

BVGer C-2866/2022 vom 30. Januar 2025

Bundesverwaltungsgericht, 2025-01-30, IT

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bvger_C-2866_2022

FR: TAF C-2866/2022 du 30 janvier 2025

IT: TAF C-2866/2022 del 30 gennaio 2025

Regeste

Revisione della rendita

Erwägungen

E. 1

consid. 3.2).

E. 1.1

Il Tribunale amministrativo federale (TAF) esamina d'ufficio e con piena cognizione la sua competenza rispettivamente l'ammissibilità dei gravami che gli sono sottoposti (art. 7 cpv. 1 PA; DTAF 2016/15 consid. 1; 2014/4 consid. 1.2).

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

La procedura dinanzi al Tribunale amministrativo federale è retta dalla PA, in quanto la LTAF non disponga altrimenti (art. 37 LTAF). In virtù

C-2866/2022 Pagina 13 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). Secondo l'art. 2 LPGA, le disposizioni della legge stessa sono applicabili alle assicurazioni sociali disciplinate dalla legislazione federale, se e per quanto le singole leggi sulle assicurazioni sociali lo prevedano. Giusta l'art.

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 e art. 48 cpv. 1 PA), il ricorso è stato interposto tempestivamente (art. 60 LPGA e art. 50 cpv. 1 PA) e rispetta i requisiti previsti dalla legge (art. 52 cpv. 1 PA). Il ricorso è pertanto ammissibile.

E. 1.5

Va peraltro precisato che nel caso di specie è oggetto del litigio non solamente la mancata concessione di una rendita posteriormente al 31 agosto 2020, ma anche l'assegnazione della rendita intera dell'assicurazione svizzera per l'invalidità dal 1° ottobre 2016 al 31 agosto 2020. In effetti, secondo costante giurisprudenza, assegnando retroattivamente una rendita

degressiva e/o limitata nel tempo, l'autorità amministrativa disciplina un rapporto giuridico suscettibile, in caso di contestazione, di essere oggetto della lite e dell'impugnativa. Qualora sia contestata solo la riduzione o la soppressione delle prestazioni, il potere cognitivo del giudice non è dunque 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- 3164/2017 del 14 novembre 2019 consid. 1.5, 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, è domiciliato in Italia e sussiste un nesso transfrontaliero, il medesimo essendo stato assicurato all'assicurazione per la vecchiaia, i superstiti e l'invalidità svizzera (AVS/AI; DTF 145 V 231 consid. 7.1, 143 V 354 consid. 4, 143 V 81 in particolare consid. 8.1), per cui è applicabile, di principio, l'ALC

C-2866/2022 Pagina 14 (RS 0.142.112.681) ed il relativo Allegato II che regola il coordinamento dei sistemi di sicurezza sociale.

E. 2.2

L'allegato II ALC prevede in particolare che le parti contraenti applicano tra di loro, dal 1° aprile 2012, 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 (art. 1 cpv. 1 Allegato II ALC in relazione con la Sezione A dell'Allegato II ALC). Il Regolamento (CE) n. 883/2004 è stato ulteriormente modificato dai regolamenti (UE) n. 1244/2010 (RU 2015 343), n. 465/2012 (RU 2015 345) e n. 1224/2012 (RU 2015 353), applicabili nelle relazioni tra la Svizzera e gli Stati membri dell'Unione europea a decorrere dal 1° gennaio 2015. Tuttavia, anche in seguito all'entrata in vigore dell'ALC, l'organizzazione della procedura come pure l'esame delle condizioni di ottenimento di una rendita d'invalidità svizzera, sono regolate dal diritto interno svizzero (art. 4 e art. 46 cpv. 3 del Regolamento n. 883/2004 in relazione con l'Allegato II del regolamento medesimo; DTF 130 V 253 consid. 2.4).

E. 3.1

Dal profilo temporale, con riserva di disposizioni particolari di diritto transitorio, 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 146 V 364 consid. 7.1; 139 V 335 consid. 6.2; 136 V 24 consid. 4.3).

E. 3.1.1

Il 1° gennaio 2022, sono entrate in vigore le modifiche del 19 giugno 2020 della LAI e della LPGa (Ulteriore sviluppo dell'AI; RU 2021 705; FF 2017 2191) e le modifiche del 3 novembre 2021 dell'Ordinanza del 17 gennaio 1961 sull'assicurazione per l'invalidità (OAI, RS 831.201; RU 2021 706). Queste disposizioni sono applicabili a tutte le rendite il

cui diritto, ai sensi dell'art. 29 LAI, è nato a partire dal 1° gennaio 2022, anche se l'invalidità è insorta prima di questa data (Circolare dell'UFAS sull'invalidità e sulla rendita nell'assicurazione per l'invalidità [CIRAI; valida dal 1° gennaio 2022, stato al 1° luglio 2022], cifra marginale 9100; Circolare dell'UFAS concernente le disposizioni transitorie della riforma Ulteriore sviluppo dell'AI sul sistema di rendite lineare [C DT US AI; valida dal 1° gennaio 2022, stato al 1° gennaio 2022] cifre marginali 1007 a 1010).

C-2866/2022 Pagina 15

E. 3.1.2

Nel caso in cui la decisione prevede la concessione di una rendita con quote decrescenti (rendita scalare) o a tempo determinato, se la modifica determinante avviene prima del 1° gennaio 2022, si applicano le disposizioni della LAI e dell'OAI nel tenore in vigore fino al 31 dicembre 2021. Se la modifica determinante avviene dopo il 31 dicembre 2021, si applicano le disposizioni della LAI e dell'OAI nel tenore in vigore dal 1° gennaio 2022. La data della modifica determinante è determinata secondo l'art. 88a OAI (Circolare dell'UFAS sull'invalidità e sulla rendita nell'assicurazione per l'invalidità [CIRAI; valida dal 1° gennaio 2022, stato al 1° luglio 2022], cifra marginale 9102; cfr. anche sentenza del TF 8C_284/2023 del 28 febbraio 2024 consid. 3.1).

E. 3.1.3

Nella presente fattispecie, l'autorità inferiore ha riconosciuto il diritto del ricorrente di percepire una rendita intera dal 1° ottobre 2016 fino al 31 agosto 2020 e rifiutato una rendita d'invalidità successivamente a quest'ultima data. Pertanto, si applicano di principio nella presente procedura ricorsuale le disposizioni legali in vigore fino al 31 dicembre 2021.

E. 3.2

Giova altresì rilevare che il potere cognitivo di questo Tribunale è delimitato dalla data della decisione impugnata, in concreto il 31 maggio 2022. Il giudice delle assicurazioni sociali esamina infatti la decisione impugnata sulla base della situazione di fatto esistente al momento in cui essa è stata resa (DTF 136 V 24 consid. 4.3). Tiene tuttavia conto dei fatti verificatisi dopo tale data quando essi possano imporsi quali elementi d'accertamento retrospettivo della situazione anteriore alla decisione stessa (DTF 129 V 1 consid. 1.2; 121 V 362 consid. 1b), in altri termini se gli stessi sono strettamente connessi all'oggetto litigioso e se sono suscettibili di influire sull'apprezzamento del giudice al momento in cui detta decisione litigiosa è stata resa (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. 4

In via preliminare, il ricorrente ha chiesto lo stralcio dall'incarto dell'autorità inferiore del rapporto informativo del 5 luglio 2021 (doc. UAIE 68 pag. 117 [fino al 7 aprile 2021] e doc. UAIE 83 pag. 161 [fino al 5 luglio 2021]).

E. 4.1

Al riguardo, questo Tribunale osserva che il ricorrente non è stato oggetto di una misura d'osservazione ai sensi dell'art. 43a LPGa, la quale è sottoposta a garanzie procedurali particolari (v. art. 43a cpv. 2 LPGa e art. 7a-i OPGA), segnatamente l'obbligo per

l'assicuratore d'informare la persona coinvolta del motivo, della natura e della durata dell'osservazione, al

C-2866/2022 Pagina 16 più tardi prima di rendere una decisione concernente una prestazione. Nella presente fattispecie, il rapporto informativo si limita in effetti a consultare il profilo Facebook del ricorrente. Ora, secondo la costante giurisprudenza del Tribunale federale, la consultazione di foto sul profilo di Facebook, che sono accessibili al pubblico, non costituisce un attacco alla vita privata (una violazione della sfera privata) né quindi una misura d'osservazione di cui all'art. 43a LPGa, il quale non trova applicazione nella presente fattispecie (sentenze del TF 8C_501/2021 del 14 luglio 2022 consid. 5.1; 8C_292/2019 del 27 agosto 2019 consid. 3.2.3; 8C_909/2017 del 26 giugno 2017 consid. 6.2; v. anche sentenza del TAF C-2859/2021 del 4 giugno 2024 consid. 6.2).

E. 4.2

Conto tenuto di quanto sopra, la richiesta di stralcio dall'incarto dell'autorità inferiore del rapporto informativo del 5 luglio 2021 deve essere respinta.

E. 5

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 LPGa e della LAI (art. 8 LPGa nonché art. 4, 28 cpv. 1 e 29 cpv. 1 LAI); ■ aver pagato i contributi all'AVS/AI svizzera o ad un'assicurazione sociale assimilata (art. 6 e 45 del regolamento [CE] n. 883/2004) 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 131 V 390; 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 contributi per più di un anno (cfr. doc. UAIE 9 pag. 23 [conto individuale]).

C-2866/2022 Pagina 17

E. 6.1

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).

E. 6.2

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. 6.3

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%.

E. 6.4

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 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. 6.5

La nozione d'invalidità di cui agli art. 4 LAI e 8 LPGA 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 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).

C-2866/2022 Pagina 18

E. 6.6

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 (DTF 116 V 246 consid. 1b).

E. 7.1

Al fine di poter graduare l'invalidità, all'amministrazione (o al giudice in caso di ricorso) è necessario disporre di documenti che devono essere rassegnati dal medico o eventualmente da altri specialisti. 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 93 consid. 4). Il compito del medico consiste nel porre un giudizio sullo stato di salute, nell'indicare in quale misura e in quali attività l'assicurato è incapace al lavoro come pure nel fornire un importante elemento di giudizio per determinare quali lavori siano ancora ragionevolmente esigibili dall'assicurato (DTF 140 V 193 consid. 3.2; 132 V 93 consid. 4). 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. Determinante quindi per stabilire se un rapporto medico ha valore di prova non è né la sua origine né la sua denominazione, ad esempio, quale perizia o rapporto, ma il suo contenuto (134 V 231 consid. 5.1; 125 V 351 consid. 3a). Il rapporto medico deve altresì essere redatto da medici che dispongono delle qualifiche specialistiche richieste nel singolo caso (sentenze del TF 9C_555/2017 del 22 novembre 2017 consid. 3.1, 9C_745/2010 del 30 marzo 2011 consid. 3.2 e 9C_826/2009 del 20 luglio

2010 consid. 4.2). In presenza di rapporti medici contraddittori, il giudice non può evadere la vertenza senza valutare l'intero materiale e indicare i motivi per cui egli si fonda su un rapporto piuttosto che su un altro. Al riguardo va tuttavia precisato che non si può pretendere dal giudice che raffronti i diversi pareri medici e parimenti esponga correttamente da un punto di vista medico, come farebbe un perito, i punti su cui si evidenziano delle carenze e quale sia l'opinione più adeguata (sentenza del TF 8C_556/2010 del 24 gennaio 2011 consid. 7.2 con rinvii).

E. 7.2

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

C-2866/2022 Pagina 19 un giudizio attendibile sulle pretese giuridiche litigiose (DTF 125 V 351 consid. 3a). Il Tribunale federale ha però ritenuto conforme al principio del libero apprezzamento delle prove definire delle direttive in relazione alla valutazione di determinate forme di rapporti e perizie (DTF 125 V 351 consid. 3b). In particolare, le perizie affidate dagli organi dell'amministrazione a medici esterni oppure a un servizio specializzato indipendente, che fondano le proprie conclusioni su esami e osservazioni approfondite, dopo aver 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 discussione la loro attendibilità (DTF 137 V 210 consid. 2.2.2; 135 V 465 consid. 4.4; 125 V 351 consid. 3b/bb). Per quel che riguarda le perizie di parte, 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 che, di principio, deve essere considerato con la necessaria prudenza l'avviso dei medici curanti, anche se specialisti, a causa dei particolari legami che essi hanno con il paziente (DTF 125 V 351 consid. 3b/cc), come pure in relazione allo scopo di trattamento del curante rispetto a quello di un medico perito, per cui, secondo esperienza comune, il medico curante tende generalmente, in caso di dubbio, a pronunciarsi in favore del proprio paziente in ragione del rapporto di fiducia che lo unisce a quest'ultimo (sentenza del TF 9C_275/2022 del 6 settembre 2022 consid. 4.2). Tuttavia, il semplice fatto che un certificato o una perizia siano redatti dal medico curante non costituisce di per sé un motivo per metterne in dubbio l'attendibilità (DTF 125 V 351 consid. 3b/dd). Il medico curante proprio perché segue da più tempo il paziente può fornire importanti indicazioni quanto all'accertamento dei fatti da un punto di vista medico (sentenza del TF 8C_278/2011 del 26 luglio 2011 consid. 5.3). I suoi rapporti possono essere atti a mettere in dubbio l'affidabilità e la concluzione dei pareri medici interni (DTF 135 V 465 consid. 4.5). Ai rapporti allestiti da medici alle dipendenze di un'assicurazione può essere attribuito pieno valore probatorio, a condizione che essi si rivelino concludenti, compiutamente motivati e privi di contraddizioni e che, inoltre, non sussistano degli indizi concreti suscettibili di far dubitare della loro attendibilità. Il solo fatto che il medico consultato si trovi in un rapporto di dipendenza con l'assicuratore non permette di metterne in dubbio l'oggettività e l'imparzialità. Devono piuttosto sussistere delle circostanze particolari che permettono di ritenere come oggettivamente fondati i sospetti circa la parzialità dell'apprezzamento (DTF 135 V 465 consid. 4.4; 125 V 351 consid. 3b/ee).

E. 7.3

Nell'ambito del libero apprezzamento delle prove è di principio consentito che il giudice delle assicurazioni sociali basi la propria decisione unicamente sui rapporti di un medico interno all'assicuratore. Per quanto riguarda l'imparzialità e l'attendibilità di tali rapporti, devono tuttavia essere poste esigenze severe. Nel caso in cui sussista anche il minimo dubbio sull'affidabilità e sulla concluzione dei pareri medici interni dell'assicurazione, non è possibile fondarsi su tali rapporti ed occorre effettuare un completamento dell'istruttoria (DTF 139 V 225 consid. 5.2; 135 V 465 consid. 4.4; 122 V 157 consid. 1d). I pareri del servizio medico regionale (SMR) e del servizio medico dell'UAIE sono da considerare quali rapporti medici interni all'amministrazione (sentenze del TF 9C_159/2016 del 2 novembre 2016 consid. 2.2 e 8C_197/2014 del 3 ottobre 2014 consid. 4). I rapporti del servizio medico regionale (SMR) o del servizio medico dell'UAIE hanno per funzione – a beneficio anche dell'amministrazione e dei tribunali che altrimenti non dispongono necessariamente di simili conoscenze specialistiche – di effettuare una sintesi delle informazioni e degli esami medici di cui agli atti di causa e di 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). In presenza di rapporti medici contraddittori, devono indicare i motivi per cui si fondano su un rapporto piuttosto che su un altro o se occorre effettuare un completamento dell'istruttoria (DTF 142 V 58 consid. 5.1). Se i documenti agli atti non permettono di pronunciarsi sulle pretese giuridiche litigiose, non è possibile decidere unicamente sui rapporti medici interni all'amministrazione, ma occorre effettuare un completamento dell'istruttoria (sentenza del TF 9C_58/2011 del 25 marzo 2011 consid. 3.3). Per l'art. 59 cpv. 2 e cpv. 2bis LAI, i servizi medici regionali (SMR) 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 ragionevolmente esigibile o di svolgere le mansioni consuete in una misura ragionevolmente esigibile e sono indipendenti per quanto concerne le decisioni in ambito medico nel caso specifico.

E. 7.4

Se occorre, i servizi medici regionali possono eseguire direttamente esami medici sugli assicurati; mettono per scritto i risultati degli esami (art. 49 cpv. 2 OAI [RS 831.201]). Ai rapporti del SMR può essere attribuito pieno valore probatorio come alle perizie mediche esterne, a condizione che essi soddisfino i presupposti giurisprudenziali di una perizia medica (DTF 134 V 231 consid. 5.1) e siano redatti da un medico che dispone delle

C-2866/2022 Pagina 21 qualifiche specialistiche richieste nel singolo caso (DTF 137 V 210 consid. 1.2.1). Nel caso in cui sussista anche il minimo dubbio sull'affidabilità e sulla concluzione dei pareri medici del SMR, non è possibile decidere unicamente sui rapporti SMR, ma occorre effettuare un completamento dell'istruttoria (DTF 139 V 225 consid. 5.2; sentenza del TF 8C_262/2016 del 22 settembre 2016 consid. 4.2).

E. 8

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

E. 8.1

Secondo l'art. 17 LPGA, 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. 8.2

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'invalidità 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'invalidità (lett. b).

E. 8.3

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. 8.4

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

C-2866/2022 Pagina 22 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. 9

Nel caso concreto, occorre dunque ancora esaminare se la decisione impugnata si fonda su un accertamento esatto e completo dei fatti giuridicamente rilevanti.

E. 9.1

È incontestato – né vi è motivo per questo Tribunale di intervenire d'ufficio – che la rendita intera accordata al ricorrente a decorrere dal 1° ottobre 2016 al 31 agosto 2020, sostanzialmente per affezioni di carattere ortopedico consecutive all'incidente stradale del 13 agosto 2015, è legittima e giustificata e resta acquisita, senza possibilità di una nuova decisione dell'UAIE a detrimento dell'insorgente. L'assegnazione di una rendita intera nella decisione impugnata per il periodo ivi indicato è fondata su sufficiente documentazione medico specialistica e una convincente valutazione – da questo profilo –

delle conseguenti incapacità lavorative. In sostanza, questo Tribunale osserva che è stata legittimamente ritenuta, dai medici coinvolti nella fattispecie e che si sono dovuti esprimere sulla residua capacità lavorativa del ricorrente – in particolare dal dott. B. _____, specialista in chirurgia generale e traumatologia, dal dott. D. _____, medico della C. _____ specialista in medicina degli infortuni e generale, dal dott. J. _____, medico del BEM specialista in chirurgia ortopedica e traumatologia dell'apparato locomotorio, nonché dal dott. I. _____, medico SMR specialista in medicina generale – un'incapacità lavorativa nell'attività abituale di cuoco e in attività lavorative adeguate del 100% dal 13 agosto 2015 fino ad almeno al 10 agosto 2020. Tale accertata incapacità lavorativa comporta sicuramente il riconoscimento, da parte dell'assicurazione svizzera per l'invalidità, di una rendita intera dal 1° ottobre 2016 (ossia dopo sei mesi dall'inoltro della domanda d'invalidità giusta l'art. 29 cpv. 1 LAI) fino almeno al 31 agosto 2020.

E. 9.2

Per quanto attiene, invece, al diritto ad un'eventuale rendita dopo il 31 agosto 2020, si rileva che gli atti di causa non consentono di condividere la conclusione cui è giunta l'autorità inferiore.

C-2866/2022 Pagina 23

E. 9.2.1

Questo Tribunale osserva che la perizia ortopedica del dott. J. _____ del 1° novembre 2021 (doc. UAIE 93 pag. 200) e il suo complemento del 13 dicembre 2021 (doc. UAIE 97 pag. 229), nonché i due rapporti finali SMR del 29 gennaio 2022 (doc. UAIE 99 pag. 232 e seg.), nonché del 17 maggio 2022 (doc. UAIE 107 pag. 254 e seg.) del dott. I. _____ posti a fondamento della decisione del 31 maggio 2022 dell'autorità inferiore, con riferimento ad una ritrovata capacità lavorativa del ricorrente (nella sua precedente attività [50%] ed in un'attività sostitutiva adeguata [100%]) con soppressione della rendita a decorrere dal 1° settembre 2020, non sono convincenti e non può essere attribuito loro pieno valore probatorio per i motivi di cui si dirà di seguito.

E. 9.2.2

Da un lato, e quand'anche si volesse per denegata ipotesi considerare l'informazione/denuncia telefonica ricevuta dall'assicurazione infortuni C. _____ verso la fine del 2019 e trasmessa all'UAIE il 9 aprile 2021 (doc. UAIE 70 pag. 136 e seg.) – denuncia telefonica che avrebbe indicato che l'insorgente era molto attivo e non aveva alcuna limitazione fisica – in combinazione con le risultanze della consultazione del profilo Facebook del ricorrente stesso come una modifica significativa dei fatti rilevanti ai sensi dell'art. 17 cpv. 1 LPGA (senza necessità dunque di dimostrare un intervento miglioramento dello stato di salute [miglioramento dello stato di salute al 10 agosto 2020 che nel caso concreto non è stato minimamente comprovato nel senso della probabilità preponderante]), va comunque ritenuto che né la perizia ortopedica del dott. J. _____ del 1° novembre 2021 (e relativo breve complemento del 13 dicembre 2021) né nei rapporti finali del medico SMR del 29 gennaio e 17 maggio 2022 né nella decisione impugnata né ancora nelle successive prese di posizione dell'autorità inferiore in sede di ricorso sono indicati, tantomeno in modo chiaro e comprensibile, i motivi per cui l'insieme dei rapporti medici e dei numerosi esami strumentali obiettivi effettuati sul ricorrente e descritti nella menzionata perizia ortopedica (doc. UAIE 93 pag. 203 a 216) potrebbero ora, contrariamente a quanto indicato in modo convincente in particolare dal dott. B. _____,

specialista in chirurgia e traumatologia, segnatamente nel rapporto del 6 ottobre 2020 (doc. UAIE 93 pag. 213 e seg.), ma anche nel rapporto finale SMR dello stesso dott. I. _____ del 4 gennaio 2021 (doc. UAIE 55 pag. 95 e seg.), essere improvvisamente ribaltati per quanto attiene in particolare alla residua capacità lavorativa a decorrere da agosto del 2020, in virtù essenzialmente della surriferita perizia ortopedica. Quest'ultima risulta in effetti estremamente generica e persino laconica, se non addirittura ermetica, per quanto attiene all'indicazione delle ragioni di una diversa interpretazione della situazione medica del ricorrente da agosto 2020. Peraltro, le risultanze della generica denuncia telefonica e delle consultate pagine

C-2866/2022 Pagina 24 Facebook dell'insorgente stesso non possono certo e senz'altro rimpiazzare sufficienti e necessari accertamenti medici – in particolare anche nuovi e recenti esami radiologici e/o altri specifici esami strumentali (segnatamente dal profilo neurologico [v., su quest'ultimo punto, il consid.

E. 9.2.3

Dall'altro lato, dalle carte processuali risultano delle affezioni neurologiche mai prese seriamente in considerazione e soprattutto mai sufficientemente approfondite, tanto meno con uno specifico esame neurologico, peraltro già richiesto nel dicembre 2017 dal dott. F. _____, del servizio ortopedico e traumatologia dello O. _____ di P. _____ (doc. UAIE 93 pag. 209 e seg.) a seguito di un'effettuata RM. Lo specialista ha allora segnalato un'amiotrofia del muscolo tibiale anteriore e dei peroni (l'amiotrofia muscolare, in senso stretto, deriva dalla denervazione, cioè dalla perdita di innervazione motoria, e non deve quindi essere confusa né con la perdita di massa muscolare né con l'atrofia muscolare) e segnalato siccome indicato procedere ad un bilancio neurologico con un'elettromiografia (EMG) del nervo fibulare, o nervo peroneo che dir si voglia. Ma vi è di più. Dal profilo neurologico, ad un esame neurologico del 2 luglio 2019 da parte del dott. G. _____ (ospedale del M. _____ a Q. _____ [doc. UAIE 93 pag. 211) ha fatto seguito una RMI della colonna lombare del 5 agosto 2019, eseguita nel reparto di radiologia dell'ospedale del M. _____ (doc. UAIE 93 pag. 212), da cui risulta, tra l'altro, una compressione della radice L5 nonché una pronunciata spondiloartrosi che tange la radice L4, senza

C-2866/2022 Pagina 25 dimenticare che il medico SMR dott. I. _____ ha posto la diagnosi di lombosciatalgia destra su ernia discale L4-L5 di cui si è già accennato (secondo lui non dovuta a trauma; stato dopo infiltrazione). Ora, nonostante tali indicazioni diagnostiche, non è mai stato effettuato alcun esame neurologico, invero indispensabile, secondo questa Corte, in assenza di una qualsivoglia seria e motivata valutazione al riguardo agli atti di causa. Non è infatti possibile, sempre secondo questo Tribunale, limitarsi in merito alle affezioni neurologiche che emergono dalle carte processuali a generiche affermazioni/conclusioni, peraltro divergenti, tra due non specialisti in neurologia, ossia un ortopedico e un generalista.

E. 9.2.4

Pertanto, a giusta ragione il ricorrente si è doluto nel gravame del fatto che fino a gennaio 2021, e successivo primo progetto di decisione dell'UAIE, tutta la documentazione medica e le conclusioni dei medici responsabili che hanno esaminato tale documentazione, militavano per un'incapacità lavorativa totale a tempo indeterminato in qualsivoglia attività. Poi, sulla base di un rapporto informativo consecutivo ad una denuncia telefonica presso l'assicuratore infortuni, l'autorità inferiore si è facilmente accontentata, secondo

l'insorgente, delle generiche conclusioni di cui alla perizia ortopedica del 1° novembre 2021, nonostante le evidenti lacune/in- completezze della stessa, pertanto rinunciando a far svolgere quantomeno una necessaria nuova perizia imparziale sul suo stato di salute.

E. 9.2.5

In conclusione, l'istruttoria di causa svolta dall'autorità inferiore si ri- leva secondo questo Tribunale carente sia dal profilo ortopedico (perizia ortopedica del 1° novembre 2021 e rapporti finali SMR del 29 gennaio e 17 maggio 2022 divergenti sulle diagnosi e soprattutto insufficientemente mo- tivati quanto all'influsso delle affezioni ortopediche sulla residua capacità lavorativa da agosto 2020), sia in particolare dal profilo neurologico. Que- sto Tribunale non ravvisa peraltro dei motivi – né il perito ortopedico né il medico SMR né l'autorità inferiore ne hanno indicati (tanto meno di convin- centi) – per cui si possa prescindere da un esame specialistico in ambito neurologico al fine di determinare in modo convincente l'influsso delle men- zionate affezioni neurologiche, risultanti dalla documentazione medica agli atti, sulla residua capacità lavorativa del ricorrente.

E. 9.3

Per conseguenza, la decisione impugnata del 31 maggio 2022, fondata su un accertamento insufficiente dei fatti giuridicamente rilevanti, viola il diritto federale ed incorre nell'annullamento. Conseguentemente, non vi è ragione di esaminare d'ufficio eventuali ulteriori lacune riferite alla proce- dura dinanzi all'autorità inferiore.

C-2866/2022 Pagina 26

E. 10.1

Quando il TAF annulla una decisione, esso può sostituirsi all'autorità inferiore e giudicare direttamente nel merito o rinviare la causa, con istru- zioni vincolanti, all'autorità inferiore per un nuovo giudizio (art. 61 PA; cfr. sentenza del TAF C-2700/2021 del 20 settembre 2022 consid. 10.1). In particolare, esso si sostituirà all'autorità inferiore se gli atti sono completi e comunque sufficienti a statuire sull'applicazione del diritto federale (sen- tenza del TF 9C_162/2007 del 3 aprile 2008 consid. 2.3 con rinvii; DTF 126 II 43; 125 II 326; cfr. sentenza del TAF C-3196/2017 dell'11 settembre 2019 consid. 10.1 con rinvio). Tale non è il caso nella presente fattispecie per i motivi precedentemente indicati.

E. 10.2

Gli atti di causa sono pertanto rinviati all'autorità inferiore affinché la stessa proceda a completare l'accertamento dei fatti giuridicamente rile- vanti e ad emanare una nuova decisione. L'autorità inferiore dovrà in par- ticolare fare effettuare una perizia bidisciplinare in ortopedia (con altro pe- rito ortopedico rispetto a quello che ha effettuato quella agli atti del 1° no- vembre 2021) e neurologia, perizia bidisciplinare da svolgersi in Svizzera (i periti dovendo conoscere i principi della medicina assicurativa svizzera [v., fra le altre, le sentenze del TAF C- 4118/2020 del 18 febbraio 2022 con- sid. 10.3, C- 2102/2020 del 27 gennaio 2022 consid. 7.11 e C-5774/2019 del 26 agosto 2021 consid. 6.2]), nonché ogni ulteriore esame che l'evolu- zione nel tempo dello stato di salute del ricorrente dovesse rendere ancora necessario.

E. 10.3

Peraltro, stante le premesse, nulla – neppure la più recente giurispru- denza del Tribunale federale di cui a DTF 137 V 210 (cfr. segnatamente il consid. 4.4.1.4) – si oppone al rinvio

della causa all'autorità inferiore per completamento dell'istruttoria. In effetti, in assenza di tali accertamenti complementari, non era, né è, possibile determinarsi con cognizione di causa, ed il necessario grado della verosimiglianza preponderante, sullo stato di salute del ricorrente e sull'incidenza delle affezioni di cui soffre sulla residua capacità lavorativa successivamente al 31 agosto 2020. In particolare, un rinvio all'autorità inferiore si giustifica, dal profilo delle garanzie procedurali (segnatamente quello della doppia istanza con piena cognizione) nei casi in cui, come nella fattispecie, è richiesto un accertamento peritale indispensabile per potersi determinare nel caso in esame con cognizione di causa (DTF 137 V 210 consid. 4.4.1.4) e che peraltro l'autorità inferiore avrebbe già dovuto richiedere prima di emanare la decisione impugnata, gli elementi per dover agire in tal senso essendo già noti prima dell'emanazione della decisione impugnata. Peraltro, il Tribunale federale

C-2866/2022 Pagina 27 ha già avuto modo pure di precisare che 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 sifatto rinvio appare in generale siccome 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 [cfr. anche sentenze del TAF C-4281/2020 consid. 9.3 e C-1722/2015 del 16 gennaio 2019 consid. 11.2 con rinvii]).

E. 10.4

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). In altri termini, e nell'ambito della nuova procedura dinanzi all'autorità inferiore, una soppressione rispettivamente diminuzione della rendita intera accordata al ricorrente con decisione del 31 maggio 2022 non è ipotizzabile (cfr. sentenza del TAF C-2284/2022 del 12 giugno 2024 consid. 8.4 con rinvio), dal momento che le patologie di cui è affetto comportano sicuramente la conferma della rendita intera concessa dall'UAIE dal 1° ottobre 2016 al 31 agosto 2020, ritenuto altresì che secondo il dott. I._____, medico SMR, il primo eventuale miglioramento dello stato di salute del ricorrente sarebbe intervenuto al più presto nell'agosto 2020 con la conseguenza che il diritto alla rendita potrebbe subire una modifica, giusta l'art. 88a cpv. 1 prima frase OAI, a far tempo (al più presto) dal 1° settembre 2020. Nell'ambito della procedura consecutiva a questa sentenza del TAF, resta pertanto aperta solo la questione di sapere se gli ulteriori accertamenti sullo stato di salute e sulla residua capacità lavorativa del ricorrente siano suscettibili di giustificare una rendita (totale o parziale) dopo il 31 agosto 2020.

E. 11.1

Secondo la giurisprudenza del Tribunale federale, la parte che ha presentato ricorso in materia d'assegnazione o rifiuto di prestazioni

C-2866/2022 Pagina 28 assicurative è reputata vincente, dal profilo delle ripetibili, anche se la causa è rinviata all'amministrazione per complemento istruttorio e nuova decisione (DTF 137 V 210 consid. 7.1; sentenze del TF 8C_437/2017 del 21 febbraio 2018 consid. 6 e 8C_75/2017 del 24 ottobre 2017 consid. 6).

E. 11.2

Di principio, la procedura di ricorso in caso di controversie relative all'assegnazione o al rifiuto di prestazioni dell'assicurazione per l'invalidità dinanzi al TAF è soggetta a spese (art. 69 cpv. 1bis LAI in combinazione con l'art. 69 cpv. 2 LAI). Di regola, secondo l'art. 63 cpv. 1 PA, le spese processuali sono poste a carico della parte che soccombe. Se questa soccombe solo parzialmente, le spese processuali sono ridotte (art. 63 cpv. 1 seconda frase PA).

E. 11.3

Visto l'esito della causa, ritenuto che il ricorrente è vincente in causa, non sono prelevate delle spese processuali (art. 63 PA). Nessuna spesa processuale è messa a carico dell'autorità inferiore (art. 63 cpv. 2 PA).

E. 11.4

Ritenuto che l'insorgente, vincente in causa, è rappresentato in questa sede da mandatario professionale, si giustifica altresì l'attribuzione di spese ripetibili (art. 64 PA in combinazione con l'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 completamento istruttorio e nuova decisione). L'indennità a titolo di spese ripetibili, in assenza di una nota dettagliata, è fissata d'ufficio (art. 14 cpv. 2 TS-TAF) in fr. 2'800.- (compresi i disborzi ed esclusa l'imposta sull'IVA [cfr., fra le tante, la sentenza del TAF C-1378/2023 del 12 giugno 2024 consid. 5.2.6 con rinvio]), tenuto conto del lavoro utile e necessario svolto dal rappresentante del ricorrente. L'indennità per ripetibili è posta a carico dell'UAIE.

E. 11.5

La domanda di assistenza giudiziaria con gratuito patrocinio è pertanto divenuta priva di oggetto.

(dispositivo alla pagina seguente)

C-2866/2022 Pagina 29 Per questi motivi, il Tribunale amministrativo federale pronuncia:

1. Il ricorso è accolto, nel senso che la decisione del 31 maggio 2022 è annullata, nella misura in cui è soppresso il diritto ad una rendita intera successivamente al 31 agosto 2020, e gli atti di causa sono rinviati all'autorità inferiore affinché proceda al completamento dell'istruttoria e alla pronuncia di una nuova decisione ai sensi dei considerandi.
2. Non si prelevano spese processuali.
3. L'UAIE rifonderà al ricorrente fr. 2'800.- a titolo di spese ripetibili.
4. La domanda di assistenza giudiziaria con gratuito patrocinio è pertanto divenuta priva di oggetto.
5. Questa sentenza è comunicata al ricorrente, all'autorità inferiore e all'UFAS.

Il presidente del collegio: La cancelliera:

Vito Valenti Anna Borner

I rimedi giuridici sono menzionati alla pagina seguente.

C-2866/2022 Pagina 30 Rimedi giuridici: Contro la presente decisione può essere interposto ricorso in materia di diritto pubblico al Tribunale federale, Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerna, entro un termine di 30 giorni dalla sua notifica, nella misura in cui sono adempiute le condizioni di cui agli art. 82 e segg., 90 e segg. e 100 LTF. Il termine è reputato osservato se gli atti scritti sono consegnati al Tribunale federale oppure, all'indirizzo di questo, alla posta svizzera o a una rappresentanza diplomatica o consolare svizzera al più tardi l'ultimo giorno del termine (art. 48 cpv. 1 LTF). Gli atti scritti devono contenere le conclusioni, i motivi e l'indicazione dei mezzi di prova ed essere firmati. La decisione impugnata e – se in possesso della parte ricorrente – i documenti indicati come mezzi di prova devono essere allegati (art. 42 LTF).

Data di spedizione:

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