

# **BVGer C-2660/2014 vom 6. September 2016**

Bundesverwaltungsgericht, 2016-09-06, IT

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bvger\\_C-2660\\_2014](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bvger_C-2660_2014)

FR: TAF C-2660/2014 du 6 septembre 2016

IT: TAF C-2660/2014 del 6 settembre 2016

## **Regeste**

Revisione della rendita

## **Erwägungen**

### **E. 1.1**

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

### **E. 1.2**

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

### **E. 1.3**

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

### **E. 1.4**

Presentato da una parte direttamente toccata dalla decisione e avente un interesse degno di protezione al suo annullamento o alla sua modifica (art. 59 LPGA), il ricorso - interposto tempestivamente e rispettoso dei requisiti previsti dalla legge (art. 60 LPGA nonché art. 52 PA) - è pertanto ammissibile.

### **E. 2.1**

Al ricorrente è di principio applicabile 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**

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. 3.1.1**

Dal profilo temporale sono applicabili le disposizioni in vigore al momento della realizzazione dello stato di fatto che deve essere valutato giuridicamente o che produce conseguenze giuridiche (DTF 136 V 24 consid. 4.3 e 130 V 445 consid. 1.2 e relativi riferimenti nonché 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 del principio pro rata temporis; DTF 130 V 445).

#### **E. 3.1.2**

La domanda di rendita AI essendo stata presentata il 1° luglio 2009 (doc. A 11-1 a 11-9), e la rendita decorrendo dal 1° marzo 2010, al caso in esame si applicano di principio le disposizioni della 5a revisione della LAI entrate in vigore il 1° gennaio 2008. Le disposizioni relative alla 6a revisione della LAI (primo pacchetto) entrate in vigore il 1° gennaio 2012 sono invece applicabili per il periodo successivo (RU 2011 5659; FF 2010 1603).

#### **E. 3.2**

Giova peraltro rilevare che il potere cognitivo di questo Tribunale è delimitato dalla data della decisione impugnata. Il giudice delle assicurazioni sociali esamina infatti la decisione impugnata sulla base della situazione di fatto esistente al momento in cui essa è stata pronunciata, in concreto il 2 aprile 2014. Tiene tuttavia conto dei fatti verificatisi dopo tale data quando essi possano imporsi quali elementi d'accertamento retrospettivo della situazione anteriore alla decisione stessa (DTF 129 V 1 consid. 1.2 e 121 V 362 consid. 1b).

#### **E. 4**

Oggetto del contendere è il diritto di A. \_\_\_\_\_ di percepire una rendita intera di invalidità anche dopo il 31 marzo 2011 (doc. TAF 1). In seguito agli accertamenti esperiti su indicazione del TAF, l'UAIE ha infatti ammesso tale diritto unicamente dal 1° novembre 2011 al 30 settembre 2012 (per il resto ha ritenuto l'assicurato abile al lavoro al 100% in attività adeguata [da settembre 2013 al 70%]).

##### **E. 4.1**

In particolare il ricorrente sostiene che non è intervenuto alcun miglioramento dello stato di salute dopo il 30 settembre 2012 - che la dott.ssa O. \_\_\_\_\_ del resto non motiva -, essendo inabile al 100% in ogni attività e che la relazione clinica della dott.ssa A1. \_\_\_\_\_, così come degli altri medici curanti, smentisce le conclusioni del SAM (doc. TAF 1 pag. 3). Egli fa valere in via sussidiaria che se vi fosse la necessità di esperire nuovi accertamenti medici essi andrebbero ordinati dal TAF.

##### **E. 4.2**

Dal canto suo l'UAIE ritiene che la perizia del SAM è affidabile e conforme ai criteri posti dalla giurisprudenza e pertanto va posta alla base della presente procedura. Per i periodi in cui l'amministrazione non ha concesso la rendita ha infatti considerato l'interessato abile al lavoro al 100 % in attività adeguate e al 70% dal settembre 2013.

##### **E. 5.1**

L'invalidità ai sensi della LPGA e della LAI è l'incapacità al guadagno totale o parziale presumibilmente permanente o di lunga durata che può essere conseguente ad infermità congenita, malattia o infortunio (art. 8 LPGA e 4 cpv. 1 LAI). Secondo l'art. 7 LPGA, è considerata incapacità al guadagno la perdita, totale o parziale, della possibilità di guadagno sul mercato del lavoro equilibrato che entra in considerazione, provocata da un danno alla salute fisica, mentale o psichica e che perdura dopo aver sottoposto l'assicurato alle cure ed alle misure d'integrazione ragionevolmente esigibili. In caso d'incapacità al lavoro di lunga durata, possono essere prese in considerazione anche le mansioni esigibili in un'altra professione o campo d'attività (art. 6 LPGA).

##### **E. 5.2**

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

##### **E. 5.3**

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

##### **E. 6.1**

La nozione d'invalidità di cui all'art. 4 LAI e 8 LPGA è un concetto di carattere economico-giuridico e non medico (DTF 116 V 246 consid. 1b; 110 V 273; v. pure sentenze del TF 8C\_636/2010 del 17 gennaio 2011 consid. 3 e 9C\_529/2008 del 18 maggio

2009). In base all'art. 16 LPGA, applicabile per il rinvio dell'art. 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**

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

### **E. 6.3**

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 (DTF 132 V 393 consid. 2.1 e relativi riferimenti).

### **E. 7**

In virtù dell'art. 43 LPGA nonché degli art. 12 e 13 PA e dell'art. 19 PA in relazione con l'art. 40 PC (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 e relativi riferimenti).

### **E. 8.1**

Secondo l'art. 17 LPGA, se il grado d'invalidità del beneficiario della rendita subisce una notevole modificazione, per il futuro la rendita è aumentata o ridotta proporzionalmente o soppressa, d'ufficio o su richiesta. Il cpv. 2 della stessa norma prevede che ogni altra prestazione durevole accordata in virtù di una disposizione formalmente passata in giudicato è, d'ufficio o su richiesta, aumentata, diminuita o soppressa se le condizioni che l'hanno giustificata hanno subito una notevole modificazione.

### **E. 8.2**

Giusta l'art. 87 cpv. 2 OAI (RS 831.201), se è fatta domanda di revisione, nella domanda si deve dimostrare che il grado di invalidità o di grande invalidità o il bisogno di assistenza o di aiuto dovuto all'invalidità è cambiato in misura rilevante per il diritto alle prestazioni.

### **E. 8.3.1**

Va altresì rammentato che il grado di prova richiesto dall'art. 87 cpv. 2 OAI è attenuato in quanto non è necessario che l'amministrazione raggiunga il convincimento, nel senso della verosimiglianza preponderante, che rispetto all'ultima decisione cresciuta in giudicato sia effettivamente subentrata una modifica rilevante. Basta piuttosto che sussistano almeno indizi plausibili a favore della circostanza invocata, ferma restando comunque la possibilità che la modifica invocata venga poi smentita da un più attento esame (v. sentenza del TF 9C\_708/2007 dell'11 settembre 2008 consid. 2.2 e relativi riferimenti).

### **E. 8.3.2**

La condizione di verosimiglianza posta dall'art. 87 cpv. 3 OAI deve permettere all'amministrazione, che ha precedentemente rifiutato una prestazione o comunque una sua revisione con provvedimento cresciuto in giudicato, di scartare senza ulteriori esami nuove domande con le quali l'assicurato si limita a ripetere gli stessi argomenti, senza allegare una modifica di fatti determinanti (DTF 125 V 410 consid. 2b). Adita con una nuova domanda, l'amministrazione deve così cominciare con l'esaminare se le allegazioni dell'assicurato sono, in maniera generale, plausibili, in altri termini se l'assicurato ha reso plausibile, e non verosimile nel senso della probabilità preponderante, una modifica significativa del suo stato di salute, suscettibile d'incidere sulla sua capacità lavorativa rispettivamente sul grado d'invalidità, rispetto a quella precedentemente ritenuta. Se ciò non è il caso, può liquidare l'istanza senza ulteriori indagini con una decisione di non entrata nel merito. A tal proposito, occorre precisare che quanto più breve è il lasso di tempo trascorso dalla decisione precedente, tanto più rigorosamente l'amministrazione apprezzerà la plausibilità delle allegazioni dell'assicurato. Su questo aspetto, essa dispone di un certo margine di apprezzamento che il giudice è di principio tenuto a rispettare (v. sentenze del TF 9C\_708/2007 dell'11 settembre 2008 consid. 2.3 e relativi riferimenti; 9C\_860/2007 del 10 dicembre 2008 consid. 5 e I 52/03 del 16 gennaio 2004 consid. 3).

### **E. 8.4**

L'art. 88a cpv. 2 OAI prevede che se la capacità al guadagno o la capacità di svolgere le mansioni consuete peggiora, se la grande invalidità si aggrava o se il bisogno di assistenza o di aiuto dovuto all'invalidità aumenta, il cambiamento va tenuto in considerazione non appena è durato tre mesi senza interruzione notevole. L'aumento della rendita, dell'assegno per grandi invalidi o del contributo per l'assistenza avviene al più presto se l'assicurato ha chiesto la revisione a partire dal mese in cui la domanda è stata inoltrata (art. 88bis cpv. 1 lett. a OAI). Secondo la giurisprudenza del Tribunale federale, costituisce motivo di revisione della rendita d'invalidità ogni modifica rilevante delle circostanze di fatto suscettibile d'influire sul grado di invalidità e, quindi, sul diritto alla rendita. Per conseguenza, la rendita può essere soggetta a revisione non soltanto in caso di modifica significativa dello stato di salute, ma anche quando detto stato è rimasto invariato, ma le sue conseguenze sulla capacità di guadagno hanno subito un cambiamento significativo (sentenza del TF I 870/05 del 2 maggio 2007; DTF 130 V 343 consid. 3.5). Peraltro, per procedere alla revisione di una rendita d'invalidità occorre che il grado d'invalidità abbia subito una notevole modifica (art. 17 cpv. 1 LPGA). A differenza di quanto prescritto dall'art. 17 cpv. 2 LPGA per le altre prestazioni durevoli, l'art. 17 cpv. 1 LPGA non esige in relazione alla revisione di una rendita d'invalidità una modifica notevole dello stato di fatto, ma (solo) una modifica notevole del grado d'invalidità. Questa modifica può risiedere sia in un cambiamento dello stato di salute sia in una modifica della componente lucrativa (DTF 133 V 545 consid. 6.1-6.3). Anche una modifica di poco conto nello stato di fatto

determinante può così dare luogo a una revisione di una rendita dell'assicurazione per l'invalidità se tale modifica determina un superamento (per eccesso o per difetto) di un valore limite (DTF 133 V 545 consid. 6.3). In tale evenienza i parametri di calcolo dell'invalidità, compresi gli aspetti parziali del diritto alla rendita (quali sono segnatamente la determinazione del reddito con e senza invalidità), possono essere ridefiniti facendo capo alle regole applicabili al momento del nuovo esame (cfr. sentenza del TF 9C\_696/2007 consid. 5.1 e relativi riferimenti). Irrilevante è invece, una diversa valutazione di una fattispecie restata sostanzialmente immutata (DTF 112 V 371 consid. 2b).

#### **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 134 V 231 consid. 5.1 e 125 V 351 consid. 3).

#### **E. 9.2**

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

#### **E. 9.3**

Quanto alla valenza probatoria di un rapporto medico, determinante, secondo la giurisprudenza, è che i punti litigiosi importanti siano stati oggetto di uno studio approfondito, che il rapporto si fondi su esami completi, che consideri parimenti le censure espresse, che sia stato approntato in piena conoscenza dell'incarto (anamnesi), che la descrizione del contesto medico sia chiara e che le conclusioni del perito siano ben motivate. Determinante quindi per stabilire se un rapporto medico ha valore di prova non è tanto né l'origine del mezzo di prova, né la denominazione, ad esempio, quale perizia o rapporto (sentenza del TF 8C\_153/2007 del 7 maggio 2008; DTF 125 V 351 consid. 3a pag. 352; 122 V 157 consid. 1c pag. 160; Hans-Jakob Mosimann, *Zum Stellenwert ärztlicher Beurteilungen*, in: *Aktuelles im Sozialversicherungsrecht*, 2001, pag. 266). Nella sentenza pubblicata in VSI 2001 pag. 106 segg. la Corte ha però ritenuto conforme al principio del libero apprezzamento delle prove (art. 40 PC e art. 19 PA, art. 95 cpv. 2, art. 113 e 132 vOG) definire delle direttive in relazione alla valutazione di determinate forme di rapporti e perizie.

#### **E. 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 n. 18 pag. 81 consid. 4.3).

#### **E. 9.5**

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 (sentenza del TF U 505/06 del 17 dicembre 2007). 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 (sentenza del TF I 166/03 del 30 giugno 2004 consid. 3.3).

#### **E. 9.6**

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 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 (DTF 125 V 351). 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. 9.7**

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 egli si fonda su un rapporto piuttosto che su un altro. Al riguardo va tuttavia precisato che non si può pretendere dal giudice che raffronti i diversi pareri medici e parimenti esponga correttamente da un punto di vista medico, come farebbe un perito, i punti in cui si evidenziano delle carenze e quale sia l'opinione più adeguata (sentenza del TF I 166/03 del 30 giugno 2004 consid. 3.3).

#### **E. 10**

In via preliminare va rilevato che nella sentenza di rinvio il TAF aveva concluso che l'istruttoria, in quanto carente, non permetteva di determinare l'incapacità di lavoro e di guadagno dell'assicurato dopo il 31 marzo 2011 (consid. 11.2 della sentenza C-4300/2011). Il TAF, nel corso della precedente procedura, aveva in particolare accertato che lo stato di

salute nel gennaio/aprile 2011 non appariva ancora stabilizzato (consid. 10.3 della sentenza menzionata) contrariamente a quanto aveva indicato il dott. I. \_\_\_\_\_ e altresì precisato che non vi era prova del miglioramento dello stato di salute a partire da gennaio 2011, in particolare non erano stati spiegati i motivi per cui sarebbe migliorato né in cosa sarebbe consistito detto miglioramento (consid. 10.4). Nel frattempo si era inoltre manifestata una malattia psichiatrica (consid. 10.5 della citata sentenza). In primo luogo va pertanto esaminato, alla luce dei nuovi accertamenti esperiti in prima sede e della documentazione medica trasmessa dal ricorrente, se la situazione di salute e/o le conseguenze della stessa sulla capacità lavorativa si sono modificate in misura rilevante dal gennaio 2011 a agosto 2011. In secondo luogo va pure verificato se un miglioramento è altresì intervenuto da luglio 2012, in misura tale da giustificare la soppressione della rendita dal 1° ottobre 2012.

### **E. 11.1**

Nella perizia pluridisciplinare del SAM del 3 giugno 2013 (doc. A 125-1 a 125-27), comprendente una valutazione reumatologica del 1° maggio 2013 del dott. M. \_\_\_\_\_ (doc. A 125-28 a 125-35), una perizia neurologica esperita in data 29 marzo 2013 dal dott. N. \_\_\_\_\_ (doc. A 125-36 a 125-38) e una perizia psichiatrica del 24 aprile 2013 ad opera della dott.ssa O. \_\_\_\_\_ (doc. A 125-39 a 125-44), il dott. P. \_\_\_\_\_ e la dott.ssa Q. \_\_\_\_\_ hanno esaminato lo stato di salute a partire dal 2009 (doc. 125 pag. 2).

#### **E. 11.1.1**

Da un punto di vista somatico sono state poste le diagnosi di sindrome cervicospondilogenica cronica recidivante in: alterazioni degenerative della colonna cervicale (condrosi C5-C6 con retrospondilosi, uncartrosi plurisegmentali), disturbi statici del rachide (protrazione del capo); sindrome lombospondilogenica cronica bilaterale in: esiti da artrodesi posteriore strumentata di L5-S1 ed artrodesi anteriore L5-S1, il 24 e 29 novembre 2011, spondilolistesi di primo grado secondo Meyerding di L5 su S1 in spondilolisi istmica bilaterale di L5, disturbi statici del rachide (appiattimento della dorsale e della lombare con minima scoliosi sinistro-convessa dorsale) e decondizionamento e sbilancio muscolare.

#### **E. 11.1.2**

Da un punto di vista psichiatrico è stata posta la diagnosi di sindrome mista ansioso-depressiva (ICD-10 F 41.2), sindrome ansiosa atipica (fobica, ICD-10 F 40.8), disturbo di personalità non altrimenti specificato con note immature, impulsive, dipendenti (ICD-10 F 60.9) e sindrome somatoforme da dolore persistente (ICD-10 F 45.4) (doc. A 125-17). Per quanto attiene in particolare all'aspetto psichiatrico, la dott.ssa O. \_\_\_\_\_ ha indicato che l'assicurato presentava dei disturbi della personalità inerenti al piano dipendente, impulsivo, immaturo, inadeguato che ne hanno limitato la gestione emotiva del post-incidente e favorito/determinato un'evoluzione del quadro reattivo iniziale in un quadro ansioso generalizzato associato a note deflesse e somatoformi. L'esperta ha poi rilevato che il quadro somatoforme da dolore cronico si colloca, in considerazione dei criteri prognostici di Förster, in una dimensione in cui in particolare non esiste una patologia psichica di rilevante intensità e un ritiro sociale e non si rileva un aggravamento del quadro psichiatrico nel corso degli anni. Essa ha infine ritenuto che la compartecipazione del quadro di personalità e degli aspetti ansiosi e depressivi ha acuito il vissuto di disagio relativo al quadro somatoforme, producendo nel complesso un'incapacità lavorativa del 25%, presente posteriormente agli interventi neurochirurgici alla colonna vertebrale effettuati nel novembre 2011 (doc. A 125-20 a 125-22).

### **E. 11.2.1**

Complessivamente l'interessato è stato considerato inabile al lavoro al 100% dal 25 marzo 2009 nella precedente attività di manovale edile.

### **E. 11.2.2**

Nella perizia è stato inoltre indicato che « in un'attività adeguata, come descritto nelle precedenti valutazioni agli atti, vi è un'incapacità lavorativa totale dal 25 marzo 2009. Un'incapacità lavorativa nella misura del 10% dal 1° gennaio 2011, un'incapacità lavorativa totale per qualsiasi tipo di attività dall'intervento neurochirurgico alla colonna lombare del 24 novembre 2011 sino al 31 maggio 2012 ». Dal 1° giugno 2012 la misura complessiva dell'incapacità lavorativa è pari al 25%, intesa come riduzione del rendimento sull'arco di una giornata lavorativa (doc. 125 pag. 23).

### **E. 11.3**

Con rapporto finale del 6 giugno 2013 (doc. A 127-1 a 127-3), il dott. R. \_\_\_\_\_ ha posto, in virtù delle menzionate valutazioni mediche, la diagnosi principale di sindrome cervicospondilogenica cronica recidivante, sindrome lombospondilogenica cronica bilaterale e stato dopo artrodesi posteriore e anteriore L5-S1, il 24 e 29 novembre 2011 e le ulteriori diagnosi di sindrome mista ansioso-depressiva, sindrome ansiosa atipica, disturbo di personalità non altrimenti specificati con note immature, impulsive, dipendenti e sindrome somatoforme da dolore persistente. Il medico interpellato ha ripreso le conclusioni peritali circa le percentuali di inabilità lavorativa.

### **E. 11.4**

Infine dalla perizia complementare esperita dalla dott.ssa O. \_\_\_\_\_ il 31 gennaio 2014 in seguito a quanto emerso dal rapporto medico dettagliato redatto dalla dott.ssa T. \_\_\_\_\_ nell'agosto 2013 (doc. 135), risulta un'incapacità lavorativa del 30% circa da settembre 2013 (doc. 149 pag. 10). Con rapporto del 24 giugno 2014, redatto pendente causa, la dott.ssa O. \_\_\_\_\_ ha ribadito la propria opinione (rapporto allegato al doc. TAF 7).

### **E. 12.1.1**

Per quanto riguarda il periodo dal 1° gennaio 2011 al 1° novembre 2011, alla luce di quanto appena esposto emerge che, contrariamente a quanto indicato espressamente nella sentenza di rinvio (consid. 10), l'amministrazione non ha verificato se, effettivamente, da quella data era giustificata una soppressione della rendita in seguito ad un miglioramento dello stato di salute. In effetti sia il SAM che il dott. M. \_\_\_\_\_ su questo punto si limitano a rinviare « alle precedenti valutazioni » (doc. 125 pag. 23), segnatamente alle conclusioni del dott. I. \_\_\_\_\_ (doc. 125 pag. 34), dimenticando che il Tribunale adito non le aveva considerate probanti, ritenuto che agli atti vi erano indizi secondo cui non solo la situazione non era migliorata, ma addirittura non si era ancora neppure stabilizzata. Una soppressione della rendita per questi motivi non era e non è pertanto tutt'ora ammissibile, ritenuto che, ancora una volta, non è noto, non essendo stato per nulla accertato, contrariamente alle indicazioni del TAF, in che cosa consisterebbe il miglioramento, che produrrebbe, secondo i periti, un'incapacità lavorativa pari a soltanto il 10% da gennaio 2011.

### **E. 12.1.2**

D'altronde secondo questa Corte dagli atti medici dell'incarto non emerge senz'altro un miglioramento dello stato di salute, ritenuto che già durante le visite specialistiche eseguite nel mese di febbraio 2011 sono stati accertati dolori lombari per cui, successivamente, è

stata ordinata una risonanza magnetica della colonna lombare che ha evidenziato patologie, per cui l'assicurato è stato sottoposto, nel mese di novembre, al noto intervento chirurgico di artrodesi (doc. 125 pag. 19). In particolare dalla perizia del SAM emerge che, al momento dell'asserito miglioramento, e meglio nel febbraio 2011 « durante la valutazione peritale reumatologica del 2.2.2011, le lombalgie si diramavano nell'inguine e nell'arto inferiore ds., medio-prossimale, in aumento alle manovre di Valsalva, algie rimaste refrattarie alle misure farmacologiche-fisiatriche fino a quel momento improntate; il 25.5.2011 veniva richiesta un'ulteriore risonanza magnetica della colonna lombare, mostrante un'anterolistesi di primo grado di L5 su S1 con alterazioni degenerative diffuse con protrusione discale ad ampio raggio al segmento L5-S1; il 24.11.2011 e 29.11.2011, l'A. veniva sottoposto ad intervento di artrodesi posteriore strumentata di L5-S1, rispettivamente ad artrodesi anteriore di L5-S1, in diagnosi di lombosciatalgia cronica a ds. in spondilolistesi istmica L5-S1 ».

### **E. 12.2**

In simili condizioni appare evidente che l'amministrazione non poteva sopprimere la rendita con effetto dal 31 marzo 2011, non essendo non solo provato con il grado della verosimiglianza preponderante che il miglioramento non era intervenuto, ma non essendo neppure stato indicato in cosa sarebbe consistito tale miglioramento. La documentazione agli atti appare al contrario sufficiente per ritenere provata, con il grado della verosimiglianza preponderante, la situazione contraria e meglio che, da febbraio 2011, la situazione non si era per nulla modificata. Come detto i dolori di cui soffriva l'assicurato e le risultanze della risonanza magnetica hanno indotto i medici a riconoscere la necessità di eseguire l'intervento chirurgico che ha avuto luogo il mese di novembre 2011. In simili condizioni la prestazione non poteva evidentemente essere soppressa con effetto dal 31 marzo 2011 e pertanto, in accoglimento del ricorso, va ripristinata fino al 1° novembre 2011.

### **E. 13.1**

Anche per il periodo successivo e meglio da luglio 2012, segnatamente sei mesi dopo l'intervento di artrodesi, va esaminato se è provato un miglioramento dello stato di salute tale per cui era giustificata la soppressione della rendita dal 30 settembre 2012. Il SAM ritiene, sulla base del parere degli esperti interpellati, che un'inabilità lavorativa totale è giustificata per un periodo di sei mesi a partire dall'intervento neurochirurgico (doc. 125 pag. 34), ossia dopo la stabilizzazione chirurgica della colonna lombare. A partire dal 1° giugno 2012 la capacità lavorativa in attività confacenti allo stato di salute è stata pertanto considerata pari al 100%; globalmente, cioè tenuto conto della riduzione della capacità lavorativa per motivi psichiatrici, decorrente dall'intervento chirurgico, la capacità lavorativa è stata considerata pari al 75% (intesa come riduzione del rendimento, doc. 125 pag. 23) e al 70 % da settembre 2013.

### **E. 13.2**

In allegato alle sue osservazioni dell'agosto-settembre 2013 (doc. A 134-1, 135-1 e 136-1) al progetto di decisione dell'autorità inferiore del 12 agosto 2013, il ricorrente ha prodotto la seguente documentazione:

#### **E. 13.2.1**

Un certificato medico del 21 agosto 2013, nel quale il dott. S. \_\_\_\_\_ ha posto la diagnosi di sindrome lombovertebrale cronica su esiti di stabilizzazione posteriore e anteriore di spondilolistesi L5/S1 (11/2011) e depressione (doc. A 134-2 e 3), concludendo per inabilità

lavorativa al 100% in attività pesanti.

#### **E. 13.2.2**

La perizia del 2 settembre 2013 (doc. A 135-6 a 135-8), comprensiva della valutazione neuropsicologica eseguita nell'agosto 2013 dal lic. psic. U. \_\_\_\_\_ (doc. A 135-2 a 135-5 e 135-9 a 135-15), in cui la dott.ssa T. \_\_\_\_\_ ha posto la diagnosi di sindrome depressiva ricorrente, episodio attuale moderato-grave e sindrome da attacchi di panico. Essa ha indicato in particolare che l'insorgente presenta un'identità fragile, con difese fragilizzate, elevata vulnerabilità allo stress e alle frustrazioni, resilienza notevolmente ridotta, precisando che le difficoltà esistenziali che egli sta vivendo mettono a dura prova la sua forza dell'Io, alimentano la persistenza di distorsioni cognitive e percettive, l'evitamento di situazioni ansiogene e il ritiro sociale. Il ricorrente stesso fa risalire il mutamento sul piano psichico al periodo dell'intervento alla schiena e meglio al novembre 2011, con ulteriore peggioramento nell'estate 2012 in seguito l'insorgenza di idee suicidali (pag. 7). Secondo la specialista l'incapacità lavorativa è totale in tutte le attività.

#### **E. 13.2.3**

Un certificato di malattia del 7 settembre 2013, nel quale il dott. Z. \_\_\_\_\_ ha posto la diagnosi di artrosi L5-S1 attestando incapacità lavorativa per circa un mese (doc. A 136-2).

#### **E. 13.3.1**

Invitati a pronunciarsi in merito alla suddetta documentazione medica, con perizia monodisciplinare del 31 gennaio 2014 (doc. A 149-1 a 149-13), fondata sulla valutazione psicodiagnostica 19 novembre 2013 del dott. V. \_\_\_\_\_ (doc. A 149-23 a 149-29) e sul rapporto dell'8 dicembre 2013 della dott.ssa O. \_\_\_\_\_ (doc. A 149-14 a 149-22), il dott. P. \_\_\_\_\_ e la dott.ssa Q. \_\_\_\_\_ hanno ribadito le conclusioni della perizia pluridisciplinare del 3 giugno 2013, precisando nel contempo che, stante l'assenza di una sostanziale risposta, nonostante un aumento degli antidepressivi, il ricorrente presenta un'incapacità lavorativa del 30% da circa tre mesi (doc. A 149-10).

#### **E. 13.3.2**

Nel rapporto finale del 4 febbraio 2014 (doc. A 150-1 a 150-3), il dott. R. \_\_\_\_\_ ha confermato il contenuto della sua relazione del 6 giugno 2013.

#### **E. 13.4.1**

Con relazione clinica del 5 maggio 2014, prodotta dall'insorgente con il ricorso del 14 maggio seguente, la dott.ssa A1. \_\_\_\_\_ ha sostenuto che l'andamento clinico dell'interessato, in cura dall'agosto 2012, è stato contrassegnato, dopo un breve periodo di relativo benessere, dalla ripresa di episodi di attacchi di panico e di ansia libera, evoluti successivamente verso un episodio depressivo grave di lunga durata che compromette a tutt'oggi la vita sociale e la capacità di concentrazione (doc. H allegato al doc. TAF 1).

#### **E. 13.4.2**

Nella perizia del 5 maggio 2014, prodotta dall'insorgente con complemento al ricorso del 19 maggio successivo e comprensiva della valutazione testistica (Beck Depression Inventory, Scala Hamilton per la depressione e Montgomery-Asberg Depression Rating scale), eseguita il 2 maggio 2014 dal lic. psic. U. \_\_\_\_\_, la dott.ssa T. \_\_\_\_\_ ha posto la diagnosi di sindrome depressiva ricorrente, episodio attuale grave e sindrome da attacchi di

panico (allegati al doc. TAF 2). Essa ha ribadito la persistenza di uno stato di fragilità endopsichica con difese fragilizzate, ha precisato poi che le distorsioni cognitive e percettive, già presenti nella precedente valutazione del settembre 2013, si manifestano attualmente in un'elaborazione paranoidea delle problematiche presenti che espongono l'interessato a momenti di disregolazione emotiva e al rischio di agiti, precisando infine che, in considerazione dell'evoluzione clinica osservata, la prognosi a medio-lungo termine è sfavorevole e che la capacità lavorativa è nulla in ogni attività.

#### **E. 13.4.3**

Con rapporto del 24 giugno 2014 la dott.ssa O. \_\_\_\_\_ ha invece ribadito la propria opinione. A suo modo di vedere l'aumento della scala Z sarebbe riconducibile non ad un'importante sintomatologia depressiva ma all'esagerazione di sintomi emotivi attuali. La specialista ha precisato che " il piano è di conferire prevalenza agli elementi personologici sull'espressività sintomatica acuta piuttosto che sottolineare aspetti prettamente depressivi... tipicamente in una depressione grave la quota di energie è ridotta per tutto e non solo per i doveri/responsabilità...conferirgli una rilevante percentuale di inabilità lavorativa collude con l'autorizzarlo a demandare, dipendere, regredire, ritirarsi " (rapporto allegato al doc. TAF 7 pag. 3).

#### **E. 14.1**

In primo luogo va evidenziato dal profilo somatico che le diagnosi poste nel certificato medico del dott. S. \_\_\_\_\_ del 21 agosto 2013 (doc. A 134-2 e 3), nonché nei certificati di malattia del dott. Z. \_\_\_\_\_ del 7 settembre 2013 (doc. A 136-2) e 1° aprile 2014 (doc. G allegato al doc. TAF 1), pur giungendo a conclusioni diverse riguardo alla capacità lavorativa dell'interessato, ricalcano quelle espresse nelle perizie del SAM del 3 giugno 2013 (doc. A 125-1 a 125-27) e 31 gennaio 2014 (doc. A 149-1 a 149-13). Giova poi evidenziare che i rapporti medici del dott. W. \_\_\_\_\_, medico generalista, del 28 aprile e del 15 dicembre 2011, nonché il certificato medico del dott. Z. \_\_\_\_\_ del 6 agosto 2011, prodotti dall'assicurato in sede ricorsuale (doc. D-F allegati al doc. TAF 1), sono anteriori alle suddette perizie esperite a seguito della sentenza del 14 settembre 2012 con la quale il TAF aveva rinviato gli atti di causa all'autorità inferiore per completamento dell'istruttoria (doc. A 109-1 a 109-18). Tali documenti non sono pertanto atti a mettere in discussione da un punto di vista reumatologico, la perizia del SAM, che si fonda sul referto del dott. M. \_\_\_\_\_ secondo cui dopo sei mesi dall'intervento chirurgico si può ritenere l'assicurato abile al lavoro al 100% in attività adeguate (con riduzione di rendimento del 25% per motivi psichici) e pertanto considerare migliorata la situazione di salute del ricorrente dopo tale data. Tale conclusione è tra l'altro supportata dalle verifiche eseguite presso l'Istituto ortopedico B1. \_\_\_\_\_ di C1. \_\_\_\_\_ in data 2 luglio 2012, da cui emerge che l'assicurato riferisce di un miglioramento della sintomatologia sciatalgica destra con persistente dolore seppur attenuato rispetto alla condizione preoperatoria, nelle posture prolungate (doc. 125 pag. 6).

#### **E. 14.2**

Alla medesima conclusione non si può per contro giungere in ambito psichiatrico. Da questo punto di vista le conclusioni degli esperti nelle perizie del 3 giugno 2013 e del 31 gennaio 2014, riprese dal SAM nei suoi rapporti finali del 6 giugno 2013 e del 4 febbraio 2014, non possono essere condivise completamente. In particolare non risulta provato con il grado della verosimiglianza preponderante che il grado di incapacità lavorativa

dell'interessato, pari al 25%, è rimasto più o meno invariato dal novembre 2011 al settembre 2013, quando è stato ritenuto pari al 30%.

#### **E. 14.2.1**

Questo Tribunale constata che, con risposta del 14 luglio 2014 (doc. TAF 7), ribadita poi anche in sede di duplica il 10 settembre seguente (doc. TAF 11), l'UAIE si è limitato a sostenere che la documentazione medica prodotta dal ricorrente (doc. H allegato al doc. TAF 1 e allegati al doc. TAF 2) non oggettiva un peggioramento del suo stato di salute e non fornisce elementi che non siano già stati debitamente valutati dai medici precedentemente consultati e che quindi non è necessario procedere ad ulteriori misure di istruzione. Tuttavia tale constatazione è contraria alle risultanze processuali. In effetti, l'autorità di prime cure non ha così tenuto conto dell'intervenuta modifica dello stato di salute dell'insorgente. La perizia della dott.ssa A1.\_\_\_\_\_ del 5 maggio 2014, immediatamente posteriore alla pronuncia dell'UAIE (doc. H allegato al doc. TAF 1), attesta infatti un peggioramento dello stato di salute dell'assicurato, caratterizzato da un episodio depressivo grave di lunga durata, tale da comprometterne la vita sociale e la capacità di concentrazione (cfr. 13.4.1). Allo stesso modo con perizia del 5 maggio 2014 (allegati al doc. TAF 2), la dott.ssa T.\_\_\_\_\_ ha constatato un aggravamento delle condizioni dell'interessato rispetto alla precedente valutazione del settembre 2013 (doc. A 135-6 a 135-8 e 8.3.2), caratterizzato da un episodio depressivo attuale grave (precedentemente medio-grave) con distorsioni cognitive e percettive che si manifesta in un'elaborazione paranoidea delle problematiche presenti che espongono l'interessato a momenti di disregolazione emotiva e al rischio di agiti e formulato una prognosi sfavorevole a medio-lungo termine (cfr. doc. 135 pag. 7, cfr. 13.4.2).

#### **E. 14.2.2**

Contrariamente a quanto affermato dalla dott.ssa O.\_\_\_\_\_ il peggioramento progressivo dello stato di salute dell'assicurato risulta verosimilmente intervenuto nell'estate 2012. In proposito alla dott.ssa T.\_\_\_\_\_ l'interessato ha riferito la comparsa di ideazioni suicidali attive (l'interessato aveva già tentato il suicidio nel 2000 e 2001 [doc. H allegato al doc. TAF 1]) e proprio nell'agosto 2012 egli si è rivolto alla dott.ssa A1.\_\_\_\_\_ dell'Ospedale di circolo di D1.\_\_\_\_\_ (doc. H allegato al doc. TAF 1). In tale occasione viene altresì posta una diagnosi diversa da quella della dott.ssa O.\_\_\_\_\_, da lei ripetutamente confermata, segnatamente, come detto, di sindrome depressiva ricorrente, episodio attuale moderato-grave (ICD-10.F33.2) e di sindrome da attacchi di panico (ICD-10.F41.0). Nel rapporto del 5 maggio 2014 la dott.ssa A1.\_\_\_\_\_ indica inoltre che, ad eccezione di un breve periodo di relativo benessere, la situazione è evoluta in un episodio depressivo grave di lunga durata (ICD-10.F33.2). La stessa diagnosi è stata posta anche dalla dott.ssa T.\_\_\_\_\_ (rapporto allegato al doc. TAF 7). Se inoltre il paziente durante gli incontri con la dott.ssa O.\_\_\_\_\_ appariva addirittura molto curato nell'aspetto (la specialista si è soffermata su diversi dettagli in tal senso), ora risulta trascurato nella persona. Visto quanto sopra i rapporti medici circostanziati, motivati e concludenti trasmessi dal ricorrente e redatti dalle dott.sse A1.\_\_\_\_\_ e T.\_\_\_\_\_, entrambe specializzate in psichiatria, alla luce di numerosi test psicologici, sono senz'altro atti a mettere in discussione le conclusioni della dott.ssa O.\_\_\_\_\_ o perlomeno a far sorgere qualche dubbio per quanto riguarda la loro fondatezza. Detti referti non sono tuttavia sufficientemente completi e approfonditi per poter essere posti alla base della presente procedura. In effetti questo Tribunale si trova confrontato con due opinioni peritali dettagliate e motivate, discordanti tra loro per quanto

riguarda la diagnosi, rispettivamente l'evoluzione della stessa, e altresì diametralmente opposte per quanto riguarda le conseguenze dello stato di salute, segnatamente la misura della capacità lavorativa che da un lato è ritenuta essere pari al 25/30%, mentre dall'altro addirittura pari al 70%. In particolare questa Corte non è in grado, allo stato attuale, di stabilire se l'aumento del punteggio di cui alla cosiddetta scala Z sia riconducibile ad una importante sintomatologia depressiva (come sostengono i medici curanti) oppure alla tendenza ad esagerare i problemi emotivi attuali (come sostiene la dott.ssa O.\_\_\_\_\_ nel rapporto del 24 giugno 2014 [allegato al doc. TAF 7]). Ne consegue che questa Corte non è stata posta in grado di statuire sulla questione se, malgrado il miglioramento dello stato di salute da un punto di vista somatico circa da agosto 2012, la situazione è effettivamente migliorata nella misura indicata dal SAM e dalla dott.ssa O.\_\_\_\_\_ oppure è rimasta invariata alla luce dell'eventuale peggioramento intervenuto da un punto di vista psichiatrico.

### **E. 14.3**

Da quanto esposto discende che per quanto riguarda il periodo dal 1° ottobre 2012 le decisioni impugnate - che violano il diritto federale, fondandosi su un accertamento inesatto e incompleto dei fatti giuridicamente rilevanti - vanno annullate.

### **E. 15.1**

In caso di annullamento della decisione impugnata il Tribunale amministrativo federale può sostituirsi all'autorità inferiore e giudicare direttamente nel merito oppure rinviare la causa, con istruzioni vincolanti, all'autorità inferiore per un nuovo giudizio (cfr. sentenza del TAF C-2183/2013 del 28 gennaio 2015 consid. 10.1). In particolare esso si sostituirà all'autorità inferiore se gli atti sono completi e comunque sufficienti per statuire sull'applicazione del diritto federale (v. sentenza del TF 9C\_162/2007 del 3 aprile 2008 consid. 2.3 e relativi riferimenti; DTF 126 II 43 e 125 II 326).

### **E. 15.2**

Nel caso in esame la Corte adita può sostituirsi parzialmente all'autorità inferiore per il periodo dal 1° aprile 2011 al 30 ottobre 2011. Le decisioni vengono pertanto parzialmente riformate nel senso che A.\_\_\_\_\_ ha diritto ad una rendita intera anche per il periodo menzionato, oltre che dal 1° novembre 2011 al 30 settembre 2012, così come alle rendite per i tre figli per questo periodo.

### **E. 15.3.1**

Per quanto riguarda il periodo successivo al 30 settembre 2012 per contro gli atti di causa vanno rinviati all'autorità inferiore affinché completi l'accertamento dei fatti giuridicamente rilevanti e, alla luce delle nuove risultanze istruttorie, si pronunci nuovamente sul diritto alla rendita del ricorrente per sé e per i tre figli. La cassazione si giustifica in quanto dovrà essere ordinata una nuova perizia psichiatrica, che faccia luce sullo stato di salute psichico e sulle conseguenze dello stesso sulla capacità lavorativa, ritenuto che gli psichiatri interpellati, da un lato i medici curanti, dall'altro la dott.ssa O.\_\_\_\_\_, incaricata dal SAM, sostengono in proposito opinioni diametralmente opposte in particolare sull'esistenza o meno di una depressione medio grave trasformata in depressione grave, rispettivamente sulla tendenza del ricorrente ad aggravare i sintomi (cfr., sulla possibilità di un rinvio all'autorità inferiore in siffatte circostanze, DTF 137 V 210 consid. 4.4.1.4 e sentenza del TF 8C\_633/2014 dell'11 dicembre 2014 consid. 3.2 e 3.3), nonché ogni ulteriore esame che pure l'evoluzione nel tempo dello stato di salute dell'insorgente dovesse ancora rendere

necessario.

### **E. 15.3.2**

Per il resto, e tenuto conto dell'esito di tali accertamenti completivi, l'UAIE dovrà effettuare un nuovo confronto dei redditi sulla base delle possibili attività sostitutive ritenute adeguate dal profilo medico-teorico e realisticamente realizzabili in un mercato del lavoro equilibrato.

### **E. 15.4**

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) dal momento che nelle decisioni impugnate del 2 aprile 2014 l'autorità inferiore ha già attribuito al ricorrente una rendita intera d'invalidità dal 1° novembre 2011 al 30 settembre 2012, rimasta incontestata in questa sede e suffragata dagli atti dell'incarto. Non è pertanto necessario conferire al ricorrente la facoltà di ritirare il proprio gravame.

### **E. 16.1**

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 6 giugno 2014, sarà restituito al ricorrente allorquando la presente sentenza sarà cresciuta in giudicato.

### **E. 16.2**

Ritenuto che l'insorgente è rappresentato in questa sede, si giustifica altresì l'attribuzione di spese ripetibili (art. 64 PA in combinazione con gli art. 7 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]; cfr. pure DTF 137 V 57 consid. 2 secondo cui la parte che ha presentato ricorso in materia d'assegnazione o rifiuto di prestazioni assicurative è reputata vincente, dal profilo delle ripetibili, anche se la causa è rinviata all'amministrazione per complemento istruttorio e nuova decisione). La stessa, in assenza di una nota dettagliata, è fissata d'ufficio (art. 14 cpv. 2 TS-TAF) complessivamente in fr. 1'000.-, tenuto conto del lavoro utile e necessario svolto dal rappresentante del ricorrente. L'indennità per ripetibili è posta a carico dell'UAIE. (dispositivo pagina seguente)

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