

# **BVGer C-4948/2013 vom 5. November 2014**

Bundesverwaltungsgericht, 2014-11-05, IT

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bvger\\_C-4948\\_2013](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bvger_C-4948_2013)

FR: TAF C-4948/2013 du 5 novembre 2014

IT: TAF C-4948/2013 del 5 novembre 2014

## **Regeste**

Revisione della rendita

## **Erwägungen**

### **E. 1.1**

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

### **E. 1.2**

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

### **E. 1.3**

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

### **E. 1.4**

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

### **E. 2.1**

Il ricorrente è cittadino di uno Stato membro della Comunità europea, per cui è applicabile, di principio, l'ALC (RS 0.142.112.681).

### **E. 2.2**

L'allegato II è stato modificato con effetto dal 1° aprile 2012 (Decisione 1/2012 del Comitato misto del 31 marzo 2012; RU 2012 2345). Nella sua nuova versione esso prevede in particolare che le parti contraenti applicano tra di loro, nel campo del coordinamento dei sistemi di sicurezza sociale, gli atti giuridici di cui alla sezione A dello stesso allegato, comprese eventuali loro modifiche o altre regole equivalenti ad essi (art. 1 ch. 1) ed assimila la Svizzera, a questo scopo, ad uno Stato membro dell'Unione europea (art. 1 ch. 2).

### **E. 2.3**

Gli atti giuridici riportati nella sezione A dell'allegato II sono, in particolare, il regolamento (CE) n. 883/2004 del Parlamento europeo e del Consiglio del 29 aprile 2004 (RS 0.831.109.268.1) relativo al coordinamento dei sistemi di sicurezza sociale, con le relative modifiche, e il regolamento (CE) n. 987/2009 del Parlamento europeo e del Consiglio del 16 settembre 2009 (RS 0.831.109.268.11) che stabilisce le modalità di applicazione del regolamento (CE) n. 883/2004, nonché il regolamento (CEE) n. 1408/71 del Consiglio del 14 giugno 1971 (RU 2004 121, 2008 4219 4237, 2009 4831) relativo all'applicazione dei regimi di sicurezza sociale ai lavoratori subordinati, ai lavoratori autonomi e ai loro familiari che si spostano all'interno della Comunità, con le relative modifiche, e il regolamento (CEE) n. 574/72 del Consiglio del 21 marzo 1972 (RU 2005 3909, 2008 4273, 2009 621 4845) che stabilisce le modalità di applicazione del regolamento (CEE) n. 1408/71, con le relative modifiche, entrambi applicabili tra la Svizzera e gli Stati membri fino al 31 marzo 2012 e quando vi si fa riferimento nel regolamento (CE) n. 883/2004 o nel regolamento (CE) n. 987/2009 oppure quando si tratta di casi verificatisi in passato.

#### **E. 2.4**

Secondo l'art. 4 del regolamento (CE) n. 883/2004, salvo quanto diversamente previsto dallo stesso, le persone ad esso soggette godono delle medesime prestazioni e sottostanno agli stessi obblighi di cui alla legislazione di ciascuno Stato membro, alle stesse condizioni dei cittadini di tale Stato. Ciò premesso, nella misura in cui l'ALC e, in particolare, il suo allegato II, non prevede disposizioni contrarie, l'organizzazione della procedura, come pure l'esame delle condizioni di ottenimento di una rendita d'invalidità svizzera, sono regolate dal diritto interno svizzero (DTF 130 V 253 consid. 2.4).

#### **E. 3.1**

Dal profilo temporale sono applicabili le disposizioni in vigore al momento della realizzazione dello stato di fatto che deve essere valutato giuridicamente o che produce conseguenze giuridiche (DTF 136 V 24 consid. 4.3 e 130 V 445 consid. 1.2 e relativi riferimenti nonché 129 V 1 consid. 1.2). La domanda di una rendita AI essendo stata presentata il 26 novembre 2007, al caso in esame si applicano di principio le norme in vigore fino al 31 dicembre 2007. Peraltro, e per l'esame del diritto eventuale a una rendita, l'applicazione delle norme della 5a revisione della LAI per il periodo dal 1° gennaio 2008 al 31 dicembre 2011 e delle norme della 6a revisione della LAI (primo pacchetto) dal 1° gennaio al 1° luglio 2013 (data della decisione impugnata) non avrebbe alcuna incidenza sull'esito delle questioni sottoposte nel caso concreto all'esame di questo Tribunale (cfr. sentenza del TF 9C\_942/2009 del 15 marzo 2010 consid. 3.1). Pertanto, e salvo indicazione contraria, di seguito è fatto riferimento alle norme in vigore fino al 31 dicembre 2007.

#### **E. 3.2**

Il ricorrente, come già menzionato, ha presentato la richiesta di rendita il 26 novembre 2007. In deroga all'art. 24 LPGA, l'art. 48 cpv. 2 LAI precisa che, se l'assicurato si annuncia più di dodici mesi dopo l'inizio del diritto, le prestazioni sono assegnate soltanto per i 12 mesi precedenti la richiesta. In concreto, questo Tribunale può limitarsi ad esaminare se il ricorrente avesse diritto ad una rendita il 26 novembre 2006 (ossia 12 mesi precedenti la presentazione della domanda), oppure se un diritto alla rendita sia sorto tra tale data e il 1° luglio 2013, data della decisione impugnata. Il giudice delle assicurazioni sociali esamina la decisione impugnata sulla base della situazione di fatto esistente al momento in cui essa è stata resa. Tiene tuttavia conto dei fatti verificatisi dopo tale data quando essi possano

imporsi quali elementi d'accertamento retrospettivo della situazione anteriore alla decisione stessa (DTF 129 V 1 consid. 1.2 e 121 V 362 consid. 1b).

#### **E. 4**

Secondo le norme applicabili, ogni richiedente, per avere diritto ad una rendita dell'assicurazione invalidità svizzera, deve adempiere cumulativamente le seguenti condizioni: essere invalido ai sensi della LPGA e della LAI (art. 8 LPGA nonché art. 4, 28 e 29 cpv. 1 LAI) ed aver pagato i contributi all'AVS/AI svizzera durante un anno intero (art. 36 cpv. 1 LAI; rispettivamente, a partire dal 1° gennaio 2008, durante tre anni). Il ricorrente ha versato contributi all'AVS/AI svizzera per più di 10 anni (doc. A 76-3) e, pertanto, adempie in ogni caso la condizione della durata minima di contribuzione.

#### **E. 5.1**

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

#### **E. 5.2**

Giusta l'art. 28 cpv. 1 LAI, in vigore dal 1° gennaio 2004, l'assicurato ha diritto ad un quarto di rendita se è invalido per almeno il 40%, ad una mezza rendita se è invalido per almeno la metà, a tre quarti di rendita se è invalido per almeno il 60% e ad una rendita intera se è invalido per almeno il 70%.

#### **E. 5.3**

Il diritto alla rendita, secondo l'art. 29 cpv. 1 LAI, nasce, il più presto, nel momento in cui l'assicurato presenta un'incapacità permanente al guadagno pari almeno al 40% (lettera a), oppure quando egli è stato per un anno senza notevoli interruzioni, incapace al lavoro per almeno il 40% in media (lettera b).

#### **E. 6.1**

La nozione d'invalidità di cui all'art. 4 LAI e 8 LPGA è di carattere economico-giuridico e non medico (DTF 116 V 246 consid. 1b, 110 V 273 e 105 V 205). In base all'art. 16 LPGA, applicabile per il rinvio dell'art. 28 cpv. 2 LAI, per valutare il grado d'invalidità, il reddito che l'assicurato potrebbe conseguire esercitando l'attività ragionevolmente esigibile da lui dopo la cura medica e l'eventuale esecuzione di provvedimenti d'integrazione (reddito da invalido), tenuto conto di una situazione equilibrata del mercato del lavoro, è confrontato con il reddito che egli avrebbe potuto ottenere se non fosse diventato invalido (reddito da valido; metodo generale del raffronto dei redditi).

#### **E. 6.2**

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

### **E. 6.3**

Benché l'invalidità sia una nozione economico-giuridica, le certificazioni mediche possono costituire importanti elementi per apprezzare il danno invalidante e per determinare quali lavori siano ancora ragionevolmente esigibili dall'assicurato (DTF 115 V 133 consid. 2 e 114 V 310 consid. 3c).

### **E. 7.1**

Il giudice delle assicurazioni sociali deve esaminare in maniera obiettiva tutti i mezzi di prova, indipendentemente dalla loro provenienza, e poi decidere se i documenti messi a disposizione permettono di giungere ad un giudizio attendibile sulle pretese giuridiche litigiose. Affinché il giudizio medico acquisti valore di prova rilevante, esso deve essere completo in merito ai temi sollevati, deve fondarsi, in piena conoscenza della pregressa situazione valetudinaria (anamnesi), su esami approfonditi e tenere conto delle censure sollevate dal paziente, per poi giungere in maniera chiara a fondate, logiche e motivate deduzioni. Peraltro, per stabilire se un rapporto medico ha valore di prova non è determinante né la sua origine né la sua denominazione - ad esempio quale perizia o rapporto - ma il suo contenuto (DTF 125 V 351 consid. 3).

### **E. 7.2**

In particolare, per quanto concerne le perizie giudiziarie la giurisprudenza ha stabilito che il giudice non si scosta senza motivi imperativi dal parere degli esperti, il cui compito è quello di mettere a disposizione del tribunale le loro conoscenze specifiche e di valutare, da un punto di vista medico, una certa fattispecie (sentenza del TF U 505/06 del 17 dicembre 2007). Ragioni che possono indurre il giudice a non fondarsi su un tale referto sono ad esempio affermazioni contraddittorie, il contenuto di una superperizia, o altri rapporti da cui emergono validi motivi per farlo e, meglio, se l'opinione di altri esperti appare sufficientemente fondata da mettere in discussione le conclusioni peritali (sentenza del TF I 166/03 del 30 giugno 2004 consid. 3.3).

### **E. 7.3**

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

### **E. 7.4**

Non va infine dimenticato che se vi sono dei rapporti medici contraddittori il giudice non può evadere la vertenza senza valutare l'intero materiale e indicare i motivi per cui egli si fonda su un rapporto piuttosto che su un altro. Al riguardo va tuttavia precisato che non si può pretendere dal giudice che raffronti i diversi pareri medici e parimenti esponga correttamente da un punto di vista medico, come farebbe un perito, i punti in cui si evidenziano delle carenze e quale sia l'opinione più adeguata (sentenza del TF I 166/03 del 30 giugno 2004 consid. 3.3).

### **E. 8.1**

Nel gravame, il ricorrente postula il riconoscimento di una rendita intera d'invalidità dal 1° aprile 2008 al 31 gennaio 2012 e di una mezza rendita subordinatamente di un quarto di rendita dal 1° febbraio 2012, oltre interessi di mora. Nella motivazione della decisione

impugnata del 1° luglio 2013 (doc. A 102-1), l'autorità inferiore ha, da un lato, rammentato che l'insorgente è stato posto al beneficio di una rendita intera d'invalidità dal 1° aprile 2008 al 31 gennaio 2012 e, dall'altro, ha ritenuto, dopo aver fatto esperire una perizia psichiatrica, che l'esercizio da parte del ricorrente di un'attività confacente allo stato di salute è da considerare esigibile dal 6 ottobre 2011 in misura sufficiente per escludere il diritto ad una rendita a decorrere dal 1° febbraio 2012. Nel dispositivo della decisione impugnata del 1° luglio 2013, detta autorità ha tuttavia indicato che "la richiesta di prestazioni è respinta", ciò che di per sé non è corretto, il ricorrente avendo diritto, per i motivi che saranno esposti ai considerandi che seguono, ad una rendita intera d'invalidità da aprile 2008 a gennaio 2012 e l'autorità inferiore non essendosi formalmente (ancora) pronunciata nel dispositivo della nuova decisione sul suo diritto ad una rendita intera per tale periodo (la decisione dell'UAIE del 23 aprile 2012 [doc. A 76-1] essendo stata annullata dal Tribunale amministrativo federale). Ora, stante le risultanze processuali ritenute, il dispositivo della decisione litigiosa avrebbe piuttosto dovuto essere del seguente tenore: "L'assicurato ha diritto ad una rendita intera d'invalidità dal 1° aprile 2008 al 31 gennaio 2012. A decorrere dal 1° febbraio 2012 non sussiste più diritto a rendita alcuna". Su questo punto, il ricorso merita tutela.

#### **E. 8.2.1**

Nel rapporto di visita medica dell'11 gennaio 2012 (doc. A 56-1), il dott. B.\_\_\_\_\_, medico SMR, il quale si è fondato altresì sul rapporto ortopedico del 6 ottobre 2011 del dott. C.\_\_\_\_\_ (doc. B 161-1), ha rilevato che l'insorgente soffre di lombalgia ricorrente con alterazioni statico degenerative (protrusione discale L4-L5 e L5-S1, ridotta lordosi lombare, sbilancio muscolare) e limitazione funzionale della spalla sinistra (patologie extra-infortunistiche) nonché di esiti di politrauma (a seguito di incidente della strada, segnatamente trauma cranico commotivo, trauma toracico, trauma addominale, frattura femore distale, frattura rotula destra, rottura dei legamenti ginocchio sinistro, frattura tibia sinistra, frattura piede destro e gonartrosi post-traumatica a destra; patologie infortunistiche). Il medico SMR ha considerato che risulta giustificata, dal 10 aprile 2007, un'incapacità al lavoro del 100% nell'attività abituale di operaio addetto alla copertura dei tetti (a causa dell'importante limitazione delle posizioni statiche, della limitazione nella deambulazione, del dolore ricorrente, dell'instabilità e del limite nella caricabilità), ma ha ritenuto esigibile, dal 6 ottobre 2011, l'esercizio di un'attività confacente allo stato di salute nella misura del 70% (riduzione di rendimento del 30%).

#### **E. 8.2.2**

Quanto alle indicazioni sullo stato di salute somatico, questo Tribunale rileva che agli atti di causa non figura alcun documento medico di data anteriore alla decisione impugnata, ma posteriore alla valutazione medica del gennaio 2012, che concluda sulla base di esami oggettivi ad un'incapacità lavorativa in un'attività sostitutiva adeguata superiore a quella del 30% ritenuta dal medico SMR. In particolare, il rapporto ortopedico dell'11 giugno 2012 del dott. K.\_\_\_\_\_ (doc. A 92-25) riferisce i disturbi ortopedico/reumatologici noti e precedentemente diagnosticati, fa stato di una situazione stabile (con dolori alle ginocchia, alla spalla, al rachide lombare ed al piede) e non fa riferimento ad una specifica incapacità lavorativa. Tale documento medico non può pertanto giustificare la necessità di ulteriori accertamenti fattuali.

#### **E. 8.3.1**

Nella perizia psichiatrica del 20 marzo 2013 (perizia richiesta nella sentenza di cassazione del settembre 2012 di questo Tribunale; doc. A 92-2), la dott.ssa J. \_\_\_\_\_ ha in particolare segnalato che l'assicurato ha un aspetto curato, un atteggiamento collaborante, orientamento adeguato, linguaggio fluente, memoria, capacità logica, di giudizio, di concentrazione e attenzione conservate, pensiero normale, percezione pronta e mostra tono dell'umore lievemente depresso (doc. A 92-17). La perita ha constatato che, dal punto di vista psicologico, l'assicurato ha reagito bene all'incidente (dell'aprile 2007) e si è sottoposto alle cure e agli interventi proposti. Inizialmente, l'attenzione era focalizzata sulle conseguenze fisiche riportate dall'incidente. A quel momento, ha rifiutato un sostegno psicologico. L'assicurato non è riuscito ad accettare il cambiamento delle proprie abitudini di vita in relazione alle difficoltà nella deambulazione, alle limitazioni (nei movimenti) delle ginocchia e ai dolori (agli arti inferiori; doc. A 92-20). La perita ha poi indicato che lo psichiatra dott. E. \_\_\_\_\_, nel rapporto dell'aprile 2009 (doc. B 101-1), ha posto la diagnosi di episodio depressivo lieve con sindrome biologica (F 32.01 secondo l'ICD 10). La sintomatologia (ansioso-depressiva) non era di entità tale da compromettere il pieno funzionamento lavorativo in un'attività confacente. Secondo la perita, la diagnosi formulata dal dott. E. \_\_\_\_\_ non è condivisibile dall'anamnesi da lui raccolta, da quanto da lui oggettivato (alla visita medica) e dalla sua considerazione, secondo cui i sentimenti e i disturbi lamentati dall'assicurato corrispondono a modalità reattive adeguate, legate alla problematica situazione socio-esistenziale e alla sintomatologia algica, ma non sono attribuibili ad un'evoluzione psichica patologica (doc. A 92-21). Rispetto alla relazione psichiatrica del 22 maggio 2012 del dott. F. \_\_\_\_\_ (doc. A 77-107), la perita ha rilevato che è stata posta la diagnosi di sindrome da disadattamento con ansia e umore depresso misti reattiva all'incidente (F 43.2 secondo l'ICD 10). Secondo quanto raccontato dall'assicurato, il medesimo non ha sviluppato dopo l'incidente una sindrome da disadattamento. Inoltre, i medici che hanno seguito l'assicurato durante la degenza ospedaliera e che hanno effettuato i controlli negli anni successivi, non hanno segnalato disturbi psicologici né hanno consigliato trattamenti psichiatrici, psicoterapici o psicofarmacologici. Infine, la perita ha sottolineato che il disturbo ansioso depressivo è presente da marzo del 2009 e persiste da marzo del 2012 (doc. A 92-22). Da marzo del 2012, l'assicurato è seguito dallo psichiatra F. \_\_\_\_\_ con consultazioni non regolari e non frequenti ed assume una terapia psicofarmacologica, terapia che non ha determinato la scomparsa dei sintomi depressivi ed ansiosi, ma sicuramente la loro attenuazione (doc. A 92-21). La dott.ssa J. \_\_\_\_\_ ha quindi posto la diagnosi di sindrome mista ansioso-depressiva (F 41.2 secondo l'ICD 10). Ha segnalato che il quadro clinico è caratterizzato da preoccupazione per la propria situazione, per il proprio stato di salute e per le ripercussioni delle conseguenze fisiche dell'incidente dell'aprile 2007. I sintomi causano disagio, ma non compromettono il funzionamento mentale e psichico. In conclusione, ha ritenuto che il quadro clinico non giustifica un'incapacità lavorativa. Dal punto di vista medico-psichiatrico, l'assicurato è abile al lavoro al 100% in ogni attività (lucrativa; doc. A 92-22).

### **E. 8.3.2**

Quanto alla valutazione sullo stato di salute psichico dell'insorgente, questo Tribunale osserva che la perizia psichiatrica del marzo 2013 della dott.ssa J. \_\_\_\_\_ si fonda su informazioni fornite dalla persona esaminata e dai medici curanti, sull'esame del quadro clinico e del comportamento del ricorrente, sulle risultanze della visita dell'insorgente nonché sulla documentazione medica agli atti. Il rapporto di perizia comporta

un'introduzione, l'anamnesi, informazioni tratte dall'incarto, indicazioni del peritando, la diagnosi nonché la discussione. Tale perizia può pertanto essere considerata un mezzo probatorio idoneo per la valutazione dello stato di salute del ricorrente e dell'esigibilità dell'esercizio di un'attività sostitutiva adeguata. Non sussistono peraltro, sulla base della documentazione medica agli atti di causa, elementi suscettibili di giustificare una diversa valutazione. Per quanto attiene alla relazione psichiatrica del dott. F.\_\_\_\_\_ del 22 maggio 2012 (recte 23 luglio 2013 [data della visita medica]), esibita dal ricorrente in sede di ricorso (doc. TAF 1, allegato 2), occorre rilevare, come indicato nel rapporto del novembre 2013 del medico SMR (doc. TAF 6), che la stessa indica che il quadro clinico è migliorato rispetto a quello esistente l'anno precedente, riferisce di un umore livellato in senso depressivo e di un elevato stato d'ansia seppure meno grave rispetto all'anno precedente e segnala che la terapia farmacologica è stata sospesa nell'ottobre del 2012 a seguito di un parziale miglioramento della sintomatologia ansiosa e depressiva. Inoltre, l'indicata invalidità del 15-20% pare fondarsi su una valutazione dell'invalidità come vigente in Italia, di per sé non conciliabile con il sistema svizzero.

#### **E. 8.4.1**

Nei rapporti dell'8 aprile e 4 giugno 2013 (doc. A 93-1 e 99-1), il medico SMR ha ritenuto, dal punto di vista psichico, in virtù della perizia del marzo 2013 della dott. J.\_\_\_\_\_, che la patologia psichica non ha mai comportato alcuna ripercussione sulla capacità lavorativa. Per la problematica somatica, ha rinviato al rapporto di visita medica del gennaio 2012 del dott. B.\_\_\_\_\_. Il medico SMR ha concluso per il ricorrente ad un'incapacità al lavoro del 100% nella precedente attività dal 10 aprile 2007 e del 30% in un'attività sostitutiva adeguata dal 6 ottobre 2011 (doc. A 93-1).

#### **E. 8.4.2**

In conclusione, sulla scorta delle risultanze del rapporto di visita medica del gennaio 2012 e della perizia psichiatrica del marzo 2013 nonché delle considerazioni che precedono, questo Tribunale ritiene che risulta giustificato riconoscere che lo stato di salute del ricorrente ha impedito al medesimo di svolgere sia la sua precedente attività di isolatore sia un'attività sostitutiva adeguata dall'aprile del 2007. A decorrere da ottobre del 2011, al medesimo sarebbero state proponibili, nella misura del 70%, attività sostitutive confacenti allo stato di salute. Non è peraltro dato sapere per quale motivo l'insorgente dovrebbe presentare, come sostenuto dal ricorrente medesimo (v. ricorso del maggio 2012 [doc. A 77-14] a cui è fatto riferimento nel gravame in esame del settembre 2013 [doc. TAF 1 pag. 6]), una riduzione del rendimento in un'attività sostitutiva adeguata vuoi del 35% (riduzione che pare corrispondere alla perdita di guadagno determinata dall'assicurazione D.\_\_\_\_\_ nella decisione del 24 febbraio 2012 [doc. A 63-1]) vuoi del 50% (riduzione che pare corrispondere all'invalidità indicata nella relazione medica del maggio 2012 della dott.ssa L.\_\_\_\_\_, apprezzamento che si fonda su una valutazione dell'invalidità come vigente in Italia [doc. A 77-106]). L'autorità inferiore non ha certo proposto, nella decisione del 1° luglio 2013 (doc. A 102-1), alcuna attività sostitutiva specifica adeguata alle condizioni dell'insorgente. Ha comunque ritenuto, nell'ambito del calcolo comparativo dei redditi, che il medesimo avrebbe potuto svolgere un'attività confacente allo stato di salute in ogni categoria professionale nel settore secondario nonché nel settore terziario. Questo Tribunale osserva pure che al ricorrente, che durante la sua carriera professionale ha svolto diverse attività (segnatamente operaio in una fabbrica di produzione di ceramica, muratore, addetto alla posa di materiale isolante, addetto alla produzione di tubi per le docce; v. doc. A 92-4),

si presenta comunque un ventaglio relativamente ampio di professioni possibili sia nel settore dell'industria sia nel settore dei servizi, con mansioni semplici e ripetitive, che non richiedono necessariamente la messa in atto di particolari misure di reintegrazione professionale e che un adattamento del posto di lavoro alle sue condizioni di salute non risulta altresì necessario rispettivamente appare di semplice realizzazione.

### **E. 9.1**

Nella misura in cui l'insorgente ha presentato, dal 10 aprile 2007 al 5 ottobre 2011, un'incapacità al lavoro del 100% sia nella sua precedente attività sia in un'attività sostitutiva adeguata, il medesimo ha diritto ad una rendita intera dal 1° aprile 2008 (decorso il termine di attesa legale di un anno, giusta l'art. 28 cpv. 1 LAI) al 31 gennaio 2012 (momento in cui il miglioramento significativo dello stato di salute del ricorrente perdurava da tre mesi, giusta l'art. 88a cpv. 1 OAI).

### **E. 9.2**

Ritenuto che, a far tempo dal 6 ottobre del 2011, l'insorgente è abile al 70% in un'attività sostitutiva confacente allo stato di salute, occorre esaminare la conformità del tasso d'invalidità calcolato dall'autorità inferiore. Questo Tribunale osserva, con riferimento al calcolo effettuato dall'autorità inferiore il 19 gennaio 2012 (doc. A 57-2), che occorrerebbe fare riferimento piuttosto ai dati dell'anno 2011, il miglioramento dello stato di salute essendo intervenuto il 6 ottobre 2011, che a quelli del 2010.

#### **E. 9.2.1**

Questo Tribunale rileva che, secondo giurisprudenza, per determinare il reddito ipotetico da valido, di regola ci si fonda sull'ultimo reddito conseguito prima dell'insorgenza del danno alla salute, se del caso adeguato al rincaro e all'evoluzione reale dei salari (DTF 129 V 222 consid. 4.3.1; sentenza del TF 9C\_205/2011 del 10 novembre 2011 consid. 6.1 e relativi riferimenti). In particolare, quale reddito annuale da valido l'autorità inferiore ha considerato quello conseguibile dal ricorrente come isolatore. Non vi è motivo di scostarsi da tale accertamento dei fatti, nel senso che può senz'altro ritenersi che l'insorgente, che lavorava presso il suo ultimo datore di lavoro dal 1° febbraio 2003, avrebbe svolto l'attività di isolatore per tale datore di lavoro anche nel 2007 in caso di capacità lavorativa intatta. Si sarebbe dovuto tenere conto di un salario annuale senza invalidità di fr. 64'460.85, conseguibile come isolatore nel 2011 (tenuto conto di un salario annuale di fr. 63'867.- nel 2010 [come considerato dall'autorità inferiore nella decisione dell'aprile 23 aprile 2012 a cui rinvia la decisione impugnata del 1° luglio 2013, reddito da valido rimasto peraltro incontestato; v. il ricorso del maggio 2012 a cui è fatto riferimento nel gravame in esame del 3 settembre 2013], indicizzato al 2011 [l'indice dei salari nominali per la categoria degli uomini è passato da 2151 nel 2010 a 2171 nel 2011; cfr. statistiche pubblicate dall'Ufficio federale di statistica]).

#### **E. 9.2.2.1**

Questo Tribunale rileva altresì che, secondo giurisprudenza, per determinare il reddito da invalido, fa stato in primo luogo la situazione salariale concreta dell'assicurato, a condizione che, cumulativamente, il rapporto di lavoro sia particolarmente stabile, egli sfrutti in maniera completa e ragionevole la capacità lavorativa residua, il reddito derivante dall'attività effettivamente svolta sia adeguato e non costituisca un salario sociale (DTF 126 V 75 consid. 3b/aa). Qualora difettino indicazioni economiche effettive, possono essere ritenuti i dati forniti dalle statistiche salariali, come risultano dall'inchiesta svizzera sulla

struttura dei salari (cfr. sentenza del TF 9C\_205/2011 consid. 7 e relativi riferimenti). Ritenuto che, per quanto emerge dalle carte processuali, l'insorgente ha interrotto il lavoro nel 2007, è possibile riferirsi ai dati statistici salariali secondo la pertinente tabella TA1 (2010) dell'inchiesta svizzera sulla struttura dei salari, effettuati i necessari correttivi.

#### **E. 9.2.2.2**

Per quel che concerne la determinazione del reddito da invalido, va quindi fatto riferimento a quello ottenibile dall'insorgente in attività semplici e ripetitive nel 2011, ossia fr. 61'924.65 (tenuto conto di un salario medio mensile nel 2010 di fr. 4'901.- [valore mediano totale, categoria 4], di un'indicizzazione del salario dell'1% rispetto al 2010 nonché di un orario usuale di 41.7 ore settimanali; cfr. statistiche pubblicate dall'Ufficio federale di statistica).

#### **E. 9.2.2.3**

Peraltro, per gli assicurati che, a causa della particolare situazione personale o professionale, non possono mettere completamente a frutto la loro capacità residua nemmeno in lavori leggeri e che pertanto non riescono di regola a raggiungere il livello medio dei salari sul mercato, viene operata una riduzione percentuale sul salario teorico statistico che, a seconda delle circostanze, può arrivare sino a un massimo del 25% (cfr. sentenza del TF I 147/01 del 9 maggio 2001 consid. 2b; DTF 126 V 75). Se e in quale misura i salari fondati su dati statistici debbano essere ridotti dipende dall'insieme delle circostanze personali e professionali del caso concreto (limitazione addebitabile al danno alla salute, età, anni di servizio, nazionalità e tipo di permesso di dimora, grado di occupazione), criteri che l'amministrazione è tenuta a valutare globalmente, ritenuto che una deduzione massima del 25% del salario statistico permette di tener conto delle varie particolarità suscettibili di influire sul reddito del lavoro e che il giudice, chiamato a pronunciarsi sulla deduzione globale, la quale procede da una stima che l'amministrazione deve succintamente motivare, non può senza valido motivo sostituire il proprio apprezzamento a quello degli organi dell'amministrazione (cfr. sentenza del TF I 871/02 del 20 aprile 2004 consid. 6.4).

#### **E. 9.2.2.4**

L'autorità inferiore ha operato una riduzione sul salario da invalido dell'8% (per attività leggera [v. doc. A 57-3]). Il ricorrente fa valere che tale riduzione non tiene conto in particolare del suo stato di salute, della sua qualità di frontaliere nonché della sua formazione e che si giustifica una deduzione del 15% (segnatamente del 5% quale deduzione assegnata d'ufficio dalla giurisprudenza e del 10% quale deduzione per le limitazioni a reinserirsi in mercato equilibrato del lavoro; v. il ricorso del maggio 2012 [doc. A 77-16] a cui è fatto riferimento nel gravame in esame del 3 settembre 2013 [doc. TAF 1 pag. 7]).

#### **E. 9.2.2.5**

A prescindere dal fatto che non si giustifica una riduzione del salario statistico di base per motivi legati ai disturbi reumatologico-ortopedici (che altrimenti sarebbero considerati doppiamente), non è dato sapere per quale motivo dovrebbe essere operata, come richiesta dal ricorrente, una riduzione del salario statistico del 5% d'ufficio e del 10% per altre imprecisate limitazioni a reinserirsi in un mercato equilibrato del lavoro, fermo restando che la mancanza di guadagno per motivi estranei all'invalidità (quale può ad esempio essere la mancanza di formazione) non conferisce alcun diritto a una rendita poiché l'incapacità

lavorativa che ne risulta non è dovuta ad invalidità (cfr. sentenza del TF 9C\_474/2010 dell'11 aprile 2011 consid. 3.2). In conclusione, vi è motivo per scostarsi dalla riduzione giurisprudenziale dell'8% operata dall'autorità inferiore unicamente per adattarla ad un multiplo di 5 (cfr. sentenza del TF 9C\_179/2013 del 26 agosto 2013 consid. 5.5), portandola al 10%. Ne deriva un reddito da invalido di fr. 55'732.20 (61'924.65 - 6'192.465).

#### **E. 9.2.2.6**

Conto tenuto, infine, di una riduzione del 30% poiché l'insorgente può svolgere un'attività sostitutiva solo nella misura del 70%, consegue un reddito da invalido di fr. 39'012.55 (55'732.20 - 16'719.66).

#### **E. 9.3**

Dal confronto fra il reddito da valido di fr. 64'460.85 e quello da invalido di fr. 39'012.55 consegue la determinazione di un grado d'invalidità del 39,48%, che esclude il riconoscimento del diritto ad una rendita dell'assicurazione svizzera per l'invalidità (v., sulla questione, DTF 130 V 121 consid. 3.3; il calcolo della perdita di guadagno è indicato come segue  $[(64'460.85 - 39'012.55) \times 100] : 64'460.85 = 39,48\%$ ).

#### **E. 10**

Per conseguenza, il ricorso va parzialmente accolto (per quanto attiene al dispositivo della decisione del 1° luglio 2013) e l'impugnata decisione riformata nel senso che al ricorrente è riconosciuto il diritto ad una rendita intera dell'assicurazione svizzera per l'invalidità dal 1° aprile 2008 al 31 gennaio 2012. Da questo profilo, gli atti di causa sono pertanto rinviati all'autorità inferiore affinché la stessa proceda al calcolo delle prestazioni ai sensi di legge, in particolare si pronunci nuovamente quanto alla fissazione degli interessi di mora ai sensi dell'art. 26 cpv. 2 LPGa (la decisione dell'UAIE del 23 maggio 2012 [doc. A 77-33], a seguito dell'annullamento da parte di questo Tribunale della decisione dell'UAIE del 23 aprile 2012 su si fondava, essendo divenuta caduca). Per il resto, il ricorso è respinto nel senso che il ricorrente non ha più diritto ad una rendita d'invalidità a decorrere dal 1° febbraio 2012.

#### **E. 11.1**

Visto l'esito della causa, le spese processuali ridotte, di fr. 300.-, 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 sono computate con l'anticipo spese, di fr. 400.-, versato dal ricorrente stesso il 14 ottobre 2013. L'importo eccedente di fr. 100.- sarà pertanto restituito al ricorrente allorché la presente sentenza sarà cresciuta in giudicato.

#### **E. 11.2**

Ritenuto che l'insorgente è parzialmente vincente ed è rappresentato in questa sede da mandatario professionale, si giustifica altresì l'attribuzione di una proporzionale indennità a titolo di spese ripetibili (art. 64 PA in combinazione con l'art. 7 segg. TS-TAF). La stessa, in assenza di una nota dettagliata, è fissata d'ufficio (art. 14 cpv. 2 TS-TAF) in fr. 600.-, tenuto conto del lavoro utile e necessario svolto dal patrocinatore del ricorrente. L'indennità per ripetibili è posta a carico dell'UAIE. (dispositivo alla pagina seguente)