

# **BVGer C-349/2024 vom 27. November 2023**

Bundesverwaltungsgericht, 2023-11-27, IT

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bvger\\_C-349\\_2024\\_d20231127](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bvger_C-349_2024_d20231127)

FR: TAF C-349/2024 du 27 novembre 2023

IT: TAF C-349/2024 del 27 novembre 2023

## **Regeste**

Revisione della rendita | assicurazione invalidità, rendita limitata nel tempo (decisione del 27 novembre 2023). Decisione impugnata davanti al TF.

## **Erwägungen**

### **E. 1.1**

Il Tribunale amministrativo federale (TAF) è competente a trattare il presente ricorso (art. 31, 32 e 33 lett. d LTAF [RS 173.32]; art. 69 cpv. 1 lett. b LAI [RS 831.20]). Il ricorrente è toccato dalla decisione impugnata ed ha un interesse degno di protezione al suo annullamento o alla sua modifica. Per conseguenza, l'insorgente è legittimato a ricorrere nel caso in esame (art. 59 LPGGA [RS 830.1]; art. 48 cpv. 1 PA [RS 172.021]). Il ricorso è stato interposto tempestivamente e rispetta i requisiti previsti dalla legge (art. 60 LPGGA; art. 50 cpv. 1 e art. 52 cpv. 1 PA). L'anticipo spese è stato corrisposto entro il termine accordato (art. 63 cpv. 4 PA). Pertanto, il ricorso è ammissibile.

### **E. 1.2**

La procedura dinanzi al TAF è retta dalla PA, in quanto la LTAF non disponga altrimenti (art. 37 LTAF). 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 LPGGA (RS 830.1). Salvo disposizioni transitorie contrarie, le nuove norme procedurali si applicano immediatamente e in piena misura con la loro entrata in vigore (DTF 129 V 113 consid. 2.2; 130 V 1 consid. 2.2).

### **E. 2.1**

L'oggetto impugnato (DTF 131 V 164 consid. 2.1) è rappresentato dalla decisione dell'UAIE del 27 novembre 2023 con cui l'UAIE ha riconosciuto al ricorrente il diritto ad una mezza rendita limitata nel tempo e rifiutato l'attribuzione di provvedimenti professionali.

#### **E. 2.2.1**

Litigioso è unicamente il diritto a una rendita con grado AI di almeno il 52% anche dopo il 1° febbraio 2022, negato dall'amministrazione in ragione del miglioramento dello stato di salute riscontrato a partire dal 5 ottobre 2021, che ha determinato un grado d'invalidità non più pensionabile, in particolare l'aspetto parziale della capacità lavorativa in attività adeguata da questa data.

#### **E. 2.2.2**

Il rapporto giuridico a sé stante relativo al rifiuto di concedere provvedimenti professionali, in quanto incontestato, è per contro passato in giudicato.

### **E. 3.1**

Nell'ambito del ricorso in esame, l'insorgente può far valere la violazione del diritto federale, compreso l'eccesso o l'abuso del potere di apprezzamento, l'accertamento inesatto o incompleto di fatti giuridicamente rilevanti e l'inadeguatezza (art. 49 PA).

### **E. 3.2**

Nell'ambito delle assicurazioni sociali, la procedura è retta dal principio inquisitorio (art. 43 cpv. 1 LPG). Il Tribunale amministrativo federale applica il diritto d'ufficio, senza essere vincolato dai motivi del ricorso (art. 62 cpv. 4 PA) o dai considerandi della decisione impugnata. In altri termini, il ricorso potrebbe essere accolto per ragioni diverse da quelle addotte dal ricorrente o respinto in virtù d'argomenti che la decisione impugnata non ha preso in considerazione (DTF 134 III 102 consid. 1.1; 133 V 515 consid. 1.3; DTAF 2013/46 consid. 3.2). Il Tribunale accerta i fatti determinanti per la soluzione della controversia, assume le prove necessarie e le valuta liberamente (art. 12 PA; DTF 136 V 376 consid. 4.1.1). Sempre che la legge non disponga diversamente, il Tribunale statuisce secondo il grado di prova della verosimiglianza preponderante. Deve ritenere un fatto provato, soltanto quando è convinto della sua esistenza (DTF 138 V 218 consid. 6). Le parti sono tenute a cooperare all'accertamento dei fatti (art. 13 PA) e a motivare il ricorso (art. 52 PA). L'autorità di ricorso si limita, di principio, ad esaminare le censure sollevate, mentre le questioni di diritto non invocate dalle parti solo nella misura in cui gli argomenti delle parti o l'esame dell'incarto ne diano sufficiente motivo (DTF 122 V 157 consid. 1a; 121 V 204 consid. 6c).

### **E. 3.3**

Il potere cognitivo di questo Tribunale è delimitato dalla data della decisione impugnata, in concreto il 27 novembre 2023. 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 132 V 215 consid. 3.1.1; 130 V 445 consid. 1.2). 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 pronunciata (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. 4.1**

Il ricorrente è cittadino di uno Stato membro della Comunità europea, è domiciliato in Italia e sussiste un nesso transfrontaliero, avendo egli lavorato in Svizzera (DTF 145 V 231 consid. 7.1, 143 V 354 consid. 4, 143 V 81, in particolare consid. 8.1, nonché 141 V 521 consid. 4.3.2), per cui è applicabile, di principio, l'Accordo del 21 giugno 1999 tra la Confederazione svizzera e la Comunità europea ed i suoi Stati membri sulla libera circolazione delle persone (ALC, RS 0.142.112.681) ed il relativo Allegato II che regola il coordinamento dei sistemi di sicurezza sociale. 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. 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. 4.2.1**

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. 4.2.2**

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). In caso di revisione della rendita – così come in caso di attribuzione di una rendita a tempo determinato – se la modifica determinante avviene

C-349/2024 Pagina 8 prima del 1° gennaio 2022, si applicano le disposizioni della LPGA e 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 LPGA e 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], cifre marginali 9100 e 9102 in combinazione con le cifre marginali 5500 a 5505; si confronti sentenza del TF 8C\_247/2024 del 12 dicembre 2024 consid. 2.1).

#### **E. 4.2.3**

Nel caso in esame, benché la decisione impugnata sia stata emanata il 27 novembre 2023, lo stato di fatto determinante e che produce conseguenze giuridiche, è costituito dal miglioramento della capacità lavorativa che l'amministrazione suppone sia intervenuto dal 5 ottobre 2021 (consid. 2.2.1), dunque prima del 1° gennaio 2022, ragione per cui sono applicabili le disposizioni della LPGA e le disposizioni della LAI e dell'OAI nel tenore in vigore fino al 31 dicembre 2021 (si confronti sentenza del TF 8C\_460/2024 del 27 novembre 2024, consid. 4.1 e riferimenti ivi citati).

#### **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 a infermità

congenita, malattia o infortunio (art. 8 LPGGA e art. 4 cpv. 1 LAI). L'invalidità è considerata insorgere quando, per natura e gravità, motiva il diritto alla singola prestazione (art. 4 cpv. 2 LAI). La nozione d'invalidità di cui all'art. 4 LAI e 8 LPGGA è un concetto di carattere economico-giuridico e non medico (DTF 116 V 246 consid. 1b; sentenze del TF 8C\_636/2010 del 17 gennaio 2011 consid. 3 e 9C\_529/2008 del 18 maggio 2009). Secondo l'art. 7 cpv. 1 LPGGA, è considerata incapacità al guadagno la perdita, totale o parziale, della possibilità di guadagno sul mercato del lavoro equilibrato che entra in considerazione, provocata da un danno alla salute fisica, mentale o psichica e che perdura dopo aver sottoposto l'assicurato alle cure e alle misure d'integrazione ragionevolmente esigibili. Per valutare la presenza di un'incapacità al guadagno sono considerate esclusivamente le conseguenze del danno alla salute. Inoltre, sussiste un'incapacità al guadagno soltanto se essa non è obiettivamente superabile (art. 7 cpv.

C-349/2024 Pagina 9 2 LPGGA). Secondo l'art. 6 LPGGA, è considerata incapacità al lavoro 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 d'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. 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. 5.2**

Giusta l'art. 28 cpv. 2 LAI (nella versione in vigore fino al 31 dicembre 2021), 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. 6.1**

Secondo l'art. 17 LPGGA (nella versione in vigore fino al 31 dicembre 2021) 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. Quando l'amministrazione con un'unica decisione attribuisce una rendita per un certo periodo e, contemporaneamente, la riduce o la sopprime per un periodo successivo, devono essere applicate per analogia le regole sulla revisione di decisioni amministrative ai sensi dell'art. 17 LPGGA (DTF 131 V 164, 131 V 120, 125 V 143; sentenza del TF 9C\_362/2014 del 19 agosto 2014 consid. 3 con rinvii).

## **E. 6.2**

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. Detta norma si applica anche in caso di assegnazione retroattiva di una rendita scalare (sentenze del TF 9C\_837/2009 del 23 giugno 2010 consid. 2, 9C\_443/2009 del 19 agosto

C-349/2024 Pagina 10 2009 consid. 5; cfr. pure sentenza del TAF C-1446/2011 del 27 giugno 2013 consid. 6.5 con rinvii).

### **E. 6.3**

In caso d'assegnazione retroattiva di una rendita scalare o limitata nel tempo la data di modifica del diritto deve essere stabilita conformemente all'art. 88a OAI (sentenze del TF 9C\_837/2009 del 23 giugno 2010 consid. 2, 9C\_443/2009 del 19 agosto 2009 consid. 5, I 727/02 del 21 luglio 2005 consid. 5 nonché I 297/03 del 3 maggio 2005 consid. 1 e relativi riferimenti; cfr. pure sentenza del TAF C-1446/2011 del 27 giugno 2013 consid. 6.5 e relativi riferimenti). Inoltre, il termine di attesa di tre mesi dell'art. 88a OAI non può iniziare a decorrere prima della nascita del diritto ad una rendita (cfr. sentenza del TF 9C\_110/2014 del 13 giugno 2014).

### **E. 6.4**

Assegnando retroattivamente una rendita d'invalidità decrescente/cre- scente e/o limitata nel tempo, l'autorità amministrativa disciplina un rap- porto giuridico suscettibile, in caso di contestazione, di essere oggetto della lite e dell'impugnativa. Qualora sia contestata solo la riduzione o la sop- pressione delle prestazioni, il potere cognitivo del giudice non è limitato nel senso che egli debba astenersi dallo statuire circa i periodi per i quali il riconoscimento di prestazioni non è censurato (DTF 125 V 413 consid. 2.2 et 2.3 confermato in 131 V 164). Va ricordato che nel caso in cui la presta- zione sia accordata con effetto retroattivo – ma limitata nel tempo, aumen- tata oppure ridotta – esiste un'unica relazione giuridica. Ciò vale anche se l'assegnazione della rendita d'invalidità graduata e/o limitata nel tempo è stata comunicata mediante più decisioni (DTF 131 V 164 consid. 2.2 e 2.3).

### **E. 7.1**

Alfine di poter graduare l'invalidità, all'amministrazione (o al giudice in caso di ricorso) è necessario disporre di documenti che devono essere ras- segnati dal medico o eventualmente da altri specialisti. Benché l'invalidità sia una nozione economico-giuridica, le certificazioni mediche possono co- stituire importanti elementi per apprezzare il danno invalidante e per deter- minare quali lavori siano ancora ragionevolmente esigibili dall'assicurato (DTF 132 V 93 consid. 4). Il compito del medico consiste nel porre un giu- dizio 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 ele- mento di giudizio per determinare quali lavori siano ancora ragionevol- mente 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 cono- scenza della pregressa situazione valetudinaria (anamnesi), su esami

C-349/2024 Pagina 11 approfonditi e tenere conto delle censure sollevate dal paziente, per poi giungere in maniera chiara a fondate, logiche e motivate deduzioni. Deter- minante 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 (DTF 134 V 231 consid. 5.1; 125 V 351 con- sid. 3a). Il rapporto medico deve altresì essere redatto da medici che di- spongono delle qualifiche specialistiche richieste nel singolo caso (sen- tenze 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 ri- guardo

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 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,

C-349/2024 Pagina 12 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 od 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 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).

#### **E. 7.4**

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

C-349/2024 Pagina 13 rapporto piuttosto che su un altro o se occorre effettuare un complemento 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).

#### **E. 7.5**

Diversamente dai (semplici) rapporti medici interni all'assicuratore, ove è sufficiente un minimo dubbio sull'affidabilità e sulla concluzione degli stessi, perché l'assicurato sia sottoposto a esame medico esterno, alle perizie esperite nell'ambito della procedura amministrativa, ai sensi dell'art. 44 LPGA, da medici specialisti esterni deve essere riconosciuta piena forza probante nell'ambito dell'apprezzamento dei fatti, nella misura in cui non si presentano indizi concreti sull'affidabilità della perizia stessa (DTF 135 V 465 consid. 4.4; 137 V 210 consid. 2.2.2; 125 V 351 consid. 3b/bb). Tali perizie amministrative non vanno messe in dubbio, soltanto perché esse dovessero giungere a conclusioni diverse dai medici curanti. Rimangono riservati i casi in cui si dovesse imporre un complemento al fine di chiarire alcuni aspetti o direttamente una conclusione opposta, poiché i medici curanti lasciano emergere aspetti importanti e non solo un'interpretazione medica puramente soggettiva (sentenza del TF 8C\_6/2019 del 26 giugno 2019 consid. 4.1).

#### **E. 7.6**

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 assume 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 dello stato di salute. Sono tuttavia riservati i casi evidenti. 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 consid. 4 con rinvii).

### **E. 7.7**

In ragione della diversità dell'incarico assunto, a scopo di trattamento anziché di perizia, in caso di lite non ci si può di regola fondare sull'avviso del medico curante, anche se specialista, poiché alla luce del rapporto di

C-349/2024 Pagina 14 fiducia esistente con il paziente, il medico curante, anche se specialista, attesterà, in caso di dubbio, in favore del suo paziente (DTF 135 V 465 consid. 4.5; 125 V 351 consid. 3b/cc). Tuttavia, il semplice fatto che un certificato od 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 concludenza dei pareri medici interni (DTF 135 V 465 consid. 4.5). Peraltro, conto tenuto della differenza esistente, a livello probatorio, tra un mandato di cura ed un mandato peritale, il solo fatto che uno o più medici curanti esprimano un'opinione contraddittoria non è sufficiente a rimettere in discussione una perizia ordinata dal giudice o dall'amministrazione e ad imporre nuovi accertamenti. Sono riservati i casi in cui un completamento dell'accertamento medico o addirittura un altro giudizio si rendono necessari poiché i medici curanti sollevano aspetti importanti che non erano noti o che non sono stati valutati nell'ambito della perizia medica e che appaiono sufficientemente fondati da mettere in discussione le conclusioni peritali (sentenze del TF 9C\_338/2016 del 21 febbraio 2017 consid. 5.5, 9C\_615/2015 del 12 gennaio 2015 consid. 6.2 e 9C\_240/2013 del 22 ottobre 2013 consid. 4.1.4).

### **E. 7.8.1**

In presenza di malattie psichiche, in particolare di disturbi da dolore somatoforme, di disturbi derivanti da affezioni psicosomatiche assimilate a questi ultimi (DTF 140 V 8 consid. 2.2.1.3) oppure di disturbi depressivi di grado da leggero a medio (DTF 143 V 409; 143 V 418), la capacità lavorativa esigibile di una persona che soffre di tali disturbi deve essere valutata sulla base di una visione d'insieme, nell'ambito di una procedura d'accertamento dei fatti strutturata fondata su indicatori atti a stabilire, da un lato, i fattori invalidanti e, dall'altro, le risorse della persona (DTF 141 V 281 consid. 2, 3.4-3.6 e 4.1; 145 V 361 consid. 3.1).

### **E. 7.8.2**

Un tale procedimento è superfluo se l'incapacità lavorativa è negata sulla base di rapporti con forza probante allestiti da medici specialisti (si veda DTF 125 V 351) e se eventuali valutazioni contrarie non hanno valenza probatoria, perché i referti provengono da medici senza qualifica specialistica o per altre ragioni (DTF 143 V 409 consid. 4.5).

## **E. 8.1**

Nel caso in esame, nella procedura che ha condotto alla decisione del 4 luglio 2019 (doc. UAIE 132), l'UAIE si era fondata sul rapporto reumatologico del dott. D. \_\_\_\_\_ del 23 ottobre 2018 (doc. UAIE 107 pp. 12-22) e su quello psichiatrico della dott.ssa E. \_\_\_\_\_ del 22 novembre 2018 (doc. UAIE 107 pp. 2-7) fatti eseguire dall'assicuratore per la perdita di guadagno in caso di malattia.

### **E. 8.1.1**

Il dott. D. \_\_\_\_\_ ha riferito di problematiche riconducibili ad “alterazioni degenerative comprendenti soprattutto le ginocchia ed in forma minore l'anca sinistra e la colonna lombare assieme a dolori residuali nell'anca destra in esiti dall'impianto di un'endoprotesi totale” alle quali si sono sommate anche delle patologie della sfera psichiatrica. Egli ha quindi posto le seguenti diagnosi: - Esiti da impianto di un'endoprotesi totale all'anca destra per coxartrosi (23 gennaio 2018) con recupero funzionale regolare e disturbi algici residuali di tipo tendoperiostico (periartropatia coxae); - Coxartrosi a sinistra, clinicamente sintomatica, radiologicamente di entità modica, senza limitazioni funzionali significative; - Gonartrosi a varo (compartimento femoro-tibiale mediale) bilaterale, attualmente senza segni di attivazione, in esiti da esame artroscopico per postumi traumatici (artroscopia a destra il 14 marzo 2017 e a sinistra il 4 aprile 2017); - Lombalgia cronica, attualmente con sindrome vertebrale lieve, in/con alterazioni degenerative contenute secondo RM del 4 settembre 2015 (discopatia in L4/L5) senza segni clinici per complicanze neurocompressive agli arti inferiori; - Patologia psichiatrica in cura specialistica. In ragione delle alterazioni strutturali e funzionali dell'apparato locomotorio evocate, il dott. D. \_\_\_\_\_ ha considerato la capacità funzionale dell'assicurato nel sollevamento e trasporto di carichi fino all'altezza del corpo lievemente limitata per carichi leggeri (oltre 5kg), ridotta a molto ridotta per carichi medi e pesanti (oltre 10kg) e sopra l'altezza delle spalle ridotta per carichi superiori a 5kg. Ha quindi ritenuto l'interessato limitato nella manipolazione di oggetti e attrezzi pesanti; limitato nel mantenere posizioni statiche erette e nel piegarsi in avanti, nella rotazione del tronco, nella flessione delle ginocchia e impossibilitato a lavorare inginocchiato; limitato negli spostamenti oltre i 50 metri così come su terreni accidentati o sulle scale e impossibilitato a spostarsi su ponteggi o scale a pioli.

C-349/2024 Pagina 16 Il dott. D. \_\_\_\_\_ ha quindi attestato un'incapacità totale nella professione di carrozziere-verniciatore, ritenendo per contro da subito esigibile l'esecuzione di un'attività sostitutiva rispettosa delle limitazioni funzionali nella misura del 50% (inteso come presenza normale con rendimento ridotto). Egli ha inoltre precisato che senza ulteriori misure chirurgiche (impianto di endoprotesi a entrambe le ginocchia) le limitazioni funzionali, così come il loro influsso sulla capacità lavorativa erano da ritenersi definitive.

### **E. 8.1.2**

La dott.ssa E. \_\_\_\_\_, dal canto suo, ha riferito che da aprile 2018 l'interessato ha iniziato a manifestare dei sintomi ansiosi e depressivi, aggravati da luglio 2018, da porre in relazione con la persistenza della sintomatologia algica riconducibile alle patologie ortopediche. Essa ha inquadrato tale disturbo come episodio depressivo di lieve gravità (ICD-10 F32.0), spiegando che non sussistono i criteri “per porre la diagnosi di sindrome somatoforme da dolore persistente essendoci delle cause organiche che spiegano la sintomatologia algica” lamentata dall'insorgente. Sulla base di quanto osservato, a mente della dott.ssa E. \_\_\_\_\_ non è giustificata alcuna incapacità lavorativa sotto il profilo

psichiatrico.

### **E. 8.1.3**

Con rapporto finale SMR del 19 novembre 2018 era stata quindi attestata un'incapacità lavorativa totale nella professione abituale di carrozziere-verniciatore a partire dal 17 gennaio 2017, mentre a partire dal 23 ottobre 2018, seppur con una prognosi "infausta", l'assicurato è stato ritenuto abile al 50% in una professione sostitutiva adeguata (doc. UAIE 106).

### **E. 8.2**

Nell'ambito della procedura C-4576/2019 (consid. 5.2) conclusasi con la sentenza del 13 maggio 2020, il TAF ha rinviato gli atti all'amministrazione al fine di verificare lo stato di salute e la capacità di lavoro residua dell'assicurato da un punto di vista complessivo, segnatamente ortopedico e/o reumatologico, neurologico, internistico e psichiatrico. Secondo il TAF la documentazione esibita sia in sede amministrativa che pendente ricorso, aveva infatti reso manifesta la mancata considerazione degli aspetti internistici di più recente insorgenza (di natura cardiologica) rispettivamente l'approfondimento della rilevanza dell'affezione alla spalla destra e alla colonna lombare, nonché dei disturbi psichiatrici. Riguardo a quest'ultimo aspetto, era stato rilevato che la perizia psichiatrica agli atti, non soltanto non consentisse una valutazione degli effetti della diagnosi posta sulla capacità lavorativa del ricorrente secondo gli indicatori stabiliti dalla giurisprudenza del Tribunale federale, ma neppure contenesse una motivazione chiara e convincente dei motivi per cui la diagnosi in essa esposta si distanziasse da quella proposta dal medico curante. Era stata

C-349/2024 Pagina 17 infine constatata l'assenza di una valutazione globale dell'influsso sulla sua capacità lavorativa delle differenti patologie (sentenza citata consid. 5.1).

### **E. 9.1**

In esecuzione della sentenza di rinvio l'amministrazione ha incaricato il SAM di eseguire una perizia pluridisciplinare (doc. UAIE 150; doc. UAIE 153).

#### **E. 9.1.1**

Nel rapporto del 28 novembre 2022, nel quale sono confluite le valutazioni di natura internistica della dott.ssa G. \_\_\_\_\_ e del dott. H. \_\_\_\_\_, neurologica del dott. I. \_\_\_\_\_, reumatologica del dott. J. \_\_\_\_\_, psichiatrica del dott. K. \_\_\_\_\_, sono state poste le seguenti diagnosi con influsso sulla capacità lavorativa di (doc. UAIE 165 p. 33): Diagnosi reumatologiche: - Sindrome lombo-vertebrale su leggere alterazioni di tipo statico e degenerative pluri-segmentali. - Periartropatia delle anche bilateralmente e stato dopo protesi totale dell'anca destra nel 2018. Iniziale coxartrosi a sinistra. - Periartropatia delle ginocchia con gonartrosi bilaterale del compartimento interno su deformazione in ginocchia vara nonché stato dopo artroscopia e meniscectomia mediale di entrambe le ginocchia nel 2017. - Leggera periartropatia omero-scapolare tendinopatica della spalla destra. in stato dopo lussazione abituale dopo un incidente nel 1988 e intervento chirurgico nel 1993. Sono invece state considerate senza ripercussione sulla capacità lavorativa le diagnosi di (doc. UAIE 165 pp. 33-34): Diagnosi reumatologiche: - Tendenza allo sviluppo di un reumatismo delle parti molli a carattere fibromialgico. - Epicondilopatia radiale e ulnare nell'ambito del reumatismo alle parti molli. Diagnosi psichiatriche: - Sindrome da attacchi di panico (ICD-10 F41.1) in trattamento psicofarmacologico di mantenimento. Altre diagnosi

internistiche: - Nota ipertensione arteriosa in trattamento farmacologico. - Nota dislipidemia in trattamento farmacologico. - Sovrappeso (BMI 28 kg/m<sup>2</sup>). - Tabagismo cronico.

C-349/2024 Pagina 18

### **E. 9.1.2**

Nel rapporto del 20 settembre 2021 il dott. I. \_\_\_\_\_, specialista in neurologia, ha spiegato che lo stato neurologico riscontrato in occasione della visita è risultato “del tutto nella norma senza segni clinici di patologie a carico del sistema nervoso centrale o periferico, altrettanto nessun segno clinico di una radicolopatia lombare. Tra l'altro il paziente non descrive dei dolori radicolari, nessuna irradiazione dei suoi dolori lombari agli arti inferiori”. Egli ha quindi preso posizione riguardo alla patologia di contatto radicolare L4 sinistra in ambito di un'ernia discale L4-L5 evocata dal dott. P. \_\_\_\_\_, specialista in ortopedia, nel suo rapporto dell'agosto 2019, segnalando di non aver riscontrato segni soggettivi o oggettivi di una problematica L4 sinistra o di altre parti. In conclusione il dott. I. \_\_\_\_\_ ha ritenuto che dal profilo neurologico non sussiste alcuna diagnosi né alcuna incapacità lavorativa (doc. UAIE 165 pp. 41-57).

### **E. 9.1.3**

Nel rapporto del 15 settembre 2021 il dott. K. \_\_\_\_\_, specialista in psichiatria e psicoterapia, ha rilevato che la problematica da cui è affetto l'interessato è insorta nel 2018 come depressione reattiva al permanere di una sintomatologia algica legata alle patologie ortopediche, che ha richiesto un lungo percorso di cure specialistiche, ancora in atto al momento della visita peritale, grazie al quale l'assicurato ha potuto “riprendere una vita pressoché normale, tenuto conto della sparizione dei disturbi ansiosi (...) e dell'innalzamento del tono dell'umore”. Ha quindi descritto un soddisfacente compenso clinico pur permanendo aspetti d'ansia situazionale e parossistica con crisi ansiose di lieve entità a frequenza mensile a fronte di un timismo sostanzialmente in asse. A fronte del quadro clinico riscontrato il perito ha ritenuto che non fosse giustificabile la sindrome ansiosa depressiva attestata dai medici curanti. Egli ha quindi ritenuto adeguati i trattamenti seguiti e quelli ancora in atto, che a suo modo di vedere hanno permesso di prevenire e controllare gli attacchi di panico. Dal punto di vista strettamente psichiatrico, il dott. K. \_\_\_\_\_ non ha riscontrato una riduzione delle risorse dell'assicurato e non ha ritenuto sussistere né al momento della visita, né in precedenza diagnosi con influsso sulla capacità lavorativa (doc. UAIE 165 pp. 58-72).

### **E. 9.1.4**

Nel rapporto del 13 ottobre 2021 il dott. J. \_\_\_\_\_, specialista in reumatologia e riabilitazione, ha attestato l'esistenza di una serie di alterazioni degenerative alla colonna vertebrale, all'anca sinistra, alle ginocchia bilateralmente e alla spalla destra, nonché lo sviluppo a livello di apparato muscolo-scheletrico di un quadro compatibile con un reumatismo delle parti molli, con quasi tutti i tender points necessari per la diagnosi di una fibromialgia (senza specificare in dettaglio quali). Il perito ha quindi riscontrato delle “limitazioni per quanto riguarda attività lavorative particolarmente

C-349/2024 Pagina 19 pesanti e non ergonomiche sia per la colonna vertebrale che per le ginocchia”. Per tale ragione l'assicurato risulta essere limitato “nell'inginocchiarsi, nel salire e scendere le scale ripetutamente, (...) nel mantenere la posizione accovacciata, (...) nel rimanere in posizioni statiche prolungate, la posizione seduta può essere mantenuta per

più di un'ora, (...) in movimenti ripetitivi da svolgere col braccio destro in abduzione ed elevazione e contro resistenza alzando anche dei pesi significativi, può portare dei pesi fino all'altezza del corpo di almeno 15 kg sopra l'altezza del corpo di 5 kg". Riguardo alla capacità lavorativa residua il dott. J. \_\_\_\_\_ ha precisato di non condividere la valutazione fatta a suo tempo dal dott. D. \_\_\_\_\_, specialista in reumatologia, intervenuto per conto dell'assicuratore per la perdita di guadagno in caso di malattia. A suo modo di vedere il collega aveva sovrastimato l'effetto delle patologie dell'assicurato che a partire dal momento della sua visita (avvenuta il 5 ottobre 2021 [cfr. doc. 165 p. 73]) poteva quindi considerarsi abile al 50% nell'attività lavorativa abituale, da intendere come riduzione del rendimento ed abile al 100% in un'attività sostitutiva adeguata, anche medio-pesante, che tenga conto delle limitazioni funzionali elencate. A fronte del quadro clinico riscontrato, egli ha quindi ritenuto opportuno mantenere un approccio conservativo, sconsigliando ulteriori riprese chirurgiche (doc. UAIE 165 pp. 73-86).

### **E. 9.1.5**

Dal punto di vista internistico, infine, il dott. H. \_\_\_\_\_, specialista in medicina interna generale, ha rilevato che da una decina d'anni l'assicurato segue un trattamento farmacologico per l'ipertensione arteriosa e da circa tre anni per dislipidemia, constatando nondimeno l'assenza di disturbi sul piano cardiovascolare, respiratorio e polmonare. Ha quindi dichiarato non sussistere alcuna diagnosi con influsso sulla capacità lavorativa ed ha pertanto ritenuto l'assicurato da sempre abile in qualsiasi attività senza alcuna limitazione (doc. UAIE 165 pp. 1-28).

### **E. 9.1.6.1**

Nella valutazione congiunta i periti hanno quindi riferito che l'assicurato è limitato in modo preponderante a causa delle patologie reumatologiche, riprendendo per intero le limitazioni funzionali descritte dal dott. J. \_\_\_\_\_. Dal punto di vista neurologico, psichiatrico e internistico, non è stata per contro riscontrata alcuna riduzione significativa delle risorse dell'interessato, ragione per cui le diagnosi, ove formulate, non influiscono sulla capacità lavorativa sia nell'attività abituale di aiuto carrozziere, che in una sostitutiva adatta (doc. UAIE 165 p. 34).

C-349/2024 Pagina 20

### **E. 9.1.6.2**

Nella discussione relativa ai fattori di stress e risorse i periti hanno precisato che "dal punto di vista reumatologico l'assicurato presenta ancora delle risorse significative per quanto riguarda l'apparato muscolo-scheletrico: le alterazioni degenerative evidenziate sono infatti di modica entità e ancora compatibili con un'attività lavorativa adeguata, pur essendo tuttavia possibile che altri fattori non di tipo somatico giochino un ruolo. Dal punto di vista psichiatrico l'assicurato dispone di una buona dotazione di risorse da poter investire nella realtà, non evidenziandosi una riduzione delle stesse da ricondurre ad una causa psichiatrica. Dal punto di vista neurologico e internistico, infine, non sono emerse alla visita grosse difficoltà dell'assicurato per quanto riguarda le risorse personali, non evidenziandosi diagnosi tali da comportare una concreta limitazione della capacità lavorativa" (doc. UAIE 165 pp. 34-35). In generale i disturbi dell'assicurato sono stati ritenuti coerenti con le patologie emerse sebbene a livello reumatologico sia stato riferito che in parte fossero da mettere in relazione con "lo sviluppo di un reumatismo delle parti molli e con una certa tendenza a un atteggiamento a carattere piuttosto dimostrativo, senza tuttavia

segni di aggravazione” (doc. UAIE 165 p. 35).

### **E. 9.1.6.3**

In relazione all'evoluzione della capacità lavorativa nel tempo, alla luce del decorso favorevole riscontrato, i periti hanno ritenuto che nell'attività abituale di aiuto carrozziere (verniciatore) l'interessato era completamente inabile al lavoro dal 23 ottobre 2018 (data della valutazione del dott. D.\_\_\_\_\_) ed abile al 50%, inteso come riduzione del rendimento sull'arco di un'intera giornata lavorativa, a partire dal 28 luglio 2021 (data dell'inizio della valutazione pluridisciplinare). In un'attività sostitutiva rispettosa dei limiti funzionali descritti l'assicurato è per contro stato considerato abile al lavoro al 50%, sempre dal 23 ottobre 2018 ed abile al 100% dal 28 luglio 2021 (doc. UAIE 193 pp. 35-36).

### **E. 9.2**

Nel rapporto finale SMR del 23 dicembre 2022 il dott. L.\_\_\_\_\_, specialista in medicina interna, ha fatto proprie le conclusioni peritali riguardo alle diagnosi ed alle limitazioni funzionali, ritenendo la situazione ormai stabilizzata. In punto all'esigibilità lavorativa, ha parimenti ripreso le conclusioni peritali, elencando tutti i periodi in cui, dal giorno dell'infortunio, l'assicurato è stato totalmente o parzialmente inabile al lavoro, precisando tuttavia che a partire dal 5 ottobre 2021 (data della valutazione reumatologica del dott. J.\_\_\_\_\_), non dal 28 luglio 2021, l'assicurato era nuovamente abile al 50% nell'attività abituale e al 100% in un'attività sostitutiva adeguata (doc. UAIE 172).

C-349/2024 Pagina 21

### **E. 9.3**

Con osservazioni del 9 maggio 2023 al progetto di decisione (doc. UAIE 186), il ricorrente ha prodotto una serie di documenti medici inediti, e meglio: - Una serie di referti relativi a recenti esami strumentali, fra i quali si segnala l'esame radiografico di luglio 2020 e di febbraio 2023 alle ginocchia, al bacino e alle anche, al rachide lombosacrale, l'esame RMN al ginocchio sinistro di ottobre 2022 e al rachide lombosacrale del 25 gennaio 2023, l'esame ecografico muscolotendineo del 31 ottobre 2022 e del 17 marzo 2023. - Il rapporto del 20 febbraio 2023 della dott.ssa M.\_\_\_\_\_, medico generalista curante, che ha riferito la persistenza di un'incapacità lavorativa totale in ragione delle seguenti diagnosi: o Gonartrosi bilaterale e recente monoartrite del ginocchio sinistro (RMN ginocchio sinistro di ottobre 2022 e RX ginocchio destro e sinistro di gennaio 2023), in attesa di valutazione chirurgica ortopedica; o Coxalgia a sinistra in coxartrosi (RX anca di gennaio 2023), già operato di protesi d'anca destra nel 2018 per coxartrosi destra; o Lombosciatalgia bilaterale cronica in discopatia lombare L4-L5 e L5-S1 (RX rachide di gennaio 2023); o Ipertensione arteriosa con toracalgia in approfondimento diagnostico: ha già effettuata valutazione cardiologica con ECG ed ecocardiografia (gennaio 2023), è in attesa di eseguire test ergometrico; o Depressione con frequenti riacutizzazioni ansiose, per cui è seguito presso il CPS di R.\_\_\_\_\_ ed è in terapia con antidepressivo (sertralina 100mg) e ansiolitico (bromazepam 20 gocce), non riuscendo però a controllare adeguatamente i sintomi ansiosi e l'insonnia. - Il rapporto fisiatrico del 20 febbraio 2023 nel quale la dott.ssa N.\_\_\_\_\_ sulla base dei nuovi esami radiografici ha attestato la presenza di poliartralgie in soggetto con spondilartrosi con discopatie multiple, meniscosi bilaterale, esiti protesi totale all'anca destra. - Il rapporto del 21 febbraio 2023 del dott. O.\_\_\_\_\_, specialista in psichiatria, che ha riferito di aver visitato l'assicurato a seguito della recente insorgenza di preoccupazioni concernenti gli aspetti della quotidianità, timismo sub-deflesso con labilità

emotiva, difficoltà nel riposo

C-349/2024 Pagina 22 notturno e aumento dell'ansia diurna, in un paziente noto per una sindrome ansioso-depressiva con attacchi di panico. - Il rapporto del dott. P. \_\_\_\_\_ del 6 aprile 2023, che ha riferito e descritto lo stato delle differenti patologie sia di tipo degenerativo che neuropsichiatrico da cui l'assicurato è affetto. Nell'insieme tali patologie impediscono in modo importante sia il movimento che il sollevamento e la manipolazione di pesi, gli spostamenti della propria persona, se non per spazi molto limitati e il mantenimento di posizioni statiche sedute o ortostatiche, se non per brevi momenti, esse impongono inoltre frequenti pause lavorative. Al pari del dott. Q. \_\_\_\_\_, medico perito SIM e del dott. D. \_\_\_\_\_, il dott. P. \_\_\_\_\_ ha ritenuto evidente "che la ripresa del lavoro di carrozziere non sia proponibile". Constatando che le limitazioni riguardano ambedue le anche, le ginocchia, la colonna lombare e la spalla destra e sinistra, interessando e limitando in modo ampio le possibilità fisiche, egli ha inoltre ritenuto esservi una netta ripercussione sull'esigibilità lavorativa, come dimostra il tentativo di riforma professionale, intrapreso in agosto 2019 e interrotto dopo un solo giorno. Ha quindi preso posizione riguardo alla valutazione reumatologica del dott. J. \_\_\_\_\_, evidenziandone nel dettaglio le molteplici criticità e ritenendo la stessa "assolutamente non congrua". In conclusione ha ribadito l'inabilità totale dell'assicurato nel lavoro di carrozziere e in qualsiasi lavoro medio-pesante, ritenendolo abile in modo limitato, intorno al 35-40 % per lavori semplici, leggeri, confacenti alle modeste capacità lavorative residue.

#### **E. 9.4**

Con presa di posizione del 20 giugno 2023 (doc. UAIE 189 p. 8) il dott. K. \_\_\_\_\_ ha segnalato di non riscontrare nella nuova documentazione prodotta alcun elemento clinico nuovo suscettibile di modificare quanto indicato nella valutazione peritale. Parimenti il dott. J. \_\_\_\_\_, preso atto dei nuovi reperti radiologici e del rapporto del dott. P. \_\_\_\_\_, con presa di posizione del 5 luglio 2023 (doc. UAIE 189 pp. 9-13) ha ugualmente confermato la validità delle conclusioni esposte nella valutazione peritale del

#### **E. 9.5**

Con annotazione del 14 agosto 2023 il SMR ha quindi confermato la validità del rapporto finale del 23 dicembre 2022 (doc. UAIE 190).

C-349/2024 Pagina 23 10. Nel proprio gravame il ricorrente sostiene che, nonostante la nuova istruttoria, l'autorità inferiore non sia riuscita a dimostrare, con il sufficiente grado della verosimiglianza preponderante, né un miglioramento della sua situazione valetudinaria a decorrere dal mese di ottobre 2018 (tale da giustificare la riduzione del grado d'invalidità dal 100% al 52%), né tantomeno il riacquisto di una piena capacità lavorativa in attività adeguate a far data dal mese di ottobre 2021 e la conseguente soppressione del diritto alle prestazioni (ricorso §14). Egli contesta la valutazione medico teorica della capacità lavorativa residua esposta nella perizia pluridisciplinare del SAM, ritenendola errata e in contrasto con il danno alla salute e con i numerosi referti specialistici versati agli atti (ricorso §17, 21). In particolare, egli ritiene che, dal punto di vista ortopedico/reumatologico, il dott. J. \_\_\_\_\_ abbia espresso una diversa valutazione, a posteriori, riguardo ad una diagnosi rimasta sostanzialmente invariata (ricorso §17-18, 22). A suo modo di vedere, la valutazione del dott. J. \_\_\_\_\_ è viziata da pregiudizi, laddove tenterebbe di ridimensionare – in assenza di cambiamenti valetudinari – l'influsso sulla capacità lavorativa di patologie fino ad allora giudicate invalidanti. Il perito, inoltre, si

contraddirebbe laddove, da un lato, ritiene che il dott. D. \_\_\_\_\_ abbia sopravvaluto il danno alla salute del ricorrente e per tale ragione si distanzia dalle sue conclusioni in punto alla capacità lavorativa, mentre dall'altro fa proprie queste stesse conclusioni per il periodo (ottobre 2018-luglio 2021) che precede la propria valutazione peritale (ricorso §27). Egli critica inoltre la valutazione psichiatrica del dott. K. \_\_\_\_\_, che non avrebbe sufficientemente indagato le diagnosi psichiatriche e il loro influsso sulla capacità lavorativa residua, in spregio delle severe esigenze della nuova prassi giurisprudenziale, rendendo così un rapporto peritale privo di valore probatorio (ricorso §23, 27). Il ricorrente ritiene che, a dispetto della perizia pluridisciplinare, dalla documentazione medica agli atti emerga uno stato di salute sostanzialmente invariato sin dall'inizio dell'anno d'attesa (ossia dal 1° gennaio 2017), che giustifica il riconoscimento del persistere di un'incapacità lavorativa completa, così come confermato per il periodo dal 17 gennaio 2018 al 1° febbraio 2019 dalla decisione dell'UAIE del 4 luglio 2019, a suo modo di vedere passata in giudicato. Rammentando che secondo il principio dell'onere probatorio materiale, la situazione giuridica precedente deve permanere se una modifica rilevante della fattispecie non è dimostrabile con il grado della verosimiglianza preponderante, egli ha ritenuto illegittime sia la riduzione della rendita intera (dal 100% al 52%) che, in subordine, la soppressione della mezza rendita riconosciuta sulla base delle conclusioni del dott. D. \_\_\_\_\_ del 23 ottobre 2018, non avendo l'amministrazione

C-349/2024 Pagina 24 dimostrato un miglioramento della situazione valetudinaria (ricorso §26- 27). Tantopiù che il suo stato di salute sarebbe addirittura peggiorato rispetto alla valutazione peritale (ricorso §21), come dimostrato dalla documentazione prodotta con la replica del 19 agosto 2024 (esami radiografici all'anca sinistra e destra dell'11 giugno 2024, del ginocchio sinistro del 2 luglio 2024; rapporto della dott.ssa M. \_\_\_\_\_ del 12 luglio 2024; rapporto fisiatrico del 22 luglio 2024 della dott.ssa N. \_\_\_\_\_ attestante una disabilità motoria in un "quadro di poliartrosi, sindrome ansioso-depressiva, esiti di protesi totale all'anca destra, discopatie lombari e poliartrosi diffusa" [doc. TAF 17]). 11. Alla luce di quanto precede e per le ragioni che verranno qui di seguito esposte, le contestazioni del ricorrente non possono essere accolte. 11.1 Innanzitutto, si rileva che la perizia pluridisciplinare del 28 novembre 2022 si basa sulle informazioni fornite dalla persona esaminata e dai medici curanti, sull'esame del quadro clinico e del comportamento del ricorrente, sulle risultanze della visita di quest'ultimo da parte dei quattro periti e sulla documentazione medica agli atti. Il rapporto è comprensivo dell'anamnesi, delle informazioni tratte dall'incarto, delle diagnosi, delle indicazioni degli stessi periti, nonché della discussione e delle conclusioni concomitanti alle quali questi sono giunti in punto alle limitazioni e all'influsso delle stesse sulla capacità lavorativa dell'assicurato. Tale rapporto può pertanto essere considerato, per lo meno formalmente, un mezzo probatorio idoneo alla valutazione dello stato di salute e della capacità lavorativa del ricorrente. 11.2 Dal punto di vista materiale, si osserva che in esecuzione della sentenza di rinvio, l'amministrazione ha dato seguito alla richiesta del TAF di fornire un quadro pluridisciplinare dello stato di salute dell'assicurato, che in occasione dell'emanazione della decisione del 4 luglio 2019 non risultava essere stato acclarato in maniera completa per quanto concerne il periodo a decorrere dal 23 ottobre 2018 (ossia dal momento in cui il dott. D. \_\_\_\_\_ ha ritenuto che dall'interessato fosse nuovamente esigibile l'esercizio di un'attività lavorativa idonea al 50%). È bene precisare che nel caso concreto, contrariamente all'opinione del ricorrente, non occorre confrontare la situazione valetudinaria risultante nella perizia pluridisciplinare con quella che era stata a suo tempo riscontrata dal dott. D. \_\_\_\_\_ e dalla dott.ssa

E.\_\_\_\_\_. Le valutazioni contenute in tali referti, ritenute dall'autorità inferiore, dal ricorrente e da questo Tribunale, all'epoca della procedura C-4576/2019 (consid. 8.2), non sufficientemente concludenti per

C-349/2024 Pagina 25 determinarsi da un punto di vista complessivo sul caso, vengono infatti completate e se del caso sostituite dalle conclusioni della perizia pluridisciplinare, che va considerata come la prima valutazione del diritto alla rendita (consid. 7.6). Posto che, già prima del rinvio, la documentazione medica agli atti già permetteva di determinarsi con il grado della verosimiglianza preponderante riguardo alla situazione riguardante il periodo compreso fra il 1° gennaio 2018 e il 23 ottobre 2018 – su cui tutti i medici consultati sono concordi nel ritenere l'assicurato completamente inabile in qualsiasi attività lavorativa – ciò che deve emergere dal rapporto pluridisciplinare è in che modo si è evoluto lo stato di salute e la capacità lavorativa dell'assicurato nel periodo successivo e se ciò giustifica una modifica del diritto alla rendita intera corrente a decorrere dal 1° febbraio 2019. 11.3 Orbene, la nuova istruttoria ha confermato che il ricorrente è affetto da svariate malattie degenerative riguardanti l'anca destra (esiti da endo- protesi totale per coxartrosi eseguita il 23 gennaio 2018), l'anca sinistra (presenza di coxartrosi, clinicamente sintomatica, radiologicamente di entità modica), le ginocchia bilateralmente (gonartrosi a varo, in esiti da esame artroscopico per postumi traumatici), la colonna lombare (lombalgia cronica, con sindrome vertebrale lieve, discopatia in L4/L5) e le spalle bilateralmente (tendinopatia del sovraspinato in periartrite scapolare calcifica; lieve borsite subacromion-deltoidea e tenosinovite del tendine del capolungo del bicipite). L'esistenza di tali affezioni oltre che essere stata riscontrata dai periti è stata ampiamente descritta anche dal medico curante (cfr. rapporto della dott.ssa M.\_\_\_\_\_ del 20 febbraio 2023 [doc. 186 p.12]) e dagli specialisti consultati dall'assicurato, in particolare dal dott. P.\_\_\_\_\_ (nei rapporti del 20 maggio e del 29 agosto 2019 [doc. UAIE 127 p. 9 e 134 p. 35] e del 6 aprile 2023 [doc. UAIE 186 pp. 28-29]). Le diagnosi di origine somatica elencate nella perizia pluridisciplinare sono state confermate dai periti con il rapporto del 2 agosto 2023 (doc. UAIE 189) a seguito della visione degli esami radiografici e strumentali eseguiti tra il 2020 e il 2022 (cfr. doc. UAIE 186 pp. 16-24). Il ricorrente risulta inoltre essere in cura dal 2004 presso il Centro Psicosociale di R.\_\_\_\_\_ con la diagnosi di sindrome da attacchi di panico (ICD-10 F41.0), poi modificata nel 2018 in sindrome ansioso-depressiva (ICD-10 F41.2) reattiva alle problematiche ortopediche (al riguardo si cfr. i referti della dott.ssa S.\_\_\_\_\_ del 25 gennaio 2019 [doc. UAIE 111 p. 2] e del dott. O.\_\_\_\_\_ del 25 agosto 2020 e del 23 febbraio 2023 [doc. UAIE 165 p. 90 e 186 p. 11]), diagnosi ritenuta tuttavia non più attuale nella valutazione peritale del dott. K.\_\_\_\_\_, per i motivi di cui si dirà più avanti (consid. 11.4.3). È infine stata riscontrata una tendenza allo sviluppo di un reumatismo delle parti

C-349/2024 Pagina 26 molli a carattere fibromialgico che secondo il dott. J.\_\_\_\_\_ è da mettere in relazione alle affezioni di natura psichica. 11.4 Condividendo l'opinione dell'autorità inferiore, questo Tribunale riconosce che il caso è stato indagato approfonditamente, tenendo conto dei differenti ambiti della medicina toccati, al fine di valutare l'impatto delle numerose affezioni diagnosticate sullo stato di salute e sulla capacità lavorativa del ricorrente, così come la loro evoluzione. 11.4.1 Per il dott. H.\_\_\_\_\_, che ha esaminato il ricorrente dal profilo internistico, non vi sono diagnosi con influsso sulla capacità lavorativa. Del resto neppure il medico curante, dott.ssa M.\_\_\_\_\_, che nel rapporto del 20 febbraio 2023 ha menzionato la diagnosi (nota al

perito) di “ipertensione arteriosa con toracalgia in approfondimento diagnostico” (doc. UAIE 186 p. 12), ribadita anche in quello del 12 luglio 2024 (allegato al doc. TAF 17), si è espressa diversamente né ha fornito alcuna indicazione riguardo a una particolare terapia suscettibile di migliorare ulteriormente la situazione dal profilo internistico. 11.4.2 Anche dal punto di vista neurologico non vi sono indicazioni che contraddicono quelle del dott. I. \_\_\_\_\_, che nel contesto della valutazione peritale del 16 settembre 2020 non ha rilevato alcuna diagnosi con influsso sulla capacità lavorativa, avendo constatato uno stato neurologico del tutto nella norma. 11.4.3 Dal profilo psichiatrico, sia la dott.ssa E. \_\_\_\_\_, nel rapporto del 22 novembre 2018, che il dott. K. \_\_\_\_\_ nel rapporto del 15 settembre 2021 sono concordi nel ritenere che non vi sia alcun disturbo di origine psichica suscettibile di influire sulla capacità lavorativa, pur sapendo che al momento della loro valutazione l'assicurato era in cura presso il dott. O. \_\_\_\_\_ – con visite a cadenza trimestrale – e seguiva un trattamento psicofarmacologico “di mantenimento”. Il dott. K. \_\_\_\_\_ ha rilevato che l'assicurato, è stato seguito a livello specialistico a partire dal 2018 per una problematica inquadrabile come depressione reattiva al permanere di una sintomatologia algica legata a problemi ortopedici. Il trattamento di tale affezione ha richiesto un percorso di cure specialistiche piuttosto lungo e grazie alla terapia farmacologica vi è stata un'evoluzione del quadro clinico favorevole al punto da permettere all'interessato di riprendere una vita pressoché normale. Tale opinione è confermata dai referti specialistici agli atti, in particolare dal rapporto del dott. O. \_\_\_\_\_ del 25 agosto 2020, che attestando un soddisfacente compenso clinico pur con persistenza di “aspetti di ansia situazionale a fronte di un timismo sostanzialmente in

C-349/2024 Pagina 27 asse” ha indotto il dott. K. \_\_\_\_\_ a seguito dell'esame obiettivo del 25 agosto 2021 e del 15 settembre 2021 ad escludere la diagnosi di sindrome ansioso-depressiva. Ora, sebbene tale conclusione del perito, non concorda con quella del dott. O. \_\_\_\_\_, è doveroso rimarcare che quest'ultimo nei propri rapporti (si cfr. anche il rapporto del 21 febbraio 2023) resta piuttosto vago nel descrivere i sintomi, l'origine, gli sviluppi e le conseguenze delle affezioni esposte, non essendo possibile determinare come la sindrome ansioso-depressiva diagnosticata nel 2018 sia evoluta nel tempo e se tale patologia sia ancora attuale o sia stata nel frattempo sanata grazie al trattamento psicofarmacologico in atto. Un indizio di una tale evoluzione parrebbe per altro emergere già dal rapporto del 25 gennaio 2019 della dott. S. \_\_\_\_\_, precedente specialista curante, che descriveva una situazione in via di miglioramento (doc. UAIE 111). Il dott. O. \_\_\_\_\_, d'altro canto, neppure fornisce un'indicazione precisa di quello che potrebbe essere l'influsso delle patologie psichiche sulla capacità lavorativa dell'assicurato. Vale infine la pena sottolineare il fatto che non sono state evocate, né sono reperibili agli atti altre affezioni o limitazioni connesse a problematiche di natura psichica non considerate dal perito. Riguardo alla valenza probatoria della perizia psichiatrica del dott. K. \_\_\_\_\_ è utile rilevare che, non essendovi alcuna diagnosi con influsso sulla capacità lavorativa, né avendo mai subito un'incapacità lavorativa per motivi psichiatrici, nulla osta – contrariamente all'opinione dell'insorgente – a rinunciare ad una procedura di accertamento dei fatti strutturata fondata su indicatori (si cfr. al riguardo il consid. 7.8.). 11.4.4 11.4.4.1 In ambito reumatologico si rileva che gli specialisti che si sono espressi nel corso degli anni sono giunti a conclusioni analoghe sotto il profilo diagnostico (cfr. dott. D. \_\_\_\_\_ e dott. P. \_\_\_\_\_) con la sola eccezione del dottor J. \_\_\_\_\_ il quale ha posto (anche) la diagnosi di “reumatismo delle parti molli a carattere fibromialgico” senza influsso sulla capacità lavorativa. Al riguardo giova precisare quanto segue. 11.4.4.2 Il termine

reumatismo delle parti molli comprende svariati problemi e disturbi delle strutture molli (non ossee) dell'apparato locomotore dell'uomo come muscoli, tendini, legamenti e le fasce. Se i dolori interessano le parti molli di quasi tutto il corpo, si parla di sindrome fibromialgica (vedi <https://www.reumatismo.ch/#reumatismo-delle-parti-molli>, consultato il 20 gennaio 2025). Fino a poco tempo fa la fibromialgia era considerata una forma particolare di reumatismo dei tessuti molli. Tuttavia, sotto

C-349/2024 Pagina 28 l'influenza dell'International Association for the Study of Pain (IASP), l'OMS ha creato una nuova categoria per le sindromi da dolore cronico primario e ha riclassificato la sindrome fibromialgica in questa categoria. La fibromialgia non fa pertanto più parte delle malattie reumatiche (vedi <https://www.reumatismo.ch/reumatismo-dalla-a-alla-z/fibromialgia?q=Fi-bromialgia>; consultato il 20 gennaio 2025). 11.4.4.3 Riguardo allo sviluppo di un reumatismo delle parti molli, il dott. J. \_\_\_\_\_, ha precisato che si tratta “di una fibromialgia di tipo primario da mettere in relazione con la sindrome ansioso-depressiva” per la quale l'assicurato è in cura. Nel porre tale diagnosi il perito non ha indicato né il numero ICD e neppure ha fornito alcun dettaglio riguardo all'esame dei tender points o alle motivazioni che lo hanno indotto a tale conclusione. Egli ha fatto inoltre riferimento a una sindrome ansioso-depressiva, fondandosi probabilmente sui referti del dott. O. \_\_\_\_\_, la cui persistenza, come visto sopra, è tutt'altro che certa ed è anzi stata espressamente esclusa dal collega perito, dott. K. \_\_\_\_\_ (consid. 11.4.3). Riguardo a tale patologia, il perito si è limitato a ritenere la stessa non limitante sotto il profilo funzionale, né inabilitante non influenzando sulla capacità lavorativa. È bene precisare che, al di fuori del dott. J. \_\_\_\_\_, che per altro non ha prescritto alcuno specifico trattamento, nessun altro medico consultato dall'assicurato ha mai riferito posto la diagnosi di fibromialgia – o esternato dei dubbi riguardo alla possibile insorgenza della stessa – né tantomeno ha mai ritenuto opportuno procedere ad approfondimenti specialistici per indagare maggiormente tali aspetti. Al contrario, il dott. P. \_\_\_\_\_ ha escluso tale diagnosi ritenendo di natura organica tutte le patologie somatiche lamentate dall'insorgente (cfr. doc. UAIE 186 p. 30). 11.4.4.4 Ad ogni buon conto, al fine di poter validamente porre una diagnosi di fibromialgia, la sola valutazione da parte di un reumatologo non sarebbe sufficiente. A tale scopo, secondo il Tribunale federale, è infatti necessario l'intervento di uno specialista in psichiatria, in quanto i fattori psicosomatici hanno un influsso decisivo sullo sviluppo di questa malattia (DTF 132 V 65 consid. 4.3). Gli effetti sulla salute devono infatti essere valutati da uno psichiatra, mediante un esame degli indicatori standard, così come previsto dalla giurisprudenza sul dolore somatoforme ai sensi della DTF 141 V 281 (si cfr. anche sentenza del TAF C-2219/2021 del consid. 4.7.4.3). Nel caso concreto, si osserva che fra le diagnosi poste dal dott. K. \_\_\_\_\_, nella perizia psichiatrica, non viene fatto alcun riferimento alla possibile

C-349/2024 Pagina 29 insorgenza di una tale patologia, né tantomeno posta una diagnosi di sindrome somatoforme da dolore persistente (ICD-10 F45.4), suscettibile di avvalorare la diagnosi di tendenza allo sviluppo di un “reumatismo delle parti molli a carattere fibromialgico” posta dal dott. J. \_\_\_\_\_. Non essendo neppure emerso in corso di discussione congiunta da parte dei periti la necessità di procedere a un accertamento complementare e a fronte delle perplessità espresse riguardo alla validità di tale diagnosi, non riscontrata da nessun altro medico, su tale aspetto si può soprassedere senza che vi sia la necessità di svolgere ulteriori accertamenti medici. Del resto non avendo influenza sulla capacità lavorativa del ricorrente non è neppure rilevante. 11.5 11.5.1 In concreto tutti i

periti e i medici interrogati sono concordi nel ritenere che le uniche patologie con influsso sulla capacità lavorativa, sono quelle di natura reumatologica e ortopedica. La valutazione del dott. J. \_\_\_\_\_ diverge tuttavia da quella in precedenza esposta dal dott. D. \_\_\_\_\_ e dal dott. P. \_\_\_\_\_, che pur giungendo a conclusioni diagnostiche sostanzialmente sovrapponibili, hanno considerato che le varie patologie avessero un influsso maggiore rispetto a quello attestato dal perito. Quest'ultimo ha ritenuto che l'insorgente disponesse di maggiori risorse rispetto a quanto constatato tre anni prima dal dott. D. \_\_\_\_\_ e che la sua capacità funzionale fosse meno limitata. Egli è giunto a tale conclusione fondandosi sugli esami radiografici ed ecografici del 2020 e di quelli prodotti dall'assicurato nel 2023 (doc. UAIE 186), dai quali è emerso che la problematica degenerativa in atto non ha subito una particolare progressione rispetto al 2018 e che in generale l'evoluzione dello stato di salute non è stata particolarmente grave (doc. UAIE 189 p. 11). Inoltre il perito ha potuto constatare che a partire dal mese di novembre 2019 l'insorgente aveva ripreso a lavorare a tempo parziale (ca. 40-50 ore al mese) presso la carrozzeria T. \_\_\_\_\_ Sagl "nell'accoglienza dei clienti, nella preparazione di miscele dei colori per la verniciatura, nella consegna delle automobili, nonché di acquisti di pezzi di ricambio" (doc. UAIE 165 p. 83), un'attività lavorativa leggera e compatibile con le limitazioni funzionali elencate. Il trascorrere del tempo e l'adattamento del ricorrente alle differenti patologie, hanno infine dimostrato che l'intervento d'impianto di emiprotesi a entrambe le ginocchia, che secondo il dott. D. \_\_\_\_\_ avrebbe dovuto permettere di migliorare ulteriormente la capacità funzionale e lavorativa, non era strettamente necessario. In tal senso si sono espressi non soltanto il dott. J. \_\_\_\_\_ ma pure il dott. P. \_\_\_\_\_ (nei rapporti del 20 maggio 2019 [doc. UAIE 127 p. 9] del 29 agosto 2019 [doc. UAIE 134 p. 35] sebbene nel

C-349/2024 Pagina 30 rapporto del 6 aprile 2023 abbia lasciato aperta la questione [doc. UAIE p. 29]). Se a seguito della valutazione del dott. D. \_\_\_\_\_, il medico SMR esprimeva, nel rapporto finale del 19 novembre 2018, una prognosi "infesta" (doc. UAIE 106), dalla valutazione del dott. J. \_\_\_\_\_ emerge una stabilizzazione non soltanto della situazione valetudinaria, ma pure delle risorse fisiche che per il perito si traduce in un miglioramento della capacità lavorativa sia nell'attività svolta prima del danno alla salute che in attività adeguate che considerano i limiti funzionali descritti. A fronte di quanto precede appare inoltre corretto riferirsi per il periodo che precede la visita del dott. J. \_\_\_\_\_, alla valutazione del dott. D. \_\_\_\_\_, risultando essere più favorevole all'assicurato per quanto concerne la capacità lavorativa in un'attività sostitutiva adeguata a partire dal 23 ottobre 2018. 11.5.2 Sebbene il dott. P. \_\_\_\_\_ dissenta dal grado d'invalidità proposto dal perito, si rileva che egli stesso ritiene esigibile la ripresa di un'attività lavorativa confacente nella misura del 35-40%, ossia di poco inferiore a quella a suo tempo attestata dal dott. D. \_\_\_\_\_ (doc. UAIE 186 p. 31). Nel proprio rapporto lo specialista prende posizione riguardo alla valutazione del dott. J. \_\_\_\_\_, ritenendo che la stessa presenti numerose criticità, con argomentazioni che tuttavia non convincono. Egli solleva in primo luogo dei dubbi riguardo all'atteggiamento dimostrativo che il perito avrebbe riscontrato in occasione della visita clinica. Orbene, a prescindere dal fatto che un determinato comportamento non può essere aprioristicamente escluso dal dott. P. \_\_\_\_\_, che all'esame clinico non era presente, è giusto rilevare che il dott. J. \_\_\_\_\_, pur riscontrando un atteggiamento dimostrativo, ha escluso che vi fosse un'amplificazione (aggravazione) dei sintomi, ossia un modello di comportamento invalidante e che porta l'assicurato a sottovalutare la propria capacità funzionale. In tal senso il perito non ha fatto alcun accenno a sofferenza ostentata, né ha riscontrato una particolare discordanza tra quanto osservato e quanto dichiarato

dall'assicurato. In definitiva, pur constatando tale atteggiamento dimostrativo, non vi ha attribuito particolari conseguenze, nel senso che non ha messo in dubbio la coerenza del ricorrente o la plausibilità del quadro clinico. Il dott. P.\_\_\_\_\_ sostiene inoltre, a torto, che il perito abbia considerato che le problematiche da cui è affetto il ricorrente fossero da ricondurre all'ipotetica sindrome fibromialgica, mai rilevata in precedenza, e messo così in secondo piano le problematiche organiche che "invece esistono e sono importanti". Al contrario, il dott. J.\_\_\_\_\_ dà ampio risalto alle patologie di natura organica e alla loro evoluzione, limitandosi ad asserire che una parte dei disturbi che permangono – non spiegabili dai riscontri organici – sono prettamente di tipo muscolare tendineo compatibili con un quadro di tipo fibromialgico. Dal punto di vista della capacità lavorativa, ad ogni buon

C-349/2024 Pagina 31 conto, tale problematica è relegata dal perito in secondo piano, non avendo alcun influsso. Il dott. P.\_\_\_\_\_ passa poi in rassegna le valutazioni riguardo alle differenti patologie, dando una lettura differente dei reperti radiografici e traendo conclusioni opposte a quelle del perito. Egli non spiega però in che modo il dott. J.\_\_\_\_\_ avrebbe sbagliato nel dedurre delle limitazioni funzionali a suo dire troppo blande e nell'espone una capacità lavorativa residua a suo modo di vedere troppo ottimista. Egli fa riferimento alla valutazione fisiatrica della dott.ssa N.\_\_\_\_\_, trascurando tuttavia l'importante differenza che intercorre tra il mandato di cura e il mandato peritale. In definitiva, quando esprime un avviso contrario riguardo alla capacità lavorativa, il dott. P.\_\_\_\_\_ si sta sostanzialmente fondando sul medesimo substrato fattuale esaminato dal perito. Pertanto laddove egli ritiene sussistere un'incapacità lavorativa totale nell'attività abituale e al 35- 40% in una sostitutiva, egli sta esprimendo in realtà una differente valutazione delle conseguenze della medesima patologia. 11.5.3 Al di fuori dei rapporti ortopedici e reumatologici appena citati, non vi è nessun altro referto specialistico recente che abbia posto una valutazione attuale e concludente riguardo alla capacità lavorativa residua, che abbia rivelato elementi oggettivi nuovi o non considerati dal dott. J.\_\_\_\_\_, né che abbia esposto una valutazione differente della medesima fattispecie o una critica mirata avverso le valutazioni peritali. In tal senso non aiutano a dare maggiore consistenza alla tesi dell'assicurato le attestazioni di incapacità lavorativa totale rilasciate dalla dott.ssa M.\_\_\_\_\_ (cfr. certificato del 16 maggio 2019, rapporto del 20 febbraio 2023). Da un lato perché gli stessi non sono frutto di una valutazione complessiva e articolata da parte del medico curante, dalla quale emerga la distinzione fra attività abituale e sostitutiva adeguata; dall'altro perché essi risultano in parte contraddire la valutazione degli specialisti, laddove attestano un'incapacità lavorativa totale. Del resto, nessun accenno all'incapacità lavorativa emerge dal referto della visita fisiatrica del 20 febbraio 2023 (doc. UAIE 186 p. 13). 11.5.4 Da ultimo, neppure soccorre il ricorrente il riconoscimento dell'invalidità civile e l'eventuale attribuzione di una prestazione da parte degli enti previdenziali italiani, poiché il sistema italiano è fondato su presupposti differenti da quello svizzero (doc. UAIE 186). 11.6 Non essendovi indizi concreti atti a suffragare maggiormente le allegazioni ricorsuali questo Tribunale non ritiene quindi necessario distanziarsi dalla valutazione completa, affidabile e concludente espressa dai periti del SAM e ripresa interamente nel rapporto finale SMR in punto alla

C-349/2024 Pagina 32 situazione valetudinaria e all'influsso sulla capacità lavorativa delle patologie di cui l'assicurato è portatore. 11.7 In conclusione risulta quindi provato, con il grado della verosimiglianza preponderante valido nelle assicurazioni sociali, che a

decorrere dal 23 ottobre 2018, l'assicurato abbia riacquisito una capacità lavorativa parziale in un'attività sostitutiva rispettosa delle limitazioni funzionali attestate dal dott.

D.\_\_\_\_\_, e che a partire dal 5 ottobre 2020, grazie alla stabilizzazione delle risorse fisiche (si confronti in proposito sentenze del TF 9C\_451/2023 del 2 dicembre 2024 consid. 4.2.1 e 4.3; 9C\_383/2017 dell'11 ottobre 2017 consid. 6.2, relative alla revisione della rendita, che vanno considerate applicabili sia alle rendite scalari che a una prima domanda di rendita in cui le condizioni per riconoscere l'affidabilità di una perizia sono meno onerose), quest'ultimo sia nuovamente in grado di esercitare al 50% l'attività abituale e in misura completa un'attività sostitutiva rispettosa delle limitazioni funzionali, come quella che egli già svolge attualmente a tempo parziale presso la carrozzeria T.\_\_\_\_\_ Sagl. 12. Abbondanzialmente si rileva che i referti medici prodotti dal ricorrente il 19 agosto 2024 (doc. TAF 17) non sono suscettibili di influire sull'esito della presente vertenza, essendo stati redatti dopo la pronuncia della decisione impugnata e altresì riguardando un preteso peggioramento dello stato di salute oggettivato al più presto a partire dall'11 giugno 2024, ossia dalla data degli esami radiografici. La nuova documentazione medica (doc. TAF 17) va pertanto trasmessa all'amministrazione per competenza (art. 8 cpv.1 PA).

## **E. 10**

Nel proprio gravame il ricorrente sostiene che, nonostante la nuova istruttoria, l'autorità inferiore non sia riuscita a dimostrare, con il sufficiente grado della verosimiglianza preponderante, né un miglioramento della sua situazione valetudinaria a decorrere dal mese di ottobre 2018 (tale da giustificare la riduzione del grado d'invalidità dal 100% al 52%), né tantomeno il riacquisto di una piena capacità lavorativa in attività adeguate a far data dal mese di ottobre 2021 e la conseguente soppressione del diritto alle prestazioni (ricorso §14). Egli contesta la valutazione medico teorica della capacità lavorativa residua esposta nella perizia pluridisciplinare del SAM, ritenendola errata e in contrasto con il danno alla salute e con i numerosi referti specialistici versati agli atti (ricorso §17, 21). In particolare, egli ritiene che, dal punto di vista ortopedico/reumatologico, il dott. J.\_\_\_\_\_ abbia espresso una diversa valutazione, a posteriori, riguardo ad una diagnosi rimasta sostanzialmente invariata (ricorso §17-18, 22). A suo modo di vedere, la valutazione del dott. J.\_\_\_\_\_ è viziata da pregiudizi, laddove tenterebbe di ridimensionare - in assenza di cambiamenti valetudinari - l'influsso sulla capacità lavorativa di patologie fino ad allora giudicate invalidanti. Il perito, inoltre, si contraddirebbe laddove, da un lato, ritiene che il dott. D.\_\_\_\_\_ abbia sopravvaluto il danno alla salute del ricorrente e per tale ragione si distanzia dalle sue conclusioni in punto alla capacità lavorativa, mentre dall'altro fa proprie queste stesse conclusioni per il periodo (ottobre 2018-luglio 2021) che precede la propria valutazione peritale (ricorso §27). Egli critica inoltre la valutazione psichiatrica del dott. K.\_\_\_\_\_, che non avrebbe sufficientemente indagato le diagnosi psichiatriche e il loro influsso sulla capacità lavorativa residua, in spregio delle severe esigenze della nuova prassi giurisprudenziale, rendendo così un rapporto peritale privo di valore probatorio (ricorso §23, 27). Il ricorrente ritiene che, a dispetto della perizia pluridisciplinare, dalla documentazione medica agli atti emerga uno stato di salute sostanzialmente invariato sin dall'inizio dell'anno d'attesa (ossia dal 1° gennaio 2017), che giustifica il riconoscimento del persistere di un'incapacità lavorativa completa, così come confermato per il periodo dal 17 gennaio 2018 al 1° febbraio 2019 dalla decisione dell'UAIE del 4 luglio 2019, a suo modo di vedere passata in giudicato. Rammentando che secondo il principio dell'onere probatorio materiale, la situazione giuridica precedente deve permanere se una modifica rilevante della fattispecie non è dimostrabile con il grado della verosimiglianza preponderante, egli ha

ritenuto illegittime sia la riduzione della rendita intera (dal 100% al 52%) che, in subordine, la soppressione della mezza rendita riconosciuta sulla base delle conclusioni del dott.

D.\_\_\_\_\_ del 23 ottobre 2018, non avendo l'amministrazione dimostrato un miglioramento della situazione valetudinaria (ricorso §26-27). Tantopiù che il suo stato di salute sarebbe addirittura peggiorato rispetto alla valutazione peritale (ricorso §21), come dimostrato dalla documentazione prodotta con la replica del 19 agosto 2024 (esami radiografici all'anca sinistra e destra dell'11 giugno 2024, del ginocchio sinistro del 2 luglio 2024; rapporto della dott.ssa M.\_\_\_\_\_ del 12 luglio 2024; rapporto fisiatrico del 22 luglio 2024 della dott.ssa N.\_\_\_\_\_ attestante una disabilità motoria in un "quadro di poliartrosi, sindrome ansioso-depressiva, esiti di protesi totale all'anca destra, discopatie lombari e poliartrosi diffusa" [doc. TAF 17]).

## **E. 11**

Alla luce di quanto precede e per le ragioni che verranno qui di seguito esposte, le contestazioni del ricorrente non possono essere accolte.

### **E. 11.1**

Innanzitutto, si rileva che la perizia pluridisciplinare del 28 novembre 2022 si basa sulle informazioni fornite dalla persona esaminata e dai medici curanti, sull'esame del quadro clinico e del comportamento del ricorrente, sulle risultanze della visita di quest'ultimo da parte dei quattro periti e sulla documentazione medica agli atti. Il rapporto è comprensivo dell'anamnesi, delle informazioni tratte dall'incarto, delle diagnosi, delle indicazioni degli stessi periti, nonché della discussione e delle conclusioni concomitanti alle quali questi sono giunti in punto alle limitazioni e all'influsso delle stesse sulla capacità lavorativa dell'assicurato. Tale rapporto può pertanto essere considerato, per lo meno formalmente, un mezzo probatorio idoneo alla valutazione dello stato di salute e della capacità lavorativa del ricorrente.

### **E. 11.2**

Dal punto di vista materiale, si osserva che in esecuzione della sentenza di rinvio, l'amministrazione ha dato seguito alla richiesta del TAF di fornire un quadro pluridisciplinare dello stato di salute dell'assicurato, che in occasione dell'emanazione della decisione del 4 luglio 2019 non risultava essere stato acclarato in maniera completa per quanto concerne il periodo a decorrere dal 23 ottobre 2018 (ossia dal momento in cui il dott. D.\_\_\_\_\_ ha ritenuto che dall'interessato fosse nuovamente esigibile l'esercizio di un'attività lavorativa idonea al 50%). È bene precisare che nel caso concreto, contrariamente all'opinione del ricorrente, non occorre confrontare la situazione valetudinaria risultante nella perizia pluridisciplinare con quella che era stata a suo tempo riscontrata dal dott. D.\_\_\_\_\_ e dalla dott.ssa E.\_\_\_\_\_. Le valutazioni contenute in tali referti, ritenute dall'autorità inferiore, dal ricorrente e da questo Tribunale, all'epoca della procedura C-4576/2019 (consid. 8.2), non sufficientemente concludenti per determinarsi da un punto di vista complessivo sul caso, vengono infatti completate e se del caso sostituite dalle conclusioni della perizia pluridisciplinare, che va considerata come la prima valutazione del diritto alla rendita (consid. 7.6). Posto che, già prima del rinvio, la documentazione medica agli atti già permetteva di determinarsi con il grado della verosimiglianza preponderante riguardo alla situazione riguardante il periodo compreso fra il 1° gennaio 2018 e il 23 ottobre 2018 - su cui tutti i medici consultati sono concordi nel ritenere l'assicurato completamente inabile in qualsiasi attività lavorativa - ciò che deve

emergere dal rapporto pluridisciplinare è in che modo si è evoluto lo stato di salute e la capacità lavorativa dell'assicurato nel periodo successivo e se ciò giustifica una modifica del diritto alla rendita intera corrente a decorrere dal 1° febbraio 2019.

### **E. 11.3**

Orbene, la nuova istruttoria ha confermato che il ricorrente è affetto da svariate malattie degenerative riguardanti l'anca destra (esiti da endoprotesi totale per coxartrosi eseguita il 23 gennaio 2018), l'anca sinistra (presenza di coxartrosi, clinicamente sintomatica, radiologicamente di entità modica), le ginocchia bilateralmente (gonartrosi a varo, in esiti da esame artroscopico per postumi traumatici), la colonna lombare (lombalgia cronica, con sindrome vertebrale lieve, discopatia in L4/L5) e le spalle bilateralmente (tendinopatia del sovraspinato in periartrite scapolare calcifica; lieve borsite subacromion-deltoidea e tenosinovite del tendine del capolungo del bicipite). L'esistenza di tali affezioni oltre che essere stata riscontrata dai periti è stata ampiamente descritta anche dal medico curante (cfr. rapporto della dott.ssa M. \_\_\_\_\_ del 20 febbraio 2023 [doc. 186 p.12]) e dagli specialisti consultati dall'assicurato, in particolare dal dott. P. \_\_\_\_\_ (nei rapporti del 20 maggio e del 29 agosto 2019 [doc. UAIE 127 p. 9 e 134 p. 35] e del 6 aprile 2023 [doc. UAIE 186 pp. 28-29]). Le diagnosi di origine somatica elencate nella perizia pluridisciplinare sono state confermate dai periti con il rapporto del 2 agosto 2023 (doc. UAIE 189) a seguito della visione degli esami radiografici e strumentali eseguiti tra il 2020 e il 2022 (cfr. doc. UAIE 186 pp. 16-24). Il ricorrente risulta inoltre essere in cura dal 2004 presso il Centro Psicosociale di R. \_\_\_\_\_ con la diagnosi di sindrome da attacchi di panico (ICD-10 F41.0), poi modificata nel 2018 in sindrome ansioso-depressiva (ICD-10 F41.2) reattiva alle problematiche ortopediche (al riguardo si cfr. i referti della dott.ssa S. \_\_\_\_\_ del 25 gennaio 2019 [doc. UAIE 111 p. 2] e del dott. O. \_\_\_\_\_ del 25 agosto 2020 e del 23 febbraio 2023 [doc. UAIE 165 p. 90 e 186 p. 11]), diagnosi ritenuta tuttavia non più attuale nella valutazione peritale del dott. K. \_\_\_\_\_, per i motivi di cui si dirà più avanti (consid. 11.4.3). È infine stata riscontrata una tendenza allo sviluppo di un reumatismo delle parti molli a carattere fibromialgico che secondo il dott. J. \_\_\_\_\_ è da mettere in relazione alle affezioni di natura psichica.

### **E. 11.4**

Condividendo l'opinione dell'autorità inferiore, questo Tribunale riconosce che il caso è stato indagato approfonditamente, tenendo conto dei differenti ambiti della medicina toccati, al fine di valutare l'impatto delle numerose affezioni diagnosticate sullo stato di salute e sulla capacità lavorativa del ricorrente, così come la loro evoluzione.

#### **E. 11.4.1**

Per il dott. H. \_\_\_\_\_, che ha esaminato il ricorrente dal profilo internistico, non vi sono diagnosi con influsso sulla capacità lavorativa. Del resto neppure il medico curante, dott.ssa M. \_\_\_\_\_, che nel rapporto del 20 febbraio 2023 ha menzionato la diagnosi (nota al perito) di "ipertensione arteriosa con toracalgia in approfondimento diagnostico" (doc. UAIE 186 p. 12), ribadita anche in quello del 12 luglio 2024 (allegato al doc. TAF 17), si è espressa diversamente né ha fornito alcun'indicazione riguardo a una particolare terapia suscettibile di migliorare ulteriormente la situazione dal profilo internistico.

#### **E. 11.4.2**

Anche dal punto di vista neurologico non vi sono indicazioni che contraddicono quelle del dott. I. \_\_\_\_\_, che nel contesto della valutazione peritale del 16 settembre 2020 non ha

rilevato alcuna diagnosi con influsso sulla capacità lavorativa, avendo constatato uno stato neurologico del tutto nella norma.

### **E. 11.4.3**

Dal profilo psichiatrico, sia la dott.ssa E.\_\_\_\_\_, nel rapporto del 22 novembre 2018, che il dott. K.\_\_\_\_\_ nel rapporto del 15 settembre 2021 sono concordi nel ritenere che non vi sia alcun disturbo di origine psichica suscettibile di influire sulla capacità lavorativa, pur sapendo che al momento della loro valutazione l'assicurato era in cura presso il dott.

O.\_\_\_\_\_ - con visite a cadenza trimestrale - e seguiva un trattamento psicofarmacologico "di mantenimento". Il dott. K.\_\_\_\_\_ ha rilevato che l'assicurato, è stato seguito a livello specialistico a partire dal 2018 per una problematica inquadrabile come depressione reattiva al permanere di una sintomatologia algica legata a problemi ortopedici. Il trattamento di tale affezione ha richiesto un percorso di cure specialistiche piuttosto lungo e grazie alla terapia farmacologica vi è stata un'evoluzione del quadro clinico favorevole al punto da permettere all'interessato di riprendere una vita pressoché normale. Tale opinione è confermata dai referti specialistici agli atti, in particolare dal rapporto del dott. O.\_\_\_\_\_ del 25 agosto 2020, che attestando un soddisfacente compenso clinico pur con persistenza di "aspetti di ansia situazionale a fronte di un timismo sostanzialmente in asse" ha indotto il dott.

K.\_\_\_\_\_ a seguito dell'esame obbiettivo del 25 agosto 2021 e del 15 settembre 2021 ad escludere la diagnosi di sindrome ansioso-depressiva. Ora, sebbene tale conclusione del perito, non concorda con quella del dott. O.\_\_\_\_\_, è doveroso rimarcare che quest'ultimo nei propri rapporti (si cfr. anche il rapporto del 21 febbraio 2023) resta piuttosto vago nel descrivere i sintomi, l'origine, gli sviluppi e le conseguenze delle affezioni esposte, non essendo possibile determinare come la sindrome ansioso-depressiva diagnosticata nel 2018 sia evoluta nel tempo e se tale patologia sia ancora attuale o sia stata nel frattempo sanata grazie al trattamento psicofarmacologico in atto. Un indizio di una tale evoluzione parrebbe per altro emergere già dal rapporto del 25 gennaio 2019 della dott. S.\_\_\_\_\_, precedente specialista curante, che descriveva una situazione in via di miglioramento (doc. UAIE 111). Il dott. O.\_\_\_\_\_, d'altro canto, neppure fornisce un'indicazione precisa di quello che potrebbe essere l'influsso delle patologie psichiche sulla capacità lavorativa dell'assicurato. Vale infine la pena sottolineare il fatto che non sono state evocate, né sono reperibili agli atti altre affezioni o limitazioni connesse a problematiche di natura psichica non considerate dal perito. Riguardo alla valenza probatoria della perizia psichiatrica del dott. K.\_\_\_\_\_ è utile rilevare che, non essendovi alcuna diagnosi con influsso sulla capacità lavorativa, né avendo mai subito un'incapacità lavorativa per motivi psichiatrici, nulla osta - contrariamente all'opinione dell'insorgente - a rinunciare ad una procedura di accertamento dei fatti strutturata fondata su indicatori (si cfr. al riguardo il consid. 7.8.).

#### **E. 11.4.4.1**

In ambito reumatologico si rileva che gli specialisti che si sono espressi nel corso degli anni sono giunti a conclusioni analoghe sotto il profilo diagnostico (cfr. dott. D.\_\_\_\_\_ e dott. P.\_\_\_\_\_) con la sola eccezione del dottor J.\_\_\_\_\_ il quale ha posto (anche) la diagnosi di "reumatismo delle parti molli a carattere fibromialgico" senza influsso sulla capacità lavorativa. Al riguardo giova precisare quanto segue.

#### **E. 11.4.4.2**

Il termine reumatismo delle parti molli comprende svariati problemi e disturbi delle strutture molli (non ossee) dell'apparato locomotore dell'uomo come muscoli, tendini,

legamenti e le fasce. Se i dolori interessano le parti molli di quasi tutto il corpo, si parla di sindrome fibromialgica (vedi <https://www.reumatismo.ch/#reumatismo-delle-parti-molli>, consultato il 20 gennaio 2025). Fino a poco tempo fa la fibromialgia era considerata una forma particolare di reumatismo dei tessuti molli. Tuttavia, sotto l'influenza dell'International Association for the Study of Pain (IASP), l'OMS ha creato una nuova categoria per le sindromi da dolore cronico primario e ha riclassificato la sindrome fibromialgica in questa categoria. La fibromialgia non fa pertanto più parte delle malattie reumatiche (vedi <https://www.reumatismo.ch/reumatismo-dalla-a-alla-z/fibromialgia?q=Fibromialgia>; consultato il 20 gennaio 2025).

#### **E. 11.4.4.3**

Riguardo allo sviluppo di un reumatismo delle parti molli, il dott. J.\_\_\_\_\_, ha precisato che si tratta "di una fibromialgia di tipo primario da mettere in relazione con la sindrome ansioso-depressiva" per la quale l'assicurato è in cura. Nel porre tale diagnosi il perito non ha indicato né il numero ICD e neppure ha fornito alcun dettaglio riguardo all'esame dei tender points o alle motivazioni che lo hanno indotto a tale conclusione. Egli ha fatto inoltre riferimento a una sindrome ansioso-depressiva, fondandosi probabilmente sui referti del dott. O.\_\_\_\_\_, la cui persistenza, come visto sopra, è tutt'altro che certa ed è anzi stata espressamente esclusa dal collega perito, dott. K.\_\_\_\_\_ (consid. 11.4.3). Riguardo a tale patologia, il perito si è limitato a ritenere la stessa non limitante sotto il profilo funzionale, né inabilitante non influenzando sulla capacità lavorativa. È bene precisare che, al di fuori del dott. J.\_\_\_\_\_, che per altro non ha prescritto alcuno specifico trattamento, nessun altro medico consultato dall'assicurato ha mai riferito posto la diagnosi di fibromialgia - o esternato dei dubbi riguardo alla possibile insorgenza della stessa - né tantomeno ha mai ritenuto opportuno procedere ad approfondimenti specialistici per indagare maggiormente tali aspetti. Al contrario, il dott. P.\_\_\_\_\_ ha escluso tale diagnosi ritenendo di natura organica tutte le patologie somatiche lamentate dall'insorgente (cfr. doc. UAIE 186 p. 30).

#### **E. 11.4.4.4**

Ad ogni buon conto, al fine di poter validamente porre una diagnosi di fibromialgia, la sola valutazione da parte di un reumatologo non sarebbe sufficiente. A tale scopo, secondo il Tribunale federale, è infatti necessario l'intervento di uno specialista in psichiatria, in quanto i fattori psicosomatici hanno un influsso decisivo sullo sviluppo di questa malattia (DTF 132 V 65 consid. 4.3). Gli effetti sulla salute devono infatti essere valutati da uno psichiatra, mediante un esame degli indicatori standard, così come previsto dalla giurisprudenza sul dolore somatoforme ai sensi della DTF 141 V 281 (si cfr. anche sentenza del TAF C-2219/2021 del consid. 4.7.4.3). Nel caso concreto, si osserva che fra le diagnosi poste dal dott. K.\_\_\_\_\_, nella perizia psichiatrica, non viene fatto alcun riferimento alla possibile insorgenza di una tale patologia, né tantomeno posta una diagnosi di sindrome somatoforme da dolore persistente (ICD-10 F45.4), suscettibile di avvalorare la diagnosi di tendenza allo sviluppo di un "reumatismo delle parti molli a carattere fibromialgico" posta dal dott. J.\_\_\_\_\_. Non essendo neppure emerso in corso di discussione congiunta da parte dei periti la necessità di procedere a un accertamento complementare e a fronte delle perplessità espresse riguardo alla validità di tale diagnosi, non riscontrata da nessun altro medico, su tale aspetto si può soprassedere senza che vi sia la necessità di svolgere ulteriori accertamenti medici. Del resto non avendo influenza sulla capacità lavorativa del ricorrente non è neppure rilevante.

### **E. 11.5.1**

In concreto tutti i periti e i medici interrogati sono concordi nel ritenere che le uniche patologie con influsso sulla capacità lavorativa, sono quelle di natura reumatologica e ortopedica. La valutazione del dott. J. \_\_\_\_\_ diverge tuttavia da quella in precedenza esposta dal dott. D. \_\_\_\_\_ e dal dott. P. \_\_\_\_\_, che pur giungendo a conclusioni diagnostiche sostanzialmente sovrapponibili, hanno considerato che le varie patologie avessero un influsso maggiore rispetto a quello attestato dal perito. Quest'ultimo ha ritenuto che l'insorgente disponesse di maggiori risorse rispetto a quanto constatato tre anni prima dal dott. D. \_\_\_\_\_ e che la sua capacità funzionale fosse meno limitata. Egli è giunto a tale conclusione fondandosi sugli esami radiografici ed ecografici del 2020 e di quelli prodotti dall'assicurato nel 2023 (doc. UAIE 186), dai quali è emerso che la problematica degenerativa in atto non ha subito una particolare progressione rispetto al 2018 e che in generale l'evoluzione dello stato di salute non è stata particolarmente grave (doc. UAIE 189 p. 11). Inoltre il perito ha potuto constatare che a partire dal mese di novembre 2019 l'insorgente aveva ripreso a lavorare a tempo parziale (ca. 40-50 ore al mese) presso la carrozzeria T. \_\_\_\_\_ Sagl "nell'accoglienza dei clienti, nella preparazione di miscele dei colori per la verniciatura, nella consegna delle automobili, nonché di acquisti di pezzi di ricambio" (doc. UAIE 165 p. 83), un'attività lavorativa leggera e compatibile con le limitazioni funzionali elencate. Il trascorrere del tempo e l'adattamento del ricorrente alle differenti patologie, hanno infine dimostrato che l'intervento d'impianto di emiprosesi a entrambe le ginocchia, che secondo il dott. D. \_\_\_\_\_ avrebbe dovuto permettere di migliorare ulteriormente la capacità funzionale e lavorativa, non era strettamente necessario. In tal senso si sono espressi non soltanto il dott. J. \_\_\_\_\_ ma pure il dott. P. \_\_\_\_\_ (nei rapporti del 20 maggio 2019 [doc. UAIE 127 p. 9] del 29 agosto 2019 [doc. UAIE 134 p. 35] sebbene nel rapporto del 6 aprile 2023 abbia lasciato aperta la questione [doc. UAIE p. 29]). Se a seguito della valutazione del dott. D. \_\_\_\_\_, il medico SMR esprimeva, nel rapporto finale del 19 novembre 2018, una prognosi "infausta" (doc. UAIE 106), dalla valutazione del dott. J. \_\_\_\_\_ emerge una stabilizzazione non soltanto della situazione valetudinaria, ma pure delle risorse fisiche che per il perito si traduce in un miglioramento della capacità lavorativa sia nell'attività svolta prima del danno alla salute che in attività adeguate che considerano i limiti funzionali descritti. A fronte di quanto precede appare inoltre corretto riferirsi per il periodo che precede la visita del dott. J. \_\_\_\_\_, alla valutazione del dott. D. \_\_\_\_\_, risultando essere più favorevole all'assicurato per quanto concerne la capacità lavorativa in un'attività sostitutiva adeguata a partire dal 23 ottobre 2018.

### **E. 11.5.2**

Sebbene il dott. P. \_\_\_\_\_ dissenta dal grado d'invalidità proposto dal perito, si rileva che egli stesso ritiene esigibile la ripresa di un'attività lavorativa confacente nella misura del 35-40%, ossia di poco inferiore a quella a suo tempo attestata dal dott. D. \_\_\_\_\_ (doc. UAIE 186 p. 31). Nel proprio rapporto lo specialista prende posizione riguardo alla valutazione del dott. J. \_\_\_\_\_, ritenendo che la stessa presenti numerose criticità, con argomentazioni che tuttavia non convincono. Egli solleva in primo luogo dei dubbi riguardo all'atteggiamento dimostrativo che il perito avrebbe riscontrato in occasione della visita clinica. Orbene, a prescindere dal fatto che un determinato comportamento non può essere aprioristicamente escluso dal dott. P. \_\_\_\_\_, che all'esame clinico non era presente, è giusto rilevare che il dott. J. \_\_\_\_\_, pur riscontrando un atteggiamento dimostrativo, ha

escluso che vi fosse un'amplificazione (aggravazione) dei sintomi, ossia un modello di comportamento invalidante e che porta l'assicurato a sottovalutare la propria capacità funzionale. In tal senso il perito non ha fatto alcun accenno a sofferenza ostentata, né ha riscontrato una particolare discordanza tra quanto osservato e quanto dichiarato dall'assicurato. In definitiva, pur constatando tale atteggiamento dimostrativo, non vi ha attribuito particolari conseguenze, nel senso che non ha messo in dubbio la coerenza del ricorrente o la plausibilità del quadro clinico. Il dott. P.\_\_\_\_\_ sostiene inoltre, a torto, che il perito abbia considerato che le problematiche da cui è affetto il ricorrente fossero da ricondurre all'ipotetica sindrome fibromialgica, mai rilevata in precedenza, e messo così in secondo piano le problematiche organiche che "invece esistono e sono importanti". Al contrario, il dott. J.\_\_\_\_\_ dà ampio risalto alle patologie di natura organica e alla loro evoluzione, limitandosi ad asserire che una parte dei disturbi che permangono - non spiegabili dai riscontri organici - sono prettamente di tipo muscolare tendineo compatibili con un quadro di tipo fibromialgico. Dal punto di vista della capacità lavorativa, ad ogni buon conto, tale problematica è relegata dal perito in secondo piano, non avendo alcun influsso. Il dott. P.\_\_\_\_\_ passa poi in rassegna le valutazioni riguardo alle differenti patologie, dando una lettura differente dei reperti radiografici e traendo conclusioni opposte a quelle del perito. Egli non spiega però in che modo il dott. J.\_\_\_\_\_ avrebbe sbagliato nel dedurre delle limitazioni funzionali a suo dire troppo blande e nell'espone una capacità lavorativa residua a suo modo di vedere troppo ottimista. Egli fa riferimento alla valutazione fisiatrica della dott.ssa N.\_\_\_\_\_, trascurando tuttavia l'importante differenza che intercorre tra il mandato di cura e il mandato peritale. In definitiva, quando esprime un avviso contrario riguardo alla capacità lavorativa, il dott. P.\_\_\_\_\_ si sta sostanzialmente fondando sul medesimo substrato fattuale esaminato dal perito. Pertanto laddove egli ritiene sussistere un'incapacità lavorativa totale nell'attività abituale e al 35-40% in una sostitutiva, egli sta esprimendo in realtà una differente valutazione delle conseguenze della medesima patologia.

### **E. 11.5.3**

Al di fuori dei rapporti ortopedici e reumatologici appena citati, non vi è nessun altro referto specialistico recente che abbia posto una valutazione attuale e concludente riguardo alla capacità lavorativa residua, che abbia rivelato elementi oggettivi nuovi o non considerati dal dott. J.\_\_\_\_\_, né che abbia esposto una valutazione differente della medesima fattispecie o una critica mirata avverso le valutazioni peritali. In tal senso non aiutano a dare maggiore consistenza alla tesi dell'assicurato le attestazioni di incapacità lavorativa totale rilasciate dalla dott.ssa M.\_\_\_\_\_ (cfr. certificato del 16 maggio 2019, rapporto del 20 febbraio 2023). Da un lato perché gli stessi non sono frutto di una valutazione complessiva e articolata da parte del medico curante, dalla quale emerga la distinzione fra attività abituale e sostitutiva adeguata; dall'altro perché essi risultano in parte contraddire la valutazione degli specialisti, laddove attestano un'incapacità lavorativa totale. Del resto, nessun accenno all'incapacità lavorativa emerge dal referto della visita fisiatrica del 20 febbraio 2023 (doc. UAIE 186 p. 13).

### **E. 11.5.4**

Da ultimo, neppure soccorre il ricorrente il riconoscimento dell'invalidità civile e l'eventuale attribuzione di una prestazione da parte degli enti previdenziali italiani, poiché il sistema italiano è fondato su presupposti differenti da quello svizzero (doc. UAIE 186).

### **E. 11.6**

Non essendovi indizi concreti atti a suffragare maggiormente le allegazioni ricorsuali questo Tribunale non ritiene quindi necessario distanziarsi dalla valutazione completa, affidabile e concludente espressa dai periti del SAM e ripresa interamente nel rapporto finale SMR in punto alla situazione valetudinaria e all'influsso sulla capacità lavorativa delle patologie di cui l'assicurato è portatore.

### **E. 11.7**

In conclusione risulta quindi provato, con il grado della verosimiglianza preponderante valido nelle assicurazioni sociali, che a decorrere dal 23 ottobre 2018, l'assicurato abbia riacquisito una capacità lavorativa parziale in un'attività sostitutiva rispettosa delle limitazioni funzionali attestate dal dott. D. \_\_\_\_\_, e che a partire dal 5 ottobre 2020, grazie alla stabilizzazione delle risorse fisiche (si confronti in proposito sentenze del TF 9C\_451/2023 del 2 dicembre 2024 consid. 4.2.1 e 4.3; 9C\_383/2017 dell'11 ottobre 2017 consid. 6.2, relative alla revisione della rendita, che vanno considerate applicabili sia alle rendite scalari che a una prima domanda di rendita in cui le condizioni per riconoscere l'affidabilità di una perizia sono meno onerose), quest'ultimo sia nuovamente in grado di esercitare al 50% l'attività abituale e in misura completa un'attività sostitutiva rispettosa delle limitazioni funzionali, come quella che egli già svolge attualmente a tempo parziale presso la carrozzeria T. \_\_\_\_\_ Sagl.

### **E. 12**

Abbondanzialmente si rileva che i referti medici prodotti dal ricorrente il 19 agosto 2024 (doc. TAF 17) non sono suscettibili di influire sull'esito della presente vertenza, essendo stati redatti dopo la pronuncia della decisione impugnata e altresì riguardando un preteso peggioramento dello stato di salute oggettivo al più presto a partire dall'11 giugno 2024, ossia dalla data degli esami radiografici. La nuova documentazione medica (doc. TAF 17) va pertanto trasmessa all'amministrazione per competenza (art. 8 cpv.1 PA).

### **E. 13**

Da quanto esposto consegue che il ricorso, destituito di fondamento, non merita tutela e la decisione impugnata va confermata.

### **E. 14.1**

Visto l'esito della procedura, le spese processuali di fr. 800.-, sono poste a carico del ricorrente (art. 63 cpv. 1 e cpv. 5 PA nonché art. 3 lett. b del regolamento del 21 febbraio 2008 sulle tasse e sulle spese ripetibili nelle cause dinanzi al Tribunale amministrativo federale [TS-TAF, RS 173.320.2]). Esse vengono compensate con l'anticipo spese, di identico ammontare, versato dall'insorgente il 6 febbraio 2024 (doc. TAF 4).

C-349/2024 Pagina 33

### **E. 14.2**

Il ricorrente, soccombente, non spetta altresì alcuna indennità per spese ripetibili della sede federale (art. 64 PA in combinazione con l'art. 7 cpv. 1 e 2 TS-TAF a contrario).

### **E. 14.3**

Peraltro, le autorità federali, quand'anche vincenti, non hanno di principio diritto a un'indennità a titolo di ripetibili (art. 7 cpv. 3 TS-TAF), salvo eccezioni non ravvisabili nel caso concreto (v., fra l'altro, DTF 127 V 205).

Per questi motivi, il Tribunale amministrativo federale pronuncia: 1. Il ricorso è respinto. 2. L'incarto è trasmesso per competenza all'Ufficio dell'assicurazione invalidità per gli assicurati all'estero (UAIE), conformemente al consid. 12. 3. Le spese processuali di fr. 800.- sono poste a carico del ricorrente e vengono compensate con l'anticipo spese già corrisposto. 4. Non si attribuiscono ripetibili. 5. Questa sentenza è comunicata al ricorrente, all'autorità inferiore e all'UFAS. I rimedi giuridici sono menzionati alla pagina seguente.

La presidente del collegio: Il cancelliere:

Michela Bürki Moreni Luca Rossi

C-349/2024 Pagina 34

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 notificazione (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.