

BVGer C-5074/2014 vom 3. Januar 2017

Bundesverwaltungsgericht, 2017-01-03, IT

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bvger_C-5074_2014

FR: TAF C-5074/2014 du 3 janvier 2017

IT: TAF C-5074/2014 del 3 gennaio 2017

Regeste

Revisione della rendita

Erwägungen

E. 1.1

In virtù dell'art. 31 LTAF, questo Tribunale giudica i ricorsi contro le decisioni ai sensi dell'art. 5 PA, emanate dalle autorità menzionate all'art. 33 LTAF, riservate le eccezioni di cui all'art. 32 LTAF. In particolare, le decisioni rese dall'UAIE concernenti l'assicurazione per l'invalidità possono essere impugnate davanti al Tribunale amministrativo federale (TAF) conformemente all'art. 69 cpv. 1 lett. b LAI (RS 831.20). Di conseguenza, questo Tribunale è competente a giudicare il presente ricorso.

E. 1.2

Secondo l'art. 3 lett. dbis PA, a cui rinvia l'art. 37 LTAF, la procedura in materia di assicurazioni sociali non è disciplinata dalla PA, nella misura in cui è applicabile la LPGA (RS 830.1). In conformità con l'art. 2 LPGA, le disposizioni della presente legge sono applicabili alle assicurazioni sociali disciplinate dalla legislazione federale, se e per quanto le singole leggi sulle assicurazioni sociali lo prevedano. Giusta l'art. 1 cpv. 1 LAI, le disposizioni della LPGA sono applicabili all'assicurazione per l'invalidità (art. 1a-26bis e 28-70), sempreché la LAI non deroghi alla LPGA.

E. 1.3

Conformemente all'art. 59 LPGA, ha diritto di ricorrere chiunque è toccato dalla decisione o dalla decisione su opposizione ed ha un interesse degno di protezione al suo annullamento o alla sua modificazione. Il ricorso deve essere interposto entro 30 giorni dalla notificazione della decisione o della decisione contro cui l'opposizione è esclusa (art. 60 LPGA). Esso deve contenere le conclusioni, i motivi, l'indicazione dei mezzi di prova e la firma del ricorrente o del suo rappresentante, con allegati la decisione impugnata e i documenti indicati come mezzi di prova, se sono in possesso del ricorrente (art. 52 cpv. 1 PA).

E. 1.4

In concreto, il ricorso è ammissibile nella misura in cui è stato presentato tempestivamente e nel rispetto dei requisiti previsti dalla legge (art. 59 e 60 LPGA, nonché l'art. 52 cpv. 1 PA), e visto che l'anticipo relativo alle spese processuali è stato versato nel termine impartito.

E. 2.1.1

Dal profilo temporale sono applicabili le disposizioni in vigore al momento della realizzazione dello stato di fatto che deve essere valutato giuridicamente o che produce conseguenze giuridiche (DTF 136 V 24 consid. 4.3 e 130 V 445 consid. 1.2 con rinvii,

nonché 129 V 1 consid. 1.2). Se è intervenuto un cambiamento delle norme legislative nel corso del periodo sottoposto ad esame giudiziario, il diritto eventuale alle prestazioni si determina secondo le vecchie disposizioni per il periodo anteriore e secondo le nuove a partire della loro entrata in vigore (applicazione pro rata temporis; DTF 130 V 445).

E. 2.1.2

Contestato in concreto è il diritto di A. _____ di continuare a percepire tre quarti di rendita di invalidità anche dopo il 31 agosto 2012. Ne consegue che è applicabile la LAI nel tenore vigente dal 1° gennaio 2012 (RU 2011 5659; FF 2010 1603; 6° revisione LAI).

E. 2.2

Giova altresì rilevare che il potere cognitivo di questo Tribunale è delimitato dalla data della decisione impugnata, in concreto il 18 luglio 2014. 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. Tiene tuttavia conto dei fatti verificatisi posteriormente quando essi possono imporsi quali elementi d'accertamento retrospettivo della situazione anteriore alla decisione stessa (DTF 129 V 1 consid. 1.2 e 121 V 362 consid. 1b), in altri termini se gli stessi sono strettamente connessi all'oggetto litigioso e se sono suscettibili di influire sull'apprezzamento del giudice al momento in cui detta decisione litigiosa è stata resa (cfr. 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. 3.1

Secondo il diritto internazionale è applicabile l'Accordo sulla libera circolazione delle persone del 21 giugno 1999 fra la Confederazione svizzera, da una parte, e la Comunità europea ed i suoi Stati membri, dall'altra, entrato in vigore il 1° giugno 2002 (ALC, RS 0142.112.681) con il suo allegato II che regola il coordinamento dei sistemi di sicurezza sociale. In questo contesto, l'ALC è stato modificato con effetto 1° aprile 2012 dal regolamento (CE) n. 883/2004 relativo al coordinamento dei sistemi di sicurezza sociale, così come il regolamento (CE) n. 987/2009 del Parlamento europeo e del Consiglio del 16 settembre 2009 che regola le modalità d'applicazione del regolamento (CE) n. 883/2004 relativo al coordinamento dei sistemi di sicurezza sociale (RS 0.831.109.268.1 e 0.831.109.268.11). Questi regolamenti sono dunque applicabili nella specie (cfr. sentenza del Tribunale federale 8C_445/2011 del 4 maggio 2012). Conformemente all'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 come i cittadini di tale Stato. Può essere precisato che il regolamento (CE) n. 1408/71 al quale l'ALC rinviava per il periodo precedente il 31 marzo 2012 conteneva una disposizione simile al suo art. 3 cpv. 1.

E. 3.2

Il riconoscimento all'estero di una rendita d'invalidità secondo il rispettivo sistema di sicurezza sociale non pregiudica la valutazione dell'invalidità secondo il diritto svizzero (sentenza del Tribunale federale del 4 febbraio 2003 I 435/02). Pertanto, anche con l'entrata in vigore dell'ALC, il grado d'invalidità di un assicurato che postula il riconoscimento di prestazioni AI è determinato esclusivamente secondo il diritto svizzero (art. 46 del regolamento [CE] n. 883/2004 in relazione con l'allegato VII dello stesso regolamento; rispettivamente, per il diritto in vigore fino al 31 marzo 2012, art. 40 cpv. 4 in relazione con l'allegato V del regolamento 1408/71; cfr. anche DTF 130 V 253 consid. 2.4; sentenza del

Tribunale federale I 376/05 del 5 agosto 2005 consid. 3.1). Deve essere comunque dato per acquisito che la documentazione medica ed amministrativa prodotta dagli istituti di sicurezza sociale di un altro Stato membro deve essere presa in considerazione (art. 49 cpv. 2 del regolamento (CE) n. 987/2009).

E. 4

Oggetto del contendere è, nel caso concreto, la questione se, a far tempo dal 1° giugno 2012 lo stato di salute e/o la capacità al lavoro (e di guadagno) del ricorrente sono migliorati in modo tale da giustificare la soppressione della rendita d'invalidità dal 1° settembre 2012.

E. 4.1

Al riguardo il ricorrente adduce che la sua situazione di salute e di capacità di lavoro è invariata rispetto al momento in cui la prestazione è stata concessa ed anzi, rispetto al passato, si è sviluppata una patologia psichiatrica invalidante, non presente inizialmente. Le perizie effettuate dall'autorità inferiore, inoltre, non proverebbero l'asserito miglioramento.

E. 4.2

Di contro, l'amministrazione, dopo aver fatto eseguire gli accertamenti specialistici supplementari disposti con sentenza del TAF del 9 gennaio 2013, ha decretato di aver, a giusta ragione, soppresso il diritto alla rendita con effetto dalla prima decisione, ossia dal 1° settembre 2012 (decisione dell'8 luglio 2014).

E. 5

Il TAF applica il diritto d'ufficio, senza essere vincolato in nessun caso dai motivi del ricorso (art. 62 cpv. 4 PA). In virtù dell'art. 12 PA e dell'art. 19 PA in relazione con l'art. 40 della legge federale di procedura civile del 4 dicembre 1947 (PCF, RS 273), il Tribunale accerta i fatti determinanti per la soluzione della controversia, assume le prove necessarie e le valuta liberamente. Le parti sono tenute a cooperare all'accertamento dei fatti (art. 13 PA) ed a motivare il proprio ricorso (art. 52 PA). Ne consegue che l'autorità di ricorso adita si limita di principio ad esaminare le censure sollevate, mentre le questioni di diritto non invocate dalle parti solo nella misura in cui queste emergono dagli argomenti delle parti o dall'incarto (DTF 122 V 157 consid. 1a; 121 V 204 consid. 6c e sentenza del TAF C-6034/2009 del 20 gennaio 2010 consid. 2).

E. 6.1

In base all'art. 8 cpv. 1 LPGA è considerata invalidità l'incapacità al guadagno totale o parziale presumibilmente permanente o di lunga durata. L'art. 4 cpv. 1 LAI precisa che l'invalidità può essere conseguente ad infermità congenita, malattia o infortunio; il cpv. 2 della stessa norma stabilisce che l'invalidità è considerata insorgere quando, per natura e gravità, motiva il diritto alla singola prestazione.

E. 6.2

L'assicurato ha diritto ad una rendita intera se è invalido per almeno il 70%, a tre quarti di rendita se è invalido per almeno il 60%, ad una mezza rendita se è invalido per almeno la metà e ad un quarto di rendita se è invalido per almeno il 40% (art. 28 cpv. 1 LAI). In seguito all'entrata in vigore dell'ALC, la limitazione prevista dall'art. 28 cpv. 1ter LAI (art. 29 cpv. 4 LAI, a partire dal 1° gennaio 2008), secondo il quale le rendite per un grado d'invalidità inferiore al 50% sono versate solo ad assicurati che sono domiciliati e dimorano abitualmente in Svizzera (art. 13 LPGA), non è più applicabile se l'assicurato è cittadino

svizzero o dell'Unione europea e vi risiede.

E. 6.3

Per incapacità al lavoro s'intende qualsiasi incapacità, totale o parziale, derivante da un danno alla salute fisica, mentale o psichica di compiere un lavoro ragionevolmente esigibile nella professione o nel campo di attività abituale. In caso d'incapacità al lavoro di lunga durata possono essere prese in considerazione anche le mansioni esigibili in un'altra professione o campo d'attività (art. 6 LPGA). L'incapacità al guadagno è definita all'art. 7 cpv. 1 LPGA e consiste nella perdita, totale o parziale, della possibilità di guadagno sul mercato del lavoro equilibrato che entra in considerazione, provocata da un danno alla salute fisica, mentale o psichica e che perdura dopo aver sottoposto l'assicurato alle cure ed alle misure d'integrazione ragionevolmente esigibili. Per valutare la presenza di un'incapacità al guadagno sono considerate esclusivamente le conseguenze del danno alla salute; inoltre, sussiste un'incapacità al guadagno soltanto se essa non è obiettivamente superabile (art. 7 cpv. 2 LPGA, nel suo nuovo tenore dal 1° gennaio 2008).

E. 6.4

La nozione d'invalidità di cui all'art. 4 cpv. 1 LAI e 8 cpv. 1 LPGA è di carattere giuridico economico, non medico (DTF 116 V 249 consid. 1b). In base all'art. 16 LPGA, applicabile per il rinvio dell'art. 28 cpv. 2 LAI (art. 28a cpv. 1 LAI, dal 1° gennaio 2008), 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, 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. In altri termini, l'assicurazione svizzera per l'invalidità risarcisce soltanto la perdita economica che deriva da un danno alla salute fisica o psichica dovuto a malattia o infortunio, non la malattia o la conseguente incapacità lavorativa.

E. 7.1

Giusta l'art. 17 cpv. 1 LPGA, se il grado d'invalidità del beneficiario della rendita subisce una notevole modificazione, per il futuro la rendita è aumentata o ridotta proporzionalmente o soppressa, d'ufficio o su richiesta. Il cpv. 2 della stessa norma prevede che ogni altra prestazione durevole accordata in virtù di una disposizione formalmente passata in giudicato è, d'ufficio o su richiesta, aumentata, diminuita o soppressa se le condizioni che l'hanno giustificata hanno subito una notevole modificazione.

E. 7.2

Giusta l'art. 87 cpv. 1 OAI (RS 831.201) la revisione avviene d'ufficio quando, in previsione di una possibile modifica importante del grado d'invalidità o della grande invalidità oppure del bisogno di assistenza o di aiuto dovuto all'invalidità è stato stabilito un termine al momento della fissazione della rendita, dell'assegno per grandi invalidi o del contributo per l'assistenza (lett. a) o allorché si conoscono fatti o si ordinano provvedimenti che possono provocare una notevole modifica del grado d'invalidità, della grande invalidità oppure del bisogno di assistenza o di aiuto dovuto all'invalidità (lett. b).

E. 7.3

La giurisprudenza ha stabilito che le rendite d'invalidità sono soggette a revisione non solo in caso di modifica rilevante dello stato di salute che ha un influsso sull'attività lucrativa, ma anche quando lo stato di salute è rimasto invariato, se le conseguenze sulla capacità di

guadagno hanno subito un cambiamento importante (DTF 113 V 275 consid. 1a). La semplice valutazione diversa di circostanze di fatto rimaste sostanzialmente invariate non giustifica una revisione ai sensi dell'art. 17 LPGA (DTF 112 V 372 consid. 2b e 390 consid. 1b, RCC 1987 p. 36, SVR 2004 IV n. 5 consid. 3.3.3). L'istituto della revisione non può infatti giustificare un riesame incondizionato del diritto alla rendita (cfr. anche: Rudolf Ruedi, Die Verfügungsanpassung als verfahrensrechtliche Grundfigur namentlich von Invalidenrentenrevisionen, in: Schaffhauser/Schlauri, Die Revision von Dauerleistungen in der Sozialversicherung, San Gallo, 1999, p. 15). Per le rendite dell'assicurazione invalidità, infine, anche una modifica di poco conto dello stato di fatto determinante può dare luogo a una revisione se tale modifica determina un superamento (per eccesso o per difetto) di una soglia minima (DTF 133 V 545 consid. 6 con riferimenti a dottrina e giurisprudenza).

E. 7.4

L'istituto della revisione è stato concepito per tenere conto di modifiche riguardanti la situazione personale degli assicurati, quali lo stato di salute e fattori economici. Non ne fanno per contro parte i dati statistici essendo dei fattori esterni (DTF 133 V 545 consid. 7.1 pag. 548). Al riguardo il Tribunale federale ha precisato - in una vertenza in cui lo stato di salute era rimasto invariato - che modifiche di poco conto nei dati statistici salariali non giustificano una revisione, nemmeno se, a seguito di queste modifiche, il valore limite viene superato per eccesso o per difetto (DTF 133 V 545 consid. 7.3 pag. 549). Per le stesse considerazioni, la possibilità di procedere ad una revisione va ugualmente negata se la modifica dei soli valori statistici è di un certo rilievo. Se infatti risulta che il motivo effettivo per una revisione del diritto alla rendita risiede nella modifica dei valori statistici (tabellari), simile operazione deve essere esclusa (sentenza 9C_696/2007 succitata pubblicata in RTiD 2010 II p. 197 consid. 5.3).

E. 7.5

Va ancora rilevato che nel diritto delle assicurazioni sociali, fatte salve le disposizioni transitorie e, se del caso, la presenza di diritti acquisiti, le decisioni inizialmente non erranee riguardanti prestazioni durevoli vanno di regola adattate alle modifiche di legge risultanti dall'intervento del legislatore (DTF 121 V 157 consid. 4a pag. 161 seg.). Per contro, una nuova prassi amministrativa o giudiziaria non giustifica, di principio, la modifica di prestazioni durevoli fondate su una decisione cresciuta in giudicato (DTF 129 V 200 consid. 1.2 pag. 202; 121 V 157 consid. 4a pag. 162; 120 V 128 consid. 3b pag. 132 con riferimenti).

E. 7.6

L'art. 88a cpv. 1 OAI prevede che se la capacità al guadagno dell'assicurato o la capacità di svolgere le mansioni consuete migliora oppure se la grande invalidità o il bisogno di assistenza o di aiuto dovuto all'invalidità si riduce, il cambiamento va considerato ai fini della riduzione o della soppressione del diritto a prestazioni dal momento in cui si può supporre che il miglioramento constatato perduri. Lo si deve in ogni caso tenere in considerazione allorché è durato tre mesi, senza interruzione notevole, e che presumibilmente continuerà a durare.

E. 7.7

Giusta l'art. 88bis cpv. 2 OAI, la riduzione o la soppressione della rendita, dell'assegno per grandi invalidi o del contributo per l'assistenza è messa in atto: a) il più presto, il primo giorno del secondo mese che segue la notifica della decisione; b) retroattivamente dalla data

in cui avvenne la modificazione determinante se l'erogazione indebita è dovuta all'ottenimento illecito di una prestazione da parte dell'assicurato o se quest'ultimo ha violato l'obbligo di informare, impostogli ragionevolmente dall'art. 77 OAI.

E. 8.1

Quanto alla valenza probatoria di un rapporto medico, determinante, secondo la giurisprudenza, è che i punti litigiosi importanti siano stati oggetto di uno studio approfondito, che il rapporto si fondi su esami completi, che consideri parimenti le censure espresse, che sia stato approntato in piena conoscenza dell'incarto (anamnesi), che la descrizione del contesto medico sia chiara e che le conclusioni del perito siano ben motivate. Determinante quindi per stabilire se un rapporto medico ha valore di prova non è tanto né l'origine del mezzo di prova, né la denominazione, ad esempio, quale perizia o rapporto (DTF consid. 6.2.4 pag. 270; 134 V 231 consid. 5.1 pag. 232; 125 V 351 consid. 3a pag. 352; 122 V 157 consid. 1c pag. 160; Hans-Jakob Mosimann, *Zum Stellenwert ärztlicher Beurteilungen*, in: *Aktuelles im Sozialversicherungsrecht*, 2001, pag. 266). Nella sentenza pubblicata in VSI 2001 pag. 106 segg. Il Tribunale federale ha però ritenuto conforme al principio del libero apprezzamento delle prove (art. 40 PC e art. 19 PA, art. 95 cpv. 2, art. 113 e 132 OG) definire delle direttive in relazione alla valutazione di determinate forme di rapporti e perizie.

E. 8.2

Per quanto concerne le perizie giudiziarie la giurisprudenza ha statuito che il giudice non si scosta senza motivi imperativi dalla valutazione degli esperti, il cui compito è quello di mettere a disposizione del tribunale le proprie conoscenze specifiche e di valutare, da un punto di vista medico, una certa fattispecie. Ragioni che possono indurre il giudice a non fondarsi su un tale referto sono ad esempio la presenza di affermazioni contraddittorie nella perizia oppure l'esistenza di altri rapporti in grado di inficiarne la conclusione. In tale evenienza, la Corte giudicante può disporre una superperizia oppure scostarsi, senza necessità di ulteriori complementi, dalle conclusioni del referto peritale giudiziario (DTF 125 V 351 consid. 3b/aa pag. 353 con rinvii).

E. 8.3

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

E. 8.4

In presenza di rapporti medici contraddittori il giudice non può inoltre evadere la vertenza senza valutare l'intero materiale e indicare i motivi per cui si fonda su un rapporto piuttosto che su un altro (sentenza del Tribunale federale delle assicurazioni I 673/00 dell'8 ottobre 2002). 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 qual è l'opinione più adeguata (SVR 2000 UV no. 10 pag. 35 consid. 4b).

E. 9.1

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

E. 9.2

In concreto il periodo di riferimento è pertanto quello intercorrente fra la decisione del 26 febbraio 2010 (doc. 206 inc. A), con cui è stata erogata $\frac{3}{4}$ di rendita AI all'assicurato e l'8 luglio 2014, data della decisione impugnata.

E. 10

Ai fini dell'assegnazione dei tre quarti di rendita con effetto dal 1° dicembre 2008 l'autorità amministrativa si era fondata su atti medici da cui risultava che l'assicurato era portatore di lombosciatalgia cronica sinistra con sindrome algica di tipo neuropatico con importanti limitazioni funzionali di tutto il rachide lombare, dopo due operazioni di ernia discale L5/S1 nel 2008, cicatrici epidurali in loco, iniziali alterazioni degenerative lombari e attestato un'incapacità lavorativa totale nel precedente lavoro di pavimentatore. Il Dott. C. _____ aveva dichiarato in particolare che la sintomatologia algica assumeva delle caratteristiche neuropatiche legate ad un probabile danno assonale (S1 e/o L5) in presenza di ampie cicatrici postchirurgiche in L5/S1 a sinistra. Si trattava di una sofferenza a carattere cronico nota come possibile complicazione post-chirurgica ("failed back surgery" degli angolosassoni, perizia del Dott. C. _____, reumatologo, fisiatra del 5 luglio 2009, doc. 151 inc. A pag. 9; si confronti anche www.spine-health.com; riassunto del Dott. B. _____, del SMR, del 16 luglio 2009, doc. 156, inc. A). Associate vi erano inoltre limitazioni importanti della mobilità lombare con una capacità funzionale residuale (perizia citata pag. 9 dove è stata elencata una lunga lista di limitazioni). L'incapacità lavorativa era stata considerata totale nel precedente lavoro di pavimentatore; in eventuali attività di sostituzione, il perito non aveva espresso una percentuale, che è poi stata quantificata nel 60% dal Dott. B. _____ (consid. Ba e Bb).

E. 11.1

In occasione della procedura di revisione avviata nel 2011 è stata dapprima evidenziata la diagnosi posta dal medico dell'INPS di esiti di pregresso intervento chirurgico di asportazione di ernie discali lombari L5-S1 con severa radicolopatia di S1 e plurime protrusioni discali lombari con marcata incidenza funzionale (doc. 67 inc. B). Senza procedere ad accertamenti supplementari e dopo aver preso atto della documentazione sanitaria prodotta in sede di audizione, l'UAIE ha sottoposto gli atti ai propri medici di fiducia (Dott.ri D. _____, generalista e G. _____, neurologo), i quali hanno ritenuto che

le condizioni di salute dell'assicurato erano compatibili con l'esercizio di un'attività leggera a determinate condizioni di postura, porto pesi, marcia (doc 78 inc. B).

E. 11.2.1

Dopo la prima procedura ricorsuale, prendendo atto che la situazione non era chiara e che si era aggiunta una patologia psichiatrica, il Dott. H. _____, generalista, ha proposto all'amministrazione di far eseguire nuovi accertamenti (doc. 122, 123 inc. B), la cui necessità è stata confermata con sentenza del TAF del 9 gennaio 2013. Dalle perizie specialistiche esperite sono emerse le seguenti diagnosi: - lombalgie croniche e dolori nel membro inferiore sinistro, pseudoradicolari, in presenza di un netto sovraccarico psicogeno in stato dopo duplice intervento per ernia discale L5-S1 a sinistra (perizia del Dott. M. _____ del 25 novembre 2013, visita il 18 luglio 2013, doc. 172, inc. B); - sindrome da disadattamento con reazione mista ansioso-depressiva (ICD 10 F43.2; perizia del Dott. L. _____ del 25 luglio 2013, visita del 18 luglio 2013, doc. 149 inc. B).

E. 11.2.2

Dal canto suo in sede di ricorso l'interessato produce documentazione che attesta, oltre alla diagnosi prettamente neurologica (severa sciatalgia cronica sinistra), un disturbo ansioso-depressivo cronico con frequenti attacchi di panico e claustrofobia (referto 5 settembre 2014 del Dott. O. _____, doc. TAF 5). Inoltre esibisce un rapporto del Dott. P. _____ del 4 settembre 2014, il quale attesta la presenza di questi attacchi di panico soprattutto in ambienti chiusi, rievocando la diagnosi di disturbo dell'adattamento con ansia ed umore depresso misti (ICD 10 309.28) in comorbidità con disturbo da attacchi di panico. Questi disturbi risalirebbero a due anni or sono (cfr. referto del Dott. O. _____ pag. 3, referto Dott. P. _____ del 4 settembre 2014). Detto complesso morboso causerebbe un'incapacità di lavoro del 60%, secondo il Dott. O. _____.

E. 12

Come emerge dalle considerazioni precedenti l'amministrazione si è fondata, per sopprimere il diritto alla rendita di A. _____, esclusivamente sulle conclusioni espresse dai Dott.ri M. _____ e L. _____.

E. 12.1.1

Il Dott. M. _____, la cui diagnosi coincide fondamentalmente con quella posta dal Dott. C. _____, ha posto in particolare l'accento, nelle sue conclusioni (pag. 6 e seg.), sulla discrepanza fra constatazioni oggettive e manifestazioni soggettive dell'assicurato. Egli ha ricordato che la persistenza dei dolori cronici, sia al rachide che alla gamba sinistra perdura dal 2008, dopo le due operazioni, che tuttavia non era mai stato messo in evidenza un deficit oggettivo e che i disturbi sensitivi globali del membro inferiore sinistro erano di carattere nettamente funzionale, senza delimitazioni nei territori radicolari specifici. Il perito ha precisato inoltre che: "anche per quel che concerne la mobilità del rachide, l'assicurato si siede a 90° con le gambe tese, fatto che corrisponde ad un Lasègue di 90° e una DDS di 0 cm. Al contrario si blocca appena cerca di piegarsi in avanti già a 30° alla manovra di Lasègue. Anche qui la discrepanza è molto importante per cui è molto evidente una componente psicogena con un'evidente tendenza all'aggravazione dei sintomi". Secondo il perito in queste condizioni una valutazione della capacità di lavoro diventa complesso. L'assicurato era già stato valutato inabile nella misura del 100% in lavori pesanti, come posatore di pavimenti o muratore. Sintomi depressivi e una certa teatralità erano già stati messi in evidenza da altri specialisti in Italia. L'esperto è pertanto piuttosto concorde con le

conclusioni del servizio medico regionale dell'AI, secondo cui attualmente la situazione è stabilizzata e i disturbi lamentati dall'assicurato sono sicuramente non oggettivabili, in presenza di un netto sovraccarico psicogeno. Lo specialista aggiunge che purtroppo l'assicurato sembra fissato sui suoi disturbi, anche se pare non voglia ricorrere ad eccessivi trattamenti analgici, fattore che parlerebbe ulteriormente contro la presenza di dolori eccessivi." L'esperto ribadisce quindi i diversi indizi (di carattere medico-tecnico) che lo inducono a ritenere che il paziente sarebbe afflitto da tendenza all'esagerazione o alla teatralità, come: la pseudo paresi, senza amiotrofia né deficit veri e propri, poiché non potrebbe camminare con tali deficit; disturbi sensitivi globali, senza limitazioni topografiche, persistenza di riflessi achillei (...), discrepanza fra la possibilità di sedersi a 90° con le gambe tese e un Lasègue di 30° con bloccaggio antalgico ed impossibilità di piegarsi in avanti su contrattura della muscolatura paravertebrale che scompare quando l'A. è sdraiato e il fatto infine che si giri e che si rigiri sul lettino senza problemi e possa rimanere sdraiato sul ventre per 15 minuti senza dolori.

E. 12.1.2

Il perito ritiene pertanto (conclusioni/conseguenze sulla capacità al lavoro, pag. 7), essere presente una reazione psicologica negativa, che va valutata dallo psichiatra. Egli considera quindi nulla la capacità di lavoro in attività pesanti, "tuttavia in attività leggere adeguate adattate può lavorare sicuramente in misura totale". In particolare l'assicurato può senz'altro lavorare come casalingo, custode, magazziniere, o altre attività dove non debba portare pesi superiori ai 15 kg o camminare a lungo."

E. 12.2

Dal lato psichiatrico il Dott. L. _____, dopo ampia valutazione del caso (doc. 149 inc. B pag. 6 e seg.) rileva che "(...) proprio il fattore stressante, in questo caso è la sua problematica dell'ernia discale ed i disturbi che quest'ultima causa, a quanto riferisce, persistono tuttora. Tutto ciò ha diminuito non solo le sue forze fisiche, ma anche la sua volontà psichica e la voglia di combattere e, purtroppo, a causa di una vulnerabilità individuale ed una rabbia intensa, egli non ha potuto comunque elaborare ed analizzare come si deve la sua situazione". L'esperto giudica comunque che con l'aiuto di specialisti e grazie all' adeguata terapia farmacologica attualmente in corso, sicuramente egli potrà avere un miglioramento ed una reazione positiva per svolgere un'attività professionale che lo aiuterebbe non solo sul piano economico, ma piuttosto da un punto di vista mentale. Il perito aggiunge che "per quel che riguarda la problematica psichiatrica è reattiva e non ha una grande importanza, ma non ha nemmeno un'importanza rilevante dal punto di vista lavorativo. Praticamente egli, dal punto di vista psichiatrico, presenta un'inabilità lavorativa nella misura dal 10 al 20% e può svolgere un'attività lavorativa anche nella misura dell'80% sicuramente in un mestiere adeguato alla sua situazione fisica". Il perito, infine, non ha constatato, dal suo punto di vista, alcuna tendenza all'esagerazione dei sintomi e/o alla simulazione.

E. 13.1

Questo collegio giudicante non avrebbe di primo acchito fondato motivo di scostarsi dalla perizia del Dott. M. _____, la situazione neurologica/ortopedica apparendo chiara nel senso che nemmeno l'ulteriore certificazione esibita dal ricorrente intacca le valutazioni oggettive del perito. Tuttavia come indicato al consid. 8.3 una valutazione medica completa e concludente considerata probante in occasione di un primo esame del diritto alla rendita,

non assurge a prova attendibile in caso di revisione se non attesta in cosa consiste rispettivamente in che misura si è verificato un cambiamento dello stato di salute rispettivamente della capacità lavorativa. Ciò è il caso nella fattispecie. In effetti il Dott. M. _____ si limita ad attestare una capacità lavorativa totale in attività adeguate, segnatamente un aumento di tale capacità del 60% rispetto alla precedente valutazione del Dott. C. _____ e del Dott. B. _____, senza addurre alcuna motivazione, se non che la situazione si sarebbe stabilizzata, che vi sarebbero segni di aggravazione (in proposito dell'aggravazione quale motivo di esclusione si confronti sentenza del TF 9C_899/2014 del 29 giugno 2015 consid. 4.2) e altresì un sovraccarico psicogeno. Tale indicazione è tuttavia insufficiente, ritenuto che il perito non indica in alcun modo in cosa consisterebbe questa stabilizzazione. Egli precisa pure di confermare "l'evoluzione della capacità di lavoro come definita dalla SMR del Rhône". Di un'affermazione in tal senso non si è tuttavia trovata traccia. Da questo punto di vista quindi la perizia è incompleta e insufficientemente motivata. Dalla perizia del Dott. M. _____ non è pertanto possibile dedurre quali sarebbero i fatti nuovi atti a giustificare un miglioramento dello stato di salute tale da ridurre addirittura del 60% l'incapacità lavorativa, malgrado una diagnosi praticamente invariata. Del resto il perito si è limitato a menzionare nell'anamnesi (doc. 172 pag. 3), ma non ha discusso e quindi neppure messo in discussione quanto attestato dal Dott. C. _____ nella perizia eseguita in occasione della concessione della rendita e meglio la presenza di ampie cicatrici post-chirurgiche, che causavano una sofferenza a carattere cronico (possibile complicazione post-chirurgica). L'affermazione del perito secondo cui non vi sarebbero disturbi oggettivabili non è pertanto del tutto credibile. In simili circostanze le conclusioni cui è giunto l'esperto sembra più che altro consistere in una valutazione differente di fatti rimasti viepiù invariati. Ne consegue che già solo per questi motivi la perizia non è convincente e quindi viola i principi giurisprudenziali in materia.

E. 13.2.1

Da un punto di vista psichiatrico va rilevato che l'amministrazione, dopo l'esecuzione delle perizie, non ha completato l'indagine in particolare alla luce di quanto è emerso dalla documentazione medica prodotta con il ricorso (doc. TAF 5). La relazione medico-legale del Dott. O. _____ del 5 settembre 2014 infatti, oltre al disturbo ansioso-depressivo, ha attestato anche la presenza di attacchi di panico e claustrofobia, ciò che renderebbe problematico il reinserimento dell'assicurato nel mondo del lavoro anche in attività sostitutive. Rilevante appare inoltre anche la relazione dello psichiatra Dott. P. _____ del 4 settembre 2014 che attesta un ulteriore peggioramento della condizioni di salute del paziente da un punto di vista psichiatrico da circa due anni, segnatamente dal 2012, per la presenza di attacchi di panico in ambienti chiusi ed una scarsa risposta della terapia farmacologica. Ora, l'Ufficio AI, invece di sottoporre la nuova certificazione psichiatrica e medico-legale al Dott. L. _____, autore della perizia medica, l'ha trasmessa al proprio consulente, Dott.ssa R. _____, che si è limitata ad osservare che detti disturbi non sono stati osservati dal Dott. L. _____ nè sono stati descritti in dettaglio.

E. 13.2.2

Secondo il collegio giudicante, questa diagnosi, che non sembra essersi presentata di recente in modo da esulare dal periodo di cognizione giudiziaria, è determinante per valutare la capacità di lavoro residua dell'assicurato. In simili condizioni è pertanto necessario approfondire nel dettaglio tutti gli aspetti. Se è vero, come sembrano sostenere i Dott.ri O. _____ e P. _____, che il paziente presenta detti attacchi di panico già

perlomeno dal 2014 (cfr. perizia del Dott. O. _____ pag. 3 e rapporto del Dott. P. _____), ciò che rende difficile l'attività dello stesso in ambienti chiusi e/o affollati, la valutazione al 20% dell'incapacità al lavoro dello stesso diviene discutibile. Infatti, le attività di sostituzione proponibili, sono in genere svolte in ambienti chiusi ed affollati, salvo quella di custode. L'indagine medica appare dunque carente anche da un punto di vista psichiatrico.

E. 13.3

Infine è assente una valutazione complessiva - interdisciplinare - della capacità lavorativa residua, che andrà eseguita nell'ambito del rinvio (sentenze del TF 9C_295/2013 del 20 giugno 2013 consid. 4.4 e 9C_400/2011 del 20 marzo 2012).

E. 14.1

In queste circostanze, il ricorso deve essere accolto e la decisione impugnata annullata, non essendo provato con il grado della verosimiglianza valido nelle assicurazioni sociali che lo stato di salute e le conseguenze dello stesso sulla capacità lavorativa del ricorrente sarebbero migliorate in misura tale da giustificare la soppressione della rendita.

E. 14.2

In caso di annullamento della decisione il Tribunale amministrativo federale può sostituirsi all'autorità inferiore e statuire direttamente nel merito o rinviare la causa, con istruzioni vincolanti, all'autorità inferiore per nuova decisione (cfr. sentenza del TAF C-4652/2012 del 18 aprile 2013). In particolare esso si sostituirà all'autorità inferiore se gli atti sono completi o comunque sufficienti per statuire (v. sentenza del TF 9C_162/2007 del 3 aprile 2008 consid. 2.3 con rinvii; DTF 126 II 43; 125 II 326). Come precisato ai considerandi precedenti tale non è il caso nella presente fattispecie.

E. 14.3

Gli atti di causa sono pertanto rinviati all'autorità inferiore affinché completi l'accertamento dei fatti giuridicamente rilevanti con riferimento allo stato di salute e alle conseguenze dello stesso sulla capacità lavorativa, (conformemente a quanto previsto in DTF 137 V 210, cfr., sulla possibilità di un rinvio all'autorità inferiore in caso di necessità di un complemento peritale, come nel caso di specie DTF 137 V 210 consid. 4.4.1.4; 139 V 99 consid. 1.1) e ogni ulteriore esame che pure l'evoluzione nel tempo dello stato di salute dell'insorgente dovesse rendere necessario, nonché a pronunciarsi nuovamente sul grado di invalidità dell'assicurato.

E. 14.3.1

In particolare l'autorità amministrativa farà eseguire un complemento peritale dal Dott. L. _____ alla luce di quanto emerso in sede ricorsuale (descritto al consid. 13.3.2), invitandolo ad approfondire la diagnosi di attacchi di panico (segnatamente se sono verosimili o meno dette manifestazioni patologiche, presenti, a quanto pare, da due anni) e l'aspetto debilitante di tale situazione.

E. 14.3.2

La vertenza dovrà essere sottoposta anche al Dott. M. _____ il quale, tramite un complemento peritale, dovrà precisare in cosa consiste concretamente l'evoluzione dello stato di salute, segnatamente l'attestata stabilizzazione, con riferimento alla situazione esistente al momento dell'assegnazione della rendita intera, da un punto di vista

neurologico. In particolare dovrà anche prendere posizione sulla cosiddetta failed back surgery menzionata dal Dott. C._____, che provoca disturbi di natura cronica (consid. 13.1).

E. 14.3.3

Nel caso in cui i periti lo riterranno opportuno la situazione andrà esaminata anche da un punto di vista reumatologico.

E. 14.3.4

I periti dovranno infine esprimersi, dapprima singolarmente, e in un secondo tempo interdisciplinariamente sulla capacità lavorativa residua dell'assicurato nell'ambito di un parere coordinato dal momento che risulta un'interazione tra malattia psichica e somatica (sentenza del TF 8C_168/2008 consid. 6.2.2), il Dott. M._____ avendo attestato un netto sovraccarico psicogeno e il dottor L._____ avendo evidenziato nelle malattie somatiche la causa dei disturbi psichici.

E. 15

Alla luce dei complementi istruttori interdisciplinari succitati l'UAIE si pronuncerà nuovamente sul grado di invalidità dell'assicurato segnatamente sulla liceità di una revisione del diritto alla rendita con effetto dal 1° settembre 2012. Al riguardo va rilevato che per quanto riguarda il calcolo comparativo dei redditi, se del caso, l'amministrazione dovrà motivare (nella decisione) il fatto che in occasione di un calcolo effettuato l'8 ottobre 2009 (doc. 176 inc. A), l'allora consulente in integrazione professionale (CIP) aveva operato una riduzione del reddito dopo l'invalidità del 18% (per attività leggera, peraltro inammissibile perché non corrisponde ad un multiplo di 5), mentre in seguito (il 7 marzo 2012, doc. 79 inc. B ed il 24 febbraio 2014, doc. 186 inc. B) detti calcoli di perdita di guadagno avevano ammesso una riduzione del 5%, e ciò malgrado le limitazioni appaiano uguali.

E. 16.1

Visto l'esito della causa, non sono prelevate spese processuali (art. 63 PA). L'anticipo equivalente alle presunte spese processuali di fr. 442,22 (doc. TAF 6), versato il 13 ottobre 2014, verrà restituito al ricorrente al momento della crescita in giudicato della sentenza.

E. 16.2

Si giustifica altresì l'attribuzione di un'indennità per spese ripetibili (art. 64 PA in combinazione con gli art. 7 e segg. della TS-TAF, RS 173.320.2 [cfr. pure DTF 137 V 57 consid. 2 secondo cui la parte che ha presentato ricorso in materia di assegnazione o rifiuto di prestazioni assicurative è reputata vincente, da profilo delle ripetibili, anche se la causa è rinviata all'amministrazione per complemento istruttorio e nuova decisione]). La stessa, in assenza di nota detagliata, è fissata d'ufficio (art. 14 cpv. 2 TS-TAF) in fr. 1'000.-, tenuto conto del lavoro utile e necessario svolto dalla rappresentante del ricorrente. L'indennità per ripetibili è posta a carico dell'UAIE. (Dispositivo alla pagina seguente)