



---

Corte III  
C-1431/2019

## Sentenza del 24 gennaio 2020

---

Composizione

Michela Bürki Moreni, quale giudice unica,  
cancelliere Oliver Engel.

---

Parti

A. \_\_\_\_\_, (Tailandia)  
patrocinato dall'avv. Xenia Peran,  
ricorrente,

contro

**Ufficio dell'assicurazione per l'invalidità per gli  
assicurati residenti all'estero UAIE,**  
autorità inferiore.

---

Oggetto

assicurazione invalidità, diritto alla rendita  
(decisione dell'11 febbraio 2019).

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

**A.a** A.\_\_\_\_\_, cittadino svizzero, nato il (...) 1961, divorziato, con figli, ha svolto diversi lavori in Italia e Svizzera, da ultimo come autista di autobus presso la B.\_\_\_\_\_ di (...) dal 1° maggio 1996 al 31 ottobre 2018 (cfr. doc. 1 a 8 dell'incarto dell'Ufficio dell'assicurazione per l'invalidità del Cantone C.\_\_\_\_\_ [in seguito UAI-C.\_\_\_\_\_] e allegato F a doc. TAF 1).

**A.b** A partire da dicembre 2015 l'assicurato ha sofferto di disturbi psichiatrici reattivi a problemi relazionali con l'ex coniuge (cfr. doc. 1 e segg. dell'incarto dell'assicuratore malattia D.\_\_\_\_\_ [in seguito Assicuratore malattia]). Egli è stato dichiarato totalmente incapace al lavoro dal 4 maggio 2016 al 15 agosto 2016 e nuovamente a partire dal 26 maggio 2017 (cfr. in particolare doc. 1 e segg., in particolare p. 6, 10, 12, e p. 189 Assicuratore malattia). I periodi di malattia sono stati notificati all'D.\_\_\_\_\_ per l'ottenimento delle relative indennità giornaliere di malattia (doc. 4 Assicuratore malattia).

**A.c** Dal 26 giugno 2017 al 21 luglio 2017, l'assicurato è stato degente presso la Clinica E.\_\_\_\_\_ di (...). Nel rapporto di dimissione sono state poste le diagnosi di disturbi dell'adattamento e altri disturbi di personalità e forme miste. Durante il periodo di degenza è stata attestata una totale inabilità lavorativa (doc. 6 e 9 Assicuratore malattia).

**A.d** L'assicurato ha poi proseguito una cura ambulatoriale presso lo studio F.\_\_\_\_\_ del dott. G.\_\_\_\_\_, psichiatra, il quale ha nuovamente attestato un'inabilità lavorativa del 100% a partire da giugno 2017 (doc. 5, 7 e 10 Assicuratore malattia).

**A.e** Il 13 settembre 2017, su richiesta dell'assicuratore malattia, l'interessato si è recato presso lo studio medico del dott. H.\_\_\_\_\_, psichiatra. Per motivi di cui si dirà nei considerandi in diritto, il medico non ha potuto procedere con la valutazione richiesta ma ha segnalato all'assicuratore di sospettare un'aggravazione di sintomi aspecifici e l'assenza di limitazioni (doc. 12 Assicuratore malattia).

**A.f** Nei mesi di settembre e ottobre 2017, l'assicuratore malattia ha dunque predisposto la sorveglianza dell'assicurato durante cinque giorni feriali tramite I.\_\_\_\_\_ (doc. 13 Assicuratore malattia).

**A.g** Il 10 ottobre 2017, su incarico dell'assicuratore malattia, l'interessato si è sottoposto ad una visita psichiatrica presso il dott. L.\_\_\_\_\_, psichiatra (doc. 18 Assicuratore malattia). Con scritto del 16 gennaio 2018, lo specialista ha preso posizione in merito al rapporto di sorveglianza che gli è stato trasmesso il 9 gennaio 2018 (doc. 22 Assicuratore malattia). Di questi accertamenti si dirà in dettaglio nei considerandi in diritto.

**A.h** Con scritto del 19 gennaio 2018 anche il dott. H.\_\_\_\_\_ ha preso di posizione sul rapporto di sorveglianza trasmessogli dall'assicuratore malattia (doc. 23 Assicuratore malattia).

**A.i** Il 13 dicembre 2017, D.\_\_\_\_\_ ha confrontato l'assicurato con le risultanze del rapporto di sorveglianza (p. 136 e segg. Assicuratore malattia).

**A.j** Alla luce delle risultanze istruttorie con decisione del 5 febbraio 2018 l'assicuratore malattia ha comunicato all'assicurato che la documentazione agli atti permetteva di ritenere che egli avesse manifestamente simulato una malattia mentale e che di conseguenza – in virtù dell'art. 40 (frode nelle giustificazioni) della Legge federale sul contratto di assicurazione (LCA) – non gli avrebbe riconosciuto alcuna indennità giornaliera, chiedendo inoltre la restituzione della totalità delle indennità fornite, unitamente alle spese straordinarie dell'inchiesta assicurativa (doc. 16 UAI-C.\_\_\_\_\_).

**A.k** Dal 19 febbraio 2018 al 9 aprile 2018, l'assicurato è stato nuovamente degente presso la Clinica E. \_\_\_\_\_ di (...) (allegato doc. E 1 al doc. TAF 1). Il medico curante da canto suo ha attestato un'incapacità lavorativa fino al 31 luglio 2018 (allegato a doc. TAF 2).

## **B.**

**B.a** In data 23 maggio 2018 l'assicurato ha trasmesso all'Ufficio per l'assicurazione per l'invalidità del Canton C.\_\_\_\_\_ (UAI-C.\_\_\_\_\_ ) il formulario relativo alla richiesta di prestazioni dell'assicurazione per l'invalidità (doc. 3 – 4 UAI-C.\_\_\_\_\_ ). Nel corso dell'istruttoria l'UAI-C.\_\_\_\_\_ ha acquisito agli atti l'incarto dell'assicuratore malattia (cfr. in particolare doc. 13 e 21 UAI-C.\_\_\_\_\_ ).

**B.b** In data 31 agosto 2018 l'assicurato si è trasferito in Thailandia (doc. 26 UAI-C.\_\_\_\_\_ ).

**B.c** Basandosi sulla documentazione medica assunta agli atti dall'assicuratore malattia, di cui si dirà in dettaglio nei considerandi in diritto (consid. A), così come sulla presa di posizione del SMR del 22 novembre 2018

(doc. 32 UAI-C. \_\_\_\_\_) – in cui il dott. M. \_\_\_\_\_, specialista in medicina interna del Servizio medico regionale (SMR) dell'UAI-C. \_\_\_\_\_, alla luce dei rapporti del dott. H. \_\_\_\_\_, del dott. L. \_\_\_\_\_ e delle risultanze della sorveglianza, ha ritenuto giustificata un'incapacità lavorativa totale soltanto durante il primo periodo di degenza presso la Clinica E. \_\_\_\_\_ dal 26 giugno 2017 al 21 luglio 2017, ed in seguito una piena capacità lavorativa in attività adeguate – con progetto di decisione del 27 novembre 2018, l'UAI-C. \_\_\_\_\_ ha riconosciuto una totale inabilità dal 25 maggio 2017 al 21 luglio 2017 ed ha dunque prospettato all'assicurato il rigetto della richiesta di prestazioni del 23 maggio 2018 (doc. 33 UAI-C. \_\_\_\_\_).

**B.d** A tale progetto l'assicurato si è opposto con scritto del suo patrocinatore del 13 dicembre 2018. Egli ha contestato le conclusioni circa l'incapacità lavorativa, indicando di essere stato inabile al lavoro al 100% dal 25 maggio 2017 al 31 luglio 2018, periodo contraddistinto da diverse ospedalizzazioni, anche coatte (doc. 38 UAI-C. \_\_\_\_\_).

**B.e** Con annotazione SMR del 31 gennaio 2019, il dott. M. \_\_\_\_\_ ha osservato che l'assicurato non ha fornito nuovi elementi medici tali da modificare le precedenti conclusioni (doc. 42 UAI-C. \_\_\_\_\_).

**B.f** Con decisione dell'11 febbraio 2019 l'UAIE ha confermato il progetto di decisione del 27 novembre 2018 e respinto la domanda di prestazioni, adducendo che l'assicurato non ha presentato un periodo ininterrotto di un anno di inabilità lavorativa al 40%. Ha pure respinto il diritto a eventuali provvedimenti professionali essendo totalmente capace al lavoro in ogni attività (doc. 43 UAI-C. \_\_\_\_\_).

## **C.**

**C.a** Il 22 marzo 2019, l'interessato ha inoltrato ricorso contro la summenzionata decisione dinanzi al Tribunale amministrativo federale (TAF), mediante il quale chiede l'annullamento del provvedimento impugnato. Egli sostiene in primo luogo di essere stato totalmente inabile al lavoro dal 26 maggio 2017 al 31 luglio 2018 (almeno). Inoltre, censura una violazione del diritto di essere sentito e invoca un accertamento dei fatti errato e arbitrario, così come un'applicazione errata e arbitraria del diritto. Della documentazione medica prodotta si dirà nei considerandi in diritto (doc. TAF 1).

**C.b** Il 15 aprile 2019, l'interessato ha versato il richiesto anticipo di CHF 800.- a copertura delle presumibili spese processuali (doc. TAF 5).

**C.c** Nella risposta al ricorso del 31 maggio 2019, a cui ha allegato il suo incarto e quello dell'assicuratore malattia, l'UAIE ha proposto la reiezione del gravame e la conferma del provvedimento impugnato, rinviando al preavviso dell'UAI-C. \_\_\_\_\_ del 27 maggio 2019. In via preliminare ha fatto valere che l'eventuale violazione del diritto di essere sentito sarebbe da considerarsi sanata dato il pieno potere cognitivo del TAF. Dal profilo materiale l'UAIE ha invece indicato che la refertazione medica agli atti conteneva elementi chiari e sufficienti per valutare l'incapacità al guadagno, senza che fossero necessari ulteriori accertamenti medici specialistici e che nulla muta ai fini del giudizio la documentazione trasmessa dal ricorrente (doc. TAF 7).

**C.d** Con replica dell'8 luglio 2019 il ricorrente si è riconfermato nel proprio gravame, ribadendo che gli accertamenti medici su cui si fonda la decisione impugnata non meritano tutela, in quanto esperiti da specialisti incaricati dall'amministrazione e dunque di parte, non indipendenti né autonomi (doc. TAF 9).

**C.e** Con breve duplice del 29 agosto 2019 l'UAIE ha chiesto la reiezione del ricorso, rinviando a quanto esposto nella decisione impugnata e nella risposta di causa (doc. TAF 11).

## **Diritto:**

### **1.**

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

Il Tribunale amministrativo federale 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).

**1.2** La procedura dinanzi al Tribunale amministrativo federale è retta dalla PA, in quanto la LTAF non disponga altrimenti (art. 37 LTAF). In virtù dell'art. 3 lett. 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). Secondo

l'art. 2 LPGA, le disposizioni della legge stessa sono applicabili alle assicurazioni sociali disciplinate dalla legislazione federale, se e per quanto le singole leggi sulle assicurazioni sociali lo prevedano. Giusta l'art. 1 cpv. 1 LAI, le disposizioni della LPGA sono applicabili all'assicurazione per l'invalidità (art. 1a-26<sup>bis</sup> e 28-70), sempre che la LAI non deroghi alla LPGA. Secondo le regole generali del diritto intertemporale, si applicano le norme procedurali in vigore al momento dell'esame del ricorso (DTF 130 V 1 consid. 3.2).

**1.3** Presentato da una parte direttamente toccata dalla decisione e avente un interesse degno di protezione al suo annullamento o alla sua modifica (art. 59 LPGA e art. 48 cpv. 1 PA), il ricorso è stato interposto tempestivamente (art. 60 LPGA e art. 50 cpv. 1 PA) e rispetta i requisiti previsti dalla legge (art. 52 cpv. 1 PA). L'anticipo spese è stato corrisposto entro il termine impartito (art. 63 cpv. 4 PA). Il ricorso è pertanto ammissibile.

## **2.**

Giusta gli art. 40 cpv. 2<sup>quater</sup> e 3 OAI, al momento della partenza dell'assicurato per la Thailandia nel mese di agosto 2018, l'incarto avrebbe dovuto essere trasmesso dall'UAI-C. \_\_\_\_\_ all'UAIE per l'istruttoria. Ritenuto tuttavia che l'incompetenza dell'UAI-C. \_\_\_\_\_ non è stata censurata e che la documentazione agli atti risulta ad ogni modo sufficiente per statuire, non si impone nella fattispecie un rinvio per ulteriori accertamenti all'autorità inferiore, che ha peraltro emesso il provvedimento impugnato (cfr. sentenza del TF 9C\_891/2010, consid. 2.2 con rinvii).

## **3.**

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).

#### **4.**

L'oggetto litigioso è la questione se il ricorrente abbia diritto ad una rendita d'invalidità a far tempo dal 1° novembre 2018 e meglio sei mesi dopo la presentazione della domanda del 23 maggio 2018 (consid. C.a), segnatamente l'aspetto parziale se l'incapacità lavorativa totale in ogni attività, iniziata il 25 maggio 2017, sia terminata il 21 luglio 2017 (come indicato dal dott. H. \_\_\_\_\_ e dall'UAIE, nel settembre 2017 come indicato dal dott. L. \_\_\_\_\_ oppure se sia perdurata almeno fino al 31 luglio 2018 (allegato a doc. TAF 2), come sostenuto dall'assicurato.

#### **5.**

**5.1** Dal profilo temporale, riservate disposizioni 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 143 V 446 consid. 3.3; 139 V 335 consid. 6.2; 138 V 475 consid. 3.1). Nel caso in esame – essendo contestato il grado di invalidità da luglio 2017 – salvo indicazione contraria, si applicano di principio le disposizioni della 6a revisione della LAI entrate in vigore il 1° gennaio 2012 ed eventuali modifiche fino alla pronuncia della decisione impugnata.

**5.2** Il potere cognitivo di questo Tribunale è delimitato dalla data della decisione impugnata. Il giudice delle assicurazioni sociali esamina infatti la decisione impugnata sulla base della situazione di fatto esistente al momento in cui essa è stata resa (DTF 132 V 215 consid. 3.1.1; 130 V 445 consid. 1.2). 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).

## **6.**

### **6.1**

**6.1.1** In via preliminare nel gravame il ricorrente ha censurato una violazione del diritto di essere sentito, in particolare ha lamentato di non essere stato coinvolto durante la procedura di accertamento dei fatti da parte dell'autorità inferiore, così come una carente motivazione del provvedimento impugnato (cfr. doc. TAF 1).

**6.1.2** In occasione della risposta di causa l'autorità inferiore ha osservato che non è ravvisabile una violazione del diritto di essere sentito, in quanto l'assicurato è stato senza dubbio posto nella condizione di capire la motivazione e la portata della decisione impugnata e che, in ogni caso, un'eventuale violazione va considerata sanata dato il pieno potere cognitivo del TAF.

### **6.2**

**6.2.1** Ai sensi dell'art. 29 cpv. 2 Cost. fed. le parti hanno diritto d'essere sentite. Per costante giurisprudenza, dal diritto di essere sentito deve in particolare essere dedotto il diritto per l'interessato di esprimersi prima della resa di una decisione sfavorevole nei suoi confronti, di fornire prove circa i fatti suscettibili di influire sul provvedimento, di prendere visione dell'incarto, di partecipare all'assunzione delle prove, di prenderne conoscenza e di determinarsi al riguardo (DTF 132 V 368 consid. 3.1 pag. 370 e sentenze ivi citate). Il diritto di essere sentito è una garanzia costituzionale formale, la cui violazione implica l'annullamento della decisione impugnata, a prescindere dalle possibilità di successo nel merito (DTF 132 V 387 consid. 5.1 pag. 390; 127 V 431 consid. 3d/aa pag. 437). Ai sensi della giurisprudenza, una violazione del diritto di essere sentito - nella misura in cui essa non sia grave - è da ritenersi sanata qualora l'interessato abbia la facoltà di esprimersi innanzi ad un'autorità di ricorso che gode di piena cognizione. La riparazione di un eventuale vizio deve comunque avvenire solo in via eccezionale (DTF 127 V 431 consid. 3d/aa pag. 437). Giova inoltre precisare che anche in caso di grave violazione del diritto di essere sentito è possibile prescindere da un rinvio della causa all'amministrazione, se una simile operazione si esaurirebbe in un vuoto esercizio formale e procrastinerebbe inutilmente il processo in contrasto con l'interesse - di pari rango del diritto di essere sentito - della parte ad essere giudicata celermente (DTF 132 V 387 consid. 5.1 pag. 390 con riferimenti).

**6.2.2** L'art. 29 cpv. 2 Cost. fed. offre, a titolo sussidiario, una garanzia minima, mentre la portata di tale diritto è determinata in primo luogo dalle norme cantonali o federali di procedura (DTF 126 I 15 consid. 2a pag. 16; 125 I 257 consid. 3a pag. 259).

**6.2.3** Giusta l'art. 49 cpv. 3 seconda frase LPGa, le decisioni devono essere motivate se non corrispondono interamente alle richieste delle parti. Il diritto di essere sentito comprende infatti l'obbligo per l'autorità di motivare le proprie decisioni. Esso ha lo scopo, da un lato, di porre la persona interessata nelle condizioni di afferrare le ragioni poste a fondamento della decisione, di rendersi conto della portata del provvedimento e di poterlo impugnare con cognizione di causa, e, dall'altro, di permettere all'autorità di ricorso di esaminare la fondatezza della decisione medesima. Ciò non significa tuttavia che l'autorità sia tenuta a pronunciarsi in modo esplicito ed esaustivo su tutte le argomentazioni addotte; essa può occuparsi delle sole circostanze rilevanti per il giudizio, atte ad influire sulla decisione (DTF 129 I 232 consid. 3.2 pag. 236; 126 I 97 consid. 2b pag. 102; 125 II 369 consid. 2c pag. 372).

**6.2.4** Invero l'autorità non è tenuta a compiere un'analisi approfondita di tutte le allegazioni di parte e esaminare dettagliatamente tutte le risultanze processuali, essendo sufficiente che, anche attraverso una valutazione globale di quelle deduzioni e risultanze, spieghi, in modo logico ed adeguato, le ragioni che hanno determinato il suo convincimento, dimostrando d'aver tenuto presente ogni fatto decisivo (DTF 129 I 232 consid. 3.2; sentenza del TAF C-2183/2013 del 28 gennaio 2015 consid. 9.2.3). Peraltro, l'esigenza della motivazione aumenta allorquando l'applicazione della legge implica l'esercizio del potere di apprezzamento o l'interpretazione di una norma giuridica indeterminata (DTF 134 I 83 consid. 4.1; 129 I 232 consid. 3.3 e relativi riferimenti nonché sentenza del TF 2C\_105/2009 del 18 settembre 2009 consid. 5.1). Se questi precetti vengono disattesi, il vizio formale comporta di norma l'annullamento della decisione, senza che il ricorrente debba dimostrare un interesse, in altri termini indipendentemente dalle possibilità di successo nel merito (DTF 118 la 17 consid. 1; 117 la 7 consid. 1a e 115 la 10 consid. 2a).

### **6.3**

**6.3.1** Nel caso in esame dagli atti emerge che la decisione impugnata è stata preavvisata al ricorrente in Thailandia con progetto di decisione del 27 novembre 2018 (doc. 33). A tale progetto la rappresentante del ricorrente ha peraltro inoltrato regolare opposizione (cfr. doc. 34 e segg. UAI-

C.\_\_\_\_\_). Di conseguenza, al più tardi a tale stadio procedurale l'assicurato ha avuto la possibilità di formulare le proprie osservazioni e trasmettere all'autorità inferiore ulteriore documentazione. Sotto questo profilo, la censurata violazione del diritto di essere sentito è pertanto infondata.

**6.3.2** Per quel che concerne la motivazione del provvedimento impugnato, questo Tribunale rileva che l'UAIE ha esplicitato i periodi di incapacità lavorativa ritenuti e la normativa applicabile, rinviando genericamente agli "atti acquisiti in sede d'istruttoria", senza precisare su quali documenti fondasse le proprie conclusioni. Tale modo di procedere desta grosse perplessità, da un lato in quanto agli atti figurano anche diversi certificati medici dello specialista curante, il quale ha in sostanza sempre attestato una totale inabilità lavorativa dal 26 maggio 2017 al 31 luglio 2018 (cfr. allegati D a doc. TAF 1 e allegato a doc. TAF 2), dall'altro in quanto l'UAIE si è fondata, non soltanto sui rapporti del dott. L.\_\_\_\_\_, del dott. H.\_\_\_\_\_ e del dott. M.\_\_\_\_\_ (in alcun modo menzionati, né nel progetto, né nella decisione stessa), ma anche sul rapporto di sorveglianza ordinato dall'assicuratore malattia (doc. 43 UAI-C.\_\_\_\_\_).

Questo Tribunale ritiene pertanto che la decisione impugnata si fonda su una motivazione insufficiente non essendo dato di sapere, tenuto conto della molteplicità degli atti medici e del rapporto di sorveglianza, in base a quali documenti essa abbia respinto la richiesta di prestazioni dell'assicurato e che pertanto il diritto di essere sentito va considerato violato.

**6.3.3** La violazione va comunque considerata sanata pendente causa di ricorso, alla luce delle precisazioni esposte dall'amministrazione nella risposta di causa, in cui emergono in modo chiaro gli elementi su cui si è fondata e meglio i rapporti del dott. M.\_\_\_\_\_, del dott. H.\_\_\_\_\_ e del dottor L.\_\_\_\_\_, dalla cui lettura emerge che si erano confrontati anche con le conclusioni della sorveglianza posta in atto da D.\_\_\_\_\_. Di quest'ultimo procedimento l'assicurato era del resto già a conoscenza in seguito al colloquio del 13 dicembre 2017 con l'assicuratore malattia e della decisione dell'D.\_\_\_\_\_ del 5 febbraio 2018 (consid. A e B). Alla luce di quanto sopra esposto la censura sollevata dal ricorrente è pertanto infondata.

## 7.

**7.1** Il ricorrente invoca inoltre l'accertamento errato ed arbitrario dei fatti, così come la valutazione arbitraria delle prove ed un'applicazione del diritto errata ed arbitraria da parte dell'UAIE (doc. TAF 1).

**7.2** Per giurisprudenza invalsa del Tribunale federale, l'arbitrio non si realizza già qualora la soluzione proposta con il ricorso possa apparire sostenibile o addirittura preferibile a quella contestata; il Tribunale federale annulla la pronunzia criticata solo se il giudice del merito ha emanato un giudizio che appare – e ciò non solo nella motivazione bensì anche nell'esito – manifestamente insostenibile, in aperto contrasto con la situazione reale, gravemente lesivo di una norma o di un principio giuridico chiaro e indiscusso oppure in contraddizione urtante con il sentimento della giustizia e dell'equità (DTF 137 I 1 consid. 2.4 pag. 5, 132 III 209 consid. 2.1 pag. 211 con rinvii). L'accertamento dei fatti non è dunque manifestamente inesatto se suscita dei dubbi, ma solo se la sua erroneità salta all'occhio ed è evidente (DTF 132 I 42 consid. 3.1 pag. 44). Incorre in un accertamento manifestamente inesatto dei fatti il giudice che misconosce manifestamente il senso e la portata di un mezzo di prova, che omette senza valida ragione di tener conto di un elemento di prova importante, suscettibile di modificare l'esito della vertenza, o che dalle prove assunte trae conclusioni insostenibili (DTF 129 I 8 consid. 2.1 pag. 9).

**7.3** Nella fattispecie la censura di arbitarietà della decisione impugnata risulta infondata. In nessuno degli ambiti censurati dal ricorrente l'autorità inferiore è giunta a conclusioni insostenibili. Al contrario, per le ragioni di cui si dirà in dettaglio nei considerandi che seguono, il provvedimento impugnato merita di essere integralmente confermato.

## **8.**

**8.1** 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). Ai sensi dell'art. 8 cpv. 3 LPGA, gli assicurati maggiorenni che prima di subire un danno alla salute fisica, mentale o psichica non esercitavano un'attività lucrativa e dai quali non si può ragionevolmente esigere che l'esercitino sono considerati invalidi se tale danno impedisce loro di svolgere le proprie mansioni consuete. La nozione d'invalidità di cui all'art. 4 LAI e 8 LPGA è un concetto di carattere economico-giuridico e non medico (DTF 116 V 246 consid. 1b; sentenze del TF 8C\_636/2010 del 17 gennaio 2011 consid. 3 e 9C\_529/2008 del 18 maggio 2009). 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 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. 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).

**8.2** La nozione di invalidità in ambito AI coincide con quella vigente in ambito LAINF e nell'assicurazione militare (art. 16 LPGA; DTF 127 V 129 consid. 4d; 133 V 549 consid. 6). Se il danno alla salute è il medesimo, la valutazione dell'invalidità in ambito AI, LAINF e assicurazione militare dovrebbe condurre al medesimo grado di invalidità (DTF 133 V 549 consid. 6; 126 V 288 consid. 2a con rinvii). Un assicuratore non è tuttavia vincolato ad una decisione emessa da un altro ente per esempio nel caso in cui il grado di invalidità risulta da un accordo intercorso tra le parti (DTF 127 V 129 consid. 4d; 126 V 288 consid. 2a) rispettivamente si fonda su un errore di diritto (DTF 126 V 288 consid. 2a).

Se inoltre in DTF 126 V 288 il Tribunale federale (TF) ha relativizzato il carattere vincolante di una valutazione dell'invalidità passata in giudicato nei confronti di un assicuratore contro gli infortuni nel senso che una determinazione differente del grado d'invalidità nell'ambito dell'assicurazione per l'invalidità entrava in linea di conto eccezionalmente e a condizione che sussistessero motivi pertinenti, in DTF 133 V 549 il (TF) ha precisato la propria giurisprudenza concludendo che la valutazione dell'invalidità da parte dell'assicurazione infortuni non vincola l'assicurazione per l'invalidità ai sensi della precedente giurisprudenza (DTF 126 V 288) e, di conseguenza, l'Ufficio AI non è legittimato a interporre opposizione, rispettivamente ricorso, contro la decisione, rispettivamente contro la decisione su opposizione, dell'assicuratore infortuni sulla questione del diritto alla rendita in quanto tale o sul grado d'invalidità (DTF 133 V 549 consid. 6; sentenza del TF 9C\_903/2011 del 25 gennaio 2013 consid. 10).

**8.3** 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).

**8.4** 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 la metà, a tre quarti di rendita se è invalido per almeno il 60% e ad una rendita intera se è invalido per almeno il 70%.

## **9.**

**9.1** 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. Affinché un rapporto medico acquisti valore di prova rilevante è determinante che esso sia completo in merito ai temi sollevati, si fondi, in piena conoscenza della pregressa situazione valetudinaria (anamnesi), su esami approfonditi, tenga conto di tutte le affezioni di cui si lamenta l'assicurato e sia chiaro nell'esposizione delle correlazioni mediche o nell'apprezzamento della situazione medica; le conclusioni dell'esperto devono inoltre essere motivate. 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\_855/2017 del 22 novembre 2017 consid. 3.1 e 9C\_826/2009 del 20 luglio 2010 consid. 4.2).

**9.2** 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 conclusivi, 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 come debba essere considerato con la necessaria prudenza l'avviso dei medici curanti, anche se specialisti, i quali possono tendere a pronunciarsi in favore del proprio paziente a dipendenza dei particolari legami che essi hanno con gli stessi (sentenza del TF I 655/05 del 20 marzo 2006 consid. 5.4; DTF 125 V 351 consid. 3b/cc). Ai rapporti allestiti da medici alle dipendenze di un'assicurazione può essere attribuito pieno valore probatorio, a condizione che essi si rivelino conclusivi, 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).

**9.3** 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 disturbi psichici, in particolare di disturbi da dolore somatoforme, di disturbi derivanti da affezioni psicosomatiche assimilate a questi ultimi (DTF 140 V 8 consid. 2.2.1.3) oppure di disturbi depressivi di grado da leggero a medio (DTF 143 V 409), 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]).

## **10.**

**10.1** Nel caso in esame, lo psichiatra curante, dott. G. \_\_\_\_\_, ha attestato una piena incapacità lavorativa a partire dal 26 maggio 2017 (doc. 3 Assicuratore malattia). In data 26 giugno 2017 lo specialista ha disposto per l'assicurato un ricovero coatto presso la Clinica E. \_\_\_\_\_ di (...), per pensieri anticonservativi e ideazione eterolesiva (doc. 9 Assicuratore malattia).

**10.2** Dal rapporto di dimissione della Clinica E. \_\_\_\_\_ del 19 agosto 2017 si evince che l'assicurato è stato degente dal 26 giugno 2017 al 21 luglio 2017. Dopo una giornata di osservazione clinica il ricovero coatto è stato revocato, in quanto non ne risultavano adempiti i requisiti ed il paziente è stato trasferito in reparto aperto in regime volontario. Durante i colloqui medici di approfondimento clinico-diagnostico è emersa deflessione timica con scarse capacità di infuturazione, difficoltà nella gestione emotiva dello stress, scarsa tolleranza alle frustrazioni e insonnia persistente e sono state poste le diagnosi di disturbi dell'adattamento (ICD-10 GM: F43.2) e altri disturbi di personalità e forme miste (ICD-10 GM: F61). Egli è stato dimesso al domicilio con invio ai medici curanti per il proseguimento delle cure in regime ambulatoriale (doc. 9 Assicuratore malattia).

**10.3** Lo psichiatra curante ha in seguito attestato una totale inabilità lavorativa nei mesi di settembre, ottobre, novembre e dicembre 2017, così come da gennaio 2018 fino al 31 luglio 2018 (doc. 15, 16, 19 e 20 Assicuratore malattia e allegati D a doc. TAF 1).

**10.4** Dal canto suo l'assicuratore malattia ha conferito al dott. H. \_\_\_\_\_, psichiatra e psicoterapeuta, l'incarico di peritare l'assicurato. Il 13 settembre 2017 lo specialista è tuttavia stato impossibilitato a procedere, perché l'assicurato ha chiesto la registrazione dell'intero colloquio, modalità a cui l'assicuratore malattia non ha acconsentito invocando la normativa vigente in materia di privacy. Una volta terminato il breve colloquio, il medico ha quindi osservato il comportamento del paziente al di fuori dello studio medico, notando che quest'ultimo era in grado di muoversi con agilità e che – al contrario di quanto affermato durante il colloquio – era giunto all'appuntamento conducendo la propria vettura. Dicendosi “sconvolto” da quanto osservato, il medico ha immediatamente informato l'assicuratore malattia e concluso che “il comportamento tenuto dall'assicurato, la dichiarazione falsa di servirsi dei mezzi pubblici, l'assenza assoluta di qualsiasi difficoltà oggettiva quando è stato osservato in strada propendono per un'aggravazione di sintomi aspecifici e l'assoluta assenza di limitazioni psichiche in qualsiasi attività presenti o pregresse” (doc. 12 Assicuratore malattia).

**10.5** Il 18 settembre 2017 l'assicuratore malattia ha pertanto incaricato la società di investigazione I. \_\_\_\_\_ di sorvegliare l'assicurato, in quanto aveva maturato il dubbio che quest'ultimo avesse accentuato i disturbi psichici (consid. A). Da tali osservazioni è risultato che l'assicurato, durante il periodo di sorveglianza, non ha manifestato nessun genere di limitazione fisica e nessun impedimento nei movimenti del corpo e nel compimento delle azioni. Inoltre, ad eccezione della fiacchezza constatata nei  $\frac{3}{4}$  d'ora di attesa prima della visita dal dott. L. \_\_\_\_\_, non sono mai stati notati rallentamenti di sorta o segnali di stanchezza fisica o di scarsa concentrazione. L'assicurato è inoltre sempre apparso ben curato nell'aspetto e nell'abbigliamento, durante il trasloco si è mosso con dinamismo apparendo attento e ben presente in ogni azione anche nello svolgimento di movimenti complicati e impegnativi. Nei comportamenti osservati l'assicurato non ha per nulla dato l'impressione di essere incline ad isolarsi e a rinchiudersi in sé stesso. Si è al contrario rivelato essere una persona estroversa, perfettamente a suo agio nel relazionarsi con terzi, ai quali si è sempre rivolto in maniera cordiale. Infine, egli ha rivelato di condurre regolarmente, anche su lunghi tragitti e per durate prolungate, mostrando tra l'altro uno stile di guida spigliato e veloce e risultando perfettamente a suo agio in ogni genere di manovra, esibendo sempre una guida sicura (p. 41 e segg. Assicuratore malattia).

**10.6** Con perizia medica del 28 novembre 2017 il dott. L. \_\_\_\_\_, psichiatra e psicoterapeuta, su incarico dell'assicuratore malattia ed all'oscuro della sorveglianza posta in atto, ha diagnosticato un episodio depressivo

attualmente lieve (F32.0) ed un disturbo di personalità misto, con tratti paranoici (F61.0). Il medico ha inoltre indicato che tale diagnosi “di per sé sarebbe decisamente compatibile con il lavoro”, rinviando tuttavia ad ulteriori approfondimenti in merito alla terapia farmacologica (doc. 18 Assicuratore malattia).

**10.7** Il 13 dicembre 2017 l'assicurato è stato confrontato dall'assicuratore malattia con gli esiti della sorveglianza (cfr. il verbale di colloquio del 5 gennaio 2018, in cui viene riportato per iscritto la parte principale della conversazione, p. 136 e segg. Assicuratore malattia).

**10.8** Con complemento di perizia del 16 gennaio 2018, il dott. L. \_\_\_\_\_ ha dal canto suo indicato di aver attentamente visionato la documentazione inerente la sorveglianza dell'assicurato e che dalla stessa “emerge con chiarezza un atteggiamento dell'individuo che è volto sistematicamente ad amplificare i propri limiti e a negare qualsiasi tipo di risorsa spendibile nella propria attività lavorativa”. Egli ha preso atto che le dichiarazioni del soggetto circa l'impossibilità di guidare a causa del suo stato mentale sono false ed incongrue rispetto ai fatti. Lo specialista ha poi precisato che verosimilmente il medesimo atteggiamento simulante sia stato mantenuto anche con la psichiatra curante. Sotto questo aspetto, ha concluso che – alla luce delle abbondanti osservazioni – la conclusione medico teorica più ovvia è che l'assicurato sia evidentemente capace di condurre automezzi senza limitazioni. Inoltre, sarebbero state confutate dalla sorveglianza anche le altre affermazioni dell'assicurato circa lo stato di prostrazione e di stanchezza cronica, l'isolamento sociale, l'incapacità a relazionarsi con gli altri, la paura a confrontarsi con la realtà esterna e l'incapacità di provare piacere e che tutti questi elementi lo portano a rivedere la propria posizione diagnostica. Il medico ha dunque rilevato che l'assicurato non presenta il benché minimo indizio di trovarsi in uno stato depressivo, essendovi al contrario abbondanti elementi per ritenere che egli stia simulando un disagio mentale, motivi per cui la diagnosi di episodio depressivo non può essere mantenuta, confermando invece i disturbi della personalità con simulazione di malattia mentale. Per quel che attiene alla capacità lavorativa, il perito ha indicato che la conclusione più logica sarebbe stata quella di ritenere l'assicurato idoneo nell'ultima attività di autista ma che, data la personalità manipolatrice dello stesso, andava richiesto anche il parere della psichiatra curante. Ad ogni modo, ha attestato una piena abilità in qualsiasi altra attività adeguata a partire da settembre 2017, ossia al momento in cui è intervenuto il primo tentativo di simulazione di malattia mentale presso lo studio del dott. H. \_\_\_\_\_ (doc. 22 Assicuratore malattia).

**10.9** Con scritto del 19 gennaio 2018, il dott. H. \_\_\_\_\_ ha indicato di poter confermare l'assenza di qualsiasi segno o sintomo di interesse psichiatrico e che il paziente ha sicuramente aggravato il suo stato al momento della visita dal dott. L. \_\_\_\_\_. Egli ha inoltre precisato che l'assicurato, con assoluta verosimiglianza, non presentava segni o sintomi di malattia psichica con influo sulla capacità lavorativa al momento in cui si è presentato nel suo studio il 13 settembre 2017 e di poter affermare con ragionevole certezza che al momento della dimissione dalla clinica egli fosse in grado di riprendere il lavoro al 100%, restando giustificata – in assenza di elementi oggettivi contrari – una completa inabilità da maggio a luglio 2017 (doc. 23 Assicuratore malattia).

**10.10** In data 19 gennaio 2018, gli psichiatri curanti dal canto loro hanno ritenuto possibile una ripresa lavorativa al 50% nella precedente attività a partire dal 15 gennaio 2018 (doc. 24 Assicuratore malattia).

**10.11** Dal 19 febbraio 2018 al 9 aprile 2018, l'assicurato è tuttavia stato nuovamente ricoverato presso la Clinica E. \_\_\_\_\_ di (...). Durante tale ricovero volontario, affrontato su consiglio della psichiatra curante, sono state poste le diagnosi di disturbo misto ansioso-depressivo (ICD-10 GM: F41.2) e altri disturbi di personalità e forme miste (ICD-10 GM: F61). Gli specialisti hanno inoltre rilevato che fin da subito il paziente ha mostrato difficoltà ad accettare e comprendere le finalità del ricovero, esigendo invece certificati medici che l'avrebbero esentato dalle responsabilità nei confronti dei diversi procedimenti finanziari in atto. Dato il moderato miglioramento del quadro psicopatologico, il paziente è stato dimesso per il proseguimento ambulatoriale della presa a carico ed è stato dichiarato inabile al lavoro fino alla prossima rivalutazione medica (cfr. allegato E1 a doc. TAF 1).

**10.12** Con rapporto SMR del 22 novembre 2018, il dott. M. \_\_\_\_\_ ha indicato di ritenere giustificati – alla luce delle osservazioni degli psichiatri curanti e del rapporto di sorveglianza agli atti – un'incapacità lavorativa unicamente dal 25 maggio 2017 al 21 luglio 2017 e che in attività adeguate risultava abile al 100% a partire dal 22 luglio 2017. Egli ha inoltre attestato le seguenti diagnosi con ripercussioni sulla capacità lavorativa: episodio depressivo lieve (F 32.0) e disturbo misto di personalità, con tratti paranoidei (F 61.0, cfr. doc. 32 UAI-C. \_\_\_\_\_). Il dott. M. \_\_\_\_\_ ha confermato il rapporto del 22 novembre 2018 con annotazioni del 31 gennaio 2019 (doc. 42 UAI-C. \_\_\_\_\_) e del 16 maggio 2019 (allegato a doc. TAF 7).

## 11.

**11.1** In merito alle risultanze della sorveglianza messa in atto dall'assicuratore malattia giova rammentare che non costituiscono di per sé una base sicura per accertare lo stato di salute e la capacità lavorativa dell'assicurato. Queste possono tutt'al più fornire degli indizi oppure costituire la base per formulare dei sospetti. Soltanto l'esame da parte di un medico della documentazione riguardante la sorveglianza permette di fornire conoscenze sicure dei fatti pertinenti (cfr. DTF 137 I 327 consid. 7.1 e riferimenti). Secondo il Tribunale federale la valutazione da parte del medico può essere fatta sulla scorta dei soli risultati del materiale delle osservazioni, senza che sia necessario eseguire una perizia medica (cfr. sentenza del TF 9C\_689/2016 del 12 maggio 2017, consid. 4.1); inoltre il parere di un solo medico, in merito alle risultanze della sorveglianza può essere sufficiente per accertare lo stato di salute dell'interessato (sentenza del TF 9C\_342/2017 del 29 gennaio 2018, consid. 5 e riferimenti indicati). In definitiva, in conformità con il principio del libero apprezzamento delle prove, compete all'assicuratore sociale o al giudice determinare il valore da attribuire al prodotto di un'osservazione esterna (sentenza del TF 9C\_689/2016 del 12 maggio 2017, consid. 4.1 e riferimenti citati).

**11.2** Diagnosi e incapacità lavorativa durante il periodo della sorveglianza ed il periodo che la precede

**11.2.1** Nella fattispecie, entrambi gli psichiatri che hanno avuto accesso al rapporto di sorveglianza e che avevano già in precedenza incontrato ed esaminato l'assicurato, hanno indicato che, alla luce degli accertamenti esperiti, si poteva ritenere che egli simulava dei disturbi psichici e che verosimilmente aveva tratto in inganno anche la psichiatra curante. Dal punto di vista diagnostico, il dott. L. \_\_\_\_\_ ha in particolare specificato che non poteva più venir attestato uno stato depressivo, ma che veniva mantenuta la diagnosi di disturbo della personalità con simulazione di malattia mentale. Anche il dott. H. \_\_\_\_\_ ha confermato l'assenza di qualsiasi sintomo di interesse psichiatrico.

**11.2.2** Per quel che concerne l'incapacità lavorativa, dalla menzionata documentazione medica risulta che il dott. L. \_\_\_\_\_ ha rilevato che, alla luce degli elementi a sua disposizione, la conclusione più logica sarebbe quella di ritenere l'assicurato idoneo nella precedente attività di autista. Tuttavia, ha pure specificato che data la personalità manipolatrice di quest'ultimo, per motivi di prudenza, era necessaria anche una presa di posizione dello psichiatra curante, così come un'assunzione di responsabilità da

parte dell'assicurato stesso. Ad ogni modo, il medico ha attestato una piena capacità lavorativa in attività adeguate a partire da settembre 2017, ossia dal primo tentativo documentato di simulazione di una malattia mentale. Il dott. H. \_\_\_\_\_ ha invece indicato di poter affermare "con ragionevole certezza" che l'assicurato, al momento delle dimissioni dalla Clinica E. \_\_\_\_\_ in data 21 luglio 2017, fosse in grado di riprendere il proprio lavoro a tempo pieno. Peraltro, anche la psichiatra curante, ha indicato di ritenere possibile una ripresa lavorativa al 50% a partire dal 15 gennaio 2018 (doc. 24 Assicuratore malattia).

**11.2.3** Da quanto precede risulta che le perizie del dott. L. \_\_\_\_\_ e H. \_\_\_\_\_ del 16 e 19 gennaio 2018, univoche nelle loro osservazioni, possono senz'altro essere considerate un mezzo probatorio idoneo per la valutazione dello stato di salute psichico del ricorrente. Questo Tribunale rileva al riguardo che si tratta di perizie e accertamenti che si fondano sulle informazioni fornite dalla persona esaminata, sull'esame del quadro clinico del ricorrente, sulle risultanze della sorveglianza dell'assicurato, nonché sulla documentazione medica agli atti. I referti in questione contengono un'introduzione, informazioni tratte dall'incarto, indicazioni del peritando, la diagnosi nonché la discussione. Inoltre, esse sono pure conformi alla giurisprudenza del Tribunale federale di cui alla DTF 141 V 281. I medici hanno difatti posto una diagnosi con codice ICD e segnalato che l'assicurato simulava un disturbo depressivo. In merito alla cura farmacologica essi hanno rilevato che andrebbe diminuita e che appare poco verosimile che il paziente si sia attenuto in maniera scrupolosa alla posologia prescritta. Ne discende che dal profilo psichiatrico può essere ritenuta unicamente la diagnosi di disturbo della personalità con simulazione di malattia mentale.

In merito agli indicatori "personalità" e "contesto sociale", hanno segnalato l'assenza di disturbi cognitivi e la sistematica amplificazione i propri limiti e di conseguenza l'incapacità lavorativa, così come il mantenimento delle proprie risorse, risultando essere una persona energica, vigile, presente a se stessa e capace di organizzare un maniera efficiente la propria giornata, dotato di chiaro vigore fisico e psichico, capace di spostare carichi importanti, impegnarsi in attività stressanti ed allo stesso momento di godere della compagnia di amici (con i quali intrattiene contatti stetti e regolari) e di momenti ricreativi. In merito alla categoria "coerenza", i periti hanno indicato che l'assicurato era verosimilmente abile anche nella precedente attività e che ad ogni modo non erano presenti reperti oggettivi suscettibili di limitare l'assicurato nell'esercizio di un'attività lavorativa confacente.

**11.2.4** Dal canto suo l'assicurato dopo il primo ricovero presso la Clinica E. \_\_\_\_\_ ha prodotto unicamente dei certificati dello studio F. \_\_\_\_\_, nei quali veniva attestata in maniera lapidaria una totale incapacità lavorativa dal 26 maggio 2017 al 15 gennaio 2018, rispettivamente al 31 luglio 2018. Tali certificati medici difettano tuttavia di una diagnosi e di qualsiasi elemento obiettivo. Ad ogni modo a tali referti, alla luce delle risultanze della sorveglianza posta in atto dall'assicuratore malattia e delle prese di posizione dei dott. i L. \_\_\_\_\_ e H. \_\_\_\_\_, secondo cui risulta verosimile che l'assicurato abbia simulato anche con lo psichiatra curante, non può essere riconosciuto alcun valore probatorio.

### **11.3** Periodo posteriore alla sorveglianza

**11.3.1** Dal 19 febbraio 2018 al 9 aprile 2018, l'assicurato è stato nuovamente degente presso la Clinica E. \_\_\_\_\_ di (...). Si è trattato di un ricovero volontario, intervenuto posteriormente alla sorveglianza. Nel rapporto di dimissione del 6 giugno 2018, gli specialisti che lo hanno avuto in cura hanno precisato di essersi confrontati con un paziente difficilmente agganciabile dal punto di vista del progetto terapeutico e che all'ingresso presentava un quadro psicopatologico caratterizzato da importante ansia libera, deflessione del tono dell'umore, idee di rovina e pessimismo per il futuro con importante rimuginio incentrato sulle problematiche economico-lavorative e familiari. Essi hanno inoltre precisato che fin da subito il paziente ha mostrato difficoltà ad accettare e comprendere l'obiettivo e le prospettive del ricovero in ambito psichiatrico, esigendo invece il rilascio di certificati medici che l'avrebbero esentato dalle sue responsabilità nei diversi procedimenti economici/finanziari allora in atto. Infine, essi hanno posto la diagnosi di altri disturbi di personalità e forme miste (F61), così come di disturbo misto ansioso-depressivo (F41.2). Gli specialisti hanno inoltre attestato un'inabilità lavorativa fino alla prossima rivalutazione medica (allegato E1 a doc. TAF 1).

**11.3.2** Alla luce di quanto precede, questo Tribunale non ha di principio motivo di scostarsi dagli accertamenti in ambito psichiatrico esperiti dall'assicuratore malattia – malgrado il ricovero menzionato sia di qualche mese successivo alla sorveglianza – che hanno indicato come certa una manipolazione degli altri medici curanti, tant'è che pure gli psichiatri della Clinica E. \_\_\_\_\_ hanno rilevato che l'assicurato era interessato soprattutto ad ottenere certificati medici che l'avrebbero esentato dalle sue responsabilità finanziarie, avanzate tra l'altro proprio dall'assicuratore malattia, piuttosto che a seguire un percorso di terapia psichiatrica (cfr. allegato E1 a doc. TAF 1). L'atteggiamento del ricorrente nei confronti degli specialisti non

pare pertanto essere mutato. Tali valutazioni sono peraltro anche state confermate a più riprese dal medico SMR (doc. 32 e 42 UAI-C. \_\_\_\_\_ e annotazione SMR del 16 maggio 2019 allegata a doc. TAF 7).

**11.3.3** Dal canto suo, l'assicurato, oltre al secondo rapporto di dimissione della Clinica E. \_\_\_\_\_ del 6 giugno 2018, ha trasmesso unicamente diversi brevi certificati della psichiatra curante in cui, dopo il secondo ricovero alla Clinica E. \_\_\_\_\_, veniva nuovamente certificata una totale inabilità lavorativa fino al 31 luglio 2018 (cfr. in particolare allegati D a doc. TAF 1; certificato medico del dott. G. \_\_\_\_\_ allegato al doc. TAF 2 in cui si accerta un'incapacità lavorativa totale dal 26 maggio al 31 luglio 2018). Tuttavia, come precisato più sopra, a tali referti non può essere attribuito valore probatorio pieno, in quanto gli specialisti in questione sono stati probabilmente manipolati dall'assicurato, non avendo oltretutto avuto la possibilità di visionare il rapporto di sorveglianza del 23 ottobre 2017 (doc. 13 Assicuratore malattia). La questione non va tuttavia forzosamente risolta anche alla luce di quanto esposto al considerando 12.

**11.4** In conclusione, da quanto precede risulta che il ricorrente non ha trasmesso alcun referto consistente e convincente che offra indizi per mettere in discussione le concordanti e concludenti valutazioni dei periti mandati dall'assicuratore malattia, che sono anche stati confermati dal medico SMR. Di conseguenza risulta che l'incapacità lavorativa in ogni attività per motivi psichiatrici è durata al massimo dal 26 maggio 2017 al 1° settembre 2017, poco più di quattro mesi, e che al più tardi da tale data poteva esercitare un'attività adattata a tempo pieno.

## **12.**

**12.1** Del resto anche volendo considerare il periodo di incapacità lavorativa in ogni attività attestato dai curanti, di cui si avvale il ricorrente, e meglio dal 26 maggio 2017 al 31 luglio 2018, per cui un diritto alla rendita potrebbe sorgere al più presto nel maggio 2018 (art. 28 cpv. 1 e 29 LAI), non potrebbe essere riconosciuta alcuna pretesa.

In concreto la domanda di rendita risale difatti al 23 maggio 2018 e pertanto il diritto alla rendita sorgerebbe al più presto il 1° novembre 2018 (art. 29 cpv. 1 LAI). Tuttavia a tale data agli atti non risulta alcuna incapacità lavorativa né nella precedente attività né in attività adatte. Nessun atto medico è infatti stato inviato in relazione a tale periodo, né vi è agli atti alcun indizio secondo cui egli a partire da tale data sarebbe inabile al lavoro. La docu-

mentazione raccolta, e come già esposto ai considerandi precedenti, starebbe piuttosto ad indicare il contrario. L'ultimo certificato medico attestante un'incapacità lavorativa risale 31 luglio 2018, mentre il 31 agosto 2018 l'assicurato si è trasferito in Thailandia. Di conseguenza al 1° novembre 2018 l'assicurato non poteva essere considerato invalido.

## **12.2**

**12.2.1** Peraltro pure la questione se l'assicurato fosse abile anche nella precedente professione dopo il 1° settembre 2017 oppure se gli fossero accessibili unicamente attività adeguate, può restare indecisa. Infatti, anche qualora si ritenessero esigibili esclusivamente quest'ultime l'interessato presenterebbe un'incapacità di guadagno insufficiente per giustificare il diritto ad una rendita d'invalidità.

**12.2.2** Raffrontando difatti il reddito da valido di CHF 77'685.- con un reddito da invalido di CHF 67'401.04 (ottenuto applicando la tabella TA1 del 2016, tenendo conto del livello di qualifica 4, attività semplici e ripetitive, valore mediano, uomini per 41.7 h/settimana, dell'indicizzazione  $[5'210 / 40 \times 41.7 \times 12] + 0.9\%$  [indicizzazione]), consegue la determinazione di un grado di invalidità del 13%  $([77'685 - 67'401.04] : 77'685 \times 100 = 13.23\%)$ . Peraltro, e quand'anche per denegata ipotesi si dovesse applicare una riduzione giurisprudenziale massima del 25%, il ricorrente non raggiungerebbe comunque un grado d'invalidità pensionabile, ma solo del 35%  $([77'685 - 50'550.78] : 77'685 \times 100 = 34.92\%)$ .

## **13.**

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

Il giudice dell'istruzione, anteriormente o posteriormente a uno scambio di scritti, decide quale giudice unico, con motivazione sommaria, i ricorsi manifestamente infondati, pronunciandone la non entrata in materia o il rigetto (art. 85<sup>bis</sup> cpv. 3 LAVS in combinazione con l'art. 69 cpv. 2 LAI; cfr. anche la sentenza del TAF C-3936/2015 del 24 gennaio 2017 consid. 12; C-1257/2013 del 27 marzo 2013 consid. 4).

Ne segue che la presente sentenza di rigetto del ricorso può essere resa a giudice unico.

**14.**

**14.1** Visto l'esito della procedura, le spese processuali, di CHF 800.-, sono poste a carico del ricorrente (art. 63 cpv. 1 e cpv. 5 PA, nonché art. 3 lett. b del regolamento del 21 febbraio 2008 sulle tasse e sulle spese ripetibili nelle cause dinanzi al Tribunale amministrativo federale [TS-TAF, RS 173.320.2]). Esse sono computate con l'anticipo spese, di identico ammontare, versato dall'insorgente il 15 aprile 2019.

**14.2** Al ricorrente, soccombente, non spetta altresì alcuna indennità per spese ripetibili della sede federale (art. 64 PA in combinazione con l'art. 7 cpv. 1 e cpv. 2 TS-TAF a contrario). Peraltro, le autorità federali, quand'anche vincenti, non hanno di principio diritto a un'indennità a titolo di ripetibili (art. 7 cpv. 3 TS-TAF), salvo eccezioni non ravvisabili nel caso concreto (v., fra l'altro, DTF 127 V 205).

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

**1.**

Il ricorso è respinto.

**2.**

Le spese processuali, di CHF 800.-, sono poste a carico del ricorrente ed è compensato con l'anticipo spese di CHF 800.-, corrisposto il 15 aprile 2019.

**3.**

Non sono assegnate spese ripetibili.

**4.**

Comunicazione a:

- rappresentante del ricorrente (atto giudiziario),
- autorità inferiore (n. di rif. [...]; raccomandata),
- ufficio federale delle assicurazioni sociali (raccomandata).

(rimedi giuridici e firme alla pagina seguente)

La giudice unica:

Il cancelliere:

Michela Bürki Moreni

Oliver Engel

### **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 (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: