

# **BVGer C-2630/2014 vom 25. April 2018**

Bundesverwaltungsgericht, 2018-04-25, IT

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bvger\\_C-2630\\_2014](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bvger_C-2630_2014)

FR: TAF C-2630/2014 du 25 avril 2018

IT: TAF C-2630/2014 del 25 aprile 2018

## **Regeste**

Revisione della rendita

## **Erwägungen**

### **E. 1.1**

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

### **E. 1.2**

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

### **E. 1.3**

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

### **E. 1.4**

Presentato da una parte direttamente toccata dalle decisioni e avente un interesse degno di protezione al loro annullamento o alla loro modifica (art. 59 LPGA), il ricorso - interposto tempestivamente e rispettoso dei requisiti previsti dalla legge (art. 60 LPGA nonché art. 52 PA) - è pertanto ammissibile. Inoltre, con versamento del 10 settembre 2014 (doc. TAF 12), il ricorrente ha tempestivamente corrisposto l'anticipo spese richiesto (art. 21 cpv. 3 e 63 cpv. 4 PA).

### **E. 1.5**

Va peraltro precisato che nel caso di specie sono oggetto del litigio entrambe le decisioni dell'UAIE del 14 aprile 2014 concernenti il ricorrente. In effetti, secondo costante giurisprudenza, assegnando retroattivamente una rendita degressiva e/o limitata nel tempo, l'autorità amministrativa disciplina un rapporto giuridico suscettibile di essere in caso di contestazione oggetto della lite e dell'impugnativa. Qualora sia contestata solo la riduzione o la soppressione delle prestazioni, il potere cognitivo del giudice non è limitato nel senso che egli debba astenersi dallo statuire circa i periodi per i quali il riconoscimento di prestazioni non è contestato, e ciò indipendentemente dal fatto che la rendita degressiva e/o limitata nel tempo sia stata accordata da parte dell'amministrazione mediante una sola

decisione o più decisioni separate (cfr. su questo punto DTF 131 V 164 consid. 2, segnatamente 2.3.2, con rinvii; v. pure sentenze del TAF C-3859/2016 del 22 maggio 2017 consid. 7 e C-6248/2011 del 25 luglio 2012 consid. 10 con rinvii).

### **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. Ratione temporis, queste modifiche, nella misura in cui dovessero concernere questioni inerenti al presente litigio, non si applicano nel caso di specie (DTF 142 V 590 consid. 4.1 con rinvii).

### **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). Se è intervenuto un cambiamento delle norme legislative nel corso del periodo sottoposto ad esame giudiziario, il diritto eventuale alle prestazioni si determina secondo le vecchie disposizioni per il periodo anteriore e secondo le nuove a partire dalla loro entrata in vigore (applicazione pro rata temporis; DTF 130 V 445). Nella fattispecie in esame, la domanda di rendita è stata presentata il 26 marzo 2012 (cfr. consid. B della presente sentenza). Ne discende che in concreto si applicano di principio le nuove norme materiali in vigore dal 1° gennaio 2012, tra le quali le disposizioni della 6a revisione della LAI (cfr. DTF 130 V 1 consid. 3.2 per quanto concerne le disposizioni formali della LPGGA, immediatamente applicabili con la loro entrata in vigore).

### **E. 3.2**

Giova altresì rilevare che il potere cognitivo di questo Tribunale è delimitato dalla data della decisione impugnata, in concreto il 14 aprile 2014. Il giudice delle assicurazioni sociali esamina infatti la decisione impugnata sulla base della situazione di fatto esistente al momento in cui essa è stata resa. Tiene tuttavia conto dei fatti verificatisi dopo tale data quando essi possano imporsi quali elementi d'accertamento retrospettivo della situazione anteriore alla decisione stessa (DTF 129 V 1 consid. 1.2; 121 V 362 consid. 1b), in altri termini se gli stessi sono strettamente connessi all'oggetto litigioso e se sono suscettibili di influire sull'apprezzamento del giudice al momento in cui detta decisione litigiosa è stata resa (cfr. sentenze del TF 8C\_278/2011 del 26 luglio 2011 consid. 5.5; 9C\_116/2010 del 20 aprile 2010 consid. 3.2.2; DTF 118 V 200 consid. 3a in fine).

### **E. 4**

Secondo le norme applicabili, ogni richiedente, per avere diritto ad una rendita dell'assicurazione invalidità svizzera, deve adempiere cumulativamente le seguenti condizioni: essere invalido ai sensi della LPGGA e della LAI (art. 8 LPGGA nonché art. 4, 28 e 28a LAI); aver pagato i contributi all'AVS/AI svizzera o ad un'assicurazione sociale assimilata (FF 2005 p. 4065; art. 45 del regolamento 1408/71 [art. 46 del regolamento (CE) n. 883/2004 {che rinvia al Capitolo 5}]) di uno Stato membro dell'Unione europea (UE) o dell'Associazione europea di libero scambio (AELS), durante tre anni (art. 36 cpv. 1 LAI), ferma restando la necessità di un periodo contributivo minimo in Svizzera di un anno (art. 36 cpv. 2 LAI in combinazione con l'art. 29 cpv. 1 LAVS; cfr. DTF 130 V 335 consid. 3 e 4). Il ricorrente adempie in ogni caso la condizione della durata minima di contribuzione, avendo pagato contributi per più di tre anni, fermo restando che ha versato all'assicurazione svizzera per la vecchiaia, i superstiti e l'invalidità per più di un anno (cfr. doc. A 63 pagg. 230 e segg. e doc. A 64 pagg. 239 e segg.).

### **E. 5.1**

L'invalidità ai sensi della LPGGA 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 LPGGA e 4 cpv. 1 LAI). Secondo l'art. 7 LPGGA, 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 LPGGA).

### **E. 5.2**

Giusta l'art. 28 cpv. 2 LAI, l'assicurato ha diritto ad un quarto di rendita se è invalido per almeno il 40%, ad una mezza rendita se è invalido per almeno il 50%, a tre quarti di rendita se è invalido per almeno il 60% e ad una rendita intera se è invalido per almeno il 70%. In seguito all'entrata in vigore dell'ALC, la limitazione prevista dall'art. 29 cpv. 4 LAI, secondo cui le rendite per un grado d'invalidità inferiore al 50%, ma pari almeno al 40%, sono versate solo ad assicurati che sono domiciliati e dimorano abitualmente in Svizzera (art. 13 LPGGA), non è più applicabile segnatamente quando l'assicurato è cittadino dell'UE o svizzero e risiede nell'UE (DTF 132 V 423 consid. 6.4.1; 130 V 253 consid. 2.3)

### **E. 5.3**

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

### **E. 6.1**

La nozione d'invalidità di cui agli art. 4 LAI e 8 LPGGA è un concetto di carattere economico-giuridico e non medico (cfr. 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 LPGGA, 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. 6.2**

Benché l'invalidità sia una nozione economico-giuridica, le certificazioni mediche possono costituire importanti elementi per apprezzare il danno invalidante e per determinare quali lavori siano ancora ragionevolmente esigibili dall'assicurato (cfr. sentenze del TF 9C\_240/2013 del 22 ottobre 2013 consid. 2.1 e 8C\_671/2011 dell'11 novembre 2011 consid. 3).

### **E. 7**

Una rendita limitata e/o crescente nel tempo corrisponde, materialmente, ad una revisione ai sensi dell'art. 17 LPGGA e se ne deve pertanto seguire i principi.

### **E. 7.1**

Secondo l'art. 17 LPGGA, se il grado d'invalidità del beneficiario della rendita subisce una notevole modifica, 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. 7.2**

Giusta l'art. 87 cpv. 1 OAI (RS 831.201), la revisione avviene d'ufficio quando, in previsione di una possibile modifica importante del grado d'in-validità o della grande invalidità oppure del bisogno di assistenza o di aiuto dovuto all'invalidità è stato stabilito un termine al momento della fissazione della rendita, dell'assegno per grandi invalidi o del contributo per l'assistenza (lett. a) o allorché si conoscono fatti o si ordinano provvedimenti che possono provocare una notevole modifica del grado d'invalidità, della grande invalidità oppure del bisogno di assistenza o di aiuto dovuto all'in-validità (lett. b).

### **E. 7.3**

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.

### **E. 7.4**

Giusta l'art. 88bis cpv. 2 OAI, la riduzione o la soppressione della rendita, dell'assegno per grandi invalidi o del contributo per l'assistenza è messa in atto: a) il più presto, il primo giorno del secondo mese che segue la notifica della decisione; b) retroattivamente dalla data in cui avvenne la modificazione determinante se il beneficiario ha ottenuto indebitamente la prestazione o ha violato l'obbligo di informare impostogli ragionevolmente dall'art. 77 OAI, indipendentemente dal fatto che la prestazione abbia continuato a essere versata a causa dell'ottenimento indebito della medesima o della violazione dell'obbligo di informare.

### **E. 8**

In virtù dell'art. 43 LPGA nonché degli art. 12 e 13 PA e dell'art. 19 PA in relazione con l'art. 40 PCF (RS 273), il Tribunale accerta, con la collaborazione delle parti, i fatti determinanti per la soluzione della controversia, assume le prove necessarie e le valuta liberamente. Secondo giurisprudenza, se il giudice ritiene che i fatti non sono sufficientemente delucidati, può, peraltro non senza qualche limitazione (cfr. DTF 137 V 210 consid. 4.4.1.4), sia rinviare la causa all'amministrazione per completamento dell'istruzione sia procedere lui medesimo a tale istruzione complementare. Un rinvio all'amministrazione che ha per scopo di completare l'accertamento dei fatti non viola né i principi della semplicità e della celerità né il principio inquisitorio. In particolare, un siffatto rinvio appare in generale giustificato se l'amministrazione ha proceduto ad una constatazione dei fatti sommaria nella speranza che in caso di ricorso sarebbe poi stato il Tribunale ad effettuare i necessari accertamenti fattuali (cfr. sentenza del TF 9C\_162/2007 del 3 aprile 2008 consid. 2.3 con rinvii).

### **E. 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. 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 e DTF 125 V 351 consid. 3).

### **E. 9.2**

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 232 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. 9.3**

In particolare, per quanto concerne le perizie giudiziarie la giurisprudenza ha stabilito che il giudice non si scosta senza motivi imperativi dal parere degli esperti, il cui compito è quello di mettere a disposizione del tribunale le loro conoscenze specifiche e di valutare, da un punto di vista medico, una certa fattispecie. Ragioni che possono indurre il giudice a non fondarsi su un tale referto sono ad esempio affermazioni contraddittorie, il contenuto di una superperizia, o altri rapporti da cui emergono validi motivi per farlo e, meglio, se l'opinione di altri esperti appare sufficientemente fondata da mettere in discussione le conclusioni peritali (DTF 137 V 210 consid. 1.3.4 e DTF 125 V 351 consid. 3b/bb).

### **E. 9.4**

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. 9.5**

Va ancora rilevato che il riconoscimento di un danno alla salute psichica presuppone in particolare la diagnosi espressa da uno specialista psichiatrico, poggiata su criteri posti da un sistema di classificazione riconosciuto scientificamente, il quale deve pronunciarsi sulla gravità dell'affezione (DTF 130 V 396 [cfr., più in generale, la necessità di una valutazione medica in DTF 137 V 210 consid. 3.4.2.3]). Tenendo conto di diversi criteri, lo psichiatra deve valutare l'esigibilità della ripresa lavorativa da parte dell'assicurato.

### **E. 9.6**

In presenza di 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. 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).

#### **E. 10**

Nel caso concreto, occorre verificare se l'istruttoria effettuata dall'autorità inferiore sia sufficiente, o meno, per statuire nel caso di specie.

##### **E. 10.1**

È incontestato - né appare esservi motivo per questo Tribunale di intervenire d'ufficio - che, già solo in considerazione delle patologie ortopediche-reumatologiche rilevate, la rendita intera accordata al ricorrente a decorrere dal 1° settembre 2012 e fino al 31 maggio 2013 è legittimata e giustificata, rispettivamente che la mezza rendita assegnata a far tempo dal 1° giugno 2013 resta acquisita (benché la decisione del 14 aprile 2014 n. 2 mediante la quale è stata accordata la mezza rendita debba essere annullata per i motivi di cui si dirà in seguito al consid. 10.2 della presente sentenza, senza possibilità di una nuova decisione dell'UAIE a detrimento dell'insorgente [cfr. consid. 12.2 del presente giudizio]). Esse sono fondate su sufficiente documentazione medica ortopedico-reumatologica (cfr. in particolare il rapporto finale del 25 febbraio 2013, con visita dell'interessato, del dott. C.\_\_\_\_\_, medico del SMR specialista in medicina interna [doc. A 28 pagg. 139 e segg.]) e una convincente valutazione delle conseguenti incapacità lavorative da parte del medesimo medico del SMR. In sostanza, già solo a seguito delle patologie ortopedico-reumatologiche rilevate - ossia "spalla destra congelata in stato dopo duplice intervento per ricostruzione cuffia rotatori spalla destra dominante (10 ottobre 2011 e 3 ottobre 2012)", quali diagnosi con influsso sulla capacità lavorativa, e "stato dopo artroscopia spalla sinistra (2 aprile 2010) e HCV positivo", quali diagnosi senza influsso sulla capacità lavorativa -, è stata legittimamente ritenuta per l'insorgente un'incapacità lavorativa nell'attività abituale totale dall'8 marzo 2011, del 50% dal 9 settembre 2011 e nuovamente totale dal 26 settembre 2011 e continua, mentre in attività adeguate è stata ritenuta un'incapacità lavorativa totale dall'8 marzo 2011, del 50% dal 9 settembre 2011, nuovamente totale dal 26 settembre 2011 e almeno del 50% dal 25 febbraio 2011 (cfr. anche doc. A 5 pag. 10 [rapporto del 12 aprile 2012 del dott. L.\_\_\_\_\_, specialista in chirurgia ortopedica] e doc. A 12 pag. 33 [annotazione del 25 aprile 2012 del dott. M.\_\_\_\_\_, medico del SMR, specialista in chirurgia]). Tali attestate incapacità lavorative comportano sicuramente il riconoscimento, da parte dell'assicurazione per l'invalidità svizzera, di una rendita intera dal 1° settembre 2012 (6 mesi dopo l'inoltro della domanda del marzo 2012) al 31 maggio 2013 e di almeno mezza rendita dal 1° giugno 2013 (3 mesi dopo l'indicato miglioramento alla visita del 25 febbraio 2013 [doc. A 28 pagg. 139 e segg.]).

##### **E. 10.2**

Per quanto attiene invece al diritto ad un'eventuale rendita superiore alla mezza rendita accordata dal 1° giugno 2013, si rileva quanto segue. Gli atti di causa non consentono di condividere la conclusione cui è giunta l'autorità inferiore, in particolare per quanto attiene all'evocato miglioramento dello stato di salute dell'insorgente intervenuto il 25 febbraio 2013.

##### **E. 10.2.1**

Secondo la giurisprudenza del Tribunale federale, a un apprezzamento medico, di per sé completo, condivisibile e concludente, che avrebbe piena forza probatoria nell'ambito di un primo esame del diritto alla rendita, fa di regola difetto il necessario valore probatorio

qualora nell'ambito di una procedura di revisione esso non si esprima a sufficienza sulla questione di sapere in che modo è intervenuto un effettivo miglioramento dello stato di salute (cfr. sentenza del TF 9C\_244/2017 del 26 ottobre 2017).

### **E. 10.2.2**

Al riguardo, va rilevato che né nel rapporto finale del 25 febbraio 2013, con visita dell'assicurato, del dott. C.\_\_\_\_\_ (doc. A 28 pag. 139), né nella sua annotazione del 10 settembre 2013 (doc. A 41 pag. 185), è stato indicato in cosa consisterebbe il miglioramento dello stato di salute dell'interessato a decorrere dal 25 febbraio 2013. Nemmeno appare poi con la sufficiente chiarezza in che modo si sarebbe poi manifestato il peggioramento ritenuto dal menzionato medico del SMR nell'annotazione del 14 ottobre 2013 (doc. A 51 pag. 205). In quest'ultima annotazione, il medico del SMR, dopo avere visionato i certificati del 24 settembre 2013 del dott. F.\_\_\_\_\_, medico chirurgo, specialista in reumatologia (doc. A 46 pag. 195) e del 25 settembre 2013 del dott. G.\_\_\_\_\_, medico chirurgo (doc. A 46 pag. 197), ha ritenuto giustificata un'incapacità lavorativa totale in qualsiasi attività a decorrere dal 24 settembre 2013. Non è tuttavia dato di sapere in che modo lo stato di salute dell'insorgente sia dapprima migliorato (il 25 febbraio 2013) ed in seguito peggiorato (il 24 settembre 2013). Indicazioni chiare e precise al riguardo non emergono nemmeno dalle annotazioni del 16 marzo e del 21 marzo 2014 del dott. I.\_\_\_\_\_, medico del SMR (doc. A 57 pag. 222 e doc. A 59 pag. 224), il quale ha ripreso solo in parte le conclusioni del collega dott. C.\_\_\_\_\_. Infatti, il dott. I.\_\_\_\_\_ ha invece ritenuto che la documentazione medica non mostrasse alcun peggioramento ed ha confermato la conclusioni di cui al rapporto finale del 25 febbraio 2013 del dott. C.\_\_\_\_\_, omettendo però di indicare pure lui in cosa consisterebbe il miglioramento dello stato di salute del ricorrente rispettivamente il motivo della sua ritrovata capacità lavorativa parziale in attività sostitutive adeguate. Senza i necessari approfondimenti al riguardo non è tuttavia possibile concludere nel senso della probabilità preponderante ad un miglioramento dello stato di salute del ricorrente a decorrere dal 25 febbraio 2013.

### **E. 10.2.3**

Occorre altresì rilevare che dall'incarto dell'autorità inferiore emerge della documentazione di data anteriore alla decisione impugnata che fornisce concreti indizi circa la sussistenza di una problematica psichiatrica, segnatamente l'assunzione di medicinali per trattare uno stato d'ansia, suscettibile di incidere sulla residua capacità lavorativa del ricorrente e che non è stata sufficientemente acclarata. In particolare, nella valutazione del 18 giugno 2013 del consulente in integrazione professionale (doc. A 35 pagg. 155 e segg.) è indicato che "ogni tanto gli (al ricorrente) viene l'ansia e assume E.\_\_\_\_\_". Il consulente ha concluso che lo stato di salute psicofisico dell'interessato preclude che il medesimo possa avere la lucidità e la capacità di resistenza per svolgere un provvedimento professionale. Nel certificato del 15 gennaio 2014 del dott. F.\_\_\_\_\_, medico chirurgo, specialista in reumatologia (doc. A 55 pag. 213), è, fra le altre cose, indicato che l'interessato assume il medicamento N.\_\_\_\_\_ più volte al giorno. È noto che sia il E.\_\_\_\_\_ che il N.\_\_\_\_\_ sono psicofarmaci facenti parte della categoria delle benzodiazepine. In particolare il E.\_\_\_\_\_ è assunto per il trattamento degli stati ansiosi e dell'insonnia: dagli attacchi di panico all'agorafobia, all'ipocondria e situazioni di stress e ansia generalizzata. Mentre il N.\_\_\_\_\_ viene assunto per trattare i disturbi di ansia, l'insonnia e gli spasmi muscolari. Quanto alla presenza di una patologia psichiatrica e all'assunzione dei menzionati psicofarmaci, agli atti non risulta né un certificato medico con una diagnosi precisa espressa

da uno specialista psichiatrico fondata su criteri di classificazione riconosciuti scientificamente, né una valutazione sulla gravità dell'affezione e le specifiche conseguenze sulla residua capacità lavorativa residua dell'insorgente (cfr. sulla questione pure il consid. 9.5 della presente sentenza). Nonostante i summenzionati indizi risultanti dalle carte processuali, da parte dei medici del SMR non è stata fatta alcuna analisi con riferimento alla sussistenza di una problematica psichiatrica e della sua eventuale incidenza sulla capacità lavorativa.

### **E. 10.3**

Ne discende, in conclusione, che in assenza di sufficienti accertamenti in ambito ortopedico-reumatologico e psichiatrico, l'istruttoria dell'autorità inferiore si rileva carente. Non risulta altresì possibile, in tali condizioni, determinarsi, con il grado della verosimiglianza preponderante valido nelle assicurazioni sociali, sullo stato di salute dell'insorgente e la relativa conseguenza sulla residua capacità lavorativa del medesimo.

### **E. 11**

Per conseguenza, la decisione impugnata del 14 aprile 2014 mediante la quale l'UAIE ha riconosciuto all'interessato una mezza rendita a decorrere dal 1° giugno 2013 (decisione n. 2), fondata su un accertamento insufficiente dei fatti giuridicamente rilevanti dal profilo ortopedico-reumatologico e psichiatrico, viola il diritto federale ed incorre nell'annullamento.

### **E. 12.1**

Quando il TAF annulla una decisione, esso può sostituirsi all'autorità inferiore e giudicare direttamente nel merito o rinviare la causa, con istruzioni vincolanti, all'autorità inferiore per un nuovo giudizio (cfr. sentenza del TAF C-1446/2013 del 16 ottobre 2014 consid. 8.1). In particolare, esso si sostituirà all'autorità inferiore se gli atti sono completi e comunque sufficienti a statuire sull'applicazione del diritto federale (cfr. sentenza del TF 9C\_162/2007 del 3 aprile 2008 consid. 2.3 con rinvii; DTF 126 II 43; 125 II 326). Tale non è il caso nella presente fattispecie per i motivi precedentemente indicati. Gli atti di causa sono pertanto rinviati all'autorità inferiore affinché la stessa proceda a completare l'accertamento dei fatti giuridicamente rilevanti, limitatamente al periodo successivo al 25 febbraio 2013 (cfr. consid. 10.2 del presente giudizio), con riferimento allo stato di salute del ricorrente, segnatamente con una perizia interdisciplinare in ambito ortopedico-reumatologico e psichiatrico (cfr. sentenza del TF 9C\_235/2013 del 10 settembre 2013 consid. 3.2 con rinvii e sentenza del TAF C-6436/2014 del 10 luglio 2017 consid. 11.1; cfr. anche, sulla possibilità di un rinvio all'autorità inferiore in siffatte circostanze [accertamento manifestamente insufficiente dei fatti giuridicamente rilevanti da parte dell'autorità inferiore, detta autorità non avendo esperito i necessari accertamenti per la determinazione dello stato di salute del ricorrente] DTF 137 V 210 consid. 4.4.1.4; cfr. altresì sentenza del TF 9C\_162/2007 del 3 aprile 2008 consid. 2.3 con rinvii [cfr. consid. 8 del presente giudizio]), e con ogni ulteriore esame che l'evoluzione nel tempo dello stato di salute del ricorrente dovesse rendere necessario, nonché a pronunciare una nuova decisione. Al riguardo, va altresì rammentato che in materia di revisione di una rendita incombe all'autorità inferiore di dimostrare l'intervenuto cambiamento significativo dello stato di salute dell'assicurato (nella presente fattispecie a decorrere dal 25 febbraio 2013) conto tenuto dell'insieme delle patologie di cui soffre.

### **E. 12.2**

Occorre peraltro rilevare che nell'ambito dell'accertamento ancora da esperire dall'autorità inferiore, a seguito del rinvio degli atti di causa, non sussiste l'eventualità di una nuova decisione dell'UAIE a detrimento dell'insorgente (cfr., sulla questione, DTF 137 V 314 consid. 3.2.4). In altri termini, e nell'ambito della nuova procedura dinnanzi all'autorità inferiore, la rendita intera accordata al ricorrente dal 1° settembre 2012 al 31 maggio 2013 (decisione n. 1) rispettivamente la mezza rendita riconosciuta dal 1° giugno 2013 (decisione n. 2) riconducibili alle sole problematiche alla spalla destra, hanno da ritenersi siccome già acquisite, le stesse non essendo state contestate e risultando giustificate (cfr. consid. 10.1 del presente giudizio). A seguito della presente sentenza, resta aperta solo la questione di sapere se gli ulteriori accertamenti sulla residua capacità lavorativa giustificano, contrariamente a quanto ritenuto nella decisione impugnata, l'attribuzione di una rendita maggiore alla mezza rendita già riconosciuta a decorrere dal 1° giugno 2013 (cfr. al riguardo, sentenze del TAF C-1316/2014 del 13 marzo 2018 consid. 12.3 e C-2736/2014 dell'8 dicembre 2017 consid. 14.3).

### **E. 13.1**

Visto l'esito della causa, non sono prelevate delle spese processuali (art. 63 PA). L'anticipo equivalente alle presunte spese processuali di fr. 400.-, versato il 10 settembre 2014, sarà restituito al ricorrente allorquando il presente giudizio sarà cresciuto in giudicato.

### **E. 13.2**

Ritenuto che l'insorgente non è rappresentato in questa sede e che non risulta che abbia dovuto sopportare delle spese indispensabili e relativamente elevate in relazione alla presente procedura di ricorso, non si giustifica l'attribuzione 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]). (dispositivo alla pagina seguente)

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