

# **BVGer C-8160/2007 vom 22. Juli 2010**

Bundesverwaltungsgericht, 2010-07-22, IT

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bvger\\_C-8160\\_2007](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bvger_C-8160_2007)

FR: TAF C-8160/2007 du 22 juillet 2010

IT: TAF C-8160/2007 del 22 luglio 2010

## **Regeste**

Valutazione dell'invalidità

## **Erwägungen**

### **E. 1.1**

Giusta l'art. 19 cpv. 3 della legge sul Tribunale amministrativo federale del 17 giugno 2005 (LTAF, RS 173.32) ciascun giudice può essere tenuto a prestare il proprio concorso in una corte diversa dalla sua. In concreto, la presidenza della procedura di ricorso della presente vertenza è stata trasferita alla Corte II. La composizione del collegio è costituita dai Giudici Francesco Brentani e Hans Urech della Corte II e dal Giudice Beat Weber della Corte III.

### **E. 1.2**

Riservate le eccezioni di cui all'art. 32 LTAF, il Tribunale amministrativo federale (TAF) giudica, in virtù dell'art. 31 LTAF, i ricorsi contro le decisioni ai sensi dell'art. 5 della legge federale sulla procedura amministrativa del 20 dicembre 1968 (PA, RS 172.021) emanate dalle autorità menzionate all'art. 33 LTAF. In particolare, le decisioni rese dall'autorità inferiore concernenti l'assicurazione per l'invalidità possono essere portate dinanzi al TAF conformemente all'art. 69 cpv. 1 lett. b della legge federale su l'assicurazione per l'invalidità del 19 giugno 1959 (LAI, RS 831.20).

### **E. 2.1**

Il 1° giugno 2002 sono entrati in vigore l'Accordo tra la Confederazione svizzera e la Comunità europea ed i suoi Stati membri sulla libera circolazione delle persone del 21 giugno 1999 (ALC, RS 0.142.112.681) con il correlato Allegato II che regola il coordinamento dei sistemi di sicurezza sociale, nonché il Regolamento (CEE) n° 1408/71 del Consiglio del 14 giugno 1971 relativo all'applicazione dei regimi di sicurezza sociale ai lavoratori subordinati, ai lavoratori autonomi e ai loro familiari che si spostano all'interno della Comunità (RS 0.831.109.268.1), come pure il corrispondente Regolamento di applicazione (Regolamento CEE n° 574/72 del Consiglio del 21 marzo 1972 relativo all'applicazione del Regolamento n° 1408/71, RS 0.831.109.268.11). Trattasi di una normativa che si applica a tutte le rendite il cui diritto sorge a far data dal 1° giugno 2002 o successivamente e che sancisce il principio della parità di trattamento tra cittadini di uno degli Stati membri della Comunità europea che ivi risiedono e i cittadini svizzeri (cfr. artt. 2, 3 e 6 del Regolamento CEE n° 1408/71).

### **E. 2.2**

Giusta l'art. 20 ALC, salvo disposizione contraria contenuta nell'allegato II, gli accordi bilaterali tra la Svizzera e gli Stati membri della Comunità europea in materia di sicurezza sociale vengono sospesi a decorrere dall'entrata in vigore del presente Accordo qualora il

medesimo campo sia disciplinato da quest'ultimo. Nella misura in cui l'Accordo, in particolare l'Allegato II che regola il coordinamento dei sistemi di sicurezza sociale (cfr. art. 8 ALC), non prevede disposizioni contrarie, l'organizzazione della procedura come pure l'esame delle condizioni di ottenimento di una rendita di invalidità svizzera sono regolate dal diritto interno svizzero (DTF 130 V 257 consid. 2.4).

### **E. 2.3**

Conformemente all'art. 80a LAI, trattandosi in casu di un cittadino di uno degli stati membri che risiede nell'Unione europea, nella presente procedura si applica l'ALC e i Regolamenti (CEE) n° 1408/71 del Consiglio del 14 giugno 1971 e (CEE) n° 574/72 del Consiglio del 21 marzo 1972 relativo all'applicazione del Regolamento n° 1408/71.

### **E. 3.1**

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 legge federale sulla parte generale del diritto delle assicurazioni sociali del 6 ottobre 2000 (LPGA, RS 830.1). Giusta l'art. 1 LAI le disposizioni della LPGA sono applicabili all'assicurazione per l'invalidità (art. 1a-26bis e 28-70), sempre che non sia prevista espressamente una deroga.

### **E. 3.2**

Secondo l'art. 59 LPGA ha diritto di ricorrere chiunque è toccato dalla decisione o dalla decisione su opposizione ed ha un interesse degno di protezione al suo annullamento o alla sua modificazione. Queste condizioni sono adempiute nella fattispecie.

### **E. 3.3**

Il ricorso è tempestivo e rispetta i requisiti minimi prescritti dalla legge (art. 60 LPGA e 52 PA). Il rappresentante del ricorrente ha giustificato i suoi poteri con procura scritta (cfr. art. 11 cpv. 2 PA) e l'anticipo corrispondente alle presunte spese processuali di fr. 300.- è stato versato entro il termine impartito. Il gravame è dunque ammissibile, nulla ostando all'esame del merito dello stesso.

### **E. 4.1**

Giusta l'art. 33a cpv. 2 PA nei procedimenti su ricorso è determinante la lingua della decisione impugnata. Se le parti utilizzano un'altra lingua ufficiale, il procedimento può svolgersi in tale lingua. In casu la decisione impugnata è redatta in lingua italiana, cossiché la decisione su ricorso, come annunciato con ordinanza di data 21 aprile 2009 dello scrivente Tribunale, può essere redatta in lingua italiana.

### **E. 4.2**

L'esame del diritto a prestazioni secondo la LAI è retto dal tenore della LAI al momento della decisione impugnata - in casu il 20 novembre 2007 - in virtù del principio secondo il quale sono determinanti le norme materiali in vigore al momento della realizzazione dello stato di fatto giuridicamente determinante (DTF 130 V 445 consid. 1.2 e relativi riferimenti). Le disposizioni della 5a revisione della LAI e della LPGA, in vigore dal 1° gennaio 2008, non sono pertanto applicabili nel caso concreto e di seguito è fatto riferimento alle disposizioni in vigore fino al 31 dicembre 2007.

### **E. 5.1**

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

### **E. 5.2**

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

### **E. 5.3**

Per incapacità al lavoro s'intende qualsiasi incapacità, totale o parziale, derivante da un danno alla salute fisica, mentale o psichica di compiere un lavoro ragionevolmente esigibile nella professione o nel campo di attività abituale. In caso d'incapacità al lavoro di lunga durata possono essere prese in considerazione anche le mansioni esigibili in un'altra professione o campo d'attività (art. 6 LPGA). L'incapacità al guadagno è definita all'art. 7 LPGA e consiste nella perdita, totale o parziale, della possibilità di guadagno sul mercato del lavoro equilibrato che entra in considerazione, provocata da un danno alla salute fisica, mentale o psichica e che perdura dopo aver sottoposto l'assicurato alle cure ed alle misure d'integrazione ragionevolmente esigibili.

### **E. 6.1**

Giusta l'art. 17 cpv. 1 LPGA, corrispondente materialmente al precedente ed abolito art. 41 LAI, se il grado d'invalidità del beneficiario di una rendita d'invalidità subisce una modifica, che incide in modo rilevante sul diritto alla rendita, questa sarà, per il futuro, aumentata o ridotta proporzionalmente o soppressa, d'ufficio o su richiesta. La revisione avviene d'ufficio quando, in previsione di una possibile modificazione importante del grado d'invalidità o di grande invalidità, è stato stabilito un termine nel momento dell'erogazione della rendita o dell'assegno per grandi invalidi, o allorché si conoscono fatti o si ordinano provvedimenti che possono provocare una notevole modificazione del grado d'invalidità o della grande invalidità (art. 87 cpv. 2 dell'Ordinanza federale su l'assicurazione per l'invalidità del 17 gennaio 1961 [OAI, RS 831.201]). Se la capacità al guadagno dell'assicurato migliora, v'è motivo di ammettere che il cambiamento determinante soppriime, all'occorrenza, tutto o parte 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 (art. 88a cpv. 1 OAI). Secondo la giurisprudenza del Tribunale federale, costituisce motivo di revisione della rendita d'invalidità ogni modifica rilevante delle circostanze di fatto suscettibile d'influire sul grado di invalidità e, quindi, sul diritto alla rendita. Per conseguenza, la rendita può essere soggetta a revisione non soltanto in caso di modifica importante 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 (sentenza del Tribunale federale I 870/05 del 2 maggio 2007; DTF 130 V 343 consid. 3.5). Irrilevante è invece, una diversa valutazione di una fattispecie restata sostanzialmente immutata (DTF 112 V 371 consid. 2b). Il giudice delle assicurazioni sociali si determina secondo il principio della probabilità preponderante, l'esistenza di una pura possibilità non è sufficiente e il dubbio non deve essere interpretato in favore dell'interessato (DTF 121 V 208 consid. 6a; 115 V 142 consid. 8b; 113 V 312 consid. 3a).

#### **E. 6.2**

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 (art. 88bis cpv. 2 lettera a OAI) o retroattivamente dalla data in cui avvenne la modificazione determinante se l'erogazione illecita è causa dell'ottenimento indebito di una prestazione per l'assicurato o se quest'ultimo ha violato l'obbligo di informare, impostogli ragionevolmente dall'articolo 77 (art. 88 bis cpv. 2 lettera b OAI).

#### **E. 6.3**

Conformemente alla giurisprudenza il punto di partenza per stabilire se il grado d'invalidità si è modificato in maniera tale da influire sul diritto alle prestazioni è costituito dall'ultima decisione cresciuta in giudicato che ha esaminato materialmente il diritto alla rendita (DTF 133 V 108, consid. 5.4). Pertanto, il periodo di riferimento nell'ambito della presente vertenza è quello intercorrente tra il 17 luglio 2003 (data della decisione mediante la quale è stata accordata la rendita intera) ed il 20 novembre 2007 (data della decisione impugnata). Il giudice delle assicurazioni sociali analizza, infatti, la legalità della decisione impugnata, in generale, secondo lo stato di fatto esistente al momento in cui la decisione in lite è stata resa (DTF 130 V 445 consid. 1.2 e 1.2.1).

#### **E. 6.4**

Ai fini del presente giudizio occorre inoltre precisare che, per costante giurisprudenza, i fatti accaduti posteriormente (e che hanno modificato la situazione valetudinaria dell'assicurato) devono di regola formare oggetto di un nuovo procedimento amministrativo (DTF 129 V 4 consid. 1.2, DTF 127 V 467 consid. 1 e DTF 121 V 366 consid. 1b). Eccezionalmente, il giudice delle assicurazioni sociali può anche tener conto dei fatti intervenuti posteriormente, a condizione che questi ultimi siano stabiliti in modo sufficientemente preciso e nella misura in cui essi siano strettamente legati all'oggetto della causa e siano suscettibili di facilitare l'accertamento delle circostanze rilevanti (DTF 105 V 161 consid. 2d, DTF 103 V 53 consid. 1, DTF 99 V 101 consid. 4; RCC 1980 pag. 263, RCC 1974 pag. 192 consid. 4, RCC 1970 pag. 582 consid. 3). In questo contesto occorre tenere conto altresì di tutta la documentazione medica prodotta dal ricorrente nell'ambito della presente procedura nella misura in cui permette di acclarare retrospettivamente lo stato di salute nel periodo di riferimento. Essa, infatti, è rilevante ai fini del presente giudizio.

#### **E. 7**

Come illustrato al precedente considerando una rendita può essere aumentata, ridotta o soppressa a condizione che il grado d'invalidità del beneficiario abbia subito una rilevante modifica. Invece, nel caso in cui, la decisione concernente l'erogazione o meno di una rendita dell'assicurazione svizzera per l'invalidità sia inizialmente sbagliata per poterla rivedere sono necessarie altre condizioni. L'assicuratore può tornare sulle decisioni formalmente passate in giudicato se è provato che erano manifestamente errate e se la loro rettifica ha una notevole importanza (art. 53 cpv. 2 LPGa). Per verificare che sia possibile

procedere ad una riconsiderazione di una precedente decisione, in ragione della sua manifesta erroneità, bisogna fondarsi sui fatti e sulla situazione giuridica esistente al momento in cui questa decisione è stata resa, tenuto conto, anche, della prassi in vigore a quell'epoca (DTF 125 V 383 consid. 3). Per ragioni di sicurezza del diritto, l'eventuale irregolarità della decisione iniziale deve essere manifesta, evidente, affinché si eviti che il disposto della riconsiderazione diventi un argomento invocato con frequenza dall'amministrazione o dal giudice. Segnatamente, una semplice inesattezza pur manifesta non rappresenta un motivo di riconsiderazione, quando l'esame della domanda dipendeva da altri elementi di giudizio ed un ampio potere d'apprezzamento. Se, semplicemente, sussistono dei ragionevoli dubbi sul carattere errato della decisione iniziale, le condizioni della riconsiderazione non sono adempiute (cfr. sentenza del TF del 19 febbraio 2009, 9C\_860/2008).

### **E. 7.1**

In casu, secondo la presa di posizione medica del 20 luglio 2007 (doc. 86) del medico dell'autorità inferiore, il Dr. F. \_\_\_\_\_, si potrebbe giungere alla conclusione che il rapporto medico alla base della prima decisione (doc. 74) sarebbe da considerare insostenibile e negligente. L'autorità inferiore, sulla base della nuova documentazione a disposizione, motiva tuttavia la sua decisione del 20 novembre 2007 limitandosi a constatare come il ricorrente sarebbe di nuovo in grado di svolgere un'attività confacente al suo stato di salute e che tale attività gli permetterebbe di realizzare più del 60 % del guadagno che potrebbe ottenere se non fosse divenuto invalido. La decisione impugnata si fonda perciò esclusivamente su di un, nel frattempo subentrante, miglioramento della condizione di salute del ricorrente. Solo in sede di ricorso, con la presa di posizione del 22 febbraio 2008, l'autorità inferiore basandosi sulle valutazioni del servizio medico dell'UAIE (act. 86 e 95) conclude che l'interessato non presenta disturbi psichici limitanti la capacità lavorativa e ciò non in virtù di un sostanziale miglioramento dello stato di salute dell'interessato, bensì di un'iniziale erronea valutazione da parte dell'autorità AI cantonale riconducibile ad una dubbiosa perizia e mantenendo la sua posizione di reiezione del ricorso.

### **E. 7.2**

In particolare, il Dr. F. \_\_\_\_\_, sempre nella sua summenzionata presa di posizione (doc. 86), critica l'idoneità del rapporto medico dell'8 settembre 2002 del Dr. D. \_\_\_\_\_ (doc. 74) non capendo come l'Ufficio AI del Canton Zurigo abbia potuto basarsi su un tale rapporto. Tuttavia, né nel rapporto del Dr. F. \_\_\_\_\_, né nella decisione impugnata e tantomeno nella presa di posizione dell'autorità inferiore di data 22 febbraio 2008 viene fornita una dettagliata motivazione che sostanzi in un modo o nell'altro in che misura e perché il rapporto del Dr. D. \_\_\_\_\_ sia da considerare insostenibile, rispettivamente dubbioso e dal quale è poi scaturita l'errata valutazione dell'Ufficio AI del Canton Zurigo d'inizio 2003. Anche se il giudizio del Dr. F. \_\_\_\_\_ sulla dubbiosità dell'allora rapporto medico fosse, nel risultato, da ritenere attendibile, ciò non dispensa ancora l'autorità inferiore a dover accertare, da un punto di vista medico, la circostanza esponendo i motivi di una tale insostenibilità. Pertanto, non essendoci delle informazioni e degli elementi che possano attestare l'erroneità del rapporto medico dell'8 settembre 2002 del Dr. D. \_\_\_\_\_ (doc. 74) e di conseguenza l'erroneità iniziale dell'allora decisione del 17 luglio 2003, bisogna partire dagli accertamenti medici esposti dal Dr. D. \_\_\_\_\_, vale a dire un grado d'invalidità del ricorrente del 70 % a motivo di una "chronischen depressiven Entwicklung

mit Somatisierung bei narzisstischer Persönlichkeitsstörung und Überlagerung durch eine Emigrationsproblematik". Rimane dunque da esaminare se la rendita di cui parola abbisogna di un adattamento, rispettivamente se deve o meno essere soppressa a causa di una modifica del grado d'invalidità del ricorrente per un effettivo suo miglioramento dello stato di salute.

## **E. 8**

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 352 consid. 3a).

### **E. 8.1**

Per costante giurisprudenza le certificazioni mediche possono costituire importanti elementi d'apprezzamento del danno invalidante, allorché permettono di valutare l'incapacità lavorativa e di guadagno dell'interessato in un'attività da lui ragionevolmente esigibile (DTF 115 V 134 consid. 2, 114 V 314 consid. 3c). Perché un rapporto medico abbia valore probatorio è determinante che esso valuti ed esamini in maniera completa i punti litigiosi, si fondi su degli esami approfonditi, prenda conto di tutte le affezioni di cui si lamenta l'assicurato, sia stabilito in piena conoscenza dei suoi antecedenti (anamnesi) e sia chiaro nell'esposizione delle correlazioni mediche o nell'apprezzamento della situazione medica; le conclusioni dell'esperto devono inoltre essere motivate (DTF 125 V 352, 122 V 160). Per quel che riguarda i rapporti concernenti il medico curante, secondo la generale esperienza della vita, il giudice deve tenere conto del fatto che, alla luce del rapporto di fiducia esistente con il paziente, il medico curante attesterà, in caso di dubbio, in favore del suo paziente (DTF 125 V 353; Jurisprudence et pratique administrative [Pratique VSI] 2001 p. 109).

### **E. 8.2**

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

### **E. 8.3**

Giusta il principio inquisitorio che regge la procedura in materia di assicurazioni sociali (art. 43 LPGa), l'amministrazione deve intraprendere d'ufficio i necessari accertamenti e raccogliere le informazioni di cui ha bisogno. In particolare, deve ordinare una perizia allorché è necessario per la valutazione medica del caso (DTF 117 V 282 consid. 4a). Se gli accertamenti svolti d'ufficio permettono all'amministrazione o al giudice, che si sono fondati su un apprezzamento diligente delle prove, di giungere alla convinzione che certi fatti presentino una verosimiglianza preponderante, e che ulteriori misure probatorie non potrebbero modificare questo apprezzamento, è superfluo assumere altre prove (apprezzamento anticipato delle prove; UELI KIESER, ATSG-Kommentar, 2a ed., Zurigo 2009, art. 42 n. 19 pag. 536; sentenza del Tribunale federale K 24/04 del 20 aprile 2005; DTF 122 II 464 consid. 4a). In tal caso, non sussiste una violazione del diritto costituzionale

di essere sentito secondo l'art. 29 cpv. 2 Cst. (Sozialversicherungsrecht [SVR] 2001 IV n. 10 pag. 28).

#### **E. 8.4**

In casu, la domanda in questione consiste nell'appurare se il grado d'invalidità del ricorrente abbia subito o meno una modifica in rapporto alla prima decisione emessa dall'Ufficio AI del Canton Zurigo del 17 luglio 2003 con eventuale conseguente revisione della rendita accordata. Per l'accertamento se lo stato di salute psichico del ricorrente sia effettivamente migliorato occorre prendere in considerazione le perizie mediche esperite dopo la prima decisione del 17 luglio 2003. Quanto appurato dalle ultime perizie mediche in merito allo stato di salute del ricorrente va poi messo in relazione con la situazione di salute al momento della prima decisione.

#### **E. 9.1**

Nel caso in narrativa, nel riconoscere inizialmente il diritto ad una rendita intera dell'assicurazione svizzera per l'invalidità con grado del 70% a decorrere dal 1° novembre 2001, l'amministrazione si era fondata essenzialmente sul rapporto dell'8 settembre 2002 del Dr. D. \_\_\_\_\_ dal quale traspariva che in quel periodo il ricorrente era affetto da una "chronischen depressiven Entwicklung mit Somatisierung bei narzisstischer Persönlichkeitsstörung und Überlagerung durch eine Emigrationsproblematik" (doc. 74). Tale rapporto aveva appunto stimato un grado d'invalidità dell'interessato del 70 %. Quanto contenuto nel rapporto medico di cui parola era stato considerato dall'Ufficio AI del Canton Zurigo sufficiente per elargire al ricorrente una rendita invalidità intera. Nel quadro della procedura di revisione del diritto alla rendita avviata d'ufficio dall'autorità inferiore al momento del rimpatrio del ricorrente (doc. 52), quest'ultima ha richiesto all'INPS di sottoporre il paziente a nuovi esami medici facendogli pervenire accanto al rapporto medico sullo stato attuale del ricorrente (modulo della Comunità Europea, regolamenti di sicurezza sociale, SEE concernente la perizia medica particolareggiata, in seguito modulo E213), pure e a giusta ragione considerati i motivi alla base della prima decisione un rapporto dattiloscritto a seguito di un esame psichiatrico dell'interessato contenente l'anamnesi, l'evoluzione della malattia, lo stato attuale, la diagnosi, la prognosi, la durata del trattamento, la frequenza delle sedute, la terapia, farmaci (dosaggio e denominazione chimica) e incapacità lavorativa in %.

#### **E. 9.2**

In data 23 marzo 2007, il medico dell'INPS, il Dott. E. \_\_\_\_\_, Imperia, ha compilato il modulo E213 (act. 84). Nell'apposito spazio del modulo E213, il Dott. E. \_\_\_\_\_, ha attestato come il ricorrente sia affetto da "sindrome ansiosa depressiva". Dal modulo E213 emerge, però, come il competente medico non abbia potuto eseguire rispettivamente lasciar eseguire una visita psichiatrica sul paziente per "mancata convenzione" con la Svizzera (cfr. cifra 6 del citato modulo) accettando la visita psichiatrica effettua il giorno prima dallo stesso diagnosticando a quest'ultimo appunta una sindrome ansiosa depressiva, senza essere in grado di potersi pronunciare sul decorso della patologia (cfr. cifra 8 e 11.11 del citato modulo). Il Dott. E. \_\_\_\_\_ ha altresì attestato che le condizioni del ricorrente sono migliorate rispondendo affermativa alle seguenti domande predefinite nel modulo, vale a dire che il ricorrente "è in grado di svolgere regolarmente lavori pesanti", "è in grado di lavorare ad uno schermo", "è autonomo nell'esercizio della sua attività professionale sul posto di lavoro", "è autonomo nell'esercizio della sua attività professionale a domicilio",

"può svolgere a tempo pieno il suo ultimo lavoro", "è in grado di svolgere un lavoro adeguato alle sue condizioni" e "può svolgere a tempo pieno un lavoro adeguato alle sue condizioni". Il medesimo medico alla domanda 11.7 del modulo in questione ha confermato un'invalidità parziale nella misura del 40 % per l'ultimo lavoro svolto dal ricorrente.

### **E. 9.3**

Il medico dell'autorità inferiore, Dr. F.\_\_\_\_\_, sulla base del modulo E213 ha concluso che "Der Zustand hat sich also laut unmissverständlicher Aussage gebessert und der Mann ist gesund und voll AF. Zudem handelte es sich um eine völlig unhaltbare, fahrlässige Erstbeurteilung" (doc. 86). Egli, e come attesta la sua risposta del 2 novembre 2007 (doc. 95), è rimasto di medesimo avviso anche dopo aver esaminato la documentazione sanitaria prodotta dal Patronato INCA CGIL con scritto dell'8 ottobre 2007 (doc. 93) in seguito al progetto di decisione del 24 luglio 2007 dell'autorità inferiore affermando che non vi sia influsso delle affezioni riscontrate sulla capacità lavorativa del ricorrente.

### **E. 9.4**

Con decisione del 20 novembre 2007, l'autorità inferiore ha soppresso al ricorrente il diritto alla rendita a partire dal 1. gennaio 2008 constatando, sulla scorta dei nuovi documenti ricevuti, come il medesimo possa svolgere un'attività confacente al suo stato di salute permettendogli di realizzare più del 60 % del guadagno che potrebbe ottenere se non fosse divenuto invalido. La medesima, nella sua decisione, non accenna al fatto che l'INPS non abbia adempiuto al compito da lei impartitogli di eseguire un esame psichiatrico sul ricorrente. Del resto neppure il Dr. F.\_\_\_\_\_, che basa la sua presa di posizione medica del 20 luglio 2007 (doc. 86) sul modulo E213, fa riferimento a tale mancanza. L'autorità inferiore si accontenta della perizia medica fornita, senza richiedere quanto da lei inizialmente e correttamente richiesto.

### **E. 9.5**

D'altra parte, il ricorrente con suo gravame del 30 novembre 2007, si limita ad affermare che il suo stato di salute psichico non sarebbe modificato dal rapporto Dr. D.\_\_\_\_\_ dell'8 settembre 2002 (doc. 74) e che il Dott. Bongioanni, nel suo certificato medico di data 31 gennaio 2007 (doc. 82), avrebbe accertato un'incapacità lavorativa dovuta appunto al suo stato di salute; affermazione questa che non trova però obbiettivo riscontro in tale certificato. Il Dott. G.\_\_\_\_\_ attesta una sindrome ansioso-depressiva senza fornire delle indicazioni in merito a una eventuale incidenza invalidante (doc. 82).

### **E. 9.6**

Per quanto concerne la documentazione sanitaria del servizio psichiatrico, di un ente ospedaliero italiano, prodotta dal Patronato INCA CGIL, essendo redatta a mano, lo scrivente Tribunale non è in grado di decifrare il contenuto di tale documentazione oltre a quanto già estrapolato dal Dr. F.\_\_\_\_\_ nel suo rapporto medico di data 2 novembre 2007 (doc. 95). Egli specifica come tali atti attestano una sindrome ansiosa depressiva, ma non prendono posizione sulla capacità lavorativa del paziente non portando a modificare quanto da lui stabilito in precedenza, vale a dire attestare una capacità lavorativa totale.

### **E. 9.7**

Le summenzionate perizie mediche non contengono delle sufficienti informazioni in merito allo stato psichico del ricorrente. Le stesse non danno adeguata risposta all'interrogativo a sapere se vi sia stato un mutamento e/o miglioramento dello stato psichico del ricorrente.

L'attuale stato di salute del ricorrente rimane, pertanto, incerto e non chiaro in quanto non esaminato come richiesto dall'autorità inferiore (cfr. consid. 9.1 cpv.2). La decisione impugnata poggia su di uno scarso accertamento medico, soprattutto per quel che concerne lo stato psichico dell'interessato con conseguente impossibilità di poter giudicare su di una giustificata o meno soppressione della rendita intera. A titolo abbondanziale, si osserva oltretutto come le perizie mediche in questione mostrano delle differenze in merito al grado d'invalidità che secondo il modulo E213 viene attestata al 40 % per l'ultimo lavoro svolto, mentre che il Dr. F.\_\_\_\_\_ attesta una completa abilità al lavoro.

#### **E. 9.8**

In sunto e come già illustrato precedentemente, l'autorità inferiore ha, a giusta ragione, ordinato all'INPS di esperire un esame psichiatrico (rapporto dattiloscritto). Esame quest'ultimo che non è poi stato eseguito e che né l'autorità inferiore, né il Dr. F.\_\_\_\_\_ hanno reclamato. Ad ogni modo, dal rapporto medico del Dr. F.\_\_\_\_\_ in questione sembra che il medesimo sia partito, erroneamente, dal presupposto che la rendita potesse venir soppressa in ragione del fatto, oltre altro, che il rapporto medico del Dr. D.\_\_\_\_\_ non fosse attendibile e che pertanto la decisione del 17 luglio 2003 per mezzo della quale l'Ufficio AI del Canton Zurigo ha erogato in favore del ricorrente una rendita intera dell'assicurazione svizzera per l'invalidità fosse altrettanto sbagliata. L'autorità inferiore, a giusta ragione, non ha dato seguito alla motivazione del citato medico non basando le conclusioni della sua decisione sul summenzionato punto di vista di quest'ultimo. Purtroppo, la medesima non ha tratto le relative conseguenze e, per motivi del tutto ignoti, non ha insistito sull'esame psichiatrico del ricorrente. Considerato che lo stato psichico del ricorrente è stato il motivo principale alla base dell'erogazione della rendita intera dell'assicurazione svizzera per l'invalidità a decorrere dal 17 luglio 2003, l'unica giusta via per poter dimostrare che le condizioni di salute del ricorrente rispettivamente della sua capacità lavorativa sarebbero migliorate sarebbe stata quella di far eseguire un accurato, approfondito quanto esaustivo esame psichiatrico.

#### **E. 9.9**

Il collegio giudicante si trova, di conseguenza, nell'impossibilità di dirimere sul ricorso: manca un completo accertamento della fattispecie, in particolare manca un'esauriente e inequivocabile perizia medica concernente lo stato psichico del ricorrente al fine di poter procedere alla revisione della rendita in questione a motivo di un netto miglioramento di salute del ricorrente e dunque di un miglioramento anche della sua capacità al guadagno.

#### **E. 10**

Alla luce delle summenzionate risultanze, considerate le conclusioni del ricorso, è necessario accogliere parzialmente il ricorso, annullare la decisione impugnata del 20 novembre 2007 e rinviare l'incarto all'autorità inferiore affinché completi l'istruttoria con ulteriori accertamenti concernenti lo stato psichico del ricorrente e statuisca di nuovo sul diritto di rendita del ricorrente (cfr. art. 61 cpv. 1 PA). Nella misura in cui il ricorrente con le conclusioni ricorsuali postula il riconoscimento diretto ad una rendita d'invalidità intera anche dopo il 1° gennaio 2008, il ricorso va respinto.

#### **E. 11.1**

L'autorità di ricorso mette nel dispositivo le spese processuali, consistenti in una tassa di decisione nelle tasse di cancelleria e negli sborsi, di regola a carico della parte soccombente. Se questa soccombe solo parzialmente, le spese processuali sono ridotte (art. 63 cpv. 1 PA).

Le spese del procedura dinanzi al TAF comprendono la tassa di giustizia e i disborsi (art. 1 del Regolamento sulle tasse e sulle spese ripetibili nelle cause dinanzi al Tribunale amministrativo federale del 21 febbraio 2008, TS-TAF, RS 173.320.2). Nella fattispecie, visto l'importo richiesto in anticipo, le spese di procedura vengono fissate in fr. 300.-. La parte ricorrente, per quanto concerne le spese di procedura, è reputata vincente se la causa è rinviata all'amministrazione per complemento istruttorio e nuova decisione (sentenza del Tribunale federale del 28 ottobre 2009, [8C\_653/2009] consid. 8 con rinvio a DTF 132 V 215 consid. 4d). Considerato l'esito della presente procedura, non si prelevano spese e l'anticipo di fr. 300.- pagato in data 28 maggio 2008 (cfr. art. 63 cpv. 1 PA) verrà restituito dalla cassa del Tribunale dopo che la presente decisione avrà forza di cosa giudicata. Nessuna spesa processuale è messa a carico dell'istanza inferiore (art. 63 cpv. 2 PA).

### **E. 11.2**

L'autorità di ricorso, se ammette il ricorso tutto o in parte, può assegnare al ricorrente un'indennità per le spese indispensabili e relativamente elevate che ha sopportato (art. 64 cpv. 1 PA). La parte ricorrente ha diritto ad un'indennità, che è dovuta anche in caso di accoglimento parziale del ricorso e di rinvio degli atti all'autorità inferiore perché proceda ad un complemento d'istruttoria (cfr. art. 7 del Regolamento del 21 febbraio 2008 sulle tasse e sulle spese ripetibili nelle cause dinanzi al Tribunale amministrativo federale [TS-TAF, RU 2008 2209] nonché la prassi citata nel considerando precedente). Nel caso in esame, il ricorrente era patrocinato. Il rappresentante non ha inoltrato nessuna nota d'onorario. L'indennità di ripetibili viene così stabilita, vista la memoria di ricorso, nonché la documentazione esibita, in fr. 400.- a carico dell'autorità inferiore (art. 14 cpv. 2 TS-TAF).

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