

# **BVGer C-3107/2014 vom 15. Mai 2017**

Bundesverwaltungsgericht, 2017-05-15, IT

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bvger\\_C-3107\\_2014](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bvger_C-3107_2014)

FR: TAF C-3107/2014 du 15 mai 2017

IT: TAF C-3107/2014 del 15 maggio 2017

## **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'Ufficio AI 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, avente un interesse degno di protezione al suo annullamento o alla sua modifica (art. 59 LPGA) e che ha pagato l'acconto spese richiesto, il ricorso - interposto tempestivamente e rispettoso dei requisiti previsti dalla legge (art. 60 LPGA nonché art. 52 PA) - è pertanto ammissibile.

## **E. 2**

Il ricorrente è un cittadino svizzero residente in Q.\_\_\_\_\_. Tra la Svizzera e Q.\_\_\_\_\_ è stata conclusa la convenzione di sicurezza sociale del 9 ottobre 2006 entrata in vigore il 1° gennaio 2008 (RS 0.831.109.158.1). Per quanto riguarda la Svizzera la convenzione è applicabile alla legislazione federale concernente l'assicurazione per l'invalidità (art. 2 par. 1 lett. a ii). Giusta il suo art. 3 lett. a i essa si applica ai cittadini degli Stati contraenti e ai loro familiari e superstiti.

### **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 procedura di revisione essendo stata avviata il 30 luglio 2010 (doc. A 97-1 a 97-2) ed avendo esplicitato i propri effetti dal 1° luglio 2014, al caso in esame si applicano le disposizioni della 5a revisione della LAI entrate in vigore il 1° gennaio 2008, così come quelle della 6a revisione della LAI (primo pacchetto) entrate in vigore il 1° gennaio 2012 (RU 2011 5659; FF 2010 1603) ed eventuali successive modifiche legislative intervenute fino alla pronuncia della decisione impugnata.

### **E. 3.2**

Giova altresì 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, nel caso concreto il 5 maggio 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), 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. sentenza 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**

Oggetto del contendere è il diritto di A. \_\_\_\_\_ di percepire una rendita intera di invalidità anche dopo il 1° luglio 2014 (doc. B 33-1 a 33-3). In concreto va quindi esaminato se la situazione di salute, rispettivamente la capacità lavorativa dell'assicurato sono migliorate in misura tale da giustificare la soppressione della rendita intera di invalidità.

#### **E. 4.1**

In particolare l'insorgente sostiene che non è intervenuto alcun miglioramento dello stato di salute e della capacità lavorativa dopo il 1° febbraio 2010 e che, al contrario, le sue affezioni sarebbero persino peggiorate (doc. B 19-1, B-21-1 a 21-4 e doc. TAF 1 con relativi allegati).

#### **E. 4.2**

L'amministrazione ritiene per contro, segnatamente sulla base della perizia pluridisciplinare del SAM del 26 ottobre 2011 (doc. A 105-1 a 105-20), che lo stato di salute del ricorrente è migliorato e che egli presenta un'incapacità lavorativa totale nell'ultima attività esercitata di giardiniere paesaggista, mentre una capacità al lavoro del 90% con una diminuzione della capacità di guadagno del 31% nell'esercizio di un'attività rispettosa delle limitazioni funzionali (doc. B 13-1 a 13-3 e 33-1 a 33-3).

#### **E. 5.1**

In base all'art. 8 LPGA è considerata invalidità l'incapacità al guadagno totale o parziale presumibilmente permanente o di lunga durata. L'art. 4 LAI precisa che l'invalidità può

essere conseguente ad infermità congenita, malattia o infortunio; il cpv. 2 della stessa norma stabilisce che l'invalidità è considerata insorgere quando, per natura e gravità, motiva il diritto alla singola prestazione.

### **E. 5.2**

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

### **E. 5.3**

Per incapacità al lavoro s'intende qualsiasi incapacità, totale o parziale, derivante da un danno alla salute fisica, mentale o psichica di compiere un lavoro ragionevolmente esigibile nella professione o nel campo di attività abituale. In caso d'incapacità al lavoro di lunga durata possono essere prese in considerazione anche le mansioni esigibili in un'altra professione o campo d'attività (art. 6 LPGA). L'incapacità al guadagno è definita all'art. 7 LPGA e consiste nella perdita, totale o parziale, della possibilità di guadagno sul mercato del lavoro equilibrato che entra in considerazione, provocata da un danno alla salute fisica, mentale o psichica e che perdura dopo aver sottoposto l'assicurato alle cure ed alle misure d'integrazione ragionevolmente esigibili. Per valutare la presenza di un'incapacità al guadagno sono considerate esclusivamente le conseguenze del danno alla salute; inoltre, sussiste un'incapacità al guadagno soltanto se essa non è obiettivamente superabile.

### **E. 6.1**

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. 6.2**

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. 6.3**

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. 6.4**

Giusta l'art. 88bis cpv. 2 OAI, la riduzione o la soppressione della rendita, dell'assegno per grandi invalidi o del contributo per l'assistenza è messa in atto: a) il più presto, il primo giorno del secondo mese che segue la notifica della decisione; b) retroattivamente dalla data in cui avvenne la modificazione determinante se l'erogazione indebita è dovuta all'ottenimento illecito di una prestazione da parte dell'assicurato o se quest'ultimo ha violato l'obbligo di informare, impostogli ragionevolmente dall'art. 77 OAI.

### **E. 6.5**

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. 7.1**

Al fine di accertare se il grado di invalidità si è modificato in maniera tale da influire sul diritto alle prestazioni, si deve confrontare, da un lato, la situazione di fatto dell'ultima decisione cresciuta in giudicato che è stata oggetto di un esame materiale del diritto alla rendita dopo contestuale accertamento pertinente dei fatti, apprezzamento delle prove e confronto dei redditi, e, dall'altro lato, la situazione di fatto vigente all'epoca del provvedimento litigioso (sentenza del TF I 759/06 del 5 settembre 2007; DTF 133V 108).

### **E. 7.2**

Il periodo di riferimento nell'ambito della presente vertenza è quello intercorrente tra il 17 marzo 2010, data della decisione mediante la quale l'Ufficio AI ha riconosciuto in favore del ricorrente una mezza rendita di invalidità dal novembre 2009 al 31 gennaio 2010 ed una rendita intera dal 1° febbraio 2010 (doc. A 90-3 a 90-5) e il 5 maggio 2014, data della decisione impugnata (doc. B 33-1 a 33-3).

### **E. 8.1**

La nozione d'invalidità di cui all'art. 4 LAI e 8 LPGA è di carattere giuridico economico e non medico (DTF 116 V 249 consid. 1b). In base all'art. 16 LPGA, applicabile per il rinvio

dell'art. 28a cpv. 1 LAI, per valutare il grado d'invalidità, il reddito che l'assicurato potrebbe conseguire esercitando l'attività ragionevolmente esigibile da lui dopo la cura medica e l'eventuale esecuzione di provvedimenti d'integrazione (reddito da invalido), tenuto conto di una situazione equilibrata del mercato del lavoro, è confrontato con il reddito che egli avrebbe potuto ottenere se non fosse diventato invalido (reddito da valido). In altri termini l'assicurazione svizzera per l'invalidità risarcisce soltanto la perdita economica che deriva da un danno alla salute fisica o psichica dovuto a malattia o infortunio, non la malattia o la conseguente incapacità lavorativa (metodo generale del raffronto dei redditi).

## **E. 8.2**

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. 8.3**

In particolare, secondo l'art. 43 LPGA (in combinazione con l'art. 57 LAI), l'assicuratore esamina le domande, intraprende d'ufficio i necessari accertamenti e raccoglie le informazioni di cui ha bisogno. Conformemente all'art. 59 cpv. 1 LAI, gli Uffici AI si organizzano in modo da garantire che i compiti elencati nell'art. 57 siano eseguiti con professionalità ed efficienza nel rispetto delle prescrizioni e delle istruzioni della Confederazione e, giusta il capoverso 2, approntano i servizi medici regionali interdisciplinari. Secondo l'art. 59 cpv. 2bis LAI, i servizi medici regionali sono a disposizione degli uffici AI per valutare le condizioni mediche del diritto alle prestazioni, stabiliscono la capacità funzionale dell'assicurato - determinante per l'AI secondo l'articolo 6 LPGA - di esercitare un'attività lucrativa o di svolgere le mansioni consuete in una misura ragionevolmente esigibile e sono indipendenti per quanto concerne le decisioni in ambito medico nei singoli casi. Scopo e senso dell'art. 59 cpv. 2bis LAI, come pure dell'art. 49 OAI, risiedono nella possibilità, per gli uffici AI, di fare capo a propri medici per la valutazione degli aspetti sanitari del diritto alla rendita.

## **E. 8.4**

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. 8.5**

Una valutazione medica completa, comprensibile e concludente che, considerata a sé stante in occasione di un'unica (prima) valutazione del diritto alla rendita, andrebbe ritenuta probante, non assurge a prova attendibile in caso di revisione, se non attesta in modo sufficiente in che modo rispettivamente in che misura ha avuto luogo un effettivo cambiamento nello stato di salute. Sono tuttavia riservati i casi evidenti (SVR 2012 IV n. 18 pag. 81 consid. 4.2). Dalla perizia deve quindi emergere chiaramente che i fatti con cui viene motivata la modifica sono nuovi o che i fatti preesistenti si sono modificati sostanzialmente per quanto riguarda la loro natura rispettivamente la loro entità. L'accertamento di una modifica dei fatti è in particolare sufficientemente comprovata se i periti descrivono quali aspetti concreti nell'evoluzione della malattia e nell'andamento dell'incapacità lavorativa hanno condotto alla nuova valutazione diagnostica e alla stima dell'entità dei disturbi. Le summenzionate esigenze devono trovare riscontro nel tenore delle domande poste al perito (sentenza del TF 9C\_158/2012 del 5 aprile 2013; SVR 2012 IV pag. 81 consid. 4.3).

### **E. 8.6**

Alla luce dell'art. 59 cpv. 2bis LAI, come pure dell'art. 49 OAI, i medici SMR, grazie alle loro specifiche conoscenze medico-assicurative, sono chiamati a valutare la capacità funzionale della persona assicurata. In questo modo è stata creata una chiara separazione di competenze tra medici curanti e assicurazione sociale. Sulla base delle indicazioni del SMR, l'UAIE deve così decidere cosa si può ragionevolmente pretendere da un assicurato e cosa invece no (sentenza del TF 9C\_9/2010 del 29 settembre 2010 consid. 2). Peraltro, i rapporti SMR hanno per funzione di effettuare una sintesi delle informazioni e degli esami medici di cui agli atti di causa e formulare delle raccomandazioni quanto al seguito da dare all'incanto da un punto di vista medico (sentenza del TF 9C\_542/2011 del 26 gennaio 2012 consid. 4.1). Per poter loro attribuire pieno valore probatorio, i rapporti dei servizi medici regionali devono essere redatti da medici che dispongono delle qualifiche specialistiche richieste nel singolo caso di specie. Se ciò non è il caso, il loro valore probatorio è affievolito (sentenza del TF 9C\_826/2009 del 20 luglio 2010 consid. 4.2).

### **E. 9.1**

In occasione della procedura tendente all'attribuzione di una rendita avviata nel marzo 2009 (doc. A 49-1 a 49-10) l'Ufficio AI si è in particolare fondato sul rapporto del 3 aprile 2009 del dott. C.\_\_\_\_\_ in cui è stato stabilito che dal 2003 A.\_\_\_\_\_ soffriva di lombalgie e dorsalgie ricorrenti, stato dopo vecchia frattura di L2 (infortunio del 1999), più intense dal 2007 con difficoltà a mantenere una posizione statica (eretta o seduta) e nello svolgimento di attività manuali pesanti, incipiente osteocondrosi L3-L4, L4-L5 (doc. A 56-1 a 56-6). Con annotazione del 4 febbraio 2010 il dott. E.\_\_\_\_\_ (fondandosi sul rapporto del dott. F.\_\_\_\_\_ del 12 ottobre 2009, doc. A 100-11 a 100-12), constatato un peggioramento algico da ottobre 2009, trattato senza successo con infiltrazioni a livello lombare tra dicembre 2009 e gennaio 2010 presso la clinica G.\_\_\_\_\_ (doc. A 83-1), ha proposto l'interruzione della riqualifica professionale intrapresa dall'assicurato nel settembre precedente attualmente inadeguata a causa dello stato clinico instabile (doc. A 79-1 a 79-5 e doc. A 88-1 a 88-1) e di rivalutare il caso trascorsi sei mesi.

### **E. 9.2**

Il 17 marzo 2010 l'Ufficio AI ha quindi riconosciuto all'interessato una mezza rendita di invalidità dal novembre 2009 e una rendita intera con un grado del 100% dal 1° febbraio 2010 (doc. A 90-3 a 90-5).

#### **E. 10**

Il 30 luglio 2010 l'Ufficio AI ha promosso una procedura di revisione della rendita (doc. A 97-1 a 97-2).

#### **E. 10.1**

Con rapporto del 18 agosto 2010 (doc. A 99-1 99-6) il dott. C.\_\_\_\_\_ ha rinviato ai consulti eseguiti presso la clinica G.\_\_\_\_\_ (doc. A 100-1 a 100-12; consid. D.B) e diagnosticato una sindrome lombosacrale cronica in stato dopo frattura a livello L2, trattato in osteosintesi (1999) in presenza di turbe statico-degenerative e di ernia discale L4-L5, precisando che i disturbi del paziente erano sempre gli stessi (cfr. doc. A 56-1 56-6) e consistevano in lombalgia cronica con episodi molto soventi di bloccaggio.

#### **E. 10.2**

Nella valutazione del 7 febbraio 2011 il dott. H.\_\_\_\_\_ ha attestato, presumibilmente alla luce del rapporto del dott. C.\_\_\_\_\_ (doc. A 99-1 a 99-6) e dei referti della clinica G.\_\_\_\_\_ (doc. A 100-1 a 100-9) un peggioramento dello stato di salute dell'insorgente nell'ultimo anno, posto le diagnosi con influsso sulla capacità lavorativa di sindrome lombo vertebrale cronica, stato dopo frattura L2, trattato con osteosintesi (1999), ernia discale L4-L5 e retrolistesi L4 su L5 e L5 su S1, e indicato nel contempo la necessità di esperire ulteriori accertamenti per valutare l'evoluzione dello stato di salute, rispettivamente le limitazioni funzionali per l'abituale attività o per attività adeguate, le eventuali risorse e la determinazione temporale della capacità di lavoro residua (doc. A 102-1 a 102-2).

#### **E. 10.3.1**

Nella perizia pluridisciplinare del SAM del 26 ottobre 2011 (doc. A 105-1 a 105-20), comprendente una valutazione reumatologica del 20 giugno 2011 del dott. I.\_\_\_\_\_ (doc. A 105-28 a 105-35) ed una psichiatrica del 6 ottobre 2011 ad opera della dott.ssa L.\_\_\_\_\_ (doc. A 105-21 a 105-27), il dott. M.\_\_\_\_\_ e la dott.ssa N.\_\_\_\_\_ hanno esaminato lo stato di salute a partire dal febbraio 2010.

#### **E. 10.3.2**

Da un punto di vista reumatologico sono state poste le diagnosi con ripercussione sulla capacità lavorativa di sindrome lombospondilogenica cronica in esiti da spondilodisi L1-L3 il 21 gennaio 1999 dopo frattura stabile di L2 il 16 gennaio 1999 con asportazione del materiale di osteosintesi il 5 giugno 2002, discopatie plurisegmentali lombari caudali con sospetto d'instabilità segmentale L5-S1, ernia discale L4/L5 con iniziale lussazione sublegamentaria, anomalia di transizione lombosacrale con lombarizzazione di S1, tendenza ad ipermobilità articolare, disturbi statici del rachide (scoliosi sinistroconvessa lombare), decondizionamento e sbilancio muscolare (doc. A 105-32).

#### **E. 10.3.3**

Da un punto di vista psichiatrico l'esperta ha indicato che dall'esame psichico era possibile escludere una comorbidità con disturbi psichiatrici in associazione alla patologia reumatologica, non si evidenziavano elementi clinici significativi per un disturbo a carattere invalidante inquadrabile nell'ambito di un disturbo dell'umore, d'ansia o di personalità

secondo i criteri diagnostici dell'ICD-10 o DSM-IV (doc. A 105-25). Questa valutazione non è stata contestata dall'assicurato.

#### **E. 10.4.1**

Complessivamente l'interessato è stato considerato inabile al lavoro al 100% dal 2 ottobre 2008 nella precedente attività di giardiniere e paesaggista (doc. A 105-18).

#### **E. 10.4.2**

Nella perizia è stato inoltre indicato che " l'attività prevista dalla riformazione professionale, come ortopedico, addetto alla costruzione di ortesi e protesi, premesso che questo lavoro tenga pienamente conto dei limiti funzionali sopraindicati, può essere giudicata adatta allo stato di salute: in questo ambito, l'assicurato è abile al lavoro in misura di 8-9 ore al giorno, ma con una diminuzione del rendimento del 10% ". Secondo i periti la capacità lavorativa suesposta decorre dal 15 ottobre 2010 e meglio a distanza di tre mesi dall'ultima visita presso la clinica G. \_\_\_\_\_ di U. \_\_\_\_\_ (doc. A 105-19). Dalla perizia non emerge l'evoluzione dello stato di salute e della capacità lavorativa dell'assicurato a far tempo dal marzo 2010, data dell'attribuzione della rendita intera, né in cosa consisterebbe il netto miglioramento della capacità lavorativa attestato dal SAM.

#### **E. 10.5**

Nel rapporto finale del 19 dicembre 2011 (doc. A 107-1 a 107-4) il dott. H. \_\_\_\_\_, riprendendo parzialmente la diagnosi posta dal SAM, le conseguenze sulla capacità lavorativa e i limiti funzionali, ha dichiarato che lo stato di salute era migliorato.

#### **E. 10.6**

Le grosse difficoltà riscontrate a livello fisico dall'interessato e un'ulteriore peggioramento dello stato di salute, di cui l'Ufficio AI era a conoscenza (doc. A 145-1), avevano impedito la buona riuscita dei provvedimenti reintegrativi intrapresi nel settembre 2012 presso un laboratorio odontotecnico (doc. A-124-1 a 124-2 e 126-1 a 126-3).

#### **E. 11.1**

In occasione di un consulto specialistico del 2 aprile 2013, trasmesso solo pendente causa (allegato al doc. TAF 27), il dott. O. \_\_\_\_\_ ha formulato le diagnosi di esiti di frattura di L2 nel 1999, spondilodisi L1-L3, discopatie da L4 a L5-S1 con bulging discale L4-L5 senza coinvolgimento delle radici nervose, protrusione discale a base larga L5-S1 con compressione del sacco durale e di L4 sinistra, sindrome radicolare irritativa-algica cronica recidivante con blocchi lombari ripetuti, esiti di tre infiltrazioni locali (l'ultima nel marzo 2012) senza esiti positivi, assenza di deficit neurologici e rilevato che da sei mesi il ricorrente presentava un peggioramento dei disturbi con frequenti blocchi lombari, ripetute lombosciatalgie a destra specialmente, diminuzione della forza sui forti dolori, assenza del patellare destro e nessun miglioramento con Fortecortin. In un altro attestato di medesima data il dott. O. \_\_\_\_\_ ha pure dichiarato che negli ultimi mesi l'interessato aveva accusato un chiaro peggioramento dei problemi alla schiena (doc. A 146/1). Con scritto del 4 aprile 2013 quest'ultimo ha sostenuto che i blocchi alla schiena comparivano circa quattro volte al mese e gli causavano dolori persistenti (doc. A 146-2).

#### **E. 11.2**

Con rapporto del 14 maggio 2013 all'attenzione del medico curante (doc. A 148-1 a 148-2) il dott. P. \_\_\_\_\_ della G. \_\_\_\_\_ klinik ha posto le diagnosi di chron. lumbales

Schmerzsyndrom mit/bei: St. n. LWK 2 Fraktur mit bisegmentale Spondylodese L1-L3, 1999, lumbo-sakrale Übergangsanomalie mit lumbalisiertem S1 sowie langbogige linkskonvexe Lumbalskoliose mit Oblique Take off von Sacrum und ein Cobb-Winkel von 17° gemessen Grundplatte L5, Deckplatte Th11, leichte bis mässige Diskusdegeneration L4/5 und L5/S1 (Pfirmann Grad III - IV A), jeweils mit Aufhellungszone im dorsalen Anulus (MRI vom 12.02.2010), Verdacht auf segmentale Instabilität L5/S1 (Funktionsaufnahme vom 08.10.2009, St. N. Facettengelenksinfiltration L5/S1 (15.03.2010) ohne wesentliche Beschwerdeverbesserung und St. n. Facettengelenksinfiltration L4/5 bds, 28.05.2010 mit geringem Ansprechen. Egli ha inoltre indicato che: " Herr A.\_\_\_\_\_ wird uns aktuell von Seiten des Hausarztes aufgrund einer erneut akut exazerbierten Schmerzsituation zur Evaluierung eines operativen Vorgehens zugewiesen. Der Patient berichtet, dass er nach einer routinemässigen Bewegung plötzlich eine Blockierung tief lumbal verspürte. Der Unterschied zu den Episoden zuvor war, dass diese Schmerzart länger anhielt und auch auf die Schmerztherapie, speziell die Kortisontherapie nicht reagierte. Erst nach einem Monat besserte sich die Symptomatik, aktuell ist der Patient wieder deutlich schmerzgemindert. Im Anfall strahlen die Schmerzen bis zum Knie entlang des lateralen Oberschenkels ".

### **E. 11.3**

Con osservazioni del 21 e 28 febbraio 2014 (doc. B 19-1 e 21-1 a 21-4) al progetto di decisione dell'autorità inferiore del 20 gennaio 2014 (doc. B 13), il ricorrente ha sostenuto che le affezioni degenerative al rachide presenti nel 2009 confermate nel 2011, erano ulteriormente peggiorate, così come riconosciuto dai medici della G.\_\_\_\_\_ Klinik con rapporto del 14 maggio 2013 (doc. A 148-1 a 148-2), al punto da condurre all'interruzione della riformazione professionale. Egli ha inoltre prodotto tre certificati di medici Q.\_\_\_\_\_ del 1°-2 ottobre 2013 (doc. B 22 e 23), rispettivamente 15 marzo 2014 (doc. B 27) attestanti i " blocchi " alla schiena in zona L4/L5 e L5/S1 a cui egli era periodicamente confrontato, con conseguenti dolori forti e duraturi trattati con iniezioni di antidolorifici.

### **E. 11.4**

Invitato a pronunciarsi in merito alla suddetta documentazione, con presa di posizione del 24 marzo 2014 (doc. B 28) il dott. R.\_\_\_\_\_ ha sostenuto che essa non apportava alcun nuovo elemento rispetto a quanto attestato dai medici della G.\_\_\_\_\_ Klinik nel maggio 2013 (doc. B 28).

### **E. 12.1**

Pendente causa di ricorso l'assicurato ha presentato ulteriore documentazione, in particolare il certificato medico del 15 settembre 2014 del dott. V.\_\_\_\_\_, (allegato al doc. TAF 7), i rapporti del dott. Z.\_\_\_\_\_ del 12 novembre 2014 (allegato al doc. TAF 12) e 7 gennaio 2015 (allegato al doc. TAF 14), nonché il certificato medico del dott. AA.\_\_\_\_\_ del 10 febbraio 2015 (allegato al doc. TAF 15), le cui specializzazioni non sono note, i quali confermerebbero il persistere e la cronicità della patologia alla schiena, così come la sua gravità. Nella sua presa di posizione del 5 maggio 2015 l'UAIE ha indicato che gli atti sottopostigli non fornivano nuovi elementi (doc. TAF 17).

### **E. 12.2**

Il ricorrente ha poi prodotto ulteriore documentazione medica, e meglio il rapporto del 25 febbraio 2016 con il quale il dott. BB.\_\_\_\_\_, la cui specializzazione non è nota, ha posto le diagnosi di vecchia frattura da compressione in L2 con artrodesi secondaria in L1/2 e

artrodesi delle faccette articolari in L2/3; prollasso paracentrale sinistro dei dischi in L4/5 e L5/S1 e vertebra di transizione, nonché le valutazioni del dott. AA.\_\_\_\_\_ del 23 febbraio e 22 aprile 2016 in cui l'esperto ha indicato che l'interessato presentava prevalentemente dei dolori alla parte inferiore del rachide lombare, una fusione di L1/2/3 a seguito di gabbia di livello 3 dopo incidente sugli sci e schiacciamento vertebrale completo di L2, S1 di transizione e retrolistesi in L5/S1 e bulging discali in L4/5 e L5/S1 (allegati al doc. TAF 19).

### **E. 12.3**

Con rapporto del 10 giugno 2016 (allegato al doc. TAF 25) la dott.ssa S.\_\_\_\_\_ ha sostenuto che i suddetti referti medici non consentivano di modificarne la valutazione clinico-lavorativa.

### **E. 12.4**

In data 21 settembre 2016 riferendosi alla valutazione del dott. T.\_\_\_\_\_ del 27 luglio 2016 prodotta dal ricorrente (allegato al doc. TAF 27) la dott.ssa S.\_\_\_\_\_ ha dichiarato che " l'examen clinique est rassurant; une instabilité avait déjà été évoquée lors de l'expertise, et l'assuré avait été évalué à la G.\_\_\_\_\_ Klinik en 2013, dont les conclusions et propositions sont superposables à celle du Dr. T.\_\_\_\_\_. Par ailleurs la nouvelle formation prévue a été considérée comme adaptée par l'expert "(allegato al doc. TAF 31).

### **E. 13.1**

In via preliminare va rilevato che, alla luce della documentazione prodotta, in particolare dei rapporti del dott. C.\_\_\_\_\_ del 3 aprile 2009 (doc. A 56-1 a 56-6) e 18 agosto 2010 (doc. A 99-1 a 99-6), di quelli del dott. F.\_\_\_\_\_ della clinica G.\_\_\_\_\_ del 12 ottobre 2009 (doc. A 100-11 a 100-12) e del CIP del 5 febbraio 2010 (doc. A 88-1 a 88-2), nonché dell'annotazione del 4 febbraio 2010 del dott. E.\_\_\_\_\_ (doc. A 83-1), nella sua valutazione del 7 febbraio 2011 il dott. H.\_\_\_\_\_ aveva constatato che nell'ultimo anno si era verificato un peggioramento dello stato di salute del ricorrente (doc. A 102-1 a 102-2), del resto ampiamente confermato dagli atti della clinica G.\_\_\_\_\_ (doc. A 100-1 a 100-12). In simili circostanze l'asserita necessità di esperire un complemento di istruttoria per chiarirne l'evoluzione non appare comprensibile, in quanto in contraddizione con gli atti dell'incarto, ritenuto che l'assicurato era già stato riconosciuto invalido al 100% dal 1° febbraio 2010 con decisione del 17 marzo 2010 (doc. A 90-3 a 90-5).

### **E. 13.2**

Inoltre i progetti di decisione del 20 gennaio 2014 e 10 aprile 2014, così come la decisione del 5 maggio 2014 che ha effetto dal 1° luglio 2014, si fondano essenzialmente sulla perizia pluridisciplinare del SAM del 26 ottobre 2011, che attesta una capacità lavorativa in attività adeguate da ottobre 2010, e non tengono quindi conto dell'evoluzione dello stato di salute intervenuto posteriormente a tale data. La decisione impugnata si fonda pertanto su un accertamento incompleto dei fatti rilevanti per quanto riguarda l'evoluzione dello stato di salute e della capacità lavorativa nel periodo da ottobre 2011 a luglio 2014. Già solo per questi motivi dev'essere annullata.

#### **E. 13.3.1**

D'altronde, secondo questa Corte, dagli atti medici dell'incarto non emerge un miglioramento dello stato di salute, contrariamente a quanto attesta il dott. H.\_\_\_\_\_ in un secondo tempo. In primo luogo va rilevato che per quanto riguarda la diagnosi lo stato di

salute attestato dal dott. I.\_\_\_\_\_ nella sua perizia reumatologica del 20 giugno 2011 (consid. 10.3.2) appare più grave rispetto a quello accertato durante la procedura che aveva condotto alla decisione di rendita del 17 marzo 2010 (consid. 9.1) che tiene conto soltanto del rapporto della clinica G.\_\_\_\_\_ del 29 ottobre 2009 (doc. A 100-11 a 100-12). Inoltre esse corrispondono in buona sostanza a quelle formulate dai medici della G.\_\_\_\_\_ Klinik nei loro rapporti del 15 marzo 2010 (doc. A 100-8 a 100-9), 4 maggio 2010 (doc. A 100-6 a 100-7), 1° giugno 2010 (doc. A 100-4 a 100-5), 15 luglio 2010 (doc. A 100-1 a 100-2) e 10 agosto 2010 (doc. A 98-1 a 98-4), nonché a quelle ritenute dal dott. C.\_\_\_\_\_ il 18 agosto 2010 (doc. A 99-1 a 99-6), il quale aveva attestato una situazione peggiorata, in seguito alla comparsa dei frequenti blocchi lombari. Lo stato di salute di A.\_\_\_\_\_ risulta eventualmente stabile nel corso degli anni, se non addirittura peggiorato, come peraltro appunto riconosciuto in un primo momento dal dott. H.\_\_\_\_\_ nella sua valutazione del 7 febbraio 2011 (doc. A 102-1 a 102-2). La perizia del dott. I.\_\_\_\_\_ inoltre non indica in cosa sarebbe consistito l'asserito miglioramento dello stato di salute né prova pertanto che la situazione di salute e la capacità lavorativa del ricorrente sarebbero mutate in modo tale da rendere possibile l'esercizio di un'attività adeguata al 100 % con una diminuzione del rendimento del 10 % da ottobre 2010. Il perito si limita infatti ad attestare la decorrenza della nuova capacità lavorativa, segnatamente tre mesi dopo la penultima visita presso la clinica G.\_\_\_\_\_. Tale circostanza non è tuttavia motivata e quindi non comprensibile. Su questo punto quindi la perizia non può essere considerata affidabile né conforme alla giurisprudenza. Infine gli atti medici posteriori alla perizia del dott. I.\_\_\_\_\_, in particolare il rapporto del dott. O.\_\_\_\_\_ del 2 aprile 2013 (tre infiltrazioni locali senza esiti positivi, peggioramento dei disturbi con frequenti blocchi lombari, allegato al doc. TAF 27), quello del dott. P.\_\_\_\_\_ della G.\_\_\_\_\_ Klinik del 14 maggio 2013 (... erneut akut exazerbierten Schmerzsituation. Der Unterschied zu den Episoden zuvor war, dass diese Schmerzart länger anhielt und auch auf die Schmerztherapie, speziell die Kortisontherapie nicht reagierte, doc. A 148-1 a 148-2), nonché la documentazione prodotta dall'insorgente pendente causa (cfr. supra 12) evidenziano non solo che la sua situazione di salute non si era modificata in maniera significativa dal momento della concessione della rendita ma che, al contrario, risultava perfino peggiorata per quanto riguarda la sintomatologia e la frequenza dei problemi alla schiena. Tale situazione ha del resto compromesso anche l'esito dei provvedimenti integrativi posti in atto (doc. A-124-1 a 124-2, 126-1 a 126-3 e 145-1).

### **E. 13.3.2**

In simili condizioni appare evidente che l'UAIE non poteva sopprimere la rendita con effetto dal 1° luglio 2014, non essendo provato con il grado della verosimiglianza preponderante che il miglioramento dello stato di salute rispettivamente delle conseguenze dello stesso sulla capacità lavorativa fosse effettivamente intervenuto. La documentazione agli atti appare al contrario sufficiente per ritenere provata, con il grado della verosimiglianza preponderante, la situazione contraria e meglio che, dal marzo 2010, la situazione era semmai peggiorata. Tale fatto è tuttavia irrilevante beneficiando già l'assicurato di una rendita intera. Alla luce di quanto esposto la prestazione non poteva evidentemente essere soppressa con effetto dal 1° luglio 2014 e pertanto, in accoglimento al ricorso, va ripristinata, anche posteriormente a tale data.

### **E. 14.1**

Visto l'esito della procedura non si prelevano spese processuali (art. 63 cpv. 1 PA). L'anticipo spese, di fr. 400.-, versato dall'insorgente il 2 luglio 2014 verrà restituito al ricorrente.

#### **E. 14.2**

Ritenuto che l'insorgente è rappresentato in questa sede da un mandatario professionale, si giustifica altresì l'attribuzione di un'indennità a titolo di spese ripetibili (art. 64 PA in combinazione con l'art. 7 segg. del regolamento sulle tasse e sulle spese ripetibili nelle cause dinanzi al Tribunale amministrativo federale [TS-TAF, RS 173.320.2]). La stessa, in assenza di una nota dettagliata, è fissata d'ufficio (art. 14 cpv. 2 TS-TAF) in 2'800 franchi, tenuto conto che il ricorrente è vincente e del lavoro utile e necessario svolto dal suo patrocinatore. 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.