

BVGer C-812/2023 vom 12. Januar 2023

Bundesverwaltungsgericht, 2023-01-12, IT

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bvger_C-812_2023_d20230112

FR: TAF C-812/2023 du 12 janvier 2023

IT: TAF C-812/2023 del 12 gennaio 2023

Regeste

Diritto alla rendita | assicurazione invalidità, nuova domanda di rendita (decisione del 12 gennaio 2023)

Erwägungen

E. 1.1

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

E. 1.2

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

E. 1.3

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

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 LPGGA e art. 48 cpv. 1 PA), il ricorso è stato interposto tempestivamente (art. 60 LPGGA e art. 50 cpv. 1 PA) e rispetta i requisiti previsti dalla legge (art. 52 cpv. 1 PA). Il ricorso è pertanto ammissibile.

E. 2

Il ricorrente è cittadino di uno Stato membro della Comunità europea, è domiciliato in Italia e sussiste un nesso transfrontaliero, il medesimo avendo svolto attività lavorativa in Svizzera ed essendo stata assicurata 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

C-812/2023 Pagina 8 stabilisce le modalità di applicazione del regolamento (CE) n. 883/2004 (art. 1 cpv. 1 Allegato II ALC in relazione con la Sezione A dell'Allegato II ALC). Il Regolamento (CE) n. 883/2004 è stato ulteriormente modificato dai regolamenti (UE) n. 1244/2010 (RU 2015 343), n. 465/2012 (RU 2015 345) e n. 1224/2012 (RU 2015 353), applicabili nelle relazioni tra la Svizzera e gli Stati membri dell'Unione europea a decorrere dal 1° gennaio 2015. Tuttavia, anche in seguito all'entrata in vigore dell'ALC, l'organizzazione della procedura come pure l'esame delle condizioni di ottenimento di una rendita d'invalidità svizzera, sono regolate dal diritto interno svizzero (art. 46 cpv.

E. 3

del Regolamento n. 883/2004 in relazione con l'Allegato VII del regolamento medesimo; DTF 130 V 253 consid. 2.4).

E. 3.1

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

E. 3.2

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

C-812/2023 Pagina 9

E. 3.3.1

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; 144 V 210 consid. 4.3.1; 136 V 24 consid. 4.3).

E. 3.3.2

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). Queste disposizioni sono applicabili a tutte le rendite il cui diritto, ai sensi dell'art. 29 LAI, è nato a partire dal 1° gennaio 2022, anche se l'invalidità è insorta prima di questa data (DTF 150 V 323 consid. 4; sentenza del TF 8C_247/2024 del 12 dicembre 2024 consid. 2.1, Circolare dell'UFAS sull'invalidità e sulla rendita nell'assicurazione per l'invalidità [CIRAI; valida dal 1° gennaio 2022, stato al 1° gennaio 2024], cifra marginale 9100; Circolare dell'UFAS concernente le disposizioni transitorie della riforma Ulteriore sviluppo dell'AI sul sistema di rendite lineare [C DT US AI; valida dal 1° gennaio 2022, stato al 1° luglio 2024] cifre marginali 1007 a 1010).

E. 3.3.3

La nuova domanda di prestazioni essendo stata presentata il 15 dicembre 2021 ed il diritto alla rendita potendo quindi nascere solo dopo il 31 dicembre 2021 e meglio il 1° giugno 2022 (art. 28 cpv. 1 lett. b LAI e art. 29 cpv. 1 LAI; DTF 142 V 547 consid. 3), al caso in esame si applicano di principio le disposizioni legali in vigore al 1° gennaio 2022.

E. 4

Il potere cognitivo di questo Tribunale è delimitato dalla data della decisione impugnata, in concreto 12 gennaio 2023. Il giudice delle assicurazioni sociali esamina infatti la decisione impugnata sulla base della situazione di fatto esistente al momento in cui essa è stata resa. 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). I fatti accaduti posteriormente e che hanno modificato la situazione devono di regola formare oggetto di un

C-812/2023 Pagina 10 nuovo atto amministrativo (DTF 144 V 210 consid. 4.3.1; 130 V 138 consid. 2.1; 121 V 362 consid. 1b).

E. 4.1

nonché 143 V 418 consid. 6 segg.). Il Tribunale federale ha suddiviso gli indicatori per la valutazione della capacità lavorativa in due categorie (DTF 141 V 281 consid. 4.1.3), segnatamente categoria "gravità funzionale" (consid. 4.3) con i complessi "danno alla salute" (consid. 4.3.1; risultati e sintomi rilevanti per la diagnosi; successo od insuccesso del trattamento e della reintegrazione; comorbidità), "personalità" (sviluppo e struttura della personalità, funzioni psichiche [consid. 4.3.2] e contesto sociale [consid. 4.3.3]) nonché categoria "coerenza" (aspetti del comportamento [consid. 4.4] in rapporto alla limitazione uniforme dei livelli di attività in tutti gli ambiti della vita paragonabili [consid. 4.4.1] ed alla sofferenza dimostrata secondo l'anamnesi in vista di un trattamento o di una reintegrazione [consid. 4.4.2]). 9. 9.1 Da un punto di vista medico la decisione dell'11 febbraio 2020, confermata da questo Tribunale con sentenza del 26 maggio 2021, si fonda essenzialmente sugli accertamenti svolti nell'ambito della perizia del SAM del 16 agosto 2019, con cui gli specialisti in medicina interna, reumatologia, neurologia, psichiatria e neuropsicologia hanno posto: "Diagnosi rilevanti con ripercussioni sulla capacità lavorativa

Gonartrosi di media importanza a sin.:

C-812/2023 Pagina 17 - stato dopo artroscopia con "toilette articolare" nel 1992, 1994 e 1996; - meniscectomia mediale nel corso degli interventi citati - stato dopo osteotomia valgizzante e impianto meniscale maggio 2012 - asportazione del materiale di osteosintesi maggio 2013. Sindrome lombospondilogenica cronica: - discopatia L5-S1 con lieve bulging discale. Lieve impingement femoro-acetabolare a sinistra di tipo misto senza rilevante coxartrosi. Possibile lieve radicolopatia S1 sin. intermittente su ernia discale L5-S1 posteriore paramediana sin. con: - eventuale sintomatologia algica minore intermittente associata; - senza deficit di forza, con deficit sensitivi minori. Compromissione neuropsicologica di grado medio-moderato con rallentamento esecutivo, deficit di pianificazione, ridotta attenzione sostenuta e deficit di memoria a lungo termine. Sindrome mista ansioso-depressiva (ICD 10; F412). Disturbo di personalità misto (ICD 10; F 61 0).

Diagnosi rilevanti senza ripercussioni sulla capacità lavorativa Sindrome del tunnel carpale bilaterale. Stato dopo frattura del V metacarpo nel 2017 guarita bene. Stato dopo frattura del IV e V metacarpo a sin. nel 1997 trattata chirurgicamente con chiodi di Kirschner e guarita bene. Stato dopo Shaving artroscopico al ginocchio ds. nel 1992. Calcificazione sottoacromiale alla spalla sin. (referto radiografia, 27.8.2018): - nessuna lesione della cuffia dei rotatori (referto MRI, 4.10.2018); - attualmente: nessun impingement.

C-812/2023 Pagina 18 Stato da intervento per ernia inguinale nel settembre 2017. Pollinosi allergica con rinocongintivite stagionale. Allergia medicamentosa riferita a Morfina. Nota ipotensione arteriosa. Tabagismo attivo. Psoriasi. Rosacea. Dermatite seborroica. Sulla base di tali affezioni, nelle precedenti attività di operaio e di agente di sicurezza, i periti hanno ritenuto l'assicurato abile al 75% dal mese di agosto 2014, al 60% a partire dal mese di novembre 2018 e totalmente inabile a decorrere da gennaio 2019. Essi lo hanno inoltre considerato abile al 70% in attività adeguate da novembre 2018. Per i periodi anteriori hanno invece rinviato a quanto attestato con le precedenti valutazioni specialistiche, che indicavano una piena capacità lavorativa. 9.2 Con la nuova richiesta di prestazioni del 15 dicembre 2021, il ricorrente ha fatto valere in particolare un peggioramento dal profilo psichiatrico oltre a epigastralgie e problemi alle ginocchia/ernie. In merito alla situazione psichica ha trasmesso le relazioni cliniche della dott.ssa E._____, specialista in psichiatria e medico curante dell'interessato, del 1° settembre e 19 novembre 2021 in cui il medico ha descritto l'istoriato clinico del ricorrente rilevando che all'ultimo colloquio dell'11 ottobre 2021 è apparso sufficientemente adeguato e collaborante, con orientamento spazio-temporale e memoria indenni. Essa ha inoltre constatato la presenza di ansia libera, in parte somatizzata, umore tendenzialmente disforico con infervoramento al momento in cui racconta della vicenda che ha portato al suo licenziamento, apprensione per i genitori anziani e tendenza all'abulia e al ritiro sociale. La specialista ha poi concluso che l'orientamento diagnostico tende verso una oligofrenia di grado lieve (F70) e un disturbo di personalità emotivamente instabile, tipo borderline (F60.31 in ICD-10), sindrome psicotica acuta (F23.1) nel 2018 al momento in remissione completa ma indicativa della fragilità del profilo personologico del paziente. Infine, ha ricordato che la terapia medica comprende olanzapina, alprazolam e diazepam e di ritenere che le patologie elencate comportino una compromissione del

C-812/2023 Pagina 19 funzionamento sociale e della capacità lavorativa. Per quel che attiene alle patologie somatiche, ha trasmesso un breve certificato in cui il dott. F._____, medico chirurgo, certifica che l'interessato soffre di epigastralgie e tensione addominale

da verosimile sindrome ansiosa da stress (doc. UAIE 415 e segg.). 9.3 Il 10 gennaio 2022, il dott. D._____ ha constatato che il certificato della dott.ssa E._____ del 19 novembre 2021 riportava le stesse informazioni già contenute nel certificato del 6 dicembre 2018 e già considerate al momento della valutazione peritale del SAM (doc. UAIE 420). 9.4 Con relazione del 16 febbraio 2022, la dott.ssa E._____ ha ricordato il percorso valetudinario dell'interessato ed ha evidenziato che nel corso dell'ultimo anno le condizioni cliniche sono gravemente peggiorate. A tal proposito ha osservato che “negli ultimi colloqui il paziente è apparso costantemente agitato, irritabile, interpretativo, notevolmente incrementata la quota d'ansia libera, in parte somatizzata; il tono dell'umore è cronicamente deflesso con episodi di disforia, agitazione psicomotoria e vissuti di disperazione inerenti la propria condizione esistenziale; egli si infervora nel momento in cui affronta il tema legato alla vicenda del licenziamento. Emerge difficoltà a controllare la rabbia, incapacità a far fronte alle necessità della vita con tendenza all'abulia, anedonia, ritiro sociale, nulle le relazioni extra-familiari. Presenti ruminazioni mentali con difficoltà nel riposo notturno. L'ideazione, è nel suo complesso povera ed è polarizzata sulle vicende lavorative e su tematiche di rivendicazione, come ideazione prevalente che non assume al momento i caratteri di pensiero delirante. Carente la capacità di mentalizzazione”. Alla luce di quanto precede ha concluso che l'orientamento diagnostico tende verso una oligofrenia di grado lieve (F70) e un disturbo di personalità emotivamente instabile, tipo borderline (F60.31 in ICD-10), episodio depressivo grave senza sintomi psicotici (F32.2), sindrome psicotica acuta (F23.1) nel 2018 (indicativa della fragilità del profilo personologico del paziente). Essa ha inoltre precisato che la terapia medica comprendeva aripiprazolo, gabapentin, alprazolam diazepam, e che le patologie indicate comportano una grave compromissione del funzionamento sociale e della capacità lavorativa (doc. UAIE 424). 9.5 Con annotazione SMR del 1° marzo 2022, il dott. D._____ ha rilevato che alla luce della modifica di diagnosi e terapia medicamentosa riportate

C-812/2023 Pagina 20 nel certificato del 16 febbraio 2022 era giustificato entrare in materia (doc. UAIE 426). 9.6 Con relazione clinica del 7 aprile 2022 e del 23 giugno 2022, la dott.ssa E._____ ha in sostanza confermato lo stato clinico, le diagnosi e le conclusioni del precedente referto del 16 febbraio 2022 (doc. UAIE 433 e 440). 9.7 Con annotazione SMR del 3 agosto 2022, il dott. D._____ ha addotto di aver preso visione della documentazione medica trasmessa dall'interessato e che nella stessa viene globalmente descritto uno stato clinico invariato dal 2018 e che in particolare la terapia farmacologica appare meno invasiva rispetto al momento in cui è stata redatta la perizia SAM del marzo 2019 (olanzapina 35mg/die sostituita con aripiprazolo 10 mg/die). Lo specialista ha altresì osservato che le diagnosi della perizia SAM non differiscono da quelle poste dalla dott.ssa E._____. Egli ha concluso che dagli atti risulta uno stato sostanzialmente immutato rispetto al momento della perizia del 2019 e del successivo rapporto finale SMR. Pertanto, in assenza di fatti nuovi rispettivamente di modificazioni oggettivabili di fatti noti, ha confermato le precedenti prese di posizione SMR (doc. UAIE 444). 9.8 Con relazione clinica del 25 novembre 2022, la dott.ssa E._____ ha confermato il peggioramento del quadro clinico con in particolare incremento della quota d'ansia libera e somatizzata con tendenza alla polarizzazione ideativa, ruminazioni ideative continue e temi di rivendicazione relativi al licenziamento. Essa ha inoltre ribadito che alle ultime visite il paziente è apparso costantemente agitato, irritabile, reattivo, con tono dell'umore cronicamente deflesso ed episodi di disforia, al punto che ha integrato la terapia farmacologia con un antidepressivo (escitalopram 10 gtt/die) e prescritto esami ematici di

controllo al fine di valutare un'eventuale introduzione di uno stabilizzante del tono dell'umore (acido valproico). Ha poi confermato il precedente orientamento diagnostico e la grave compromissione del funzionamento personale e sociale, nonché della capacità lavorativa (doc. UAIE 456). 9.9 Con annotazione SMR del 13 dicembre 2022, il dott. D._____ ha dichiarato di aver preso visione del certificato della dott.ssa E._____ del 25 novembre 2022, del formulario di richiesta di esami ematici ed ECG del 25 novembre 2022, rispettivamente delle ricette mediche per aripiprazolo ed escitalopram. A tal proposito ha osservato che tali documenti non denotano di per sé uno stato clinico oggettivo o oggettivabile e che, in assenza di fatti nuovi, ribadiva la precedente presa di posizione (doc. UAIE 457).

C-812/2023 Pagina 21 9.10 Con relazione clinica dell'11 agosto 2023, la dott.ssa E._____ ha confermato le diagnosi di oligofrenia di grado lieve, disturbo di personalità emotivamente instabile tipo borderline, episodio depressivo grave senza sintomi psicotici e sindrome psicotica acuta nel 2018; la terapia farmacologica con aripiprazolo, gabapentin, escitalopram, alprazolam e diazepam, nonché la grave compromissione del funzionamento personale, sociale della capacità lavorativa (doc. TAF 12). 9.11 Con valutazione medico legale in tema di invalidità civile del 14 dicembre 2023, la dott.ssa G._____, specialista in medicina legale, ha confermato le diagnosi di natura psichiatrica poste dalla curante e quelle di protrusioni discali lombari, esiti di osteotomia devarizzante e pregressa, nonché meniscectomia al ginocchio sinistro e persistente sintomatologia dolorosa con associata limitazione funzionale a carico del rachide lombare e dell'arto inferiore sinistro. Ha inoltre rilevato che tale quadro psicopatologico compromette in maniera significativa le capacità socio-relazionali, il funzionamento personale e la capacità lavorativa, non consentendo al momento della valutazione lo svolgimento di una proficua attività lavorativa con regolarità. Pertanto, essa ha attestato un'invalidità civile totale e permanente (doc. TAF 19). 9.12 Con annotazione SMR del 1° febbraio 2024, il dott. D._____ ha rilevato che la valutazione medico legale della dott.ssa G._____ non presenta alcun elemento di novità o nozione di modificazione dello stato di salute rispetto a quanto precedentemente accertato dal SMR (doc. TAF 22).

E. 5

Nel caso in esame, l'oggetto impugnato e quindi presupposto e contenuto della decisione sottoposta all'esame di questo Tribunale (DTF 131 V 164 consid. 2.1) è rappresentato dalla decisione dell'UAIE del 12 gennaio 2023, con cui l'autorità inferiore ha respinto la nuova domanda di prestazioni del ricorrente. Oggetto della lite è pertanto il diritto del ricorrente ad una rendita d'invalidità svizzera con effetto al più presto dal 1° giugno 2022 nell'ambito di una nuova domanda di prestazioni dell'assicurazione svizzera per l'invalidità.

E. 6.1

L'invalidità ai sensi della LPGA e della LAI è l'incapacità al guadagno totale o parziale presumibilmente permanente o di lunga durata che può essere conseguente a infermità congenita, malattia o infortunio (art. 8 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

E. 6.2

L'art. 28 cpv. 1 LAI prevede che l'assicurato ha diritto a una rendita se la sua capacità al guadagno o la sua capacità di svolgere le mansioni consuete non può essere ristabilita, mantenuta o migliorata mediante provvedimenti d'integrazione ragionevolmente esigibili (lettera a), ha avuto un'incapacità al lavoro (art. 6 LPGGA) almeno del 40% in media durante un anno senza notevole interruzione (lettera b) e al termine di questo anno è invalido (art. 8 LPGGA) almeno al 40% (lettera c). In virtù dell'art. 28 cpv. 1bis LAI, la rendita secondo l'art. 28 cpv. 1 LAI non è concessa fintantoché non sono esaurite le possibilità d'integrazione secondo l'art. 8 cpv. 1bis e 1ter LAI.

E. 6.3

Ai sensi dell'art. 28b LAI, l'importo della rendita è determinato quale quota percentuale di una rendita intera (cpv. 1). Se il grado d'invalidità è compreso tra il 50 e il 69%, la quota percentuale corrisponde al grado d'invalidità (cpv. 2). Se il grado d'invalidità è uguale o superiore al 70%, l'assicurato ha diritto a una rendita intera (cpv. 3). Se il grado d'invalidità è compreso tra il 40 e il 49%, la rendita corrisponderà in modo lineare ad una quota dal 25 al 47,5% di una rendita intera (cpv. 4).

E. 6.4

L'art. 29 cpv. 1 LAI prevede che il diritto alla rendita nasce al più presto dopo sei mesi dalla data in cui l'assicurato ha rivendicato il diritto alle prestazioni conformemente all'art. 29 cpv. 1 LPGGA (riservate altresì le condizioni dell'art. 28 cpv. 1 LAI; DTF 142 V 547 consid. 3.2), ma al più presto a partire dal mese seguente il compimento dei 18 anni. L'art. 29 cpv. 3 LAI precisa altresì che la rendita è versata all'inizio del mese in cui nasce il diritto. 7. 7.1 Qualora, nell'ambito di una prima richiesta, la rendita sia stata negata o sia stata soppressa perché il grado d'invalidità era insufficiente, una nuova domanda è riesaminata soltanto se l'assicurato rende verosimile che il grado d'invalidità si è modificato in misura rilevante per il diritto alle prestazioni (art. 87 cpv. 2 e 3 OAI [RS 831.201]). 7.2 Adita con una nuova domanda, l'amministrazione accerterà se le allegazioni dell'assicurato sono, in maniera generale, plausibili. Se ciò non dovesse essere il caso, potrà di principio liquidare l'istanza senza ulteriori indagini con un rifiuto di entrata nel merito. A tal proposito occorre precisare che quanto più breve è il tempo trascorso dalla decisione precedente, tanto più rigorosamente l'amministrazione apprezzerà la plausibilità delle allegazioni dell'assicurato. Su questo aspetto, l'amministrazione dispone di un

C-812/2023 Pagina 12 certo potere d'apprezzamento che il giudice è di principio tenuto a rispettare (sentenza del TF 9C_662/2014 del 23 aprile 2015 consid. 4.2). Peraltro, allorquando l'autorità inferiore è entrata nel merito di una domanda di rendita, il giudice non ha da esaminare la legittimità di siffatta entrata nel merito (DTF 133 V 108 consid. 5.2). 7.3 Se l'amministrazione entra nel merito della nuova domanda, deve esaminare la fattispecie da un punto di vista materiale e, in particolare, verificare se la modifica del grado d'invalidità si è effettivamente realizzata. In tal caso, applicherà, per analogia, le disposizioni sulla revisione di rendite in corso (DTF 133 V 108 consid. 5; 130 V 71 consid. 3; sentenze del TF 8C_40/2024 del 21 novembre 2024 consid. 3.2.1 e 9C_602/2019 del 10 giugno 2020 consid. 2). In ogni caso, la revisione della rendita è possibile unicamente se, posteriormente alla pronuncia della decisione iniziale, la situazione invalidante è effettivamente mutata. Non basta invece che una situazione, rimasta sostanzialmente invariata, sia valutata in modo diverso. Secondo il principio dell'onere probatorio, 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). 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 e 6.1; sentenza del TF 9C_710/2016 del 18 aprile 2017 consid. 4.1). Peraltro, nell'ambito di una nuova domanda di prestazioni, il presupposto di una modifica del grado d'invalidità di almeno cinque punti percentuali, di cui all'art. 17 cpv. 1 lett. a LPGa, non deve essere adempiuto; per conseguenza, il fatto che il grado d'invalidità subisca una variazione inferiore a cinque punti, non impedisce la nascita dal diritto alla rendita (FF 2017 2191, 2337). 7.4 Dal momento che è entrata nel merito della nuova domanda di prestazioni, all'autorità inferiore incombeva, in analogia ad una revisione, esaminare se tra la situazione esistente al momento dell'ultima decisione cresciuta in giudicato che è stata oggetto di esame materiale del diritto alla rendita dopo contestuale accertamento dei fatti, apprezzamento delle prove e confronto dei redditi, nel caso concreto l'11 febbraio 2020, e la situazione al momento dell'emanazione della decisione impugnata, del 12 gennaio 2023 è intervenuta una modifica significativa del grado d'invalidità

C-812/2023 Pagina 13 (DTF 133 V 108 consid. 5; 130 V 71 consid. 3.2; sentenza del TF 9C_602/2019 del 10 giugno 2020 consid. 2). 7.5 Costituisce motivo di riesame della rendita d'invalidità ogni modifica rilevante delle circostanze di fatto suscettibile d'influire sul grado d'invalidità e, quindi sul diritto alla rendita. Ne consegue che la rendita può essere soggetta a riesame nell'ambito di una nuova domanda 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. Irrilevante è invece, una diversa valutazione di una fattispecie restata sostanzialmente immutata (DTF 147 V 167 consid. 4.1 e relativi riferimenti; 144 I 103 consid. 2.1; 141 V 9 consid. 2.3 e relativi riferimenti; 130 V 343 consid. 3.5; sentenze del TF 9C_407/2021 del 17 maggio 2022 consid. 3.2 e I 870/05 del 2 maggio 2007 consid. 5). 8. 8.1 Al fine di poter graduare l'invalidità, all'amministrazione (o al giudice in caso di ricorso) è necessario disporre di documenti che devono essere rassegnati dal medico o eventualmente da altri specialisti. Benché l'invalidità sia una nozione economico-giuridica, le certificazioni mediche possono costituire importanti elementi per apprezzare il danno invalidante e per determinare quali lavori siano ancora ragionevolmente esigibili dall'assicurato (DTF 132 V 93 consid. 4). Il compito del medico consiste nel porre un giudizio sullo stato di salute, nell'indicare in quale misura e in quali attività l'assicurato è incapace al lavoro come pure nel fornire un importante elemento di giudizio per determinare quali lavori siano ancora ragionevolmente esigibili dall'assicurato (DTF 140 V 193 consid. 3.2; 132 V 93 consid. 4). Affinché il giudizio medico acquisti valore di prova rilevante, esso deve essere completo in merito ai temi sollevati, deve fondarsi, in piena conoscenza della pregressa situazione valetudinaria (anamnesi), su esami approfonditi e tenere conto delle censure sollevate dal paziente, per poi giungere in maniera chiara a fondate, logiche e motivate deduzioni. Determinante quindi per stabilire se un rapporto medico ha valore di prova non è né la sua origine né la sua denominazione, ad esempio, quale perizia o rapporto, ma il suo contenuto (DTF 134 V 231 consid. 5.1; 125 V 351 consid. 3a). Il rapporto medico deve altresì essere redatto da medici che dispongono delle qualifiche specialistiche richieste nel singolo caso (sentenze del TF 9C_555/2017 del 22 novembre 2017 consid. 3.1, 9C_745/2010 del 30

marzo 2011 consid. 3.2 e 9C_826/2009 del 20 luglio 2010 consid. 4.2). In presenza di rapporti medici contraddittori, il giudice

C-812/2023 Pagina 14 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 tuttavia precisato che non si può pretendere dal giudice che raffronti i diversi pareri medici e parimenti esponga correttamente da un punto di vista medico, come farebbe un perito, i punti su cui si evidenziano delle carenze e quale sia l'opinione più adeguata (sentenza del TF 8C_556/2010 del 24 gennaio 2011 consid. 7.2 con rinvii). 8.2 Il giudice delle assicurazioni sociali deve esaminare in maniera obiettiva tutti i mezzi di prova, indipendentemente dalla loro provenienza, e poi decidere se i documenti messi a disposizione permettono di giungere ad un giudizio attendibile sulle pretese giuridiche litigiose (DTF 125 V 351 consid. 3a). Il Tribunale federale ha però ritenuto conforme al principio del libero apprezzamento delle prove definire delle direttive in relazione alla valutazione di determinate forme di rapporti e perizie (DTF 125 V 351 consid. 3b). In particolare, le perizie affidate dagli organi dell'amministrazione a medici esterni oppure a un servizio specializzato indipendente, che fondano le proprie conclusioni su esami e osservazioni approfondite, dopo aver preso conoscenza dell'incarto, e che giungono a risultati concludenti, dispongono di forza probatoria piena, a meno che non vi siano indizi concreti atti a mettere in discussione la loro attendibilità (DTF 137 V 210 consid. 2.2.2; 135 V 465 consid. 4.4; 125 V 351 consid. 3b/bb). Per quel che riguarda le perizie di parte, esse contengono considerazioni specialistiche che possono contribuire ad accertare i fatti, da un punto di vista medico. Malgrado esse non abbiano lo stesso valore probatorio di una perizia giudiziaria, il giudice deve valutare se questi referti medici sono atti a mettere in discussione la perizia giudiziaria oppure quella ordinata dall'amministrazione. Giova altresì rilevare che, di principio, deve essere considerato con la necessaria prudenza l'avviso dei medici curanti, anche se specialisti, a causa dei particolari legami che essi hanno con il paziente (DTF 125 V 351 consid. 3b/cc), come pure in relazione allo scopo di trattamento del curante rispetto a quello di un medico perito, per cui, secondo esperienza comune, 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

C-812/2023 Pagina 15 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). 8.3 Nell'ambito del libero

apprezzamento delle prove è di principio consentito che il giudice delle assicurazioni sociali basi la propria decisione unicamente sui rapporti di un medico interno all'assicuratore. Per quanto riguarda l'imparzialità e l'attendibilità di tali rapporti, devono tuttavia essere poste esigenze severe. Nel caso in cui sussista anche il minimo dubbio sull'affidabilità e sulla concluzione dei pareri medici interni dell'assicurazione, non è possibile fondarsi su tali rapporti ed occorre effettuare un completamento dell'istruttoria (DTF 145 V 97 consid. 8.5; 139 V 225 consid. 5.2; 135 V 465 consid. 4.4). 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). 8.4 In ragione della diversità dell'incarico assunto, a scopo di trattamento anziché di perizia, in caso di lite non ci si può di regola fondare sull'avviso del medico curante, anche se specialista, poiché alla luce del rapporto di fiducia esistente con il paziente, il medico curante, anche se specialista, attesterà, in caso di dubbio, in favore del suo paziente (DTF 135 V 465 consid. 4.5; 125 V 351 consid. 3b/cc). Tuttavia, il semplice fatto che un certificato od una perizia siano redatti dal medico curante non costituisce di per sé un motivo per metterne in dubbio l'attendibilità (DTF 125 V 351 consid. 3b/dd). Il medico curante proprio perché segue da più tempo il paziente può fornire importanti indicazioni quanto all'accertamento dei fatti da un punto di vista medico (sentenza del TF 8C_278/2011 del 26 luglio 2011 consid. 5.3). I suoi rapporti possono essere atti a mettere in dubbio l'affidabilità e la concluzione dei pareri medici interni (DTF 135 V 465 consid. 4.5). Peraltro, tenuto conto della differenza esistente, a livello probatorio, tra un mandato di cura ed un mandato peritale, il solo fatto che uno o più medici curanti esprimano un'opinione contraddittoria non è sufficiente a rimettere

C-812/2023 Pagina 16 in discussione una perizia ordinata dal giudice o dall'amministrazione e ad imporre nuovi accertamenti. Sono riservati i casi in cui un completamento dell'accertamento medico o addirittura un altro giudizio si rendono necessari poiché i medici curanti sollevano aspetti importanti che non erano noti o che non sono stati valutati nell'ambito della perizia medica e che appaiono sufficientemente fondati da mettere in discussione le conclusioni peritali (sentenze del TF 9C_338/2016 del 21 febbraio 2017 consid. 5.5, 9C_615/2015 del 12 gennaio 2015 consid. 6.2 e 9C_240/2013 del 22 ottobre 2013 consid. 4.1.4). 8.5 In ambito psichiatrico, la diagnosi deve essere espressa da uno specialista in psichiatria e fondata sui criteri posti da un sistema di classificazione riconosciuto scientificamente (DTF 141 V 281 consid. 2.1; 130 V 396 consid. 6.3; sentenza del TF 9C_815/2012 del 12 dicembre 2012 consid. 3). In presenza di tutte le malattie psichiche, la capacità lavorativa esigibile di una persona che soffre di tali disturbi deve essere valutata sulla base di una visione d'insieme, nell'ambito di una procedura d'accertamento dei fatti strutturata fondata su indicatori atti a stabilire, da un lato, i fattori invalidanti e, dall'altro, le risorse della persona (DTF 141 V 281 consid. 2, 3.4-3.6 e

E. 7.1

Qualora, nell'ambito di una prima richiesta, la rendita sia stata negata o sia stata soppressa perché il grado d'invalidità era insufficiente, una nuova domanda è riesaminata soltanto se l'assicurato rende verosimile che il grado d'invalidità si è modificato in misura rilevante per il diritto alle prestazioni (art. 87 cpv. 2 e 3 OAI [RS 831.201]).

E. 7.2

Adita con una nuova domanda, l'amministrazione accerterà se le allegazioni dell'assicurato sono, in maniera generale, plausibili. Se ciò non dovesse essere il caso, potrà di principio liquidare l'istanza senza ulteriori indagini con un rifiuto di entrata nel merito. A tal proposito occorre precisare che quanto più breve è il tempo trascorso dalla decisione precedente, tanto più rigorosamente l'amministrazione apprezzerà la plausibilità delle allegazioni dell'assicurato. Su questo aspetto, l'amministrazione dispone di un certo potere d'apprezzamento che il giudice è di principio tenuto a rispettare (sentenza del TF 9C_662/2014 del 23 aprile 2015 consid. 4.2). Peraltro, allorché l'autorità inferiore è entrata nel merito di una domanda di rendita, il giudice non ha da esaminare la legittimità di siffatta entrata nel merito (DTF 133 V 108 consid. 5.2).

E. 7.3

Se l'amministrazione entra nel merito della nuova domanda, deve esaminare la fattispecie da un punto di vista materiale e, in particolare, verificare se la modifica del grado d'invalidità si è effettivamente realizzata. In tal caso, applicherà, per analogia, le disposizioni sulla revisione di rendite in corso (DTF 133 V 108 consid. 5; 130 V 71 consid. 3; sentenze del TF 8C_40/2024 del 21 novembre 2024 consid. 3.2.1 e 9C_602/2019 del 10 giugno 2020 consid. 2). In ogni caso, la revisione della rendita è possibile unicamente se, posteriormente alla pronuncia della decisione iniziale, la situazione invalidante è effettivamente mutata. Non basta invece che una situazione, rimasta sostanzialmente invariata, sia valutata in modo diverso. Secondo il principio dell'onere probatorio, 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). 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 e 6.1; sentenza del TF 9C_710/2016 del 18 aprile 2017 consid. 4.1). Peraltro, nell'ambito di una nuova domanda di prestazioni, il presupposto di una modifica del grado d'invalidità di almeno cinque punti percentuali, di cui all'art. 17 cpv. 1 lett. a LPGa, non deve essere adempiuto; per conseguenza, il fatto che il grado d'invalidità subisca una variazione inferiore a cinque punti, non impedisce la nascita dal diritto alla rendita (FF 2017 2191, 2337).

E. 7.4

Dal momento che è entrata nel merito della nuova domanda di prestazioni, all'autorità inferiore incombeva, in analogia ad una revisione, esaminare se tra la situazione esistente al momento dell'ultima decisione cresciuta in giudicato che è stata oggetto di esame materiale del diritto alla rendita dopo contestuale accertamento dei fatti, apprezzamento delle prove e confronto dei redditi, nel caso concreto l'11 febbraio 2020, e la situazione al momento dell'emanazione della decisione impugnata, del 12 gennaio 2023 è intervenuta una modifica significativa del grado d'invalidità (DTF 133 V 108 consid. 5; 130 V 71 consid. 3.2; sentenza del TF 9C_602/2019 del 10 giugno 2020 consid. 2).

E. 7.5

Costituisce motivo di riesame della rendita d'invalidità ogni modifica rilevante delle circostanze di fatto suscettibile d'influire sul grado d'invalidità e, quindi sul diritto alla

rendita. Ne consegue che la rendita può essere soggetta a riesame nell'ambito di una nuova domanda 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. Irrilevante è invece, una diversa valutazione di una fattispecie restata sostanzialmente immutata (DTF 147 V 167 consid. 4.1 e relativi riferimenti; 144 I 103 consid. 2.1; 141 V 9 consid. 2.3 e relativi riferimenti; 130 V 343 consid. 3.5; sentenze del TF 9C_407/2021 del 17 maggio 2022 consid. 3.2 e I 870/05 del 2 maggio 2007 consid. 5).

E. 8.1

Alfine di poter graduare l'invalidità, all'amministrazione (o al giudice in caso di ricorso) è necessario disporre di documenti che devono essere rassegnati dal medico o eventualmente da altri specialisti. Benché l'invalidità sia una nozione economico-giuridica, le certificazioni mediche possono costituire importanti elementi per apprezzare il danno invalidante e per determinare quali lavori siano ancora ragionevolmente esigibili dall'assicurato (DTF 132 V 93 consid. 4). Il compito del medico consiste nel porre un giudizio sullo stato di salute, nell'indicare in quale misura e in quali attività l'assicurato è incapace al lavoro come pure nel fornire un importante elemento di giudizio per determinare quali lavori siano ancora ragionevolmente esigibili dall'assicurato (DTF 140 V 193 consid. 3.2; 132 V 93 consid. 4). Affinché il giudizio medico acquisti valore di prova rilevante, esso deve essere completo in merito ai temi sollevati, deve fondarsi, in piena conoscenza della pregressa situazione valetudinaria (anamnesi), su esami approfonditi e tenere conto delle censure sollevate dal paziente, per poi giungere in maniera chiara a fondate, logiche e motivate deduzioni. Determinante quindi per stabilire se un rapporto medico ha valore di prova non è né la sua origine né la sua denominazione, ad esempio, quale perizia o rapporto, ma il suo contenuto (DTF 134 V 231 consid. 5.1; 125 V 351 consid. 3a). Il rapporto medico deve altresì essere redatto da medici che dispongono delle qualifiche specialistiche richieste nel singolo caso (sentenze del TF 9C_555/2017 del 22 novembre 2017 consid. 3.1, 9C_745/2010 del 30 marzo 2011 consid. 3.2 e 9C_826/2009 del 20 luglio 2010 consid. 4.2). In presenza di rapporti medici contraddittori, il giudice non può evadere la vertenza senza valutare l'intero materiale e indicare i motivi per cui egli si fonda su un rapporto piuttosto che su un altro. Al 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 su cui si evidenziano delle carenze e quale sia l'opinione più adeguata (sentenza del TF 8C_556/2010 del 24 gennaio 2011 consid. 7.2 con rinvii).

E. 8.2

Il giudice delle assicurazioni sociali deve esaminare in maniera obiettiva tutti i mezzi di prova, indipendentemente dalla loro provenienza, e poi decidere se i documenti messi a disposizione permettono di giungere ad un giudizio attendibile sulle pretese giuridiche litigiose (DTF 125 V 351 consid. 3a). Il Tribunale federale ha però ritenuto conforme al principio del libero apprezzamento delle prove definire delle direttive in relazione alla valutazione di determinate forme di rapporti e perizie (DTF 125 V 351 consid. 3b). In particolare, le perizie affidate dagli organi dell'amministrazione a medici esterni oppure a un servizio specializzato indipendente, che fondano le proprie conclusioni su esami e osservazioni approfondite, dopo aver preso conoscenza dell'incarto, e che giungono a risultati concludenti, dispongono di forza probatoria piena, a meno che non vi siano indizi concreti atti a mettere in discussione la loro attendibilità (DTF 137 V 210 consid. 2.2.2; 135

V 465 consid. 4.4; 125 V 351 consid. 3b/bb). Per quel che riguarda le perizie di parte, esse contengono considerazioni specialistiche che possono contribuire ad accertare i fatti, da un punto di vista medico. Malgrado esse non abbiano lo stesso valore probatorio di una perizia giudiziaria, il giudice deve valutare se questi referti medici sono atti a mettere in discussione la perizia giudiziaria oppure quella ordinata dall'amministrazione. Giova altresì rilevare che, di principio, deve essere considerato con la necessaria prudenza l'avviso dei medici curanti, anche se specialisti, a causa dei particolari legami che essi hanno con il paziente (DTF 125 V 351 consid. 3b/cc), come pure in relazione allo scopo di trattamento del curante rispetto a quello di un medico perito, per cui, secondo esperienza comune, 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. 8.3

Nell'ambito del libero apprezzamento delle prove è di principio consentito che il giudice delle assicurazioni sociali basi la propria decisione unicamente sui rapporti di un medico interno all'assicuratore. Per quanto riguarda l'imparzialità e l'attendibilità di tali rapporti, devono tuttavia essere poste esigenze severe. Nel caso in cui sussista anche il minimo dubbio sull'affidabilità e sulla concluzione dei pareri medici interni dell'assicurazione, non è possibile fondarsi su tali rapporti ed occorre effettuare un completamento dell'istruttoria (DTF 145 V 97 consid. 8.5; 139 V 225 consid. 5.2; 135 V 465 consid. 4.4). 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. 8.4

In ragione della diversità dell'incarico assunto, a scopo di trattamento anziché di perizia, in caso di lite non ci si può di regola fondare sull'avviso del medico curante, anche se specialista, poiché alla luce del rapporto di fiducia esistente con il paziente, il medico curante, anche se specialista, attesterà, in caso di dubbio, in favore del suo paziente (DTF 135 V 465 consid. 4.5; 125 V 351 consid. 3b/cc). Tuttavia, il semplice fatto che un certificato od una perizia siano redatti dal medico curante non costituisce di per sé un motivo per metterne in dubbio l'attendibilità (DTF 125 V 351 consid. 3b/dd). Il medico curante proprio perché segue da più tempo il paziente può fornire importanti indicazioni

quanto all'accertamento dei fatti da un punto di vista medico (sentenza del TF 8C_278/2011 del 26 luglio 2011 consid. 5.3). I suoi rapporti possono essere atti a mettere in dubbio l'affidabilità e la concludenza dei pareri medici interni (DTF 135 V 465 consid. 4.5). Peraltro, tenuto conto della differenza esistente, a livello probatorio, tra un mandato di cura ed un mandato peritale, il solo fatto che uno o più medici curanti esprimano un'opinione contraddittoria non è sufficiente a rimettere in discussione una perizia ordinata dal giudice o dall'amministrazione e ad imporre nuovi accertamenti. Sono riservati i casi in cui un completamento dell'accertamento medico o addirittura un altro giudizio si rendono necessari poiché i medici curanti sollevano aspetti importanti che non erano noti o che non sono stati valutati nell'ambito della perizia medica e che appaiono sufficientemente fondati da mettere in discussione le conclusioni peritali (sentenze del TF 9C_338/2016 del 21 febbraio 2017 consid. 5.5, 9C_615/2015 del 12 gennaio 2015 consid. 6.2 e 9C_240/2013 del 22 ottobre 2013 consid. 4.1.4).

E. 8.5

In ambito psichiatrico, la diagnosi deve essere espressa da uno specialista in psichiatria e fondata sui criteri posti da un sistema di classificazione riconosciuto scientificamente (DTF 141 V 281 consid. 2.1; 130 V 396 consid. 6.3; sentenza del TF 9C_815/2012 del 12 dicembre 2012 consid. 3). In presenza di tutte le malattie psichiche, la capacità lavorativa esigibile di una persona che soffre di tali disturbi deve essere valutata sulla base di una visione d'insieme, nell'ambito di una procedura d'accertamento dei fatti strutturata fondata su indicatori atti a stabilire, da un lato, i fattori invalidanti e, dall'altro, le risorse della persona (DTF 141 V 281 consid. 2, 3.4-3.6 e 4.1 nonché 143 V 418 consid. 6 segg.). Il Tribunale federale ha suddiviso gli indicatori per la valutazione della capacità lavorativa in due categorie (DTF 141 V 281 consid. 4.1.3), segnatamente categoria "gravità funzionale" (consid. 4.3) con i complessi "danno alla salute" (consid. 4.3.1; risultati e sintomi rilevanti per la diagnosi; successo od insuccesso del trattamento e della reintegrazione; comorbidità), "personalità" (sviluppo e struttura della personalità, funzioni psichiche [consid. 4.3.2] e contesto sociale [consid. 4.3.3]) nonché categoria "coerenza" (aspetti del comportamento [consid. 4.4] in rapporto alla limitazione uniforme dei livelli di attività in tutti gli ambiti della vita paragonabili [consid. 4.4.1] ed alla sofferenza dimostrata secondo l'anamnesi in vista di un trattamento o di una reintegrazione [consid. 4.4.2]).

E. 9.1

Da un punto di vista medico la decisione dell'11 febbraio 2020, confermata da questo Tribunale con sentenza del 26 maggio 2021, si fonda essenzialmente sugli accertamenti svolti nell'ambito della perizia del SAM del 16 agosto 2019, con cui gli specialisti in medicina interna, reumatologia, neurologia, psichiatria e neuropsicologia hanno posto: "Diagnosi rilevanti con ripercussioni sulla capacità lavorativa Gonartrosi di media importanza a sin.: - stato dopo artroscopia con "toilette articolare" nel 1992, 1994 e 1996; - meniscectomia mediale nel corso degli interventi citati - stato dopo osteotomia valgizzante e impianto meniscale maggio 2012 - asportazione del materiale di osteosintesi maggio 2013. Sindrome lombospondilogenica cronica: - discopatia L5-S1 con lieve bulging discale. Lieve impingement femoro-acetabolare a sinistra di tipo misto senza rilevante coxartrosi. Possibile lieve radicolopatia S1 sin. intermittente su ernia discale L5-S1 posteriore paramediana sin. con: - eventuale sintomatologia algica minore intermittente associata; - senza deficit di forza, con deficit sensitivi minori. Compromissione neuropsicologica di grado medio-moderato con rallentamento esecutivo, deficit di pianificazione, ridotta

attenzione sostenuta e deficit di memoria a lungo termine. Sindrome mista ansioso-depressiva (ICD 10; F412). Disturbo di personalità misto (ICD 10; F 61 0). Diagnosi rilevanti senza ripercussioni sulla capacità lavorativa Sindrome del tunnel carpale bilaterale. Stato dopo frattura del V metacarpo nel 2017 guarita bene. Stato dopo frattura del IV e V metacarpo a sin. nel 1997 trattata chirurgicamente con chiodi di Kirschner e guarita bene. Stato dopo Shaving artroscopico al ginocchio ds. nel 1992. Calcificazione sottoacromiale alla spalla sin. (referto radiografia, 27.8.2018): - nessuna lesione della cuffia dei rotatori (referto MRI, 4.10.2018); - attualmente: nessun impingement. Stato da intervento per ernia inguinale nel settembre 2017. Pollinosi allergica con rinocongiuntivite stagionale. Allergia medicamentosa riferita a Morfina. Nota ipotensione arteriosa. Tabagismo attivo. Psoriasi. Rosacea. Dermatite seborroica. Sulla base di tali affezioni, nelle precedenti attività di operaio e di agente di sicurezza, i periti hanno ritenuto l'assicurato abile al 75% dal mese di agosto 2014, al 60% a partire dal mese di novembre 2018 e totalmente inabile a decorrere da gennaio 2019. Essi lo hanno inoltre considerato abile al 70% in attività adeguate da novembre 2018. Per i periodi anteriori hanno invece rinviato a quanto attestato con le precedenti valutazioni specialistiche, che indicavano una piena capacità lavorativa.

E. 9.2

Con la nuova richiesta di prestazioni del 15 dicembre 2021, il ricorrente ha fatto valere in particolare un peggioramento dal profilo psichiatrico oltre a epigastralgie e problemi alle ginocchia/ernie. In merito alla situazione psichica ha trasmesso le relazioni cliniche della dott.ssa E. _____, specialista in psichiatria e medico curante dell'interessato, del 1° settembre e 19 novembre 2021 in cui il medico ha descritto l'istoriato clinico del ricorrente rilevando che all'ultimo colloquio dell'11 ottobre 2021 è apparso sufficientemente adeguato e collaborante, con orientamento spazio-temporale e memoria indenni. Essa ha inoltre constatato la presenza di ansia libera, in parte somatizzata, umore tendenzialmente disforico con infervoramento al momento in cui racconta della vicenda che ha portato al suo licenziamento, apprensione per i genitori anziani e tendenza all'abulia e al ritiro sociale. La specialista ha poi concluso che l'orientamento diagnostico tende verso una oligofrenia di grado lieve (F70) e un disturbo di personalità emotivamente instabile, tipo borderline (F60.31 in ICD-10), sindrome psicotica acuta (F23.1) nel 2018 al momento in remissione completa ma indicativa della fragilità del profilo personologico del paziente. Infine, ha ricordato che la terapia medica comprende olanzapina, alprazolam e diazepam e di ritenere che le patologie elencate comportino una compromissione del funzionamento sociale e della capacità lavorativa. Per quel che attiene alle patologie somatiche, ha trasmesso un breve certificato in cui il dott. F. _____, medico chirurgo, certifica che l'interessato soffre di epigastralgie e tensione addominale da verosimile sindrome ansiosa da stress (doc. UAIE 415 e segg.).

E. 9.3

Il 10 gennaio 2022, il dott. D. _____ ha constatato che il certificato della dott.ssa E. _____ del 19 novembre 2021 riportava le stesse informazioni già contenute nel certificato del 6 dicembre 2018 e già considerate al momento della valutazione peritale del SAM (doc. UAIE 420).

E. 9.4

Con relazione del 16 febbraio 2022, la dott.ssa E._____ ha ricordato il percorso valetudinario dell'interessato ed ha evidenziato che nel corso dell'ultimo anno le condizioni cliniche sono gravemente peggiorate. A tal proposito ha osservato che "negli ultimi colloqui il paziente è apparso costantemente agitato, irritabile, interpretativo, notevolmente incrementata la quota d'ansia libera, in parte somatizzata; il tono dell'umore è cronicamente deflesso con episodi di disforia, agitazione psicomotoria e vissuti di disperazione inerenti la propria condizione esistenziale; egli si infervora nel momento in cui affronta il tema legato alla vicenda del licenziamento. Emerge difficoltà a controllare la rabbia, incapacità a far fronte alle necessità della vita con tendenza all'abulia, anedonia, ritiro sociale, nulle le relazioni extrafamiliari. Presenti ruminazioni mentali con difficoltà nel riposo notturno. L'ideazione, è nel suo complesso povera ed è polarizzata sulle vicende lavorative e su tematiche di rivendicazione, come ideazione prevalente che non assume al momento i caratteri di pensiero delirante. Carente la capacità di mentalizzazione". Alla luce di quanto precede ha concluso che l'orientamento diagnostico tende verso una oligofrenia di grado lieve (F70) e un disturbo di personalità emotivamente instabile, tipo borderline (F60.31 in ICD-10), episodio depressivo grave senza sintomi psicotici (F32.2), sindrome psicotica acuta (F23.1) nel 2018 (indicativa della fragilità del profilo personologico del paziente). Essa ha inoltre precisato che la terapia medica comprendeva aripiprazolo, gabapentin, alprazolam diazepam, e che le patologie indicate comportano una grave compromissione del funzionamento sociale e della capacità lavorativa (doc. UAIE 424).

E. 9.5

Con annotazione SMR del 1° marzo 2022, il dott. D._____ ha rilevato che alla luce della modifica di diagnosi e terapia medicamentosa riportate nel certificato del 16 febbraio 2022 era giustificato entrare in materia (doc. UAIE 426).

E. 9.6

Con relazione clinica del 7 aprile 2022 e del 23 giugno 2022, la dott.ssa E._____ ha in sostanza confermato lo stato clinico, le diagnosi e le conclusioni del precedente referto del 16 febbraio 2022 (doc. UAIE 433 e 440).

E. 9.7

Con annotazione SMR del 3 agosto 2022, il dott. D._____ ha addotto di aver preso visione della documentazione medica trasmessa dall'interessato e che nella stessa viene globalmente descritto uno stato clinico invariato dal 2018 e che in particolare la terapia farmacologica appare meno invasiva rispetto al momento in cui è stata redatta la perizia SAM del marzo 2019 (olanzapina 35mg/die sostituita con aripiprazolo 10 mg/die). Lo specialista ha altresì osservato che le diagnosi della perizia SAM non differiscono da quelle poste dalla dott.ssa E._____. Egli ha concluso che dagli atti risulta uno stato sostanzialmente immutato rispetto al momento della perizia del 2019 e del successivo rapporto finale SMR. Pertanto, in assenza di fatti nuovi rispettivamente di modificazioni oggettivabili di fatti noti, ha confermato le precedenti prese di posizione SMR (doc. UAIE 444).

E. 9.8

Con relazione clinica del 25 novembre 2022, la dott.ssa E._____ ha confermato il peggioramento del quadro clinico con in particolare incremento della quota d'ansia libera e somatizzata con tendenza alla polarizzazione ideativa, ruminazioni ideative continue e temi di rivendicazione relativi al licenziamento. Essa ha inoltre ribadito che alle ultime visite il

paziente è apparso costantemente agitato, irritabile, reattivo, con tono dell'umore cronicamente deflesso ed episodi di disforia, al punto che ha integrato la terapia farmacologia con un antidepressivo (escitalopram 10 gtt/die) e prescritto esami ematici di controllo al fine di valutare un'eventuale introduzione di uno stabilizzante del tono dell'umore (acido valproico). Ha poi confermato il precedente orientamento diagnostico e la grave compromissione del funzionamento personale e sociale, nonché della capacità lavorativa (doc. UAIE 456).

E. 9.9

Con annotazione SMR del 13 dicembre 2022, il dott. D._____ ha dichiarato di aver preso visione del certificato della dott.ssa E._____ del 25 novembre 2022, del formulario di richiesta di esami ematici ed ECG del 25 novembre 2022, rispettivamente delle ricette mediche per aripiprazolo ed escitalopram. A tal proposito ha osservato che tali documenti non denotano di per sé uno stato clinico oggettivo o oggettivabile e che, in assenza di fatti nuovi, ribadiva la precedente presa di posizione (doc. UAIE 457).

E. 9.10

Con relazione clinica dell'11 agosto 2023, la dott.ssa E._____ ha confermato le diagnosi di oligofrenia di grado lieve, disturbo di personalità emotivamente instabile tipo borderline, episodio depressivo grave senza sintomi psicotici e sindrome psicotica acuta nel 2018; la terapia farmacologica con aripiprazolo, gabapentin, escitalopram, alprazolam e diazepam, nonché la grave compromissione del funzionamento personale, sociale della capacità lavorativa (doc. TAF 12).

E. 9.11

Con valutazione medico legale in tema di invalidità civile del 14 dicembre 2023, la dott.ssa G._____, specialista in medicina legale, ha confermato le diagnosi di natura psichiatrica poste dalla curante e quelle di protrusioni discali lombari, esiti di osteotomia devarizzante e pregressa, nonché meniscectomia al ginocchio sinistro e persistente sintomatologia dolorosa con associata limitazione funzionale a carico del rachide lombare e dell'arto inferiore sinistro. Ha inoltre rilevato che tale quadro psico-patologico compromette in maniera significativa le capacità socio-relazionali, il funzionamento personale e la capacità lavorativa, non consentendo al momento della valutazione lo svolgimento di una proficua attività lavorativa con regolarità. Pertanto, essa ha attestato un'invalidità civile totale e permanente (doc. TAF 19).

E. 9.12

Con annotazione SMR del 1° febbraio 2024, il dott. D._____ ha rilevato che la valutazione medico legale della dott.ssa G._____ non presenta alcun elemento di novità o nozione di modificazione dello stato di salute rispetto a quanto precedentemente accertato dal SMR (doc. TAF 22).

E. 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 LPGA). Secondo l'art. 6 prima frase LPGA, 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 (art. 6 seconda frase LPGA). 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).

C-812/2023 Pagina 11

E. 10.1.1

Alla luce di quanto precede, e in particolare relativamente all'aspetto psichiatrico, questo Tribunale rileva come nella procedura di accertamento esperita dall'autorità inferiore prima di emettere la decisione impugnata – la quale si fonda essenzialmente sulle valutazioni effettuate dal medico SMR – l'evoluzione delle affezioni psichiatriche di cui soffre il ricorrente, rispettivamente le loro conseguenze sulla capacità lavorativa, non sono state sufficientemente acclerate. Per i motivi che saranno esposti di seguito, questo Tribunale ritiene che l'autorità inferiore si è basata su valutazioni mediche incomplete e lacunose e pertanto inconcludenti.

C-812/2023 Pagina 22

E. 10.1.2

Nella perizia del SAM, lo specialista in neuropsicologia aveva osservato che i test specialistici eseguiti evidenziavano un profilo compatibile con quello presentato dai pazienti con psicosi. Egli ha riscontrato una compromissione neuropsicologica di grado medio-moderato con rallentamento esecutivo, deficit di pianificazione, ridotta attenzione e deficit di memoria a lungo termine. Il perito aveva quindi posto le diagnosi di compromissione neuropsicologica di grado medio-moderato ed attestato a partire “verosimilmente” dal 2018 una capacità lavorativa del 70% (presenza di 8 ore con riduzione del rendimento pari al 30%) sia nelle attività svolte in precedenza, sia in attività adeguate (doc. UAIE 381 pag. 46 e pag. 25 e segg. della valutazione neuropsicologica). Dal profilo psichiatrico, lo specialista del SAM aveva posto le diagnosi di sindrome mista ansioso depressiva e disturbo di personalità misto ed attestato, a partire da novembre 2018, una capacità lavorativa del 70% (presenza 8.5 ore e ridotto rendimento, pag. 41) nell'attività svolta ed in attività adeguate. Il perito ha inoltre consigliato una più regolare ed intensa presa a carico psichiatrica integrata (psicofarmacoterapia e psicoterapia). Infine, ha formulato una prognosi stabile con possibile miglioramento nell'arco di 12-24 mesi in caso di presa a carico costante (pag. 47).

E. 10.1.3

Dalla documentazione medica trasmessa dal ricorrente emerge in particolare che la dott.ssa E. _____ ha attestato un significativo peggioramento dello stato di salute psichico a decorrere dal mese di febbraio 2022 (doc. UAIE 440). Al riguardo la specialista ha a più riprese rilevato che lo stato clinico del ricorrente appare aggravato con – in particolare –

notevole incremento della quota d'ansia libera, umore cronicamente depresso con episodi di disforia, rabbia e difficoltà a far fronte alle necessità della vita. Di conseguenza, oltre alle note diagnosi di oligofrenia e disturbo di personalità emotivamente instabile tipo borderline, ha posto anche la diagnosi di episodio depressivo grave senza sintomi psicotici (F32) e precisato che il peggioramento dello stato di salute ha reso necessario l'ampliamento della terapia farmacologica assunta dal ricorrente con l'integrazione di un antidepressivo. Il dott. F._____ ha inoltre attestato l'insorgere di epigastralgie e tensione addominale verosimilmente legate alla sindrome ansiosa da stress (doc. UAIE 415).

E. 10.1.4

Dal canto suo, il medico SMR ha in un primo momento rilevato che tenuto conto della modifica di diagnosi (insorgere di una depressione grave) e terapia medicamentosa riportate nel certificato del 16 febbraio 2022 della dott.ssa E._____ era giustificata un'entrata in materia della nuova richiesta di prestazioni del ricorrente. In seguito, si è tuttavia limitato ad osservare che le diagnosi poste dalla specialista curante non differivano

C-812/2023 Pagina 23 da quelle poste dai periti del SAM nel 2019 e che dai referti medici più recenti risultava uno stato sostanzialmente immutato rispetto al momento della perizia del 2019 e del successivo rapporto finale SMR, rispettivamente che l'evoluzione attestata dalla dott.ssa E._____ non comportava un aggravamento oggettivo dello stato clinico (doc. UAIE 444 e 457).

E. 10.1.5

Tali conclusioni non sono tuttavia né motivate né convincenti e quindi non condivisibili, nella misura in cui lo specialista del SMR non si china sull'evoluzione con peggioramento dello stato clinico e nuova diagnosi di episodio depressivo grave, la quale, all'evidenza (consid. 9.1), e contrariamente a quanto sembra asserire, non era stata ritenuta nella perizia del SAM del 2019. Pertanto, oltre a non essere sufficientemente motivate, le conclusioni del medico SMR, che non ha mai visitato di persona l'interessato, sono in contraddizione con il quadro clinico rilevato dagli specialisti curanti. Non risulta pertanto comprensibile per quale motivo – nonostante abbia in un primo momento preso atto della modificata diagnosi da parte della curante – egli abbia attestato uno stato di salute invariato rispetto al 2019 né abbia considerato necessario approfondire ulteriormente il peggioramento dello stato di salute più volte attestato dalla specialista curante. Inoltre, il medico SMR non ha mai spiegato in maniera convincente per quale motivo una siffatta istruttoria non sarebbe stata necessaria prima di concludere in favore di uno stato di salute immutato dell'interessato, tenuto in particolare anche conto dell'eventuale effetto congiunto con le ulteriori numerose affezioni di cui soffre. All'evidenza, a tali valutazioni del SMR non può dunque venir riconosciuto il necessario valore probatorio (DTF 139 V 225 consid. 5.2; 135 V 465 consid. 4.4; 122 V 157 consid. 1d), imponendosi a non averne dubbio perlomeno una valutazione specialistica in psichiatria.

E. 10.1.6

Precisato inoltre, che senza prima procedere alla menzionata necessaria istruttoria complementare il ricorrente non può essere seguito laddove adduce un'incapacità lavorativa del 100% anche in attività adeguate sulla sola base dei referti della dott.ssa E._____, trattandosi di conclusioni del medico curante che peraltro non si è espresso in maniera dettagliata sulla residua capacità lavorativa.

E. 10.1.7

Da quanto esposto, consegue che non può a priori essere escluso un aggravamento dell'affezioni psichiche con conseguente ulteriore limitazione della capacità lavorativa. Peraltro, secondo il Tribunale federale, ad una procedura probatoria strutturata si può rinunciare unicamente a condizioni restrittive e sulla base di rapporti medici specialistici aventi piena forza

C-812/2023 Pagina 24 probatoria (cfr., fra l'altro, DTF 125 V 351 e consid. 5.5 del presente giudizio).

E. 10.2

Per quanto attiene infine all'affezioni somatiche, questo Tribunale rileva – da una parte – che il paziente si è limitato a ribadire in termini generali di soffrire di problemi al ginocchio sinistro, rispettivamente di ernie discali con protrusioni (in particolare doc. UAIE 429), e – d'altra parte – che si tratta di patologie note e già analizzate nell'ambito della perizia pluridisciplinare del SAM. Pertanto, sotto questo profilo si impongono nuove valutazioni unicamente nella misura in cui il ricorrente dovesse ancora rendere plausibile un peggioramento delle stesse.

E. 11

Ne discende che, in assenza di sufficienti accertamenti, segnatamente in ambito psichiatrico, l'istruttoria eseguita dall'autorità inferiore risulta carente. Il SMR, così come l'UAIE stesso, si sono fondati su documentazione incompleta e pertanto insufficiente. In simili condizioni, non risulta possibile per questo Tribunale determinarsi, con il grado della verosimiglianza preponderante valido nelle assicurazioni sociali, sullo stato di salute del ricorrente e sulle sue conseguenze sulla capacità lavorativa in attività adeguate. Per conseguenza, la decisione impugnata del 12 gennaio 2023 va annullata e gli atti di causa rinviati all'autorità inferiore per completare l'istruttoria ed emanare una nuova decisione. Va peraltro precisato che l'accertamento psichiatrico da effettuarsi in Svizzera da parte di specialisti cogniti delle esigenze giurisprudenziali in materia, deve tener conto, in particolare, anche dell'eventuale effetto congiunto delle diverse patologie di cui è affetto il ricorrente.

E. 12.1

Quando il Tribunale amministrativo federale annulla una decisione, esso può sostituirsi all'autorità inferiore e giudicare direttamente nel merito o rinviare la causa, con istruzioni vincolanti, all'autorità inferiore per un nuovo giudizio (cfr. sentenza del TAF C-6273/2014 del 25 ottobre 2016 consid. 9.2). In particolare, esso si sostituirà all'autorità inferiore se gli atti sono completi e comunque sufficienti a statuire sull'applicazione del diritto federale (v. sentenza del TF 9C_162/2007 del 3 aprile 2008 consid. 2.3 e relativi riferimenti; DTF 126 II 43; 125 II 326). Tale non è il caso nella presente fattispecie per i motivi precedentemente indicati.

E. 12.2

Gli atti di causa sono pertanto rinviati all'autorità inferiore affinché la stessa proceda a completare l'accertamento dei fatti giuridicamente

C-812/2023 Pagina 25 rilevanti e ad emanare una nuova decisione. La cassazione si giustifica per il fatto che dovranno essere eseguiti rispettivamente completati i necessari accertamenti medici, segnatamente effettuata un accertamento in psichiatria (secondo una

procedura probatoria strutturata [DTF 143 V 409; 141 V 281]), nonché effettuato ogni ulteriore esame che pure l'evoluzione nel tempo dello stato di salute del ricorrente dovesse ancora rendere necessario. Per il resto, e a seconda del risultato di tale esame, l'UAIE dovrà pronunciarsi pure sulla possibilità di mettere a frutto un'eventuale residua capacità lavorativa medico-teorica nonché, se del caso, effettuare un nuovo confronto dei redditi determinanti sulla base delle possibili attività sostitutive adeguate ritenute.

E. 12.3

Peraltro, stante le premesse, nulla – neppure la giurisprudenza del Tribunale federale di cui a DTF 137 V 210 (cfr. segnatamente il consid. 4.4.1.4) – si oppone al rinvio della causa all'autorità inferiore per completamento dell'istruttoria. In effetti, in assenza dei citati accertamenti complementari non era, né è, possibile determinarsi con cognizione di causa, ed il necessario grado della verosimiglianza preponderante, sullo stato di salute del ricorrente e sull'incidenza delle affezioni di cui soffre sulla residua capacità lavorativa a decorrere da dicembre 2021. In particolare, un rinvio all'autorità inferiore si giustifica, dal profilo delle garanzie procedurali (in particolare quello della doppia istanza con piena cognizione) nei casi in cui, come nella fattispecie, è richiesto un accertamento (peritale interdisciplinare) in ambiti che non sono stati (o comunque insufficientemente) chiariti nella procedura di prima istanza, ma che lo avrebbero dovuto essere prima dell'emanazione della decisione litigiosa, gli elementi per dovere agire in tal senso essendo già presenti agli atti di causa (DTF 137 V 210 consid. 4.4.1.4 [cfr., in particolare, anche il consid. 9 e 10 del presente giudizio]). Peraltro, il Tribunale federale ha già avuto modo pure di precisare che in virtù dell'art. 43 LPGA nonché degli art. 12 e 13 PA e dell'art. 19 PA in relazione con l'art. 40 PCF (RS 273), il Tribunale accerta, con la collaborazione delle parti, i fatti determinanti per la soluzione della controversia, assume le prove necessarie e le valuta liberamente. Secondo giurisprudenza, se il giudice ritiene che i fatti non sono sufficientemente delucidati, può, peraltro non senza qualche limitazione (DTF 137 V 210 consid. 4.4.1.4), sia rinviare la causa all'amministrazione per completamento dell'istruzione sia procedere lui medesimo a tale istruzione complementare. Un rinvio all'amministrazione che ha per scopo di completare l'accertamento dei fatti non viola né i principi della semplicità e della celerità né il principio inquisitorio. In particolare, un siffatto rinvio appare in generale siccome giustificato se l'amministrazione ha proceduto ad una constatazione dei fatti sommaria nella speranza che in caso di ricorso sarebbe poi stato il Tribunale ad

C-812/2023 Pagina 26 effettuare i necessari accertamenti fattuali (sentenza del TF 9C_162/2007 del 3 aprile 2008 consid. 2.3 con rinvii; cfr. pure sentenza del TAF C-3038/2016 del 2 aprile 2019 consid. 12).

E. 13.1

Visto l'esito della procedura non vengono prelevate spese processuali (art. 63 PA). Tenuto conto del carattere sussidiario, l'assistenza giudiziaria concessa con decisione incidentale del 1° giugno 2023 non si applica in concreto.

E. 13.2

Ritenuto che l'insorgente è rappresentato in questa sede da mandatario professionale, si giustifica altresì l'attribuzione di spese ripetibili (art. 64 PA in combinazione con l'art. 7 segg. TS-TAF [RS 173.320.2]; cfr. pure DTF 137 V 57 consid. 2 secondo cui la parte che ha presentato ricorso in materia d'assegnazione o rifiuto di prestazioni assicurative è reputata vincente, dal profilo delle ripetibili, anche se la causa è rinviata all'amministra-

zione per completamento istruttorio e nuova decisione). L'ammontare di quest'ultime, in assenza di una nota dettagliata, è fissato d'ufficio (art. 14 cpv. 2 TS-TAF) in CHF 1'000.- tenuto conto del lavoro utile e necessario svolto dal rappresentante del ricorrente (cfr., sulla questione del diritto a ripetibili da parte del Patronato, le sentenze del TF 9C_301/2009 del 14 aprile 2010 consid. 4.3 e I 382/04 del 18 ottobre 2005 consid. 3, nonché fra le tante la sentenza del TAF C-4019/2019 del 24 novembre 2020 con- sid. 11.2 con rinvio).

L'indennità per ripetibili è posta a carico dell'UAIE.

(dispositivo alla pagina seguente)

C-812/2023 Pagina 27 Per questi motivi, il Tribunale amministrativo federale pronun- cia:
1. Il ricorso è accolto, nel senso che la decisione del 12 gennaio 2023 è an- nullata e gli atti di causa sono rinviati all'UAIE affinché proceda al comple- tamento dell'istruttoria ed alla pronuncia di una nuova decisione ai sensi dei considerandi. 2. Non si prelevano spese processuali. 3. La decisione incidentale di attribuzione dell'assistenza giudiziaria del 1° giugno 2023 non si applica. 4. L'UAIE rifonderà al ricorrente CHF 1'000.- a titolo di spese ripetibili. 5. Questa sentenza è comunicata al ricorrente, all'autorità inferiore e all'UFAS. I rimedi giuridici sono menzionati alla pagina seguente.

La presidente del collegio: Il cancelliere:

Michela Bürki Moreni Oliver Engel

C-812/2023 Pagina 28 Rimedi giuridici: Contro la presente decisione può essere interposto ricorso in materia di diritto pubblico al Tribunale federale, Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerna, entro un termine di 30 giorni dalla sua notificazione, nella misura in cui sono adempiute le condizioni di cui agli art. 82 e segg., 90 e segg. e 100 LTF. Il termine è reputato osservato se gli atti scritti sono consegnati al Tribunale federale oppure, all'indirizzo di questo, alla posta svizzera o a una rappresentanza diplomatica o consolare svizzera al più tardi l'ultimo giorno del termine (art. 48 cpv. 1 LTF). Gli atti scritti devono contenere le conclusioni, i motivi e l'indicazione dei mezzi di prova ed essere firmati. La decisione impugnata e – se in possesso della parte ricorrente – i documenti indicati come mezzi di prova devono essere allegati (art. 42 LTF).

Data di spedizione:

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