

BVGer C-6020/2024 vom 31. März 2026

Bundesverwaltungsgericht, 2026-03-31, IT

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bvger_C-6020_2024

FR: TAF C-6020/2024 du 31 mars 2026

IT: TAF C-6020/2024 del 31 marzo 2026

Regeste

Revisione della rendita

Erwägungen

E. 1.1

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

E. 1.2

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, pronunciate dall'Ufficio dell'assicurazione per l'invalidità per le persone residenti all'estero (UAIE).

E. 1.3

La procedura dinanzi al Tribunale amministrativo federale è retta dalla PA, in quanto la LTAF non disponga altrimenti (art. 37 LTAF). In virtù dell'art. 3 lett. dbis PA, la procedura in materia di assicurazioni sociali non è disciplinata dalla PA nella misura in cui è applicabile la LPGA (RS 830.1). Secondo l'art. 2 LPGA, le disposizioni della legge stessa sono applicabili alle assicurazioni sociali disciplinate dalla legislazione federale, se e per quanto le singole leggi sulle assicurazioni sociali lo prevedano. Giusta l'art. 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. 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. 3.2).

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; art. 48 cpv. 1 PA), il ricorso è stato interposto tempestivamente (art. 60 LPGA e art. 50 cpv. 1 PA) e rispetta i requisiti previsti dalla legge (art. 52 cpv. 1 PA). L'anticipo spese è stato corrisposto entro il termine impartito (art. 63 cpv. 4 PA). Il ricorso è pertanto ammissibile.

E. 2.1

Il ricorrente è cittadino di uno Stato membro della Comunità europea, è domiciliato in Italia e sussiste un nesso transfrontaliero, il medesimo avendo lavorato in Svizzera tra il 2004 e il 2010 ed essendo stato assicurato all'assicurazione per la vecchiaia, i superstiti e l'invalidità svizzera (AVS/AI; DTF 145 V 231 consid. 7.1, 143 V 354 consid. 4, 143 V 81, in

particolare consid. 8.1), per cui è applicabile, di principio, l'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 per il diritto ad 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. 2.2.1

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. 2.2.2

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 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 rilevante 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. 2.2.3

Nell'ambito della procedura di revisione della rendita in esame, e per quanto qui di rilievo, lo stato di fatto determinante e che produce conseguenze giuridiche, è costituito dal fatto se il grado d'invalidità del beneficiario della rendita abbia subito una notevole modificazione (art. 17 cpv. 1 LPGA; versione fin vigore fino al 31 dicembre 2021) o abbia subito una modificazione di almeno cinque punti percentuali (art. 17 cpv. 1 lett. a LPGA nella versione in vigore dal 1° gennaio 2022). Peraltro, secondo i principi generali in materia di diritto intertemporale, le regole di diritto determinanti in caso di modifica del diritto sono quelle in

vigore al momento della realizzazione dello stato di fatto che deve essere apprezzato giuridicamente e che ha delle conseguenze giuridiche (DTF 149 II 320 consid. 3; 148 V 174 consid. 4.1 con rinvii). In applicazione di questo principio generale di diritto intertemporale, allorché uno stato di fatto duraturo si è prodotto in parte prima e in parte dopo l'entrata in vigore della nuova legislazione, il diritto ad una rendita deve essere esaminato per il primo periodo secondo le disposizioni del vecchio diritto e per il secondo periodo sulla base delle nuove regole. Restano riservate le disposizioni transitorie particolari (DTF 150 V 323 consid. 4.2; sentenza del Tribunale fedarle 9C_505/2023 del 26 giugno 2024 consid.2.2 con rinvii).

E. 2.2.4

Nel caso concreto, sebbene l'autorità inferiore nella decisione resa il 27 agosto 2024 abbia stabilito che si sia verificato un progressivo miglioramento dello stato di salute già a partire dal 2019 (cfr. consid. B.g), ha rinunciato, a titolo eccezionale, ad una soppressione retroattiva della rendita (cfr. consid. B.i). Ciò significa che le conseguenze giuridiche per l'assicurato sono ravvisabili soltanto a partire dalla decisione di revisione della rendita del 27 agosto 2024, dunque dopo il 1° gennaio 2022. Ne consegue che, alla presente fattispecie, sono applicabili le disposizioni legali in vigore dal 1° gennaio 2022. Giova peraltro rilevare che anche qualora volesse applicare al presente caso il diritto previgente, ossia quello in vigore fino al 31 dicembre 2021, l'esito della causa sarebbe lo stesso, ossia la soppressione della rendita nel senso della decisione dall'autorità inferiore.

E. 2.3

Il potere cognitivo di questo Tribunale è delimitato dalla data della decisione impugnata, in concreto il 27 agosto 2024. Il giudice delle assicurazioni sociali esamina, infatti, la decisione impugnata sulla base della situazione di fatto esistente al momento in cui essa è stata resa (DTF 136 V 24 consid. 4.3). Tiene tuttavia conto dei fatti verificatisi dopo tale data quando essi possano imporsi quali elementi d'accertamento retrospettivo della situazione anteriore alla decisione stessa (DTF 129 V 1 consid. 1.2; 121 V 362 consid. 1b), in altri termini se gli stessi sono strettamente connessi all'oggetto litigioso e se sono suscettibili di influire sull'apprezzamento del giudice al momento in cui detta decisione litigiosa è stata resa (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

Giova peraltro rilevare che il ricorrente ha versato contributi AVS/AI svizzera per 5 anni e 11 mesi (doc. UAIE 80) e, pertanto, adempie in ogni caso la condizione della durata minima di contribuzione di tre anni (art. 36 cpv. 1 LAI).

E. 4

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 LPGA 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 LPGA è un concetto di carattere economico-giuridico e non medico (sentenze del TF 9C_318/2014 del 10 settembre 2014 consid. 3.1 e 8C_636/2010 del 17 gennaio 2011 consid. 3 e relativi riferimenti). Secondo l'art. 7 cpv. 1 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 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. 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. 5.1

L'UAIE ha reso il 27 agosto 2024 una decisione di revisione, ai sensi dell'art. 17 LPGGA (nella versione in vigore dal 1° gennaio 2022), della rendita d'invalidità intera fino ad allora accordata al ricorrente.

E. 5.2

Secondo l'art. 17 LPGGA (nella versione in vigore dal 1° gennaio 2022), per il futuro la rendita d'invalidità è aumentata, ridotta o soppressa, d'ufficio o su richiesta, se il grado d'invalidità del beneficiario della rendita subisce una modificazione di almeno cinque punti percentuali (lett. a) o aumenta al 100% (lett. b).

E. 5.3

Nell'ambito di una revisione della rendita, al fine di accertare se il grado d'invalidità si è modificato in maniera tale da influire sul diritto alle prestazioni, occorre confrontare, da un lato, la situazione di fatto al momento della decisione iniziale di assegnazione della rendita, rispettivamente dell'ultima decisione cresciuta in giudicato che è stata oggetto di un esame materiale del diritto alla rendita dopo contestuale accertamento pertinente dei fatti, apprezzamento delle prove e confronto dei redditi, e, dall'altro, la situazione di fatto vigente all'epoca del provvedimento litigioso (DTF 147 V 167 consid. 4.1; 133 V 108 consid. 5.4; sentenza del TF 9C_664/2013 del 15 gennaio 2014 consid. 4.4.1). Una semplice comunicazione, ai sensi dell'art. 74ter lett. f OAI e dell'art. 74quater cpv. 1 OAI, costituisce eccezionalmente base di riferimento nel tempo se risulta da un esame materiale del diritto alla rendita fondata su una constatazione dei fatti pertinente, un apprezzamento delle prove conforme al diritto e, ove necessario, un confronto dei redditi parimenti conforme al diritto (sentenze del TF 9C_140/2017 del 18 agosto 2017 consid. 4.2, 9C_329/2015 del 20 novembre 2015 consid. 5.2 e 8C_162/2015 del 30 settembre 2015 consid. 2.1).

E. 5.4

Nel caso concreto, il periodo di riferimento è quello intercorrente fra la comunicazione del 17 gennaio 2017 (doc. UAIE 139) - con cui è stato confermato il diritto a continuare a percepire una rendita intera - e il 27 agosto 2024, data della decisione impugnata, con cui la rendita intera è stata soppressa in esito alla procedura di revisione avviata nel 2021 (doc. UAIE 296).

E. 5.5

Costituisce motivo di revisione della rendita d'invalidità ogni modifica rilevante delle circostanze di fatto suscettibile d'influire sul grado d'invalidità e, quindi, sul diritto alla rendita. Per conseguenza, la rendita può essere soggetta a revisione non soltanto in caso di modifica significativa dello stato di salute, ma anche quando detto stato è rimasto invariato, ma le sue conseguenze sulla capacità di guadagno hanno subito un cambiamento significativo (DTF 130 V 343 consid. 3.5; sentenza del TF 9C_662/2014 del 23 aprile 2015 consid. 5.3.1), segnatamente in caso di miglioramento della capacità lavorativa a seguito di un adeguamento o di un adattamento alla disabilità (DTF 147 V 167 consid. 4.1). La modifica può risiedere sia in un cambiamento dello stato di salute sia in una modifica della componente lavorativa (DTF 133 V 545 consid. 6.1-6.3). Anche una modifica di poco conto nello stato di fatto determinante può così dare luogo a una revisione di una rendita dell'assicurazione per l'invalidità se tale modifica determina un superamento (per eccesso o per difetto) di un valore limite (DTF 133 V 545 consid. 6.3; sentenza del TF 9C_832/2018 del 27 febbraio 2019 consid. 5.2). In tale evenienza i parametri di calcolo dell'invalidità, compresi gli aspetti parziali del diritto alla rendita (quali sono segnatamente la determinazione del reddito con e senza invalidità), possono essere ridefiniti facendo capo alle regole applicabili al momento del nuovo esame (sentenza del TF 8C_556/2010 del 24 gennaio 2011 consid. 5 e relativi riferimenti). Irrilevante è invece, una diversa valutazione di una fattispecie restata sostanzialmente immutata (DTF 141 V 9 consid. 2.3; sentenza del TF 8C_534/2014 del 13 agosto 2014 consid. 3.2). Se i fatti determinanti per il diritto alla rendita si sono modificati a tal punto da lasciare apparire una notevole modifica dello stato di salute da giustificare una revisione, il grado d'invalidità deve essere stabilito nuovamente sulla base di fatti accertati in maniera corretta e completa, senza rinvii a precedenti valutazioni dell'invalidità (DTF 141 V 9 consid. 2.3; sentenza del TF 9C_710/2016 del 18 aprile 2017 consid. 4.1). 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 (sentenze del TF 9C_158/2012 del 5 aprile 2013 consid. 3 e 9C_418/2010 del 29 agosto 2011 consid. 3.1). Costituiscono motivo di revisione una modifica significativa dello stato di salute rispettivamente delle sue conseguenze sulla capacità di guadagno (o sulla capacità di svolgere le mansioni consuete) come pure una modifica significativa dello statuto di assicurato (in altri termini delle circostanze [ipotetiche] che hanno determinato la scelta di un metodo di valutazione dell'invalidità; DTF 117 V 198 consid. 3b).

E. 5.6

Ai sensi dell'art. 88a cpv. 1 OAI, se la capacità al guadagno dell'assicurato o la capacità di svolgere le mansioni consuete migliora, 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. La riduzione o la soppressione della rendita è messa in atto al più presto il primo giorno del secondo mese che segue la notifica della decisione di revisione (art. 88bis cpv. 2 let. a OAI; cfr. DTF 130 V 343 consid. 3.5.3 e sentenza del TF 9C_664/2013 del 15 gennaio 2014 consid. 4.4.2 con i riferimenti citati).

E. 6.1

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 (DTF 125 V 351 consid. 3a). Il Tribunale federale ha però ritenuto conforme al principio del libero apprezzamento delle prove definire delle direttive in relazione alla valutazione di determinate forme di rapporti e perizie (DTF 125 V 351 consid. 3b). In particolare, le perizie affidate dagli organi dell'amministrazione a medici esterni oppure a un servizio specializzato indipendente, che fondano le proprie conclusioni su esami e osservazioni approfondite, dopo aver preso conoscenza dell'incarto, e che giungono a risultati concludenti, dispongono di forza probatoria piena, a meno che non vi siano indizi concreti atti a mettere in discussione la loro attendibilità (DTF 137 V 210 consid. 2.2.2; 135 V 465 consid. 4.4; 125 V 351 consid. 3b/bb). Per quel che riguarda le perizie di parte, esse contengono considerazioni specialistiche che possono contribuire ad accertare i fatti, da un punto di vista medico. Malgrado esse non abbiano lo stesso valore probatorio di una perizia giudiziaria, il giudice deve valutare se questi referti medici sono atti a mettere in discussione la perizia giudiziaria oppure quella ordinata dall'amministrazione. Giova altresì rilevare che, di principio, deve essere considerato con la necessaria prudenza l'avviso dei medici curanti, anche se specialisti, a causa dei particolari legami che essi hanno con il paziente (DTF 125 V 351 consid. 3b/cc), come pure in relazione allo scopo di trattamento del curante rispetto a quello di un medico perito, per cui, secondo esperienza comune, il medico curante tende generalmente, in caso di dubbio, a pronunciarsi in favore del proprio paziente in ragione del rapporto di fiducia che lo unisce a quest'ultimo (sentenza del TF 9C_275/2022 del 6 settembre 2022 consid. 4.2). Tuttavia, il semplice fatto che un certificato 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. 6.2

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. 6.3

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'incanto da un punto di vista medico (sentenza del TF 9C_542/2011 del 26 gennaio 2012 consid. 4.1). In presenza di rapporti medici contraddittori, devono indicare i motivi per cui si fondano su un rapporto piuttosto che su un altro o se occorre effettuare un 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. 6.4

Diversamente dai (semplici) rapporti medici interni all'assicuratore, ove è sufficiente un minimo dubbio sull'affidabilità e sulla concludenza 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. 6.5

Una valutazione medica completa, comprensibile e concludente che, considerata a sé stante in occasione di un'unica (prima) valutazione del diritto alla rendita, andrebbe ritenuta probante, non assurge a prova attendibile in caso di revisione se non attesta in modo sufficiente in che modo rispettivamente in che misura ha avuto luogo un effettivo cambiamento 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. 6.6

In presenza di rapporti medici contraddittori il giudice non può evadere la vertenza senza valutare l'intero materiale e indicare i motivi per cui egli si fonda su un rapporto piuttosto che su un altro. Al riguardo va tuttavia precisato che non si può pretendere dal giudice che raffronti i diversi pareri medici e parimenti esponga correttamente da un punto di vista

medico, come farebbe un perito, i punti in 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. 7.1

Oggetto impugnato è, da un lato, la decisione dell'autorità inferiore del 27 agosto 2024 con cui è stata soppressa all'assicurato la rendita d'invalidità dal 1° ottobre 2024, dall'altro, il rifiuto di riconoscere provvedimenti professionali.

E. 7.2

Litigiosa è tuttavia unicamente la soppressione della rendita intera accordata sino al 30 settembre 2024 al ricorrente. Il rapporto giuridico a sé stante relativo al rifiuto di concedere provvedimenti professionali è - siccome rimasto incontestato - cresciuto in giudicato.

E. 7.3.1

L'autorità inferiore ha fondato la decisione impugnata essenzialmente sulla perizia pluridisciplinare del SAM dell'8 febbraio 2024 (cfr. rapporto redatto dalla specialista in medicina interna dott.ssa I. _____ [doc. UAIE 268, pag. 1 a 80]), rispettivamente sui rapporti degli specialisti implicati in tale perizia, negli ambiti della reumatologia (dott.ssa L. _____ [del 2 gennaio 2024, doc. UAIE 268, pag. 83 a 123]), della neurologia (dott. M. _____ [del 21 settembre 2023, doc. UAIE 268, pag. 124 a 135]) e della psichiatria (dott.ssa N. _____ [del 27 ottobre 2023, doc. UAIE 268, pag. 136 a 165]). Il 19 settembre 2023 è stata altresì eseguita una radiografia lombosacrale con pose dinamiche (doc. UAIE 268, pag. 173), lo stesso giorno sono stati svolti esami di laboratorio ed elettrocardiogramma (doc. UAIE 268, pag. 174 a 181). Il 20 settembre 2023, il ricorrente si è sottoposto anche a due test psicologici: il questionario MMPI2-Rf e il questionario SIMS (doc. UAIE 268, pag. 166 a 172). Nel corso dell'esame neurologico del 21 settembre 2023 è stato eseguito anche un esame elettromiografico (doc. UAIE 268, pag. 135).

E. 7.3.2

Dal consulto internistico della dott. I. _____, non emerge alcuna diagnosi con ripercussione sulla capacità lavorativa (doc. UAIE 268, pag.54). Vengono poste esclusivamente due diagnosi senza influsso sulla residua capacità lavorativa, ossia quella di sovrappeso (BMI 29.25 kg/m²) e quella di lieve ipercolesterolemia (LDL-Col 3.9 mmol/l).

E. 7.3.3

In ambito reumatologico, la dott.ssa L. _____ ha osservato che l'assicurato è un uomo di 45 anni in buono stato generale. Ha altresì riscontrato una colonna vertebrale con lieve scoliosi dorsale sinistro-convessa e lombare destro-convessa, con appiattimento della cifosi dorsale e della lordosi lombare, e il collo protratto in avanti, una colonna cervicale lievemente dolente nelle fasi finali di tutti i movimenti, ma non limitata ai movimenti di estensione, flessione laterale e rotazione, né irradiazione alle braccia. Il test di Spurling è negativo. La colonna dorsale è rigida e dolente alla mobilizzazione passiva su tutti i piani, in particolare alla flessione-estensione, per marcata contro-innervazione. La colonna lombare è rigida e limitata alla mobilizzazione passiva per marcata contro-innervazione; il movimento di flessione-estensione attiva non è possibile per riferito marcato dolore ai primi gradi di movimento a livello lombare. Vi è dolenzia alla palpazione dei processi spinosi dorsali e lombari, dove è presente marcata iperalgesia allo sfioramento della regione cutanea in regione lombare a fascia. Per quanto riguarda le articolazioni periferiche, la specialista ha

riscontrato spalle libere nei movimenti passivi, senza arco dolente, con dolenzia riferita agli ultimi gradi di abduzione per dolore localizzato alla muscolatura dorsale. I test resistivi per le cuffie dei rotatori sono ben tenuti. Gomiti, polsi e piccole articolazioni delle dita hanno una mobilità passiva normale e sono indolori. La chiusura dei pugni è completa dai due lati, la forza conservata. Le ginocchia presentano una mobilità passiva libera, ma lievemente dolenti alla palpazione sovrapatellare bilateralmente, dove l'assicurato riferisce delle "stilette" ai movimenti di flessione delle ginocchia, anche in scarico. Le prove di stabilità e i test meniscali sono ben tenuti. Le caviglie presentano una mobilità passiva normale e sono indolori. Sono dolenti alla palpazione i tendini achillei lungo tutto il decorso, non sono tumefatti. I piedi hanno tendenza al piattismo. Sono state eseguite le prove della forza rozza dei gruppi muscolari degli arti inferiori. La deambulazione sui talloni e sulle punte dei piedi è difficilmente eseguibile per timore della comparsa di dolore lombare. La marcia è cauta, senza zoppia. La specialista ha riscontrato la positività di 2 su 18 punti fibromialgici (doc. UAIE 268, pag. 109 e seg.). Secondo la perita, gli esami strumentali hanno evidenziato quanto segue. Quelli radiologici (doc. UAIE 268, pag. 173) mostrano esiti dopo spondilodesi L4-L5 con materiale osteosintetico in posizione invariata rispetto all'esame dell'11 aprile 2012. Non sono presenti segni di rottura. È invariata la posizione dell'interponato discale L4-L5. Sono presenti segni di discopatia L3-L4 e L2-L3 con spondilosi anteriore. Nelle immagini funzionali non sono presenti segni per instabilità inter-segmentale. Gli esami di laboratorio (emocromo, funzionalità epatica, renale, calcemia, TSH, Proteina C-reattiva) sono stati considerati nella norma (doc. UAIE 268, pag. 174 e segg.). Per quanto riguarda la valutazione della coerenza e della plausibilità, la perita ha osservato che i deficit funzionali riferiti, in parte riscontrati durante l'esame clinico funzionale, sono solo parzialmente spiegabili con le alterazioni strutturali documentate agli atti. Ha inoltre rilevato una discrepanza tra la percezione di dolori invalidanti e dei deficit funzionali, in particolare a carico del rachide dorso-lombare, evidenziati anche durante l'esame clinico, e le attività svolte e descritte nell'esposizione dettagliata e rappresentativa dello svolgimento di una giornata tipo, come riportato nel verbale di colloquio del 15 settembre 2023 tra l'assicurato e gli addetti dell'Ufficio AI di (...). La specialista, in seguito, ha affermato di concordare con quanto riferito dal dott. O. _____, chirurgia ortopedica e medico di circondario SUVA, in un rapporto di visita medica di chiusura del 27 maggio 2013 (doc. UAIE 107), il quale ha affermato di aver riscontrato una parziale incongruenza dei disturbi del ricorrente, che non possono essere spiegati completamente dai reperti oggettivabili, con un'amplificazione dei sintomi e atteggiamenti dimostrativi. L'esperta ha considerato che nel tempo è subentrato un miglioramento del quadro clinico con recupero di maggiori prestazioni fisiche, come dimostrato dalla mancata assunzione regolare di farmaci antidolorifici, dalla scarsa necessità di richieste di visite specialistiche (terapia del dolore, neurochirurgiche, fisioterapiche, ecc.), dal dossier fotografico e dalla descrizione delle attività svolte da parte del ricorrente (concerti, viaggi, fiere, ecc.). A seguito dell'esame clinico e della documentazione a disposizione, ha dunque posto la diagnosi con influenza sulla capacità lavorativa di sindrome lombo-spondilogenica cronica intermittente in stato dopo intervento di asportazione di ernia L4-L5 a sinistra (2006) con recidiva di ernia discale L4-L5 (2010) dopo trauma contusivo della colonna lombare (2010) e dopo intervento di decompressione, fusione e stabilizzazione per via posteriore (PLIF) di L4-L5 per sindrome da insufficienza/instabilità segmentaria L4-L5 (2012). Ha ritenuto un'incapacità lavorativa totale nell'attività lavorativa precedente, mentre una capacità lavorativa in attività adeguata rispettosa dei limiti funzionali, del 50% dal 17 gennaio 2017, del 70% dall'8 dicembre 2019

e dell'80% dall'11 maggio 2021 e posto i limiti funzionali seguenti: - può spesso sollevare e portare pesi fino a 5 kg fino all'altezza dei fianchi, talvolta pesi tra 5-10 kg fino all'altezza dei fianchi, mai pesi oltre 10 kg fino all'altezza dei fianchi; - può spesso sollevare pesi fino a 5 kg sopra l'altezza del petto, talvolta pesi oltrepassanti 5 kg sopra l'altezza del petto; - può molto spesso maneggiare attrezzi di precisione, molto spesso maneggiare attrezzi molto leggeri, molto spesso maneggiare attrezzi leggeri, talvolta maneggiare attrezzi di media entità, mai maneggiare attrezzi pesanti. La rotazione manuale è normale; - può raramente effettuare lavori al di sopra della testa, talvolta effettuare la rotazione del tronco; - può talvolta assumere la posizione seduta ed inclinata in avanti, talvolta la posizione in piedi ed inclinata in avanti, talvolta assumere la posizione inginocchiata, talvolta effettuare la flessione delle ginocchia, raramente assumere la posizione accovacciata; - può assumere spesso la posizione seduta di lunga durata, talvolta la posizione in piedi di lunga durata, dovendo tuttavia avere la possibilità di alternare le posizioni corporee al bisogno; - può molto spesso camminare fino a 50 metri, talvolta oltre 50 metri, raramente camminare per lunghi tragitti, raramente camminare su terreno accidentato, può talvolta salire le scale, mai salire su scale a pioli (doc. UAIE 268, pag. 117).

E. 7.3.4

L'esame neurologico, comprensivo di un esame elettromiografico, non ha evidenziato alcuna affezione di natura neurologica avente influsso sulla capacità lavorativa. L'esame elettromiografico orientativo nei muscoli tibiale anteriore destro e sinistro e gastrocnemio destro e sinistro è risultato normale, senza elementi a favore di un danno neurogeno acuto o cronico. Il perito ha indicato che, complessivamente, dunque, non vi sono attualmente reperti indicativi di un danno neurogeno radicolare o di altro tipo agli arti inferiori (doc. UAIE 268, pag. 130). Senza incidenza sulla capacità lavorativa sono state ritenute: sindrome lombovertebrale cronica in stato dopo intervento di discectomia L4-L5 a sinistra (2006), intervento di discectomia L4-L5 a sinistra per recidiva (2010), intervento di stabilizzazione lombare L4-L5 (2012) senza deficit radicolari residui associati; emicrania senza aura. Dal punto di vista neurologico, il perito dott. M._____ ha considerato l'insorgente abile al lavoro nella misura del 100% per qualunque attività.

E. 7.3.5

Dal consulto psichiatrico, risulta che la dott.ssa N._____ ha posto esclusivamente due diagnosi senza influsso sulla residua capacità lavorativa, ossia quella di fame emotiva (ICD-10 F50.4) e quella di fobia specifica (volare; ICD-10 F40.2). Nella discussione di incoerenze emerse in sede peritale, la specialista ha osservato un'incoerenza fra l'affermazione dell'insorgente di aver difficoltà a deambulare a causa di problemi alla schiena e il modo in cui si è recato presso sede del SAM. A causa di tali difficoltà, il ricorrente ha affermato di utilizzare l'auto per raggiungere i vari luoghi, parcheggiando il più vicino possibile per ridurre il tragitto a piedi. Tuttavia, durante la visita, ha affermato di essersi recato presso gli uffici del SAM in treno e di aver poi percorso il tragitto dalla stazione a piedi, un tragitto che è di circa 15 minuti a passo normale. Dalla valutazione delle capacità, delle risorse e dei problemi dell'assicurato, si rileva che la perita non ha riscontrato alcun deficit. Per la specialista, dal punto di vista psichiatrico, la capacità lavorativa è ed è sempre stata del 100% in qualsiasi attività. La prognosi sarebbe, inoltre, buona (doc. UAIE 268, pag. 163 e seg.).

E. 7.3.6

Dagli esami psicologici del 20 settembre 2023 (doc. UAIE 268, pag. 166 e segg.) è emerso che l'insorgente ha manifestato una tendenza all'esagerazione dei sintomi. È probabile la presenza di qualche fragilità a livello personologico in misura non tale da inficiare progetti o abitudini di vita (doc. UAIE 268, pag. 50). Tali conclusioni sono state discusse durante l'elaborazione della valutazione consensuale (doc. UAIE 268, pag. 70).

E. 7.3.7

Gli esami di laboratorio hanno dato esiti nella norma; quelli svolti in ambito farmacologico (per i medicinali Diazepam, Nordiazepam, Oxazepam e Temazepam) hanno mostrato tassi al di sotto del range terapeutico (doc. UAIE 268, pag. 49, 68 e 178).

E. 7.3.8

In sostanza, dalla valutazione peritale pluridisciplinare - e segnatamente dalle conclusioni condivise dai diversi specialisti - emerge che l'incapacità lavorativa del ricorrente è ascrivibile esclusivamente ad una patologia di natura reumatologica. Sotto il profilo neurologico ed internistico non sono stati riscontrati limiti funzionali, né sono emersi deficit in ambito psichiatrico. I periti hanno inoltre rilevato che le limitazioni descritte dall'interessato nel questionario per la revisione della rendita del 19 ottobre 2016 (doc. UAIE 133) hanno subito un miglioramento. In tale occasione, egli riferiva di necessitare di aiuto per vestirsi e svestirsi, per alzarsi, sedersi e coricarsi, nonché per la cura del corpo, precisando tuttavia che tale bisogno di aiuto non era costante, ma variava in funzione dei giorni e dell'intensità dei dolori. Indicava altresì di assumere unicamente farmaci analgesici e di evitare movimenti suscettibili di aggravare il proprio stato di salute. Successivamente, il ricorrente ha effettuato viaggi, anche impegnativi, ha partecipato a manifestazioni sportive e musicali e ha condotto una vita sostanzialmente normale. Anche tali elementi, secondo i periti, depongono per un'evoluzione favorevole dei disturbi e delle connesse limitazioni funzionali (doc. UAIE 268, pag. 78). Alla luce della diagnosi reumatologica e delle formulate osservazioni, il SAM ha ritenuto sussistere un'incapacità lavorativa totale nell'attività lavorativa precedente svolta, mentre in un'attività adeguata e rispettosa dei limiti funzionali, una capacità lavorativa del 50% dal 17 gennaio 2017, del 70% dall'8 dicembre 2019 e dell'80% dall'11 maggio 2021, con una riduzione del rendimento del 20%, a causa dei dolori cronici a livello del rachide lombare con la necessità di brevi pause al bisogno, a decorrere da maggio 2021. Il quadro clinico si è poi stabilizzato da maggio 2021. Nel rapporto consensuale della perizia pluridisciplinare si precisa che le conclusioni peritali si fondano su un'esauriente discussione tra i diversi medici periti del SAM.

E. 7.4.1

Il ricorrente ha contestato nel gravame il fatto che sia stata dimostrata una notevole modificazione del suo stato di salute ai sensi dell'art. 17 LPGA. Si è doluto in particolare del fatto che la perizia è stata svolta in maniera superficiale e non poggia su accertamenti strumentali, mettendo quindi in dubbio che le possa essere attribuito pieno valore probatorio. L'insorgente ha altresì presentato ulteriore documentazione medica (già trasmessa all'autorità inferiore in sede di osservazioni al progetto di decisione del 2 maggio 2024, doc. UAIE 292), fra cui in particolare una valutazione medica del 2 luglio 2024 della dott.ssa F. _____, chirurgia e medicina legale e delle assicurazioni (doc. TAF 1), nella quale la stessa ha sostenuto che, contrariamente a quanto asserito nella perizia del SAM, la documentazione medica agli atti dimostra la stabilità della condizione clinica dell'assicurato relativamente alla presenza di alterazioni di natura congenita e acquisita alla colonna, che

poco giovamento hanno tratto dagli interventi chirurgici e dalle terapie mediche e riabilitative poste in essere dal 2006, la quale è tale da giustificare il riconoscimento al diritto ad una rendita intera.

E. 7.4.2

Nella risposta al ricorso (doc. TAF 6), l'autorità inferiore ha indicato che le valutazioni specialistiche che compongono la perizia pluridisciplinare del SAM forniscono un quadro completo e aggiornato dello stato di salute dell'assicurato e di non avere motivi per mettere in dubbio il parere del proprio servizio medico, il quale ha ritenuto che le diagnosi contenute nel rapporto peritale sono state motivate in modo convincente e che le conclusioni degli esperti sono probatorie (doc. UAIE 273). L'insorgente non avrebbe altresì prodotto con il ricorso alcun certificato medico in grado di sovvertire le conclusioni cui è giunta l'amministrazione. Ha quindi proposto il respingimento del ricorso.

E. 7.4.3

Con replica del 23 gennaio 2025, il ricorrente ha ribadito la sua posizione ed ha prodotto un rapporto integrativo del 7 gennaio 2025 della dott.ssa F._____. Allegati a quest'ultimo vi sono anche un rapporto di visita neurochirurgica del 18 giugno 2024, un rapporto di ecografia muscolo-tendinea del 19 settembre 2024 ed una prescrizione per svolgere una risonanza magnetica al ginocchio destro il 2 aprile 2025. Nel rapporto integrativo, la dott.ssa F._____ ha ribadito che gli accertamenti prodotti non hanno dimostrato alcun concreto miglioramento delle condizioni dell'insorgente, rendendo quindi plausibile la sintomatologia dolorosa e disfunzionale da lui lamentata. Ha affermato, inoltre, che recenti accertamenti strumentali a carico del rachide in toto del 5 giugno 2024 (doc. UAIE 289) hanno dimostrato la presenza di discopatie multiple a carico del rachide cervicale, dorsale e lombosacrale, con riduzione di ampiezza del canale spinale di tipo misto (congenito e acquisito) e osteofitosi, oltre a ciò, ad una visita neurochirurgica da parte del dott. G._____ del 18 giugno 2024 è stata posta una valutazione conclusiva coerente con il quadro di grave spondilodiscoartrosi interessante la colonna in toto. La dott.ssa F._____ per concludere, non ha ritenuto che possa essere richiesta un'attività lavorativa esercitata con continuità, con profitto e senza usura in attività confacenti con quella da lui all'epoca svolta, di operaio magazziniere nel settore della logistica.

E. 7.4.4

Con duplica del 1° aprile 2025, l'autorità inferiore, in virtù di un'ulteriore presa di posizione del servizio medico dell'UAIE, ha nuovamente proposto la reiezione del ricorso. In tale presa di posizione, la dott.ssa E._____, dopo aver preso visione della nuova documentazione medica, ha concluso che i rapporti medicali presentati dall'interessato in sede di ricorso non contengono elementi medici significativi che non siano già stati presi in conto nella perizia pluridisciplinare del SAM e che pertanto le conclusioni degli apprezzamenti medico-giuridici del 7 aprile e del 15 agosto 2024 devono essere mantenuti.

E. 7.5

Questo Tribunale, contrariamente a quanto sostenuto dal ricorrente in sede ricorsuale, ritiene - per le ragioni che saranno indicate di seguito - che la fattispecie risulta essere stata sufficientemente acclarata dall'amministrazione dal profilo medico per quanto attiene alla situazione - decisiva ai fini processuali - esistente fino al momento della pronuncia della decisione impugnata.

E. 7.5.1

Dal profilo formale, questo Tribunale rileva come i periti del SAM hanno rispettato l'iter e la struttura di una perizia pluridisciplinare, ovvero hanno vagliato tutta la documentazione, eseguito la visita specialistica in cui sono state anche raccolte le dichiarazioni dell'assicurato, risposto alle domande peritali poste e poi congiuntamente hanno proceduto a una valutazione globale interdisciplinare consensuale, tenendo conto anche dei risultati degli esami psicologici.

E. 7.5.2

Dal profilo materiale, e specificatamente da quello internistico, l'esame svolto nel contesto della perizia pluridisciplinare del SAM ha permesso di determinare in modo completo le affezioni di cui soffre il ricorrente e, pertanto, di stabilire che non vi sono diagnosi che influenzano la sua capacità lavorativa in tale ambito. Il ricorrente non ha indicato, né è dato altrimenti sapere, in cosa consisterebbe un'eventuale discrepanza tra la valutazione dal profilo internistico e quella risultante dai documenti specialistici anteriori alla decisione litigiosa. Infatti, né i referti medici prodotti in sede di ricorso né altri referti prodotti in corso di procedura di prima istanza fondati su esami medici obiettivi contengono indicazioni diverse rispetto al rapporto internistico con riferimento alla ritenuta specifica residua capacità lavorativa in tale ambito specialistico. Può pertanto essere senz'altro considerato che, nell'ambito in questione, la perizia del SAM gode di piena forza probatoria. Indizi in senso contrario non sono ravvisabili.

E. 7.5.3

Può essere conferita piena forza probatoria alla perizia pluridisciplinare anche per quanto attiene all'ambito psichiatrico. Il perito incaricato dal SAM, esaminato personalmente il ricorrente e sulla base dell'insieme della pertinente documentazione medica agli atti non ha ravvisato alcuna patologia psichiatrica idonea a incidere sulla capacità lavorativa. Peraltro, dall'anamnesi del ricorrente non emergono precedenti patologie psichiatriche che abbiano influito sulla sua capacità lavorativa, né risulta che egli sia mai stato sottoposto a cure di natura psichiatrica. Agli atti non figurano elementi documentali di segno contrario e l'insorgente, su tale specifico punto, non ha sollevato contestazioni.

E. 7.5.4

Con riferimento alla forza probatoria della perizia pluridisciplinare in ambito neurologico, questo Tribunale osserva che anche la valutazione svolta in tale ambito non presta fianco a critiche. Il perito incaricato, dopo avere proceduto all'esame clinico diretto del ricorrente e avere analizzato la pertinente documentazione agli atti, ha escluso la sussistenza di patologie di natura neurologica con influsso sulla capacità lavorativa. In particolare, a fronte di alcune difficoltà nella deambulazione sulla punta dei piedi e sui talloni dell'insorgente, il 19 settembre 2023 è stato disposto un approfondimento elettromiografico, il quale ha dato esito del tutto normale, sia nel territorio L5 sia in quello S1, senza evidenziare reperti compatibili con un danno assonale motorio in tali distretti. Le difficoltà lamentate sono state pertanto ricondotte ad un'origine principalmente antalgica, e non neurogena. Nel complesso, non sono emersi elementi oggettivi idonei a comprovare la presenza di un danno neurogeno radicolare o di altro tipo agli arti inferiori (doc. UAIE 268, pag. 130). Le controargomentazioni sviluppate in sede di ricorso non appaiono idonee a scalfire tali conclusioni. L'insorgente sostiene che i propri nervi verserebbero "in pessime condizioni" a causa di uno schiacciamento vertebrale (doc. TAF 1, pag. 4); tuttavia, tale affermazione

rimane apodittica e non trova riscontro in evidenze cliniche o strumentali oggettive. Anche la documentazione prodotta dallo stesso ricorrente non attesta la presenza di deficit neurologici né segni di sofferenza radicolare (doc. UAIE 180, pag. 5). Agli atti figura, certo, un rapporto di visita neurochirurgica del 18 giugno 2024, redatto dal dott. G. _____, neurochirurgia, nel quale si afferma che l'insorgente è affetto da una grave spondilodiscoartrosi estesa a tutti i tratti della colonna vertebrale, con impossibilità di deambulazione autonoma e di stazione eretta senza appoggio, nonché con totale inabilità lavorativa (doc. UAIE 290). Tuttavia, tale rapporto - di natura sintetica e privo di riferimento a nuovi accertamenti strumentali - non introduce elementi clinici ulteriori rispetto a quelli già esaminati dai periti. Esso si limita a formulare diverse conclusioni valutative, senza un corredo argomentativo e oggettivo che consenta di verificarne e ammetterne un'eventuale fondatezza. Come già rilevato dall'autorità inferiore nel rapporto medico-giuridico del 15 agosto 2024 (doc. UAIE 295), il suddetto rapporto non descrive aspetti nuovi, che non siano già stati discussi e presi in conto dagli esperti del SAM. Evidenze obiettive dell'esistenza di affezioni neurologiche, altresì con possibile incidenza sulla capacità lavorativa, non ve ne sono agli atti. In assenza di dati clinici o di esami strumentali oggettivi suscettibili d'infirmare le conclusioni peritali, le allegazioni del ricorrente non possono prevalere sulle valutazioni specialistiche di cui alla suddetta valutazione peritale.

E. 7.5.5

Per quanto attiene al valore probatorio della perizia pluridisciplinare sotto il profilo reumatologico, occorre osservare che neppure con riferimento a tale valutazione emergono elementi idonei a inficiarne l'attendibilità. L'insorgente in sede ricorsuale sostiene che il miglioramento del quadro clinico lombare, rilevato dalla specialista reumatologica, dott.ssa L. _____, sarebbe stato ritenuto soltanto "plausibile" e fondato su meri indizi, inidonei a dimostrare un effettivo miglioramento. Egli richiama, in particolare, il fatto che la perita nella sua argomentazione in merito all'osservato miglioramento ha rilevato che l'insorgente non assume regolarmente farmaci analgesici, non si è più sottoposto a visite specialistiche negli ultimi anni e svolge attività che presuppongono una certa prestanza fisica (concerti, viaggi, fiere, ecc.). Tale censura non considera, tuttavia, che la reumatologa ha proceduto ad un esame clinico personale dell'assicurato, ha approfondito l'anamnesi e ha valutato la documentazione medica agli atti; ha poi tenuto conto dei suddetti elementi quali fattori integrativi e corroboranti del quadro diagnostico complessivo. Gli aspetti richiamati dal ricorrente non costituiscono dunque il fondamento esclusivo della valutazione, bensì elementi di riscontro inseriti in un accertamento clinico completo e strutturato. Il ricorrente sostiene altresì che l'autorità inferiore non avrebbe "preso in assoluta considerazione" la valutazione medica redatta dalla dott.ssa F. _____ in data 2 luglio 2024, peraltro non specialista in ambito reumatologico. Tale affermazione non trova riscontro negli atti. Sia il rapporto del 2 luglio 2024 (doc. UAIE 291) sia il relativo complemento del 7 gennaio 2025 (doc. TAF 9, pag. 10 e seg.) della dott.ssa F. _____ sono stati trasmessi al servizio medico dell'UAIE, affinché ne prendesse conoscenza ed esprimesse il proprio parere. All'esito di tale esame è stato confermato che le valutazioni della dott.ssa F. _____ non apportano elementi nuovi o determinanti tali da giustificare una modifica delle conclusioni cui è pervenuta la perizia pluridisciplinare (doc. UAIE 295; doc. TAF 13, pag. 5 e seg.). Il ricorrente ha sostenuto in seguito che le proprie condizioni di salute si sono ulteriormente aggravate. A sostegno di tale affermazione ha richiamato la diagnosi di gonalgia bilaterale associata a entesopatia calcifica bilaterale del quadricipite e precisato che avrebbe dovuto

sottoporsi a una risonanza magnetica in data 2 aprile 2025 (doc. TAF 9, pag. 2 e seg.). Questo Tribunale osserva tuttavia che il ricorrente non ha successivamente prodotto né gli esiti della risonanza magnetica né ulteriore documentazione medica idonea a comprovare l'asserito peggioramento. Va inoltre rilevato che la diagnosi in questione era già stata presa in considerazione dalla perita reumatologa, la quale aveva escluso che tale patologia comportasse ripercussioni sulla capacità lavorativa dell'interessato (doc. UAIE 268, pag. 118). Il ricorrente, come già menzionato in ambito neurologico (cfr. consid. 7.5.4), cita, in relazione alla gravità del suo stato di salute, anche il rapporto del 18 giugno 2024 del dott. G. _____, neurochirurgia, il quale rileva la presenza di una grave spondilodiscoartrosi. In merito a tale affezione, si osserva che la stessa è stata debitamente valutata in sede peritale. È stato infatti svolto un esame radiologico lombosacrale con pose dinamiche (doc. UAIE 268, pag. 173), sul quale si è espressa la dott.ssa L. _____, osservando che quest'ultimo non mostrava segni di rottura, che la posizione dell'interponato discale L4-L5 risultava invariata, che si rilevavano segni di discopatia L3 - L4 e L2 - L3 con spondilosi anteriore e che non vi erano segni di instabilità inter-segmentale. In merito all'allegazione secondo cui vi sarebbe un continuo peggioramento dello stato di salute, segnatamente dal profilo algico, occorre rilevare che tale assunto non trova riscontro in elementi clinici oggettivi. La dott.ssa L. _____ ha infatti osservato che i reperti clinici obiettivi e i riscontri strumentali non giustificano l'intensità dei dolori riferiti dall'insorgente (doc. UAIE 268, pag. 117). Tale valutazione è stata peraltro confermata nella sostanza anche dagli accertamenti di natura psicologica, dai quali è emersa una tendenza all'esagerazione dei sintomi (cfr. consid. 7.3.6). In assenza di nuovi elementi medici oggettivi e verificabili attestanti un effettivo aggravamento, le allegazioni dell'insorgente al riguardo si esauriscono in mere affermazioni di parte. Alla luce di quanto precede, questo Tribunale non ravvisa elementi concreti e concludenti per discostarsi dalle conclusioni formulate dalla dott.ssa L. _____, le quali risultano coerenti, motivate e fondate su un esame clinico completo e su un'adeguata valutazione della documentazione medica disponibile.

E. 7.6.1

Nell'ambito della procedura di revisione della rendita, l'autorità inferiore non si è limitata a disporre accertamenti medici specialistici volti a verificare l'evoluzione dello stato di salute dell'assicurato, ma ha altresì proceduto alla raccolta di elementi fattuali ulteriori, segnatamente tratti da pubblicazioni rese accessibili dall'interessato su piattaforme online (doc. UAIE 148 a 156; doc. UAIE 246 e doc. UAIE 254) e da un colloquio di orientamento con l'insorgente (doc. UAIE 253).

E. 7.6.2

Tali elementi sono stati trasmessi ai periti del SAM come integrazione dell'anamnesi del ricorrente.

E. 7.6.3

In particolare, dalla documentazione acquisita in rete emergono resoconti, immagini e filmati nei quali l'assicurato appare intento a svolgere attività quali, ad esempio: dichiarare di aver percorso, a tronco flesso, un tratto di strada sorreggendo il sellino di una piccola bicicletta (per bambini) a circa 30 cm da terra; posizionarsi su rocce in altura nei pressi di un lago al fine di scattare fotografie; dichiarare di aver spalato neve per un'ora e mezza; guidare per circa un'ora e quarantacinque minuti per recarsi alla fiera del disco di (...); assistere a concerti rock della durata anche di tre ore; intraprendere un viaggio in Patagonia,

segnatamente nella steppa e presso il ghiacciaio Perito Moreno; presenziare a un Gran Premio automobilistico in tribuna; nonché filmarsi per circa quindici minuti mentre percorre a piedi strade urbane dissestate di (...) (doc. UAIE 148 a 156; doc. UAIE 246 e doc. UAIE 254; doc. TAF 18).

E. 7.6.4

La documentazione raccolta in rete e le dichiarazioni dell'assicurato durante il colloquio di orientamento con l'UAIE sono state oggetto di discussione in sede peritale, segnatamente nell'analisi della coerenza e plausibilità del quadro clinico e delle limitazioni funzionali riferite (doc. UAIE 268, pag. 69 e seg.). I periti hanno osservato che da tali elementi si ricava che l'assicurato di fatto conduce una vita piuttosto attiva e possiede molteplici interessi, rilevando come egli risulta in grado di svolgere attività non pienamente coerenti con i limiti funzionali descritti in sede di visita peritale. È stato richiamato, a titolo esemplificativo, il fatto che l'assicurato ha dichiarato di necessitare di una carrozzina per essere accompagnato dall'aeroporto alla pista, mentre un video di circa quindici minuti lo ritrae mentre cammina con apparente scioltezza su strade urbane caratterizzate da buche a fondo dissestate. Analogamente, i viaggi documentati e talune attività fisicamente impegnative da lui pubblicamente descritte sono stati ritenuti elementi suscettibili di porre interrogativi in ordine alla compatibilità con l'entità e la frequenza dei disturbi lamentati.

E. 7.6.5

In sede ricorsuale, l'interessato ha contestato tale operato da parte dell'autorità inferiore, sostenendo che si tratterebbe di "mere indagini" fondate su fotografie e pubblicazioni episodiche, inidonee a dimostrare un miglioramento clinico in assenza di specifici accertamenti medici. Egli ha richiamato inoltre la presa di posizione della dott.ssa F. _____ del 2 luglio 2024, la quale ha osservato che attività episodiche di natura ludica o attinenti alla vita di relazione non possono essere equiparate allo svolgimento continuativo e strutturato di un'attività lavorativa (doc. TAF 1, pag. 3).

E. 7.6.6

Tali censure sono infondate. In primo luogo, le dichiarazioni dell'assicurato nel corso del colloquio e gli elementi tratti dalle pubblicazioni online, non sono stati utilizzati quale prova autonoma, né hanno sostituito gli accertamenti medici-specialistici disposti nell'ambito della revisione. Essi sono stati piuttosto integrati nel materiale anamnestico e valutati dai periti quale riscontro esterno, utile ai fini dell'esame della coerenza tra le dichiarazioni soggettive e il comportamento osservabile dell'assicurato. La loro considerazione si inserisce pertanto in un accertamento globale e strutturato, fondato primariamente su valutazioni cliniche dirette e sulla documentazione medica agli atti. In secondo luogo, se è vero che singole attività ricreative non sono di per sé assimilabili a un'attività esercitata con continuità, è altrettanto vero che la frequenza, la varietà e talora l'impegno fisico delle attività documentate possono costituire elementi di valutazione nell'apprezzamento complessivo della capacità funzionale residua dell'insorgente.

E. 7.6.7

Nel caso concreto, i periti non si sono quindi limitati a un'analisi superficiale di singoli resoconti, video o scatti fotografici, ma hanno esaminato il materiale disponibile alla luce delle limitazioni dichiarate ed evidenziate nel corso degli esami peritali e delle risultanze cliniche, mettendo in rilievo specifiche incongruenze. Ne consegue che la considerazione degli elementi tratti dalle pubblicazioni online dell'assicurato appare inserita in un percorso

valutativo coerente. Essa non sostituisce la prova medica, bensì contribuisce, unitamente agli accertamenti specialistici, alla formazione di un convincimento fondato sulla globalità delle circostanze rilevanti ai fini della valutazione del caso.

E. 7.7.1

Questo Tribunale rileva che al momento della determinazione del diritto alla rendita d'invalidità, il caso, da un punto di vista medico, non era ancora stabilizzato (cfr. consid. A.d; doc. UAIE 79). A quel momento era stato ritenuto come il danno alla salute comportasse un'incapacità lavorativa e di guadagno in qualsiasi attività. Nella decisione di attribuzione della rendita intera d'invalidità era stato tuttavia menzionato che lo stato di salute dell'assicurato non era ancora stabilizzato e che per questo motivo non era possibile esprimersi in modo definitivo sulla residua capacità lavorativa, riservata espressamente la revisione ai sensi dell'art. 17 LPGA.

E. 7.7.2

Al momento della prima revisione (cfr. consid. A.f), nonostante la valutazione medica SMR indicava una capacità lavorativa del 50% per un'attività professionale adeguata, l'autorità inferiore ha ritenuto l'interessato totalmente inabile al lavoro, in quanto le numerose limitazioni funzionali individuate non consentivano (ancora) di valutare la sua capacità lavorativa residua in un mercato equilibrato del lavoro (doc. UAIE 120).

E. 7.7.3

Con la seconda revisione (cfr. consid. A.g) è stato ritenuto invariato lo stato di salute dell'assicurato rispetto alla precedente revisione. Questo Tribunale rileva che la seconda revisione è stata effettuata nell'ottica di un preteso peggioramento. Il medico SMR ha tuttavia ritenuto che il lamentato peggioramento clinico soggettivo non trovasse riscontro oggettivo in alterazioni di recente insorgenza né in esami strumentali in grado di dimostrare un'evoluitività del quadro già noto. Ha poi aggiunto che l'assicurato non risultava essere seguito da alcuno specialista, neurologo, neurochirurgo o da un Centro di terapia del dolore (doc. UAIE 135).

E. 7.7.4

Nell'ambito della revisione qui in esame, in particolare sulla base della perizia del SAM dell'8 febbraio 2024, i periti incaricati dall'amministrazione sono giunti alla conclusione che, rispetto alla situazione in cui è stato riconosciuto il diritto alla rendita intera d'invalidità, lo stato di salute si è stabilizzato a partire da maggio 2021, con un recupero di maggiori prestazioni fisiche, evidenziabili sia durante l'esame peritale che sulla base della nuova documentazione agli atti e che pertanto si poteva ritenere essere subentrato un miglioramento dello stato di salute medesimo (doc. UAIE 268, pag. 76).

E. 7.7.5

Il Tribunale federale ha già avuto modo di specificare che se, al momento della decisione iniziale di concessione della rendita d'invalidità, il processo di guarigione e la capacità lavorativa non potevano ancora essere valutati in modo definitivo (stato di salute non stabilizzato), si poteva concedere la rendita intera d'invalidità, con riserva di una successiva revisione della decisione nel senso dell'art. 17 LPGA, che avrebbe potuto intervenire non appena gli atti medici del dossier avessero permesso la determinazione definitiva della fattispecie (sentenza 9C_383/2017 dell'11 ottobre 2017 consid. 6.2 con riferimenti). Nel caso in esame, l'autorità inferiore si è espressamente riservata la facoltà di procedere in tal

senso e ha proceduto alla revisione della rendita non appena le condizioni lo hanno permesso. I periti hanno stabilito che si è verificato un progressivo miglioramento con la stabilizzazione delle risorse fisiche dell'assicurato a partire da maggio 2021, ma al più tardi a decorrere dalla valutazione peritale consensuale del 7 febbraio 2024. Tale stabilizzazione si è tradotta in una capacità lavorativa in attività adeguata dell'80% a partire da maggio 2021, conto tenuto delle limitazioni stabilite. Nel caso di specie, il miglioramento dello stato di salute consiste nel fatto che la stabilizzazione delle risorse fisiche ha permesso di determinare l'esigibilità lavorativa in attività che considerano i limiti funzionali del ricorrente (sulla questione della stabilizzazione come miglioramento, cfr. sentenza del Tribunale federale 9C_451/2023 del 2 dicembre 2024, consid. 4.3).

E. 7.8

Da quanto esposto, consegue che questo Tribunale concorda con l'assunto dell'autorità inferiore secondo cui alla perizia pluridisciplinare dell'8 febbraio 2024 può essere nella sostanza attribuita piena forza probatoria. Dal profilo medico, la fattispecie è stata sufficientemente acclarata e risulta dunque dimostrato, con il necessario grado della verosimiglianza preponderante valido nelle assicurazioni sociali, che a decorrere al più tardi dalla valutazione peritale consensuale del 7 febbraio 2024, il ricorrente poteva ritenersi abile al lavoro nella misura dell'80% in attività sostitutive adeguate. Ne discende che l'autorità inferiore ha eseguito una legittima revisione ai sensi dell'art. 17 LPGA, considerata la presenza dei necessari presupposti.

E. 8

Quanto alla conformità del grado di invalidità determinato dall'autorità inferiore, il ricorrente non ha sollevato alcuna specifica censura. Sul calcolo effettuato dall'autorità inferiore, questo Tribunale rileva quanto segue.

E. 8.1

Secondo le basi di calcolo di cui alla valutazione dell'invalidità del 15 aprile 2024 (doc. UAIE 274 e 275), questo Tribunale osserva che l'UAIE, per evitare una distorsione dovuta all'indicizzazione di un reddito su un lungo periodo, ha proceduto ad un raffronto dei redditi basandosi sui dati statistici pubblicati dall'Ufficio federale di statistica (Rilevazione svizzera della struttura dei salari [2020]).

E. 8.2

L'UAIE ha considerato quale reddito da valido quello di fr. 5137.82 (tenuto conto del salario lordo di un impiegato [livello di competenze 1] nel ramo "Trasporto e magazzinaggio" [49-53] secondo la tabella TA1 dell'inchiesta svizzera sulla struttura dei salari, per una percentuale lavorativa al 100% di un orario usuale del ramo di 42.4 ore settimanali nel 2020 [cfr. statistiche pubblicate dall'Ufficio federale di statistica]), ed ha ritenuto quale reddito da invalido di fr. 3984.90 (tenuto conto del salario lordo di un impiegato [livello di competenze 1] nel settore privato in generale [1-96] secondo la tabella TA1 dell'inchiesta svizzera sulla struttura dei salari, per una percentuale lavorativa all'80% di un orario usuale di 41.7 ore settimanali al 100% nel 2020 [cfr. statistiche pubblicate dall'UST] nonché della diminuzione forfettaria del 10% ai sensi dell'art. 26bis cpv. 3 dell'Ordinanza sull'assicurazione per l'invalidità [OAI] del 1° gennaio 2024). Tali basi di calcolo sono rimaste incontestate e questo Tribunale non ravvede motivo di modificarle d'ufficio.

E. 8.3

Dal confronto fra il reddito da valido di fr. 5137.82 e quello da invalido di fr. 3984.90 consegue la determinazione di un grado di invalidità del 23.14% ($[5137.82 - 3984.90] \times 100 : 5137.82 = 23.14\%$) dal 1° gennaio 2024, che esclude il riconoscimento di una rendita dell'assicurazione per l'invalidità (non essendo raggiunta la necessaria soglia del 40%).

E. 9

Da quanto esposto, consegue che il ricorso del ricorrente non merita tutela e la decisione impugnata va confermata.

E. 10.1

Visto l'esito della causa, le spese processuali di fr. 800.- sono poste a suo carico (art. 63 cpv. 1 e 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}]). L'anticipo equivalente alle presumibili spese processuali di fr. 800.-, versato il 2 ottobre 2024, è computato con le spese processuali.

E. 10.2

All'insorgente, soccombente, non spetta altresì alcuna indennità per spese ripetibili (art. 64 PA in combinazione con l'art. 7 cpv. 1 e 2 TS-TAF a contrario). Peraltro, le autorità federali, quand'anche vincenti, non hanno di principio diritto a un'indennità a titolo di ripetibili (art. 7 cpv. 3 TS_TA), salvo eccezioni non ravvisabili nel caso concreto (cfr., fra l'altro, DTF 127 V 205). (dispositivo alla pagina seguente)

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