periti descrivono quali aspetti concreti nell'evoluzione della malattia e nell'andamento dell'incapacità lavorativa hanno condotto alla nuova valutazione diagnostica e alla stima dell'entità dei disturbi. Le summenzionate esigenze devono trovare riscontro nel tenore delle domande poste al perito (sentenza del TF 9C\_158/2012 del 5 aprile 2013; SVR 2012 IV pag. 81 consid. 4.3).

#### **E. 9.5.1**

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). A tal proposito, il Tribunale federale ha stabilito degli indicatori per la valutazione del carattere invalidante delle affezioni psicosomatiche (DTF 141 V 281 consid. 4.1.3).

#### **E. 9.5.2**

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. 9.5.3**

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. 9.6**

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 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 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 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. 9.7**

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

#### **E. 9.8**

Non va infine dimenticato che se vi sono dei rapporti medici contraddittori il giudice non può evadere la vertenza senza valutare l'intero materiale e indicare i motivi per cui si fonda su un rapporto piuttosto che su un altro (sentenza del Tribunale federale delle assicurazioni I 673/00 dell'8 ottobre 2002). Al riguardo va tuttavia precisato che non si può pretendere dal giudice che raffronti i diversi pareri medici e parimenti esponga correttamente da un punto di vista medico, come farebbe un perito, i punti in cui si evidenziano delle carenze e qual è l'opinione più adeguata (sentenza del Tribunale federale I 166/03 del 30 giugno 2004).

consid. 3.3).

### **E. 10.1**

Nel caso concreto, per procedere alla soppressione della rendita intera fino ad allora percepita da A.\_\_\_\_\_, l'amministrazione si era fondata sulla perizia pluridisciplinare del 6 luglio 2009 del centro MEDAS di Berna (doc. 73) e sulle delucidazioni fornite il 26 maggio 2011 dal dr. E.\_\_\_\_\_, specialista in neurologia e psichiatria (doc. 126).

#### **E. 10.1.1**

Dal referto pluridisciplinare (doc. 73 p. 23) era emerso un sensibile miglioramento dello stato di salute rispetto al momento in cui la rendita era stata attribuita. A mente dei periti, infatti, non soltanto non erano più oggettivamente le problematiche osservate nel 2000 (segnatamente psicosi acuta polimorfa senza sintomi schizofrenici [ICD-10: F23.0]; problemi legati all'immigrazione e alla lingua [ICD-10: Z65, Z60]; sindrome da dolore somatoforme cronico [ICD-10: F45.0]) ma neppure era riscontrabile, al momento dell'esame, alcuna patologia invalidante, sia dal punto di vista somatico, che da quello psichiatrico. Tale miglioramento - non riconducibile alla terapia farmacologica che i test del sangue hanno dimostrato essere seguita soltanto occasionalmente (doc. 73 p. 21) - risultava essere in netta contrapposizione con i disturbi soggettivamente lamentati dall'assicurato, che tuttavia aveva dimostrato a più riprese dei comportamenti dimostrativi ed enfatizzato sintomi e dolori nel corso dell'esame (doc. 73 pp. 20-21). Sulla base delle valutazioni in ambito internistico, reumatologico, neurologico e psichiatrico era stata quindi posta la diagnosi di personalità che simula una malattia con ovvia motivazione (simulazione [ICD-10: Z76.5]) e l'interessato era stato ritenuto in grado di riprendere a svolgere un'attività sostitutiva, mediamente pesante, senza particolari limitazioni al 100% (doc. 73 pp. 22-23). Era stato inoltre segnalato che l'assicurato, dopo aver letto il referto peritale, avrebbe potuto manifestare una "grave recidiva" dei sintomi psichici con l'apparizione di "nuovi disturbi somatici", al fine di dimostrare la persistenza di un'incapacità lavorativa totale (doc. 73 p. 22).

#### **E. 10.1.2**

Nel rapporto del 26 maggio 2011 il dr. E.\_\_\_\_\_, dopo aver esaminato la nuova documentazione medica esibita dal ricorrente, aveva riferito di non aver nulla da aggiungere o da modificare rispetto alla valutazione esposta nella perizia pluridisciplinare. Egli aveva in particolare segnalato che il ricovero presso cliniche psichiatriche in Italia, come elemento in sé, non dimostrava un aggravamento persistente dello stato di salute dell'interessato. A maggior ragione considerato che agli atti non figuravano trattamenti stazionari riferiti a disturbi psichiatrici e tenuto conto del fatto che, secondo gli esami del sangue, non risultava che il ricorrente avesse assunto con regolarità i farmaci prescritti nei vari certificati medici prodotti. Chinandosi sul preteso "disturbo depressivo maggiore (con manifestazioni psicotiche)" segnalato da differenti medici curanti (cfr. ad es. doc. 103 pp. 1-9 e 10; doc. 114 pp. 1, 11, 24, 56, 65-67), il dr. E.\_\_\_\_\_, pur ammettendone la supposta esistenza, aveva riferito che tale diagnosi non permetteva comunque di fornire alcuna risposta al quesito relativo alla capacità medico-teorica e all'esigibilità lavorativa residua. Tanto più che sotto questo aspetto i referti medici prodotti risultavano estremamente succinti e inadeguati ai fini medico-assicurativi (doc. 126).

#### **E. 10.1.3**

Le valutazioni peritali erano state fatte proprie dal dr. F.\_\_\_\_\_, specialista in psichiatria e psicoterapia del SMR che, nell'annotazione del 17 novembre 2011 (doc. 140) e nel rapporto del 27 marzo 2012 (doc. 156), aveva quindi escluso la necessità di ulteriori accertamenti specialistici.

### **E. 10.2**

Sulla scorta dei summenzionati atti medici, l'autorità inferiore aveva ritenuto assodato il miglioramento dello stato di salute a partire dal 6 maggio 2009, non essendovi più traccia delle turbe psichiche diagnosticate nel 2000. Non disponendo di un dettagliato mansionario della professione di marmista i periti avevano rinunciato ad esprimersi riguardo all'abilità lavorativa dell'attività abituale e ritenuto prudenzialmente la stessa non più durevolmente esigibile nonostante l'assicurato fosse ancora in grado di svolgere lavori da medio pesanti a pesanti (cfr. doc. 73 p. 22 - proprio per questo il dr. G.\_\_\_\_\_, medico generalista del servizio medico dell'AI, nell'annotazione dell'11 agosto 2009 aveva ritenuto l'interessato interamente abile in qualsiasi attività [doc. 74]). Attenendosi alle indicazioni dei periti, l'UAIE aveva quindi considerato l'insorgente completamente abile al lavoro in un'attività sostitutiva leggera e confacente, in qualità di operaio non qualificato, portinaio, custode, sorvegliante di parcheggi o di musei, magazziniere, fattorino per piccole consegne con veicolo, edicolante, cassiere, riparatore di piccoli apparecchi domestici, standardista, telefonista o come addetto alla registrazione, alla classificazione, alla distribuzione della posta interna (doc. 157).

### **E. 11.1.1**

Nell'ambito della nuova domanda di prestazioni del 31 marzo 2015, oltre alla documentazione già agli atti (fra cui figura anche quella prodotta nell'ambito delle due procedure terminate con il mancato esame nel merito [doc. 159-243]), l'insorgente ha trasmesso numerosi nuovi certificati medici, nei quali vengono per lo più prescritti medicinali e saltuariamente dei periodi di riposo (doc. 247-257).

### **E. 11.1.2**

Ha trasmesso inoltre la documentazione medica e infermieristica relativa al ricovero avvenuto fra il 28 maggio e il 17 giugno 2014 (doc. 245), tra cui si segnala la lettera di dimissione dal Ospedale H.\_\_\_\_\_ di I.\_\_\_\_\_ del 17 giugno 2014 nella quale sono state poste le diagnosi di "depressione maggiore, episodio ricorrente, grave, con comportamento psicotico (296.34); disturbo di somatizzazione (300.81); disturbo di personalità SAI (301.9); dislipidemia mista (272.2); ipertrofia prostatica benigna (600.0); (modesta) spondilosi dorso-lombare (721.2)" per le quali è stato prescritto un trattamento farmacologico e periodici controlli (doc. 246).

### **E. 11.1.3**

Di rilievo è infine la perizia medica particolareggiata E213 del 26 maggio 2015 (doc. 244), nella quale il dr. J.\_\_\_\_\_, la cui specializzazione non è nota, ha posto la diagnosi di: "depressione maggiore grave, con comportamento psicotico (codice: 29630); disturbo di personalità; spondilosi dorso-lombare; diabete mellito". Il medico ha indicato che l'interessato è in grado di svolgere in autonomia, anche al domicilio, lavori leggeri, senza ritmi particolarmente stressanti, nei quali non sia tenuto a lavorare di notte o in un ambiente rumoroso o con rischio di cadute, che non richiedano frequenti flessioni, il sollevamento e il trasporto di pesi e la salita su piani inclinati o scale. Alla luce dei suddetti limiti funzionali, il dr. J.\_\_\_\_\_ ha considerato l'interessato in grado di svolgere sia la precedente

professione che un lavoro adeguato nella misura del 25% (doc. 244 p. 9).

### **E. 11.2**

La documentazione prodotta dall'assicurato è stata quindi sottoposta al dr. K.\_\_\_\_\_, medico generalista del servizio medico dell'UAIE, che nell'annotazione dell'11 luglio 2015 ha ritenuto non sussistere dal punto di vista somatico dei cambiamenti dello stato clinico tali da giustificare il riconoscimento di un'inabilità lavorativa (doc. 263) e al dr. D.\_\_\_\_\_, che nell'annotazione del 18 febbraio 2016 ha proposto di sottoporre l'insorgente a un nuovo esame peritale per valutare l'aspetto psichiatrico (doc. 267).

### **E. 11.3**

Dell'ulteriore documentazione medica prodotta dall'assicurato (doc. 296), si cita qui di seguito i referti più rilevanti: - Il rapporto del 13 dicembre 2014 del dr. L.\_\_\_\_\_, medico chirurgo specialista in criminologia clinica, il quale ha posto le diagnosi seguenti: "psicosi cronica in soggetto con disturbo depressivo maggiore; artrosi polidistrettuale in soggetto con artrite sieronegativa; bronco-pneumopatia cronica BPCO; esiti cicatriziali di colecistectomia in soggetto con epatosteatosi e sindrome dispeptica; ipertrofia prostatica benigna". A mente del dr. L.\_\_\_\_\_, le suddette patologie, pur non specificando in quale professione, determinano un'incapacità lavorativa totale, non essendo per altro mai regredite - neppure temporaneamente - dal momento dell'attribuzione della rendita AI nel 2001 (doc. 296 p. 48-52). - La lettera di dimissione dal Ospedale H.\_\_\_\_\_, di I.\_\_\_\_\_, del 2 febbraio 2016, relativa al ricovero del 25 gennaio 2016, nella quale sono state poste le diagnosi di "disturbo di personalità misto; disturbo dell'umore NAS". Nel corso della degenza, il comportamento dell'insorgente è migliorato e i livelli di tensione sono regrediti. Quest'ultimo è stato dimesso con una rinnovata prescrizione farmacologica (doc. 296 p. 135). - La lettera di dimissione dal Ospedale H.\_\_\_\_\_, di I.\_\_\_\_\_, del 16 maggio 2016, avvenuto contro il parere dei medici curanti a seguito del ricovero del 12 maggio. Nello stesso si legge le seguenti diagnosi "disturbo dell'umore NAS (296.90); disturbo di personalità NAS (301.9); ipertensione arteriosa (401.9); dislipidemia mista (272.2); ipertrofia prostatica benigna (600.0)", per le quali è stata prescritta una terapia a base di farmaci (doc. 296 p. 53). - Il verbale della "Commissione medica per l'accertamento dell'invalidità civile, delle condizioni visive e della sordità" del 18 maggio 2016, nel quale è stato riconosciuto al ricorrente una riduzione permanente della capacità lavorativa dal 74% al 99% in ragione della diagnosi di "disturbo depressivo maggiore in psicosi cronica; note spondiloartrosiche" (doc. 296 p. 47).

### **E. 11.4**

L'amministrazione, esaminata la documentazione prodotta, ha dal canto suo assunto agli atti la perizia psichiatrica del 13 giugno 2016 (doc. 296 pp. 1-29) nella quale il dr. C.\_\_\_\_\_, ha riassunto la cronistoria medica, esposto un'anamnesi completa e indicato il risultato degli esami clinici e strumentali eseguiti, che hanno messo in evidenza delle discrepanze con le indicazioni soggettive fornite dall'assicurato. Infatti, pur asserendo di soffrire di importanti e cronici dolori, nel corso della visita l'interessato non ne ha mai dato segno; oltre a ciò i risultati dei test (durante i quali ha dato prova di grande difficoltà ad eseguire operazioni relativamente basilari quali sottrazioni, scrittura di una frase di senso compiuto o di copia di un disegno geometrico) sono apparsi poco compatibili con la sufficiente autonomia nell'organizzazione della giornata descritta da quest'ultimo (in grado di eseguire dei pagamenti in posta e di provvedere al proprio vestiario). Il perito ha escluso la diagnosi di

"episodio depressivo maggiore", non essendo la componente affettiva né atipica, né particolarmente grave. Ha inoltre ritenuto non oggettivati i "sintomi extrapiramidali" lamentati dall'assicurato, forse riconducibili a un'assunzione dei farmaci discontinua (doc. 296 p. 25). Il dr. C. \_\_\_\_\_ ha quindi indicato che: "attualmente i sintomi lamentati dall'assicurato sono sostanzialmente invariati rispetto all'ultima decisione cresciuta in giudicato dell'aprile del 2012 e questo vale anche per la descrizione clinica che emerge dalle cartelle cliniche dell'SPDC anche durante i ricoveri, fatta eccezione per quello del gennaio 2016, in cui comparirebbero sintomi psicotici di tipo mistico, anche se a mio avviso maggiormente attribuibili ad un delirio di tipo immaginativo" (doc. 296 p. 25). In tal senso ha inoltre precisato che "La presa a carico da parte del servizio psichiatrico territoriale di I. \_\_\_\_\_, come si evince dalla cartella clinica, appare regolare a cadenza mensile o bimestrale tranne un periodo di interruzione tra il novembre 2012 e il marzo 2013 e si devono considerare due ricoveri nel gennaio e maggio 2016 che avvengono tuttavia dopo un lungo periodo senza degenze stazionarie durato almeno 18 mesi, in cui la terapia è rimasta sostanzialmente invariata, il che farebbe pensare ad un quadro abbastanza stabile a fronte della segnalazione da parte dell'assicurato e della moglie di un peggioramento netto nell'ultimo anno e mezzo. Tutti i suddetti elementi di decorso depongono per una sostanziale invarianza rispetto alla valutazione precedente (...)" (doc. 296 p. 25). Ciò posto, il dr. C. \_\_\_\_\_ ha esposto alcune considerazioni che si discostano dalle precedenti conclusioni. Ha in particolare escluso la diagnosi di simulazione, ritenendo che anche a fronte della tendenza ad amplificare i sintomi l'insorgente non presentasse le caratteristiche di consapevolezza piena, ma piuttosto "segni importanti di sofferenza oggettiva" vivendo in un ambiente poco stimolante ma al contempo molto tollerante verso la malattia. Il perito ha inoltre affermato che i segni clinici solitamente rilevanti ai fini di determinare un'evoluzione non favorevole, ossia "la durata, la resistenza alla terapia, la presenza di automatismi mentali e la scarsa critica di malattia" sono tutti presente nella fattispecie. Per tale ragione egli ha dichiarato di condividere le conclusioni a cui era giunto il dr. M. \_\_\_\_\_ nel rapporto del 13 giugno 2013 (doc. 173) ed ha pertanto indicato, quale diagnosi con influsso sulla capacità lavorativa, la "sindrome schizoaffettiva di tipo misto (F25.11)" (doc. 296 p. 26). Alla luce di tali considerazioni, dalla data della visita peritale, il dr. C. \_\_\_\_\_ - dicendosi cosciente di esprimere una differente valutazione della fattispecie - ha attestato un'inabilità del 50% in qualsiasi attività lavorativa, tasso comunque migliorabile di un ulteriore 20% in caso di assunzione regolare della terapia medicamentosa prescritta da parte dell'assicurato (doc. 296 pp. 26-27). Degli interventi di integrazione professionale, per contro, non sono stati ritenuti suscettibili di apportare un ulteriore miglioramento alla capacità lavorativa (doc. 296 p. 28).

#### **E. 11.5.1**

Nell'annotazione del 14 novembre 2016 il dr. D. \_\_\_\_\_ ha espresso delle perplessità riguardo alle valutazioni peritali, distanziandosi in particolare dalle conclusioni riguardanti l'incapacità lavorativa, le quali, a suo dire, già solo per la constatazione da parte del perito di una situazione sostanzialmente invariata rispetto al 2009, non potevano essere condivise (doc. 324 p. 1). Il dr. D. \_\_\_\_\_ ha inoltre segnalato che il numero ICD-10 indicato dal perito per la diagnosi di "Sindrome schizoaffettiva di tipo misto (F25.11)" non esiste. Infine ha criticato il dr. C. \_\_\_\_\_ per essersi deliberatamente fondato sulle pur dubbie dichiarazioni dell'assicurato, piuttosto che sui referti oggettivi, oltre che per aver giudicato in modo differente una fattispecie altrimenti immutata, senza aver indicato le ragioni delle suddette scelte. Nell'annotazione del 9 dicembre 2016 il dr. D. \_\_\_\_\_ ha pertanto

considerato l'interessato completamente abile al lavoro, da sempre, sia nella professione abituale che in una sostitutiva senza particolari limitazioni (doc. 326).

#### **E. 11.6**

Unitamente alle osservazioni al progetto di decisione del 27 dicembre 2016, l'insorgente ha prodotto numerosi documenti medici, in buona parte già agli atti, ad eccezione dei seguenti: - La lettera di dimissione dal Ospedale H.\_\_\_\_\_ di I.\_\_\_\_\_ del 30 dicembre 2016, nella quale sono state poste le diagnosi di "disturbo di personalità misto; disturbo dell'umore NAS". Come in occasione dei precedenti ricoveri, nel corso della degenza, iniziata il 15 dicembre 2016, il comportamento dell'insorgente è migliorato e i livelli di tensione sono regrediti. Quest'ultimo è stato dimesso con la terapia farmacologica già prescritta in occasione dell'ultimo ricovero (doc. 330). - La lettera di dimissione del Centro di salute mentale (CSM) di B.\_\_\_\_\_ del 16 gennaio 2017, nella quale è stata posta la diagnosi di "ritardo mentale moderato (318.0) con fenomeni di innesto psicotico". Il decorso è stato regolare e alla dimissione l'insorgente appariva tranquillo, adeguato nel comportamento, più stabile nel tono umorale e relativamente più congruo sul piano ideativo. La prescrizione farmacologica in atto è stata rinnovata (doc. 329).

#### **E. 11.7**

Riferendosi alla documentazione prodotta, nell'annotazione del 17 febbraio 2017 il dr. D.\_\_\_\_\_ non ha riscontrato alcun elemento nuovo non considerato in precedenza. In particolare riguardo ai quattro brevi periodi di degenza avvenuti in gennaio 2016 (doc. 343 [=296 p. 135]), maggio 2016 (doc. 331 [=296 p. 53]), dicembre 2016 (doc. 330) e gennaio 2017 (doc. 229), egli ha precisato che si è sempre trattato di ricoveri volontari riconducibili all'insostenibile comportamento tenuto dall'insorgente nei confronti della propria famiglia, problematica da tempo nota e di cui già era stato tenuto conto nel rapporto peritale. Il dr. D.\_\_\_\_\_ ha ritenuto tali eventi come delle crisi episodiche, piuttosto che dei disturbi psichiatrici di lunga durata, aggiungendo che sebbene dalla documentazione emerga che l'assicurato dispone di capacità cognitive ridotte, tale circostanza non è tuttavia rilevante sotto il profilo assicurativo (doc. 347).

#### **E. 12.1**

In sede di ricorso è stata prodotta della documentazione medica già figurante agli atti (doc. TAF 1), circostanza rimarcata dal dr. D.\_\_\_\_\_, che si è semplicemente riconfermato nella valutazione del 17 febbraio 2017 (cfr. annotazione del 27 giugno 2017 allegata al doc. TAF 11). Dal canto suo il dr. K.\_\_\_\_\_ ha ritenuto il caso di puro interesse psichiatrico, non riscontrando dalla documentazione in parola alcun'indicazione circa la presenza di patologie croniche e invalidanti dal punto di vista somatico (annotazione del 27 giugno 2017 allegata al doc. TAF 11).

#### **E. 12.2**

Ulteriori atti medici sono stati prodotti in corso di causa dal ricorrente, in parte già noti, in parte inediti, di cui si riporta qua di seguito i più rilevanti: - Il rapporto del 15 settembre 2017 del dr. L.\_\_\_\_\_, nel quale ha riferito di un peggioramento delle condizioni psichiche rispetto a quelle osservate nel dicembre 2014, in ragione dell'evidente "instabilità psichica in cui fasi di chiusura, mutismo, disagio e insofferenza si alternano a momenti di confabulazione megalomantica e di interpretatività incongrua accompagnata sovente da manifestazioni allucinatorie". Tale condizione e la progressiva involuzione degenerativa in atto sin dal 2009, secondo il medico ha determinato un'inabilità totale in qualsiasi

professione nel biennio compreso fra il 27 aprile 2012 e il 2 aprile 2014. Per il resto il dr. L.\_\_\_\_\_, riprendendo l'anamnesi e le diagnosi già esposte nel precedente rapporto, ha ribadito che l'assicurato, a partire dal momento dell'esame, era da considerarsi totalmente e permanentemente inabile al lavoro, pur non specificando in quale professione (allegato al doc. TAF 14). - L'esame di TAC cerebrale del 21 dicembre 2016, dal quale è emersa un iniziale atrofia corticale, in un contesto comunque nella norma (allegato al doc. TAF 14). - I certificati del 30 ottobre e del 2 novembre 2017 del dr. N.\_\_\_\_\_, la cui specializzazione non è nota, che ha posto la diagnosi di "disturbo depressivo maggiore in psicosi cronica", prescrivendo la continuazione della cura farmacologica (allegato al doc. TAF 17). - La lettera di dimissione dal Ospedale H.\_\_\_\_\_ di I.\_\_\_\_\_ del 13 gennaio 2018, nella quale sono stata poste le diagnosi di "disturbo dell'umore NAS; disturbo di personalità NAS; ipertensione arteriosa; dislipidemia mista; ipertrofia prostatica benigna". Nel corso della degenza, iniziata il 6 gennaio 2018, il comportamento dell'insorgente è migliorato grazie alla reintroduzione della terapia farmacologica, la cui continuazione è stata prescritta anche a seguito della dimissione (allegato al doc. TAF 24). - Il rapporto del 16 marzo 2018 del dr. O.\_\_\_\_\_, medico chirurgo, specialista in medicina preventiva dei lavoratori e psicotecnica, nel quale ha posto le seguenti diagnosi: "grave disturbo depressivo maggiore in psicosi cronica e sindrome extrapiramidale; spondilodiscoartrosi con episodi di irritazione radicolare; broncopatia cronica; ipertensione arteriosa". In ragione delle summenzionate "patologie croniche ad evoluzione progressivamente peggiorativa" il dr. O.\_\_\_\_\_ ha ritenuto l'insorgente completamente inabile al lavoro, in qualsiasi attività, sin dal mese di aprile 2012 (allegato al doc. TAF 29).

### **E. 12.3**

Confrontato a più riprese con i nuovi referti prodotti, il dr. D.\_\_\_\_\_ si è riconfermato nelle proprie valutazioni, non ritenendo che l'assicurato abbia apportato nuovi elementi suscettibili di valutare in maniera differente il caso (cfr. annotazione del 25 novembre 2017 allegata al doc. TAF 19). Ha in particolare segnalato l'assenza dei codici ICD-10 accanto alle diagnosi poste dai vari medici curanti, oltre che dell'indicazione degli esami su cui esse si fondano (cfr. annotazione del 15 febbraio 2018 allegata al doc. TAF 26) ed ha diffusamente contestato la valenza del rapporto del dr. O.\_\_\_\_\_, in quanto privo di fondamento scientifico e in contraddizione con la documentazione già agli atti, in particolare la perizia del dr. C.\_\_\_\_\_ (cfr. annotazione del 15 febbraio 2018 allegata al doc. TAF 26).

### **E. 13.1**

L'art. 59 cpv. 2bis LAI ricorda che i servizi medici regionali sono a disposizione degli uffici AI per valutare le condizioni mediche del diritto alle prestazioni, stabiliscono la capacità funzionale dell'assicurato - determinante per l'AI secondo l'art. 6 LPGA - di esercitare un'attività lucrativa o di svolgere le mansioni consuete in una misura ragionevolmente esigibile e sono indipendenti per quanto concerne le decisioni in ambito medico nei singoli casi. Scopo e senso dell'art. 59 cpv. 2bis LAI, come pure dell'art. 49 OAI risiedono nella possibilità, per gli uffici AI, di fare capo ai propri medici per la valutazione degli aspetti sanitari del diritto alla rendita. Questi ultimi, grazie alle loro specifiche conoscenze medico-assicurative, sono quindi chiamati a valutare la capacità funzionale della persona assicurata. In questo modo è stata creata una chiara separazione di competenze tra medici curanti e assicurazione sociale. Sulla base delle indicazioni del SMR, l'UAI deve così decidere cosa si può ragionevolmente pretendere da un assicurato e cosa invece no

(sentenza del TF 9C\_9/2010 del 29 settembre 2010 consid. 2). Peraltro, i rapporti SMR hanno la funzione di effettuare una sintesi delle informazioni e degli esami medici di cui agli atti di causa e formulare delle raccomandazioni quanto al seguito da dare all'incarto da un punto di vista medico (sentenza del TF 9C\_542/2011 del 26 gennaio 2012 consid. 4.1). Per poter loro attribuire pieno valore probatorio, i rapporti dei servizi medici regionali devono essere redatti da medici che dispongono delle qualifiche specialistiche richieste nel singolo caso di specie. Se ciò non è il caso, il loro valore probatorio è affievolito (sentenza del TF 9C\_826/2009 del 20 luglio 2010 consid. 4.2).

### **E. 13.2**

I rapporti interni del SMR ai sensi dell'art. 49 cpv. 3 LAI non pongono autonomamente delle diagnosi, bensì apprezzano sotto l'aspetto medico i reperti esistenti. Il loro compito è di sintetizzare - a beneficio anche dell'amministrazione e dei tribunali che altrimenti non dispongono necessariamente di simili conoscenze specialistiche - la situazione medica. Non è dunque indispensabile che la persona assicurata venga visitata. Il SMR esegue direttamente esami medici solo se lo ritiene necessario. Negli altri casi rende la propria valutazione sulla base della documentazione esistente. L'assenza di propri esami diretti non costituisce, per invalsa giurisprudenza, un motivo per mettere in dubbio la validità di un rapporto SMR se esso soddisfa altrimenti le esigenze di natura probatoria generalmente riconosciute (SVR 2009 IV n. 56 pag. 174 [9C\_323/2009] consid. 4.3.1 con riferimenti; cfr. pure sentenza 9C\_294/2011 del 24 febbraio 2012 consid. 4.2; cfr. anche sentenza 9C\_787/2012 del 20 dicembre 2012, consid. 4.2.1).

### **E. 14**

Dalle considerazioni che precedono risulta che per negare il diritto alla rendita a A.\_\_\_\_\_, in particolare il mancato peggioramento dello stato di salute rispettivamente della capacità lavorativa rispetto al 2009, l'amministrazione si è fondata sulle conclusioni esposte dal dr. D.\_\_\_\_\_ - consultato a più riprese per valutare la perizia psichiatrica del dr. C.\_\_\_\_\_, oltre che l'intera documentazione medica prodotta dall'assicurato - nonché di quelle del dr. K.\_\_\_\_\_, entrambi medici del servizio medico dell'UAIE.

### **E. 15.1**

Per quanto concerne le patologie di natura fisica e somatica, nell'annotazione dell'11 luglio 2015, esprimendosi in merito agli atti medici trasmessi unitamente alla nuova domanda, il dr. K.\_\_\_\_\_ ha riferito di non intravedere dei cambiamenti dello stato clinico rispetto al 2009, tali da giustificare il riconoscimento di un'inabilità lavorativa (doc. 263). In maniera analoga nell'annotazione del 27 giugno 2017, il dr. K.\_\_\_\_\_ ha indicato che la documentazione inoltrata dal ricorrente "non contiene indicazioni in merito a una patologia cronica e invalidante dal lato somatico" e precisato che "si tratta di un caso puramente psichiatrico" (allegato al doc. TAF 11).

### **E. 15.2.1**

Orbene, passando in rassegna l'incarto medico, non vi è in effetti traccia di alcuna valutazione specialistica che renda quantomeno verosimile l'insorgere di nuove problematiche di natura fisica o l'aggravamento di quelle già esistenti (che in precedenza, giova precisarlo, non avevano influsso sulla capacità lavorativa). A ben vedere, sebbene a più riprese dei medici curanti abbiano diagnosticato la presenza di simili patologie, essi non hanno tuttavia mai indicato sulla base di quali accertamenti strumentali o specialistici abbiano tratto le proprie conclusioni.

### **E. 15.2.2**

Tale è il caso, ad esempio, per la broncopolmonite cronica BPCO, diagnosticata per la prima volta dal dr. L. \_\_\_\_\_ nel rapporto del 13 dicembre 2014 (doc. 296 pp. 48-52), ribadita il 15 settembre 2017 (allegato al doc. TAF 14) e ripresa dal dr. O. \_\_\_\_\_ nel referto del 16 marzo 2018 (allegato al doc. TAF 29), nonostante non figurino negli atti alcun esame spirometrico o test della funzionalità polmonare volti a dimostrare la bontà di tale diagnosi e l'effettiva esistenza di tale affezione, riguardo alla quale, peraltro, neppure si è mai espresso uno specialista in pneumologia. Lo stesso vale per l'artrosi polidistrettuale, diagnosticata sempre dal dr. L. \_\_\_\_\_ nel rapporto del 13 dicembre 2014 (doc. 296 pp. 48-52), come pure per la spondilodiscoartrosi con episodi di irritazione radicolare, diagnosticata dal dr. O. \_\_\_\_\_ nel referto del 16 marzo 2018 (allegato al doc. TAF 29). A dimostrazione di tali patologie, di origine degenerativa e sovente legate all'età, non vi è negli atti alcun recente esame radiografico, TAC o di risonanza magnetica, né tantomeno una valutazione specialistica in ambito reumatologico o ortopedico. Quanto ai referti neurologici del 2015 (cfr. doc. 296 pp. 66, 67) - dai quali non emerge né un'anamnesi, né una descrizione dettagliata delle problematiche riscontrate durante l'esame clinico, né tantomeno una precisa diagnosi - al di là dell'indicazione quale "referto di visita specialistica", essi non permettono di avvalorare alcunché, ritenuto che neppure è dato sapere per quale esatta affezione tali visite siano state eseguite (limitandosi a prescrivere dei farmaci).

### **E. 15.2.3**

Riguardo alle ulteriori diagnosi di ipertrofia prostatica (doc. 246), epatosteatosi (comunemente definita fegato grasso - doc. 296 p. 48-52), diabete mellito (doc. 244), sindrome dispeptica (ossia una malattia riguardante il tratto digestivo superiore - doc. 296 p. 48-52) e colecistectomia (ossia l'asportazione della cistifellea - doc. 296 p. 48-52), pur ammettendone l'esistenza sulla sola base dell'indicazione dei medici curanti, in assenza di accertamenti internistici e di indicazioni specialistiche, occorre rilevare che le stesse - spesso correlate all'età o all'alimentazione - non hanno generalmente alcun influsso sulla capacità lavorativa della persona che ne è affetta. D'altro canto, ad eccezione del dr. L. \_\_\_\_\_ che ne quantifica l'incidenza nella misura del 10%, nessun altro medico, né tantomeno uno specialista ha riferito di un'incapacità lavorativa riconducibile alle stesse.

### **E. 15.3**

In definitiva, dunque, la valutazione esposta dal dr. K. \_\_\_\_\_ appare convincente e quindi condivisibile. Ne consegue che, rispetto al 2009, dal punto di vista somatico e fisico non è stato attestato alcun aggravamento delle condizioni di salute, o quantomeno non tale da influenzare la capacità lavorativa dell'assicurato.

### **E. 16.1**

Per quanto riguarda le problematiche di natura psichiatrica, alla luce delle prese di posizione del dr. D. \_\_\_\_\_ l'autorità inferiore si è discostata dal parere del perito che essa stessa aveva incaricato di valutare il caso.

#### **E. 16.1.1**

Giova rammentare che nell'ambito della perizia pluridisciplinare del 6 luglio 2009 le problematiche che avevano permesso l'attribuzione di una rendita di invalidità nel 2001, non erano più state riscontrate. Quanto ai disturbi soggettivamente lamentati dall'assicurato,

essi risultavano in contrasto con i riscontri oggettivi, attestanti un netto miglioramento dello stato di salute. Tale circostanza, unitamente al comportamento a tratti contraddittorio assunto dall'assicurato durante l'esame clinico (enfaticizzazione dei dolori, tentativo di assumere farmaci prima dei test), avevano indotto i periti a proporre la diagnosi di simulazione. Come rettamente rilevato dal dr. D.\_\_\_\_\_ (doc. 324), la documentazione medica prodotta dall'assicurato dopo la valutazione peritale del 2009 e con la nuova domanda del 31 marzo 2015, non ha apportato alcun elemento nuovo, suscettibile di mettere in discussione le conclusioni esposte sopra. Su tale aspetto concorda pure il dr. C.\_\_\_\_\_, che nella perizia del 13 giugno 2016 ha riscontrato un quadro clinico e disfunzionale sostanzialmente invariato rispetto alla valutazione pluridisciplinare (doc. 296 p. 28). Ciononostante, quest'ultimo ha respinto la diagnosi ritenuta nella precedente perizia ed ha, con cognizione di causa, espresso una differente valutazione della fattispecie, riconoscendo un'incapacità lavorativa del 50% (doc. 296 p. 26). In simili circostanze, la discrepanza relativa all'entità della capacità lavorativa residua riscontrata nelle due perizie non è chiaramente riconducibile ad un peggioramento dello stato di salute, bensì ad un diverso apprezzamento da parte del dr. C.\_\_\_\_\_ dell'incidenza della situazione valetudinaria sulla capacità lavorativa dell'assicurato. In altre parole, le conclusioni cui è giunto il perito paiono più che altro consistere in una valutazione differente di fatti sostanzialmente immutati. Già solo per questi motivi, la perizia del 13 giugno 2016 non è convincente e viola quindi i principi giurisprudenziali in materia.

#### **E. 16.1.2**

Oltre a ciò, come segnalato dal dr. D.\_\_\_\_\_ (doc. 324), la perizia del dr. C.\_\_\_\_\_ è carente di una motivazione che permetta di comprendere la ragione per cui quest'ultimo - dopo aver constatato l'assenza di elementi oggettivi attestanti una modifica significativa dello stato di salute - ha deciso dare piena fiducia alle dichiarazioni dell'assicurato. Motivazione senz'altro opportuna vista l'avvertenza esposta nella perizia pluridisciplinare (laddove si segnalava che nell'intento di dimostrare il persistere dell'inabilità lavorativa l'assicurato avrebbe potuto manifestare una grave recidiva o dei nuovi disturbi somatici [doc. 73 p. 22]) e oltremodo necessaria alla luce delle indicazioni talvolta contrastanti fornite nel corso dell'esame peritale del 6 giugno 2016 e sulle quali lo stesso dr. C.\_\_\_\_\_ ha espresso dei dubbi. Si veda ad esempio la dichiarazione secondo cui il ricorrente, da alcuni anni, soffre di dolori alla schiena tali da imporgli di interrompere il lavoro e sedersi, nonostante lo stesso sostenga al contempo di utilizzare giornalmente e per ogni suo spostamento la bicicletta (doc. 296 p. 21); o ancora il fatto di non essere stato in grado di svolgere delle prove molto semplici di conteggio e scrittura durante i test clinici, circostanza poco compatibile con la sufficiente autonomia nell'organizzazione della giornata descritta dall'assicurato stesso (che riferisce di provvedere personalmente ai pagamenti delle bollette alla posta - p. 21 e 23); o infine il fatto di non aver mai manifestato segni di sofferenza, durante il colloquio peritale, nonostante gli importanti dolori che l'interessato sostiene di avere e la generale tendenza, riscontrata anche in occasione della valutazione peritale del 2009, di amplificare i sintomi (p. 24 e 26). Dalla perizia non si evince inoltre con chiarezza quali sono stati gli esatti motivi che hanno indotto il dr. C.\_\_\_\_\_ a valutare in maniera differente una situazione da lui stessa considerata priva di significative mutazioni rispetto al 2009.

#### **E. 16.1.3**

Da ultimo, come giustamente osservato dal dr. D.\_\_\_\_\_, non esiste una "Sindrome schizoaffettiva di tipo misto" rubricata sotto il numero ICD-10: F25.11. La perizia risulta pertanto inesatta. Nel valutare tale imprecisione è possibile scartare l'errore di battitura, non entrando in linea di conto né la diagnosi di "Disturbo schizoaffettivo, tipo depressivo (F25.1)", non emergendo dalla perizia la presenza di sintomi depressivi (lo stesso dr. C.\_\_\_\_\_ lo conferma - cfr. doc. 296 p. 25), né tantomeno la diagnosi di "Disturbo schizoaffettivo, tipo misto (F25.2)", non essendo mai stati menzionati nell'anamnesi dei sintomi bipolari (cfr. annotazione dr. D.\_\_\_\_\_ del 14 novembre 2016 - doc. 324). Al riguardo giova rilevare che in nessun rapporto medico agli atti, ad eccezione di quello (succinto) del 13 giugno 2013 del dr. M.\_\_\_\_\_, a cui parrebbe aver fatto riferimento il perito (doc. 173), è stata mai posta una diagnosi analoga a quelle appena citate. La valenza delle conclusioni esposte nel suddetto rapporto resta tuttavia dubbia, non essendo mai state riprese da nessuno degli altri medici curanti - che pur indicando le diagnosi più disparate non hanno mai menzionato la "sindrome schizoaffettiva" citata dal dr. M.\_\_\_\_\_ - ed essendo state considerate non suscettibili di apportare elementi nuovi non precedentemente considerati (cfr. annotazione del 31 dicembre 2013 del Servizio medico dell'UAIE, doc. 185). La diagnosi posta dal dr. C.\_\_\_\_\_, a mente del dr. D.\_\_\_\_\_, neppure risulta maggiormente giustificata dalle presunte voci di persone morte, che l'assicurato sostiene di sentire; tanto più che tale problematica, priva di riscontri oggettivi, è stata menzionata dal perito unicamente sulla base delle dichiarazioni soggettive dell'interessato.

#### **E. 16.1.4**

Alla luce delle considerazioni che precedono appare pertanto giustificata la scelta dell'autorità inferiore di distanziarsi dalle conclusioni esposte nella perizia del 13 giugno 2016, non risultando la stessa - al di là dell'accertamento anamnestico - né completa, né concludente, né priva di contraddizioni: in definitiva non - completamente - affidabile.

#### **E. 16.2**

Della numerosa documentazione prodotta in sede amministrativa e in corso di causa, si osserva quanto segue:

##### **E. 16.2.1**

Riguardo ai rapporti dei differenti ricoveri, occorre innanzitutto rilevare che gli stessi sono silenti riguardo ad eventuali periodi di inabilità lavorativa a seguito della dimissione (cfr. doc. 246, 296 pp. 53, 135, 330, 329, allegato al doc. TAF 24). Gli stessi si riferiscono inoltre a brevi periodi di degenza avvenuta su base volontaria a seguito dell'interruzione della terapia farmacologica da parte dell'assicurato. A mente del dr. D.\_\_\_\_\_ (doc. 347), tali corte ospedalizzazioni non permettono di dimostrare la presenza di un disturbo psichiatrico di lunga durata, ma piuttosto di crisi contingenti, spesso correlate a difficoltà familiari (verso la quale l'assicurato era solito dirigere le proprie nevrosi).

##### **E. 16.2.2**

Quanto alle diagnosi poste, nei differenti rapporti medici viene segnalata un'abbondanza di sindromi differenti. Se in occasione del primo ricovero veniva posta la diagnosi di depressione maggiore e un disturbo di somatizzazione (doc. 246), in occasione dell'ultimo ricovero prima dell'emissione della decisione impugnata la diagnosi era di ritardo mentale moderato con fenomeni di innesto psicotico (doc. 329). Nel frattempo un'alternanza di diagnosi di disturbo della personalità (a volte misto, a volte "NAS", a volte "SAI"), di disturbo dell'umore, di psicosi cronica e di sindrome affettiva di tipo misto (doc. 244, 296

pp. 53, 135, 330 e allegato al doc. TAF 24). Risulta quindi evidente una certa confusione nell'esprimere con precisione, da parte di specialisti e non, una diagnosi suscettibile di dimostrare l'esistenza di affezioni nuove o quantomeno diverse da quelle osservate nel corso della perizia pluridisciplinare del 2009 e ad avvalorare quindi la tesi dell'aggravamento dello stato di salute.

### **E. 16.2.3**

A ben vedere nessuna di queste diagnosi risulta essere sufficientemente avvalorata da elementi concreti e in definitiva nessuna di queste risulta influire durevolmente sulla capacità lavorativa dell'insorgente (si cfr. ad esempio il rapporto del dr. E. \_\_\_\_\_ [doc. 126]). In effetti in nessuno dei rapporti di dimissione rilasciato a seguito dei brevi ricoveri, è stata mai disposta un'incapacità lavorativa (vengono infatti unicamente prescritti dei trattamenti farmacologici e previste delle visite di controllo). D'altra parte alcune di queste diagnosi sono state poste da medici come il dr. L. \_\_\_\_\_, il dr. O. \_\_\_\_\_ e il dr. J. \_\_\_\_\_ che non risultano essere titolari di una specializzazione in psichiatria e psicoterapia, ragione per cui il parere da loro esposto deve essere valutato con attenzione se non addirittura relativizzato.

### **E. 16.2.4**

Non da ultimo giova precisare che la circostanza per cui al ricorrente sarebbe stata riconosciuta un'invalidità civile ai sensi del diritto italiano del 82% a partire dal 13 novembre 2012 (doc. 328), non è rilevante ai fini del presente giudizio, data la diversità delle disposizioni legali sull'invalidità e dei criteri per determinarla vigenti nei due Paesi e visto che anche in seguito all'entrata in vigore dell'ALC, il grado d'invalidità per una rendita svizzera si determina unicamente in base al diritto elvetico (DTF 130 V 253 consid. 2.4 pag. 257).

### **E. 16.3**

Alla luce di quanto sopra esposto, non vi è quindi motivo per discostarsi dalle valutazioni del dr. D. \_\_\_\_\_, che avendo constatato uno stato di salute invariato rispetto al 2009 ed allineandosi a quelle in precedenza esposte dal dr. E. \_\_\_\_\_, ha ritenuto le problematiche di cui soffre l'interessato non suscettibili di influire sulla sua capacità lavorativa. Da un punto di vista psichiatrico, come pure da quello somatico, una ripresa lavorativa sia nell'attività abituale che in attività sostitutive, senza particolari limitazioni, risulta pertanto esigibile nella misura del 100% (consid. 11.5.2).

### **E. 17.1**

Riguardo alla richiesta del ricorrente, tendente all'assunzione di una perizia giudiziaria volta ad accertare (in sintesi) lo stato di salute e la residua capacità lavorativa e di guadagno, si osserva quanto segue.

### **E. 17.2**

Conformemente alla costante giurisprudenza, qualora l'istruttoria da effettuare d'ufficio conduca l'amministrazione o il giudice, in base ad un apprezzamento coscienzioso delle prove, alla convinzione che la probabilità di determinati fatti deve essere considerata predominante e che altri provvedimenti probatori non potrebbero modificare il risultato, si rinuncerà ad assumere altre prove (apprezzamento anticipato delle prove; U. Kieser, *Das Verwaltungsverfahren in der Sozialversicherung*, pag. 212 no. 450; Kölz/Häner, *Verwaltungsverfahren und Verwaltungsrechts-pflege des Bundes*, 2a ed., pag. 39 no. 111 e

pag. 117 no. 320; Gygi, Bundesverwaltungsrechtspflege, 2a ed., pag. 274; cfr. anche STFA dell'11 gennaio 2002, H 103/01; DTF 122 II 469 consid. 4a, 122 III 223 consid. 3c, 120 Ib 229 consid. 2b, 119 V 344 consid. 3c e riferimenti). Tale modo di procedere non costituisce una violazione del diritto di essere sentito desumibile dall'art. 29 cpv. 2 Cost. (e in precedenza dall'art. 4 vCost.; DTF 124 V 94 consid. 4b, 122 V 162 consid. 1d, 119 V 344 consid. 3c e riferimenti).

### **E. 17.3**

In virtù del principio inquisitorio, infatti, il giudice deve segnatamente disporre indagini supplementari in presenza di valide ragioni, quali censure invocate dalle parti o degli indizi risultanti dagli atti (DTF 117 V 282 consid. 4a con riferimenti). Quando tuttavia l'istruttoria conduce l'amministrazione o il giudice, in base ad un apprezzamento coscienzioso delle prove, alla convinzione che la probabilità di determinati fatti deve essere considerata predominante e che altri provvedimenti probatori più non potrebbero modificare il risultato (valutazione anticipata delle prove), si rinuncerà ad assumere ulteriori prove (U. Kieser, Das Verwaltungsverfahren in der Sozialversicherung, pag. 212 no. 450, Kölz/Häner, Verwaltungsverfahren und Verwaltungsrechtspflege des Bundes, 2a ed., pag. 39 no. 111 e pag. 117 no. 320; cfr. anche STFA dell'11 gennaio 2002, H 103/01; DTF 122 II 469 consid. 4a, 122 III 223 consid. 3c, 120 Ib 229 consid. 2b, 119 V 344 consid. 3c e riferimenti).

### **E. 17.4**

In concreto non vi è necessità di assumere la prova richiesta, in quanto non muterebbe l'esito della procedura, essendo i fatti rilevanti - ossia l'evoluzione dello stato di salute e della capacità lavorativa dal momento della soppressione del diritto alla rendita - già stati sufficientemente accertati dall'amministrazione tramite gli accertamenti agli atti (si cfr. il consid. 14).

### **E. 18**

Visto quanto esposto sopra, il ricorso è infondato e pertanto non merita tutela e la decisione impugnata va confermata.

### **E. 19.1**

Visto l'esito della procedura, le spese processuali di fr. 800.-, sono poste a carico del ricorrente (art. 63 cpv. 1 e cpv. 5 PA nonché art. 3 lett. b 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]). Esse vengono compensate con l'anticipo spese versato dall'insorgente il 3 maggio 2017 (doc. TAF 3). L'importo residuo di fr. 163.71 verrà restituito al ricorrente al momento della crescita in giudicato della sentenza.

### **E. 19.2**

Al ricorrente, soccombente, non spetta altresì alcuna indennità per spese ripetibili della sede federale (art. 64 PA in combinazione con l'art. 7 cpv. 1 e 2 TS-TAF a contrario). Peraltro, le autorità federali, quand'anche vincenti, non hanno di principio diritto a un'indennità a titolo di ripetibili (art. 7 cpv. 3 TS-TAF), salvo eccezioni non ravvisabili nel caso concreto (v., fra l'altro, DTF 127 V 205).