



---

Corte III  
C-1033/2014

## **Sentenza del 4 aprile 2017**

---

Composizione

Giudici Vito Valenti (presidente del collegio),  
Beat Weber, Daniel Stufetti,  
cancelliera Anna Röthlisberger.

---

Parti

A. \_\_\_\_\_,  
patrocinato dall'avv. Désirée Rinaldi Verda,  
ricorrente,

contro

**Ufficio dell'assicurazione per l'invalidità per gli  
assicurati residenti all'estero (UAIE),**  
Avenue Edmond-Vaucher 18, casella postale 3100,  
1211 Ginevra 2,  
autorità inferiore.

---

Oggetto

Assicurazione per l'invalidità, rendita limitata nel tempo (decisione del 20 gennaio 2014).

**Fatti:****A.**

**A.a** A. \_\_\_\_\_, cittadino italiano, nato il (...), ha svolto diverse attività in Svizzera, solvendo contributi all'assicurazione svizzera per la vecchiaia, i superstiti e l'invalidità da maggio del 1985 a dicembre del 2010 (doc. 89 pag. 234 e segg. dell'incarto dell'UAIE [doc. A 89 pag. 234 e segg.]).

**A.b** Il 29 novembre 2010, l'interessato, destrimane, ha subito un infortunio al polso sinistro che gli ha provocato una "frattura esposta III grado cominutiva intra-articolare radio-ulna distale sinistra" (doc. 1 pag. 1 dell'incarto dell'assicuratore infortuni [doc. B 1 pag. 1] e doc. A 45 pagg. 127 e 128). L'assicurato è stato operato il giorno stesso.

**B.**

Il 5 gennaio 2011, l'assicurato ha formulato una domanda volta all'ottenimento di provvedimenti d'integrazione professionale rispettivamente di una rendita dell'assicurazione svizzera per l'invalidità (doc. A 5 pag. 6).

**C.**

Con perizia del 22 aprile 2013 (doc. A 62 pag. 151 e segg.), il dott. B. \_\_\_\_\_, specialista FMH in reumatologia e medicina interna, ha posto la diagnosi di: deficit funzionale al polso sinistro, periartropia omeroscapolare con sintomatologia di attrito a destra, sindrome lombovertebrale cronica recidivante in disturbi statici del rachide (ipercifosi della dorsale alta con protrazione del capo, scoliosi sinistroconvessa dorsale) e decondizionamento, nonché sbilancio muscolare. Il perito ha ritenuto un'incapacità lavorativa totale dal 29 novembre 2010 al 31 agosto 2012. A decorrere dal 1° settembre 2012, ha ritenuto un'incapacità lavorativa del 75% nell'attività abituale e una capacità lavorativa totale in attività adeguata rispettosa delle capacità funzionali e di carico (descritte nell'allegato alla perizia; cfr. anche rapporto finale del 3 maggio 2013 del SMR [doc. A 63 pag. 160]).

**D.**

**D.a** Con progetto di decisione del 7 maggio 2013 (doc. A 66 pag. 167), l'UAIE ha prospettato il riconoscimento del diritto dell'interessato di percepire una rendita intera d'invalidità a decorrere dal 1° novembre 2011 fino al 30 novembre 2012 considerando un grado d'invalidità del 100%. Per contro, a decorrere dal 1° dicembre 2012, non sussisterebbe più alcun diritto ad una rendita. La pratica sarebbe altresì stata segnalata per un aiuto al collocamento.

**D.b** Il 13 giugno 2013, l'interessato ha contestato il progetto di decisione e fatto valere che presenta ancora un'incapacità lavorativa totale in qualsiasi attività e che la consolidazione ossea risulta ancora incompleta (doc. A 71 pag. 175). Ha inoltre indicato che il braccio destro, che deve compensare il braccio sinistro ed è quindi costretto a costante sforzo, potrebbe necessitare verosimilmente di un intervento chirurgico. Ha peraltro trasmesso dei certificati del dott. C. \_\_\_\_\_, specialista in chirurgia della mano dell'ospedale di D. \_\_\_\_\_, attestanti un'incapacità lavorativa totale fino al 7 agosto 2013 (cfr. doc. A 71 da pag. 191 a pag. 196).

**D.c** Con complemento del 1° luglio 2013 (doc. A 76 pag. 212), il perito reumatologo ha ribadito la propria precedente valutazione. Secondo l'esperto la documentazione medica prodotta non giustificherebbe un cambiamento della valutazione funzionale e di carico residua. Sulla base di tali conclusioni, con annotazione del 5 luglio 2013, il medico SMR ha pure confermato il proprio precedente rapporto (doc. A 77 pag. 214).

**E.**

Con decisione del 20 gennaio 2014, l'UAIE ha riconosciuto all'interessato una rendita intera d'invalidità dal 1° novembre 2011 al 30 novembre 2012 in virtù di un grado d'invalidità del 100% (doc. A 89 pag. 234). Dal 1° dicembre 2012 non sussisterebbe più alcun diritto a una rendita. Non sono stati previsti provvedimenti di reintegrazione, ma un aiuto al collocamento.

**F.**

Il 27 febbraio 2014, l'interessato ha presentato ricorso dinanzi al Tribunale amministrativo federale (TAF) contro la menzionata decisione, mediante il quale ha chiesto l'annullamento della decisione impugnata e il riconoscimento di una rendita intera anche dopo il 1° dicembre 2012 "sino ad almeno il 28 maggio 2014". L'interessato ha altresì chiesto che gli sia riconosciuta, a decorrere dal 29 maggio 2014, "almeno" una mezza rendita d'invalidità (doc. TAF 1). In particolare, il ricorrente ha indicato che la situazione sarebbe tutt'oggi stazionaria in attesa di consolidamento osseo e, dopo l'ultimo intervento chirurgico del novembre 2013, presenterebbe un'inabilità lavorativa totale in qualsiasi attività fino al 28 maggio 2014. Al fine di valutare la sua esatta condizione fisica, il ricorrente ha chiesto l'espletamento di un nuovo esame specialistico. Ha inoltre protestato spese e tasse.

**G.**

Con versamento del 3 aprile 2014 (doc. TAF 9), il ricorrente ha corrisposto fr. 400.- a copertura del richiesto anticipo sulle presumibili spese processuali.

**H.**

Con risposta del 30 maggio 2014, l'autorità inferiore ha proposto la reiezione del ricorso e la conferma della decisione impugnata conformemente all'allegato preavviso dell'Ufficio dell'assicurazione invalidità del Cantone E. \_\_\_\_\_ (Ufficio AI) del 26 maggio 2014 (doc. TAF 12). Ha in particolare evidenziato che non risulta nulla agli atti di un intervento subito nel novembre 2013, né è stata prodotta alcuna documentazione medica al riguardo. Pertanto, non vi sarebbero elementi oggettivi né per determinare un periodo d'incapacità lavorativa maggiore rispetto a quello ritenuto, né per effettuare ulteriori accertamenti.

**I.**

Con scritti dell'11 novembre 2015 (doc. TAF 17) e del 3 dicembre 2015 (cfr. timbro postale [doc. TAF 20]), l'interessato ha trasmesso il rapporto operatorio del 21 novembre 2013, che pone la diagnosi di "rottura sottocutanea dei tendini EPI, ECCD2, ECDD3 in esiti post-traumatici al polso sinistro; status dopo artrodesi al polso sinistro", e il referto dell'intervento del 18 settembre 2015 (che fa riferimento anche ad un intervento del 19 settembre 2014).

**J.**

**J.a** Il 22 dicembre 2015, l'UAIE ha nuovamente proposto la reiezione del ricorso e la conferma della decisione impugnata conformemente alle alleghe osservazioni del 17 dicembre 2015 dell'Ufficio AI. Quest'ultimo, vista l'annotazione del SMR del 15 dicembre 2015 – secondo cui l'intervento del 21 novembre 2013 sarebbe stato eseguito per correggere un deficit già presente al momento dell'esecuzione della perizia reumatologica, intervento che non avrebbe alcun influsso sulla capacità lavorativa sino alla data dell'intervento – ha concluso che il peggioramento dello stato di salute è intervenuto il 21 novembre 2013. Quindi, secondo l'amministrazione, al momento dell'emanazione della decisione impugnata (20 gennaio 2014) non erano ancora trascorsi tre mesi dal menzionato peggioramento (doc. TAF 22).

**J.b** Con scritto del 26 gennaio 2016 (doc. TAF 24), l'interessato ha contestato le conclusioni dell'amministrazione, in quanto il 21 novembre 2013 corrisponde alla data dell'operazione intervenuta per correggere un peggioramento attestato già anteriormente. Ha altresì trasmesso i rapporti specialistici del 30 gennaio 2014, del 29 settembre 2014, del 10 marzo 2015, del 18 marzo 2015 e del 10 luglio 2015.

**J.c** Preso atto dei menzionati rapporti, il 19 febbraio 2016 l'UAIE ha confermato le proprie precedenti conclusioni (doc. TAF 26).

## **K.**

**K.a** Con scritto del 10 ottobre 2016, il ricorrente ha informato questo Tribunale di continuare a percepire un'indennità da parte dell'assicuratore contro gli infortuni a causa di diverse ricadute (doc. TAF 30).

**K.b** Il 4 novembre 2016 (cfr. timbro postale), l'interessato ha trasmesso ulteriore – recente – documentazione medica (doc. TAF 31).

## **Diritto:**

### **1.**

**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. 2 con rinvii).

**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).

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

### **1.4**

**1.4.1** Giova rilevare che il potere cognitivo di questo Tribunale è delimitato dalla data della decisione impugnata, in concreto il 20 gennaio 2014. Il giudice delle assicurazioni sociali esamina infatti la decisione impugnata sulla base della situazione di fatto esistente al momento in cui essa è stata resa. Tiene tuttavia conto dei fatti verificatisi dopo tale data quando essi possono 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 (cfr. sentenze del TF 8C\_278/2011 del 26 luglio 2011 consid. 5.5; 9C\_116/2010 del 20 aprile 2010 consid. 3.2.2; DTF 118 V 200 consid. 3a *in fine*).

**1.4.2** 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), il ricorso – interposto tempestivamente e rispettoso dei requisiti previsti dalla legge (art. 60 LPGGA nonché art. 52 PA) – è ammissibile nella misura in cui conclude a una rendita intera anche dopo il 1° dicembre 2012 e fino al 20 gennaio 2014 (data della decisione impugnata). È pertanto inammissibile la richiesta tendente al riconoscimento di una rendita intera dal 20 gennaio 2014 sino ad almeno al 28 maggio 2014 e di “almeno” una mezza rendita a decorrere dal 29 maggio 2014, l'autorità inferiore non avendo ancora statuito, né preso altrimenti posizione, sullo stato di salute del ricorrente posteriore alla data della decisione impugnata.

**1.4.3** Inoltre, con versamento del 3 aprile 2014 (doc. TAF 9), il ricorrente ha tempestivamente corrisposto l'anticipo spese richiesto (art. 21 cpv. 3 e 63 cpv. 4 PA).

## **2.**

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

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

**2.3** Gli atti giuridici riportati nella sezione A dell'allegato II sono, in particolare, il regolamento (CE) n. 883/2004 del Parlamento europeo e del Consiglio del 29 aprile 2004 (RS 0.831.109.268.1) relativo al coordinamento dei sistemi di sicurezza sociale, con le relative modifiche, e il regolamento (CE) n. 987/2009 del Parlamento europeo e del Consiglio del 16 settembre 2009

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

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

### **3.**

Dal profilo temporale sono applicabili le disposizioni in vigore al momento della realizzazione dello stato di fatto che deve essere valutato giuridicamente o che produce conseguenze giuridiche (DTF 136 V 24 consid. 4.3; 130 V 445 consid. 1.2 con rinvii; 129 V 1 consid. 1.2). Se è intervenuto un cambiamento delle norme legislative nel corso del periodo sottoposto ad esame giudiziario, il diritto eventuale alle prestazioni si determina secondo le vecchie disposizioni per il periodo anteriore e secondo le nuove a partire dalla loro entrata in vigore (applicazione pro rata temporis; DTF 130 V 445). Ne discende che in concreto si applicano, da un lato, le disposizioni in vigore fino al 31 dicembre 2011, per quanto attiene allo stato di fatto realizzatosi fino a tale data, mentre dall'altro lato, e per il periodo successivo, le nuove norme materiali in vigore dal 1° gennaio 2012, tra le quali le disposizioni della 6a revisione della LAI (cfr. DTF 130 V 1 consid. 3.2 per quanto concerne le disposizioni formali della LPGA, immediatamente applicabili con la loro entrata in vigore).

**4.**

Secondo le norme applicabili, ogni richiedente, per avere diritto ad una rendita dell'assicurazione invalidità svizzera, deve adempiere cumulativamente le seguenti condizioni:

- essere invalido ai sensi della LPGA e della LAI (art. 8 LPGA nonché art. 4, 28 e 28a LAI);
- aver pagato i contributi all'AVS/AI svizzera o ad un'assicurazione sociale assimilata (FF 2005 p. 4065; art. 45 del regolamento 1408/71 [art. 46 del regolamento (CE) n. 883/2004 {che rinvia al Capitolo 5}]) di uno Stato membro dell'Unione europea (UE) o dell'Associazione europea di libero scambio (AELS), durante tre anni (art. 36 cpv. 1 LAI), ferma restando la necessità di un periodo contributivo minimo in Svizzera di un anno (art. 36 cpv. 2 LAI in combinazione con l'art. 29 cpv. 1 LAVS; cfr. DTF 130 V 335 consid. 3 e 4).

Il ricorrente adempie in ogni caso la condizione della durata minima di contribuzione, avendo pagato contributi all'assicurazione svizzera per la vecchiaia, i superstiti e l'invalidità durante 25 anni e 8 mesi.

**5.**

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

**5.2** Giusta l'art. 28 cpv. 2 LAI, l'assicurato ha diritto ad un quarto di rendita se è invalido per almeno il 40%, ad una mezza rendita se è invalido per almeno il 50%, a tre quarti di rendita se è invalido per almeno il 60% e ad una rendita intera se è invalido per almeno il 70%. In seguito all'entrata in vigore dell'ALC, la limitazione prevista dall'art. 29 cpv. 4 LAI, secondo cui le rendite per un grado d'invalidità inferiore al 50%, ma pari almeno al 40%,

sono versate solo ad assicurati che sono domiciliati e dimorano abitualmente in Svizzera (art. 13 LPGA), non è più applicabile segnatamente quando l'assicurato è cittadino dell'UE o svizzero e risiede nell'UE (DTF 132 V 423 consid. 6.4.1; 130 V 253 consid. 2.3).

**5.3** La nozione d'invalidità di cui agli art. 4 LAI e 8 LPGA è un concetto di carattere economico-giuridico e non medico (cfr. sentenze del TF 9C\_318/2014 del 10 settembre 2014 consid. 3.1 e 8C\_636/2010 del 17 gennaio 2011 consid. 3 con rinvii). In base all'art. 16 LPGA, applicabile per il rinvio dell'art. 28 cpv. 2 LAI, per valutare il grado d'invalidità, il reddito che l'assicurato potrebbe conseguire esercitando l'attività ragionevolmente esigibile da lui dopo la cura medica e l'eventuale esecuzione di provvedimenti d'integrazione (reddito da invalido), tenuto conto di una situazione equilibrata del mercato del lavoro, è confrontato con il reddito che egli avrebbe potuto ottenere se non fosse diventato invalido (reddito da valido; metodo generale del raffronto dei redditi).

**5.4** 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 (cfr. sentenze del TF 9C\_240/2013 del 22 ottobre 2013 consid. 2.1 e 8C\_671/2011 dell'11 novembre 2011 consid. 3).

## **6.**

Una rendita limitata e/o crescente nel tempo corrisponde, materialmente, ad una revisione ai sensi dell'art. 17 LPGA e se ne deve pertanto seguire i principi.

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

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

possono provocare una notevole modifica del grado d'invalidità, della grande invalidità oppure del bisogno di assistenza o di aiuto dovuto all'invalidità (lett. b).

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

**6.4** Giusta l'art. 88<sup>bis</sup> cpv. 2 OAI, la riduzione o la soppressione della rendita, dell'assegno per grandi invalidi o del contributo per l'assistenza è messa in atto: a) il più presto, il primo giorno del secondo mese che segue la notifica della decisione; b) retroattivamente dalla data in cui avvenne la modificazione determinante se l'erogazione indebita è dovuta all'ottenimento illecito di una prestazione da parte dell'assicurato o se quest'ultimo ha violato l'obbligo di informare, impostogli ragionevolmente dall'art. 77 OAI.

## 7.

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 (cfr. 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 effettuare i necessari accertamenti fattuali (cfr. sentenza del TF 9C\_162/2007 del 3 aprile 2008 consid. 2.3 con rinvii).

## **8.**

**8.1** Il giudice delle assicurazioni sociali deve esaminare in maniera obiettiva tutti i mezzi di prova, indipendentemente dalla loro provenienza, e poi decidere se i documenti messi a disposizione permettono di giungere ad un giudizio attendibile sulle pretese giuridiche litigiose. Affinché il giudizio medico acquisti valore di prova rilevante, esso deve essere completo in merito ai temi sollevati, deve fondarsi, in piena conoscenza della pregressa situazione valetudinaria (anamnesi), su esami approfonditi e tenere conto delle censure sollevate dal paziente, per poi giungere in maniera chiara a fondate, logiche e motivate deduzioni. Peraltro, per stabilire se un rapporto medico ha valore di prova non è determinante né la sua origine né la sua denominazione – ad esempio quale perizia o rapporto – ma il suo contenuto (DTF 140 V 356 consid. 3.1 e DTF 125 V 351 consid. 3).

**8.2** Secondo costante giurisprudenza, i referti affidati dagli organi dell'amministrazione a medici esterni oppure a un servizio specializzato indipendente che fondano le proprie conclusioni su esami e osservazioni approfondite, dopo avere 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 dubbio la loro affidabilità (DTF 137 V 210 consid. 6.2.4; 134 V 232 consid. 5.1 con rinvii; 125 V 351 [sul valore probatorio attribuito ai rapporti interni del servizio medico, cfr. DTF 135 V 254 consid. 3.3 e 3.4]).

**8.3** In particolare, per quanto concerne le perizie giudiziarie la giurisprudenza ha stabilito che il giudice non si scosta senza motivi imperativi dal parere degli esperti, il cui compito è quello di mettere a disposizione del tribunale le loro conoscenze specifiche e di valutare, da un punto di vista medico, una certa fattispecie. Ragioni che possono indurre il giudice a non fondarsi su un tale referto sono ad esempio affermazioni contraddittorie, il contenuto di una superperizia, o altri rapporti da cui emergono validi motivi per farlo e, meglio, se l'opinione di altri esperti appare sufficientemente fondata da mettere in discussione le conclusioni peritali (DTF 137 V 210 consid. 1.3.4 e DTF 125 V 351 consid. 3b/bb).

**8.4** Per quel che riguarda le perizie di parte, il Tribunale federale ha precisato che 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 rile-

vare come debba essere considerato con la necessaria prudenza l'avviso dei medici curanti, i quali possono tendere a pronunciarsi in favore del proprio paziente a dipendenza dei particolari legami che essi hanno con gli stessi (DTF 125 V 351 consid. 3b con rinvii).

**8.5** In presenza di rapporti medici contraddittori il giudice non può evadere la vertenza senza valutare l'intero materiale e indicare i motivi per cui si fonda su un rapporto piuttosto che su un altro. Al riguardo va tuttavia precisato che non si può pretendere dal giudice che raffronti i diversi pareri medici e parimenti esponga correttamente da un punto di vista medico, come farebbe un perito, i punti in cui si evidenziano delle carenze e quale sia l'opinione più adeguata (sentenza del TF 8C\_556/2010 del 24 gennaio 2011 consid. 7.2).

## **9.**

Oggetto del litigio in questa sede è unicamente la questione di sapere se l'autorità inferiore ha soppresso a giusto titolo o meno dal 1° dicembre 2012 la rendita intera accordata al ricorrente da novembre del 2011, soppressione fondata su un miglioramento dello stato di salute dell'insorgente che sarebbe intervenuto al più tardi il 1° settembre 2012.

**9.1** Gli atti di causa non consentono di condividere la conclusione cui è giunta l'autorità inferiore, in particolare per quanto attiene all'evocato miglioramento dello stato di salute dell'insorgente intervenuto al più tardi il 1° settembre 2012 rispettivamente ad un peggioramento che sarebbe intervenuto solamente il 21 novembre 2013, quindi prima della pronuncia della decisione litigiosa, peggioramento che però non perdurava da almeno tre mesi giusta l'art. 88a cpv. 2 OAI.

**9.1.1** Innanzitutto, va rilevato che né nella perizia reumatologica del 22 aprile 2013, né nel complemento alla perizia del 1° luglio 2013, è stato indicato in cosa consisterebbe il miglioramento dello stato di salute del ricorrente a decorrere al più tardi dal 1° settembre 2012. Indicazioni chiare e precise al riguardo non sono reperibili neppure nei rapporti dei medici SMR. Non spetta a questo Tribunale formulare ipotesi su aspetti non sufficientemente approfonditi e acclarati dall'autorità inferiore nell'ambito della procedura di prima istanza e che non sono stati oggetto da parte dell'amministrazione di approfondimento, o comunque di sufficiente approfondimento, neppure in sede ricorsuale.

**9.1.2** Occorre altresì ancora rilevare che in merito all'infortunio al polso sinistro, il perito ha concluso nella perizia del 22 aprile 2013 che "il polso e

la mano sinistra possono soltanto accompagnare i movimenti della mano destra” e che l’arto si trova ancora in attesa di consolidazione ossea (cfr. doc. A 62 pag. 156 e 159). Nel complemento del 1° luglio 2013, l’esperto ha ritenuto un miglioramento dello stato di salute sulla base della documentata “progressione dei segni di consolidazione del bone graft in corrispondenza dell’artrodesi del polso sinistro” (cfr. doc. A 71 pag. 202 e 76 pag. 212). Tuttavia, non è indicato con la necessaria precisione per quale motivo un consolidamento osseo solo parziale possa giustificare una ritrovata capacità lavorativa del 100% in attività sostitutiva adeguata, la situazione medica non apparendo comunque ancora definitivamente consolidata da questo profilo, ritenuto altresì che erano già stati eseguiti numerosi interventi chirurgici prima dell’effettuazione della perizia reumatologica (e meglio il 29 novembre 2010 [doc. B 1 pag. 1], il 3 febbraio 2011 [doc. A 30 pag. 83], il 20 ottobre 2011 [doc. A 37 pag. 95], il 27 gennaio 2012 [doc. A 45 pag. 118] e il 9 marzo 2012 [doc. A 45 pag. 120]) e che ne era previsto già un altro, sempre al polso sinistro, nel novembre del 2013 ([cfr. doc. A 85 pag. 228]). Nella sua valutazione, il perito dott. B. \_\_\_\_\_ non ha peraltro preso posizione in merito ai certificati medici trasmessi dal ricorrente. Non vi sono dunque sufficienti spiegazioni sul motivo per cui la sua valutazione differisca da quella ritenuta, fra l’altro, dal medico curante dott. C. \_\_\_\_\_, specialista in chirurgia della mano all’ospedale di D. \_\_\_\_\_, il quale ha attestato un’incapacità lavorativa totale anche dopo il 1° settembre 2012 (doc. A 53 pag. 136, 56 pag. 142, 57 pag. 143, 70 pag. 174, 71 pag. da 179 a 203 [in particolare pag. 196 e 202; i numerosi certificati medici attestanti un’incapacità lavorativa totale dall’infortunio fino al 7 agosto 2013, ad eccezione del periodo dal 1° dicembre 2011 al 28 febbraio 2012 in cui l’incapacità lavorativa è stata dell’80%]). Secondo il medico curante, non vi è quindi mai stato uno stato di salute consolidato e stabile, conclusione che trova conferma dall’insieme della documentazione medica di cui alle carte processuali. Come già accennato, dagli atti di causa – ossia dal verbale del primo colloquio di aiuto al collocamento del 13 settembre 2013 – risulta altresì che “l’assicurato, a causa del peggioramento dello stato di salute, il prossimo 21 novembre 2013 sarà operato nuovamente al polso sinistro dal dott. C. \_\_\_\_\_” (doc. A 85 pag. 228 [cfr. anche doc. A 84 pag. 227]). Ne consegue che, contrariamente a quanto ritenuto dall’autorità inferiore in base alla perizia reumatologica e al suo complemento, dagli atti di causa non emerge un consolidamento sufficientemente stabile al polso sinistro tale da giustificare la soppressione della rendita al 1° dicembre 2012. Inoltre, un peggioramento della situazione al polso sinistro dell’insorgente va fatta risalire al più tardi al 13 settembre 2013 e non solo al momento dell’effettuazione della nuova operazione al 21 novembre 2013. In effetti, l’intervento del 21 novembre 2013 non è stato effettuato d’urgenza,

ma è stato pianificato in virtù degli accertamenti effettuati tra aprile e settembre del 2013. Nel rapporto operatorio dell'intervento del 21 novembre 2013, lo stesso medico ha indicato "alla luce dei reperti clinici esistenti ho immesso il paziente in lista operatoria per l'intervento odierno" (doc. TAF 17). Conto tenuto che il referto operatorio dell'intervento del 21 novembre 2013 riporta la diagnosi di "rottura sottocutanea dei tendini EPI, ECCD2, ECDD3 in esiti post-traumatici al polso sinistro; status dopo artrodesi al polso sinistro" (doc. TAF 17), e che questi stessi tendini già erano stati segnalati per presenza di deficit a loro carico nel referto del 2 maggio 2013 (doc. A 71 pag. 202), la situazione al polso sinistro non poteva considerarsi stabile o risolta. Ne discende, che l'autorità inferiore non poteva – in base allo stato dell'istruttoria fino all'emanazione della decisione impugnata – concludere ad una capacità lavorativa totale in attività sostitutive a decorrere dal 1° settembre 2012 in relazione alla problematica al polso sinistro.

**9.2** Ma vi è di più. Il perito reumatologo ha inoltre diagnosticato una "periartropatia omero-scapolare con sintomatologia di attrito a destra", patologia dovuta verosimilmente a un deficit motorio del braccio sinistro che causa un sovraccarico all'arto superiore destro. Benché questa diagnosi sia stata ritenuta come avente un influsso sulla capacità lavorativa del ricorrente sia dal medico del SMR (che ha persino esposto l'eventualità di un intervento chirurgico [cfr. doc. A 63 pag. 160, in particolare pag. 160 e 163]), sia dal perito stesso (cfr. doc. A 72 pag. 213), l'incidenza sulla capacità lavorativa non è stata quantificata. Neppure sono stati eseguiti tutti gli accertamenti necessari in merito alla menzionata patologia, anzi l'esperto ha delegato al medico curante il compito di effettuare i necessari controlli "per determinare la causa (...) e per poter così pianificare un trattamento adeguato" (cfr. doc. A 62 pag. 156). Ciò non è ammissibile, incombendo al perito chiamato ad acclarare lo stato di salute e a valutarne l'incidenza sulla capacità lavorativa dell'assicurato d'effettuare, o far effettuare da altro specialista per il tramite dell'UAIE, le necessarie verifiche a tal fine. La problematica alla spalla destra essendo stata rilevata, ma non sufficientemente approfondita, l'istruttoria effettuata dall'autorità inferiore si appalesa insufficiente anche su questo punto.

**9.3** In conclusione, la decisione impugnata del 20 gennaio 2014, fondata su un insufficiente accertamento dei fatti giuridicamente rilevanti, viola il diritto federale ed incorre nell'annullamento.

## **10.**

Visto l'esito della causa, la censura in merito al diritto a misure d'integrazione professionale può essere lasciata indecisa.

## 11.

**11.1** Quando il TAF 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-1446/2013 del 16 ottobre 2014 consid. 8.1). In particolare, esso si sostituirà all'autorità inferiore se gli atti sono completi e comunque sufficienti a statuire sull'applicazione del diritto federale (cfr. sentenza del TF 9C\_162/2007 del 3 aprile 2008 consid. 2.3 con rinvii; DTF 126 II 43; 125 II 326). Tale non è il caso nella presente fattispecie non avendo l'autorità inferiore effettuato un'istruttoria sufficiente. Gli atti di causa sono pertanto rinviati all'autorità inferiore affinché la stessa proceda a completare l'accertamento dei fatti giuridicamente rilevanti con riferimento allo stato di salute del ricorrente e la relativa capacità lavorativa, segnatamente mediante una perizia reumatologica che esamini e valuti tutte le patologie riscontrate, nonché il loro influsso sulla residua capacità lavorativa (cfr., sulla possibilità di un rinvio all'autorità inferiore in siffatte circostanze, DTF 137 V 210 consid. 4.4.1.4; 139 V 99 consid. 1.1), tenendo conto di ogni ulteriore esame che pure l'evoluzione nel tempo dello stato di salute dell'insorgente dovesse rendere necessario, nonché a pronunciare una nuova decisione.

**11.2** Occorre peraltro rilevare che nell'ambito dell'accertamento ancora da esperire dall'autorità inferiore, a seguito del rinvio degli atti di causa, non sussiste l'eventualità di una nuova decisione dell'UAIE a detrimento dell'insorgente (cfr., sulla questione, DTF 137 V 314 consid. 3.2.4). In altri termini, e nell'ambito della nuova procedura dinnanzi all'autorità inferiore, la rendita intera accordata al ricorrente dal 1° novembre 2011 al 30 novembre 2012 ha da ritenersi siccome già acquisita e non costituisce oggetto di nuovo esame. Per quanto attiene al periodo decorrente dal 1° dicembre 2012, nella decisione impugnata l'autorità inferiore non ha accordato alcuna rendita al ricorrente, di modo che in quest'ambito un nuovo esame da parte dell'UAIE a seguito del presente rinvio che, se del caso, dovesse nuovamente concludere ad una capacità lavorativa sufficiente ad escludere il diritto ad una rendita dell'assicurazione per l'invalidità svizzera non potrebbe costituire una *reformatio in peius*.

## 12.

**12.1** Visto l'esito della causa, non sono prelevate delle spese processuali (art. 63 PA). L'anticipo equivalente alle presunte spese processuali di fr. 400.-, versato il 3 aprile 2014, è restituito al ricorrente.

**12.2** Si giustifica altresì l'attribuzione di un'indennità a titolo di spese ripetibili (art. 64 PA in combinazione con gli art. 7 e segg. del regolamento del 21 febbraio 2008 sulle tasse e sulle spese ripetibili nelle cause dinanzi al Tribunale amministrativo federale [TS-TAF, RS 173.320.2]). La stessa, in assenza di una nota dettagliata, è fissata d'ufficio (art. 14 cpv. 2 TS-TAF) in fr. 2'500.- (compresi i disborsi ed esclusa l'imposta sull'IVA [cfr., fra le tante, sentenza del TAF C-3058/2015 del 23 maggio 2016 consid. 22.4.4 con rinvii]), tenuto conto del lavoro effettivo svolto dalla rappresentante del ricorrente. L'indennità per ripetibili è posta a carico dell'UAIE.

(dispositivo alla pagina seguente)

**Per questi motivi, il Tribunale amministrativo federale pronuncia:**

**1.**

Nella misura in cui è ammissibile, il ricorso è accolto, nel senso che la decisione impugnata del 20 gennaio 2014 è annullata e gli atti di causa sono rinviati all'UAIE affinché proceda al completamento dell'istruttoria ed emani una nuova decisione ai sensi dei considerandi.

**2.**

Non si prelevano spese processuali. L'anticipo di fr. 400.-, corrisposto il 3 aprile 2014, sarà restituito al ricorrente dopo la crescita in giudicato della presente sentenza.

**3.**

L'UAIE rifonderà al ricorrente fr. 2'500.- a titolo di spese ripetibili.

**4.**

Comunicazione a:

- rappresentante del ricorrente (Atto giudiziario; allegati: copie della presa di posizione dell'UAIE del 19 febbraio 2016, delle osservazioni dell'Ufficio AI del 15 febbraio 2016, dell'annotazione del SMR del 9 febbraio 2016 [doc. TAF 26], nonché il formulario "Indirizzo per il pagamento")
- autorità inferiore (n. di rif.; Raccomandata; allegate: copie degli scritti del ricorrente del 10 ottobre 2016 [doc. TAF 30], del 4 novembre 2016 [doc. TAF 31], nonché dei documenti medici ivi allegati)
- Ufficio federale delle assicurazioni sociali (Raccomandata)

Il presidente del collegio:

La cancelliera:

Vito Valenti

Anna Röthlisberger

I rimedi giuridici sono menzionati alla pagina seguente.

**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 notifica, nella misura in cui sono adempiute le condizioni di cui agli art. 82 e segg., 90 e segg. e 100 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: