



Corte III
C-1916/2017

Sentenza del 4 dicembre 2019

Composizione

Giudici Vito Valenti (presidente del collegio),
Beat Weber, Daniel Stufetti,
cancelliere Oliver Engel.

Parti

A. _____, (Italia)
rappresentato dall'avv. Sergio Sciuchetti,
ricorrente,

contro

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

Oggetto

Assicurazione per l'invalidità; rendita intera limitata nel tempo
(decisione del 24 febbraio 2017).

Fatti:**A.**

A.a A. _____ (di seguito: interessato, ricorrente o insorgente), cittadino italiano, nato il (...) 1968, sposato, con figli, ha lavorato in Svizzera dal maggio 2009 al 31 dicembre 2016, sempre alle dipendenze della B. _____ di (...) in qualità di ferraio (doc. 1 e segg. dell'incarto dell'autorità inferiore [di seguito doc. A 1 e segg.]), solvendo regolari contributi dell'assicurazione svizzera per la vecchiaia, i superstiti e l'invalidità (doc. A 8 e 59).

A.b Il 28 maggio 2013, l'interessato ha subito un infortunio sul lavoro. Mentre era intento a svolgere la propria attività di ferraio è caduto da un'altezza di circa tre metri procurandosi un trauma cranico commotivo con perdita di conoscenza ed una frattura aperta del gomito sinistro. È stato immediatamente ricoverato presso il servizio di chirurgia dell'Ospedale C. _____, dove è rimasto degente fino al 3 giugno 2013. Dopo un intervento di riduzione aperta e osteosintesi con fili di Kirschner e cerchiaggio al gomito sinistro, alla dimissione sono stati diagnosticati un trauma cranico commotivo con perdita di coscienza ed amnesia retrograda/pericirconstanziale, un trauma contusivo del gomito sinistro con frattura aperta del processo olecranico di sinistra AO 21-B1 Gustillo 1 e ipotiroidismo in terapia ormonale sostitutiva (cfr. doc. 1 e segg. dell'incarto dell'assicuratore infortuni [di seguito doc. B 1 e segg.], in particolare doc. B 15).

A.c A seguito del menzionato incidente è stata aperta una procedura da parte dell'assicuratore contro gli infortuni, nella fattispecie l'Istituto nazionale svizzero di assicurazione contro gli infortuni (SUVA, v. notifica d'infortunio del 5 giugno 2013; doc. B 2), e l'assicurato è stato dichiarato totalmente inabile al lavoro (cfr. ad esempio doc. B 36).

B.

B.a Il 18 ottobre 2013, l'interessato ha formulato una domanda volta all'ottenimento di prestazioni dell'assicurazione svizzera per l'invalidità, domanda ricevuta dall'Ufficio AI del cantone D. _____ il 23 ottobre seguente (doc. A 4).

B.b Nel frattempo, la SUVA ha invitato l'interessato ad un soggiorno presso la clinica E. _____ (dal 14 aprile al 20 maggio 2014), durante il quale sono state eseguite numerose visite specialistiche – anche otoneurologi-

che (udito [tinnitus bilaterale] e equilibrio [nessuna lesione organica o strutturale post-traumatica dell'apparato dell'equilibrio]) – e poste le seguenti diagnosi: leggero trauma cerebrale, frattura olecrano gomito sinistro/pregressa osteosintesi il 29 maggio 2013, sindrome lombare (pseudo-radicolopatia L5 bilaterale), disturbo post-traumatico da stress, gonalgie a sinistra. Nel rapporto di dimissione è poi stato indicato che, per quanto vi sia stato un miglioramento durante il soggiorno in clinica, persistono mal di testa (con vertigini), dolori lombari e al gomito sinistro nonché disturbi del sonno. Inoltre, i disturbi psichici sono in primo piano e determinano perlomeno una leggera diminuzione della capacità. Non potrebbe ancora essere determinata l'esigibilità di un'attività lavorativa dal momento che lo stato di salute è ancora in fase di accertamento e che l'interessato si sottopone ad una terapia (doc. B 158 pag. 341 e segg.).

B.c Con visita di chiusura del 17 dicembre 2014, il dott. F._____, specialista in chirurgia ortopedica, preso atto delle risultanze degli accertamenti esperiti – che per quanto attiene alle diagnosi riprende in sostanza quelle poste nel rapporto di dimissione dalla clinica E._____. (doc. B 158) – ha ritenuto l'assicurato abile al lavoro nella misura massima possibile (in attività compatibile con le sue limitazioni funzionali [cfr. rapporto della visita di chiusura sottoscritto il 2 gennaio 2015]). Il medico in questione ha peraltro proposto di continuare con la psicoterapia e d'effettuare un controllo nel corso del prossimo anno da parte di uno psichiatra di fiducia della SUVA (doc. B 194).

B.d Con progetto di decisione del 27 aprile 2015, l'UAI-D._____ ha prospettato all'interessato il versamento di una rendita intera dal 1° maggio 2014 al 31 marzo 2015, ossia tre mesi dopo la visita di chiusura della SUVA del 17 dicembre 2014 nella quale l'interessato medesimo è stato ritenuto abile al lavoro nella misura massima possibile. Dal confronto dei redditi risulterebbe un grado d'invalidità pari allo 0% (doc. A 36).

B.e Con osservazioni del 28 maggio 2015, l'assicurato ha integralmente contestato il progetto di decisione e, in particolare, il rapporto della visita di chiusura del dott. F._____ – su cui si fonda il progetto di decisione – rapporto che è “abbondantemente superato dagli eventi”, nella misura in cui non lo fosse già stato al momento in cui è stato redatto. Sarebbe infatti stata accertata la necessità di un nuovo intervento al braccio, è stata effettuata una visita psichiatrica da parte della dott.ssa S._____ e vi sarebbero aspetti neurologici da approfondire (doc. A 37).

B.f A seguito dei certificati medici trasmessi dall'assicurato in data 10 febbraio 2015 (doc. B 206) e 20 maggio 2015 (doc. B 217 e 218), la SUVA ha fatto esperire svariati approfondimenti specialistici in ambito psichiatrico, neurologico e ortopedico, di cui si dirà in dettaglio nei considerandi in diritto.

B.g Con visita di chiusura SUVA del 30 agosto 2016, il dott. G._____, specialista in chirurgia ortopedica e traumatologia dell'apparato locomotore, ha rilevato che la situazione risultava sovrapponibile a quella constatata dal dott. F._____ nella precedente visita di chiusura del 17 dicembre 2014 e che il paziente poteva essere giudicato abile nella misura massima possibile (doc. B 282). Pertanto, con scritto del medesimo giorno, l'assicuratore infortuni ha comunicato all'assicurato che, non essendo più necessarie cure mediche, a partire dal 1° ottobre 2016, avrebbe interrotto il pagamento delle indennità giornaliere (doc. B 281).

B.h Il 7 ottobre 2016, il dott. H._____, specialista in medicina interna del SMR ha rinviato agli accertamenti medici esperiti dalla SUVA e precisato che non erano presenti affezioni extra-infortunistiche con ripercussioni sulla capacità lavorativa (doc. A 51).

B.i Dal canto suo, con decisione del 1° dicembre 2016, la SUVA ha riconosciuto all'assicurato una riduzione della capacità lavorativa del 12%, accordandogli conseguentemente una rendita d'invalidità a decorrere dal 1° ottobre 2016. L'assicuratore infortuni ha peraltro precisato che non vi è rapporto di causalità tra l'infortunio subito dall'interessato e l'ipoacusia, il tinnito ed i disturbi psichici lamentati, motivo per cui tali disturbi sarebbero di competenza degli assicuratori malattia e invalidità (doc. B 289). Tale provvedimento è stato confermato dalla SUVA con decisione su opposizione del 21 marzo 2017 (doc. B 291).

B.j Con decisione del 24 febbraio 2017, l'UAIE ha assegnato all'assicurato una rendita intera d'invalidità dal 1° maggio 2014 al 31 marzo 2015, con corrispondente rendita per figli. A decorrere dal 17 dicembre 2014 (data della "prima" visita di chiusura SUVA), l'autorità inferiore ha considerato il ricorrente abile al lavoro al 100% in attività adeguate. L'amministrazione ha in particolare addotto che la propria decisione si basa sulle esaustive valutazioni dell'assicuratore infortuni e che le osservazioni prodotte non sono suscettibili di modificare quanto ritenuto in tale ambito (doc. A 59).

C.

C.a Il 30 marzo 2017, l'interessato ha inoltrato ricorso contro la summenzionata decisione dell'UAIE dinanzi al Tribunale amministrativo federale (TAF) mediante il quale ha chiesto l'annullamento della decisione impugnata ed il rinvio dell'incarto all'autorità di prima istanza per ulteriori accertamenti, fermo restando che in tutti i casi la rendita intera andava comunque riconosciuta fino al 30 novembre 2017 (recte: 30 novembre 2016). Il ricorrente si è doluto di un accertamento insufficiente dei fatti giuridicamente rilevanti dal profilo medico. Più precisamente, l'autorità inferiore non avrebbe tenuto conto degli aspetti psichiatrici, del tinnito e dell'ipoacusia. Infine, egli ha ritenuto di avere diritto ad una rendita intera almeno fino al 30 novembre 2016, ossia tre mesi dopo la "seconda" visita di chiusura SUVA del 30 agosto 2016 (doc. TAF 1).

C.b Nella risposta al ricorso del 24 maggio 2017, l'UAIE ha proposto la reiezione del gravame e la conferma del provvedimento impugnato. Rinviano al preavviso dell'Ufficio dell'assicurazione invalidità del Cantone D. _____ (UAI-D. _____) del 17 maggio 2017, l'autorità inferiore ha osservato che non vi erano affezioni extra-infortunistiche con ripercussioni sulla capacità lavorativa non sufficientemente acclarate e che gli ulteriori approfondimenti esperiti, in particolare la visita di chiusura medico-circondariale del 30 agosto 2016 del dott. G. _____, hanno confermato le precedenti conclusioni del dott. F. _____, motivo per cui, in applicazione dell'art. 88a cpv. 1 OAI, la rendita intera andava soppressa con effetto a decorrere dal 1° aprile 2015. L'UAIE ha pure indicato che l'assicurato ha manifestato un dissenso puramente soggettivo nei confronti della valutazione operata dall'amministrazione, senza tuttavia produrre elementi oggettivi a sostegno delle proprie argomentazioni (doc. TAF 7).

C.c Con replica del 30 giugno 2017, il ricorrente si è riconfermato nel proprio gravame (doc. TAF 9).

C.d Il 3 luglio 2017, il ricorrente ha esibito il formulario "domanda di gratuito patrocinio" che avrebbe completato dei dati precedentemente mancanti e dei relativi giustificativi (doc. TAF 10), integrati con atto del 10 luglio 2017 (doc. TAF 11).

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

1.4 Presentato da una parte direttamente toccata dalla decisione e avente un interesse degno di protezione al suo annullamento o alla sua modifica (art. 59 LPGGA), il ricorso – interposto tempestivamente e rispettoso dei requisiti previsti dalla legge (art. 60 LPGGA nonché art. 52 PA) – è pertanto ammissibile.

2.

2.1 Il ricorrente è cittadino di uno Stato membro della Comunità europea e risiede in Italia, 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 Giova altresì rilevare che il regolamento (CE) n. 883/2004 è stato ulteriormente modificato dal regolamento (CE) n. 465/2012 del Parlamento europeo e del Consiglio del 22 maggio 2012, ripreso dalla Svizzera a decorrere dal 1° gennaio 2015 (cfr. sentenza del TF 8C_580/2015 del 26 aprile 2016 consid. 4.2 con rinvii).

2.5 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.

3.1 Dal profilo temporale si applicano 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 e 130 V 445 consid. 1.2 con rinvii, nonché 129 V 1 consid. 1.2). Se le disposizioni legali si sono modificate nel corso del periodo sottoposto ad esame

giudiziario, il diritto alle prestazioni si determina secondo le vecchie disposizioni per il periodo anteriore e secondo le nuove a partire della loro entrata in vigore (applicazione pro rata temporis; DTF 130 V 445).

3.2 Nell'evenienza concreta, la domanda di prestazioni è stata presentata in data 18 ottobre 2013 e quindi di principio si applicano al caso di specie le nuove norme 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), così come le ulteriori modifiche entrate in vigore successivamente e fino alla pronuncia della decisione impugnata.

3.3 Il potere cognitivo di questo Tribunale è delimitato dalla data della decisione impugnata, in quanto il giudice delle assicurazioni sociali esamina il provvedimento sulla base della situazione di fatto esistente al momento in cui essa è stata pronunciata (DTF 136 V 24 consid. 4.3). Tiene tuttavia conto dei fatti verificatisi dopo tale data quando essi possano imporsi quali elementi d'accertamento retrospettivo della situazione anteriore alla decisione stessa (DTF 129 V 1 consid. 1.2 e 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. sentenza 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).

4.

4.1 In base all'art. 8 cpv. 1 LPGA è considerata invalidità l'incapacità al guadagno totale o parziale presumibilmente permanente o di lunga durata. L'art. 4 cpv. 1 LAI precisa che l'invalidità può essere conseguente ad infermità congenita, malattia o infortunio; il cpv. 2 della stessa norma stabilisce che l'invalidità è considerata insorgere quando, per natura e gravità, motiva il diritto alla singola prestazione.

4.2 L'art. 28 cpv. 1 LAI stabilisce che l'assicurato ha diritto ad una rendita alle seguenti condizioni cumulative:

- a. la sua capacità di guadagno o la sua capacità di svolgere le mansioni consuete non può essere ristabilita, mantenuta o migliorata mediante provvedimenti d'integrazione ragionevolmente esigibili;

b. ha avuto un'incapacità di lavoro (art. 6 LPGGA) almeno del 40% in media durante un anno senza notevole interruzione; e

c. al termine di questo anno è invalido almeno al 40%.

4.3 L'assicurato ha diritto ad una rendita intera se è invalido per almeno il 70%, a tre quarti di rendita se è invalido per almeno il 60%, ad una mezza rendita se è invalido per almeno la metà e ad un quarto di rendita se è invalido per almeno il 40% (art. 28 cpv. 2 LAI). In seguito all'entrata in vigore dell'Accordo bilaterale, la limitazione prevista dall'art. 29 cpv. 4 LAI, secondo il quale le rendite per un grado d'invalidità inferiore al 50% sono versate solo ad assicurati che sono domiciliati e dimorano abitualmente in Svizzera (art. 13 LPGGA), non è più applicabile quando l'assicurato è cittadino dell'UE (DTF 130 V 253 consid. 2.3). Dopo l'entrata in vigore dei nuovi regolamenti (CE) n. 883/2004 e n. 987/2009, i cittadini svizzeri e dell'Unione europea che presentano un grado d'invalidità del 40% almeno, hanno diritto ad un quarto di rendita in applicazione dell'art. 28 cpv. 1 LAI indipendentemente dal loro domicilio e residenza (art. 4 del regolamento [CE] n. 883/04).

4.4 Per incapacità al lavoro s'intende qualsiasi incapacità, totale o parziale, derivante da un danno alla salute fisica, mentale o psichica di compiere un lavoro ragionevolmente esigibile nella professione o nel campo di attività abituale. In caso d'incapacità al lavoro di lunga durata possono essere prese in considerazione anche le mansioni esigibili in un'altra professione o campo d'attività (art. 6 LPGGA). L'incapacità al guadagno è definita all'art. 7 cpv. 1 LPGGA e consiste nella perdita, totale o parziale, della possibilità di guadagno sul mercato del lavoro equilibrato che entra in considerazione, provocata da un danno alla salute fisica, mentale o psichica e che perdura dopo aver sottoposto l'assicurato alle cure ed alle misure d'integrazione ragionevolmente esigibili. Per valutare la presenza di un'incapacità al guadagno sono considerate esclusivamente le conseguenze del danno alla salute; inoltre, sussiste un'incapacità al guadagno soltanto se essa non è obiettivamente superabile (art. 7 cpv. 2 LPGGA).

5.

5.1 Secondo l'art. 17 LPGGA se il grado d'invalidità del beneficiario della rendita subisce una notevole modificazione, 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.

5.2 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. Detta norma si applica anche in caso di assegnazione retroattiva di una rendita scalare (sentenze del TF 9C_837/2009 del 23 giugno 2010 consid. 2, 9C_443/2009 del 19 agosto 2009 consid. 5; cfr. pure sentenza del TAF C-1446/2011 del 27 giugno 2013 consid. 6.5 con rinvii).

5.3 Costituisce motivo di revisione della rendita d'invalidità ogni modifica rilevante delle circostanze di fatto suscettibile d'influire sul grado di invalidità e, quindi, sul diritto alla rendita. Ne consegue che la rendita può essere soggetta a revisione non soltanto in caso di modifica significativa dello stato di salute, ma anche quando detto stato è rimasto invariato, ma le sue conseguenze sulla capacità di guadagno hanno subito un cambiamento significativo (DTF 130 V 343 consid. 3.5)

5.4 Quando l'amministrazione con un'unica decisione attribuisce una rendita per un certo periodo e, contemporaneamente, la riduce o la sopprime per un periodo successivo, devono essere applicate per analogia le regole sulla revisione di decisioni amministrative ai sensi dell'art. 17 LPGA (DTF 131 V 164, 131 V 120, 125 V 143; sentenza del TF 9C_362/2014 del 19 agosto 2014 consid. 3 con rinvii).

6.

6.1 Il giudice delle assicurazioni sociali deve esaminare in maniera obiettiva tutti i mezzi di prova, indipendentemente dalla loro provenienza, e poi decidere se i documenti messi a disposizione permettono di giungere ad un giudizio attendibile sulle pretese giuridiche litigiose. 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; 125 V 351 consid. 3).

6.2 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 231 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]).

6.3 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; 125 V 351 consid. 3b/bb).

6.4 Per quel che riguarda le perizie di parte, il TF 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 rilevare 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).

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

sia l'opinione più adeguata (sentenza del TF 8C_556/2010 del 24 gennaio 2011 consid. 7.2 con rinvii).

6.6 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]).

7.

7.1 Per poter determinare se l'amministrazione ha a giusto titolo, da un lato, accordato all'insorgente una rendita intera con versamento a decorrere dal 1° maggio 2014 e, dall'altro lato, l'abbia soppressa con effetto al 1° aprile 2015 – considerando come dimostrato un miglioramento dello stato di salute, che sarebbe intervenuto il 17 dicembre 2014, con residua capacità lavorativa del 100% in attività adeguate – occorre esaminare quando può essere ritenuto acclarato un miglioramento rilevante (e che perduri) dello stato di salute del ricorrente e se, prima dell'emanazione della decisione impugnata, ha proceduto ad un sufficiente accertamento dei fatti giuridicamente rilevanti oppure avrebbe dovuto fare eseguire ulteriori esami medici per potersi determinare con cognizione di causa – se-

condo il grado della verosimiglianza preponderante valido nelle assicurazioni sociali – sullo stato di salute e sulla residua capacità lavorativa del ricorrente.

7.2 A tal proposito, giova osservare che la decisione impugnata si fonda, essenzialmente, sulle diagnosi e valutazioni della capacità lavorativa esperite su incarico dell'assicuratore infortuni, ed in particolare sulla menzionata visita di chiusura eseguita dal dott. F. _____ del 17 dicembre 2014 (doc. B 194).

8.

8.1 In seguito all'infortunio professionale del 28 maggio 2013, l'assicurato è stato ricoverato presso l'Ospedale C. _____ per un intervento chirurgico al gomito sinistro, che è stato eseguito il 29 maggio 2013 (doc. B 23). Dopo la dimissione in data 3 giugno 2013, egli ha seguito delle cure fisioterapiche e si è sottoposto a diverse visite di controllo ed analisi specialistiche, in particolare ortopediche e neurologiche (doc. B 11 e segg.).

8.2 Con visita circondariale del 12 marzo 2014, il dott. F. _____, medico di circondario SUVA e specialista in chirurgia ortopedica, ha indicato che il paziente lamentava problemi alla schiena distale, dolori al gomito sinistro, vertigini e leggeri mal di testa. Egli ha poi posto le diagnosi di:

“stato dopo caduta da 3 m con meccanismo non chiaro con
Esiti dopo riduzione a cielo aperto ed osteosintesi con fili di Kirschner e cerchiaggio processo olecranicco il 29.5.2013 con
Neuropatia del nervo ulnare all'altezza del canale cubitale.
Tendinopatia del muscolo brachioradiale e del tricipite distale.
Episodi di lombalgia e irradiazione pseudo-radicolare post-traumatica.
Non esiste una radicolopatia sensomotoria negli arti inferiori sia clinicamente che elettrofisiologicamente”.

Il medico ha inoltre ritenuto possibile una ripresa dell'attività lavorativa al 50% a partire dal 17 marzo 2014 (doc. B 144).

8.3 Tuttavia, a seguito dei dolori persistenti, delle problematiche ortopediche e dei disturbi di equilibrio lamentati dall'assicurato, la SUVA ha ordinato un ricovero presso la Rehaklinik E. _____, che è durato dal 14 aprile 2014 al 20 maggio 2014 (doc. B 158).

8.4 Con referto sull'esame otoneurologico del 6 maggio 2014, la dott.ssa I. _____, specialista in otorinolaringoiatria della SUVA, ha riscontrato

un'ipoacusia per i toni alti. L'assicurato ha inoltre lamentato un costante fischio nelle orecchie (tinnito), che però non è stato possibile analizzare a causa delle risposte vaghe ottenute da quest'ultimo (che soffriva di un forte mal di testa). La specialista ha inoltre attestato che non sono state riscontrate lesioni traumatiche dell'apparato dell'equilibrio. Infine, essa ha concluso che all'epoca l'assicurato non era in grado di riprendere la sua precedente attività, in quanto sussistevano limitazioni per attività con rischio di caduta e per attività con elementi roteanti (doc. B 156).

8.5 Durante il soggiorno a (...), è stato inoltre ordinato un approfondimento psicosomatico. La dott.ssa L._____, psichiatra, ha rilevato che i sintomi riscontrati, dal profilo qualitativo, portavano a ritenere una sindrome post-traumatica con componente depressiva (ICD10-F43.1) che comportava perlomeno un'inabilità lavorativa lieve nella precedente attività (doc. B 158).

8.6 Nel rapporto di dimissione dalla E._____, del 22 maggio 2014, i dott. i M._____, e N._____, specialisti in medicina fisica e riabilitativa, hanno posto le diagnosi di leggero traumatismo al cervello, frattura dell'olecrano sinistro, sindrome lombare, gonalgie a sinistra a partire da marzo 2014 e disturbo post-traumatico con componente depressiva (ICD10-43.1). Per quel che concerne la capacità lavorativa essi hanno rilevato che la problematica psichiatrica comportava all'epoca perlomeno una leggera riduzione della produttività, da sommare alle limitazioni somatiche. I medici hanno dunque ritenuto l'assicurato totalmente inabile nella precedente attività e preferito non esprimersi sulla possibilità di esercitare attività adeguate in quanto erano ancora in corso misure di accertamento e trattamento medico (doc. B 158).

8.7 A seguito di ulteriori approfondimenti degli esiti della frattura del gomito sinistro (cfr. doc. B 179 e segg.), con visita medica di chiusura SUVA del 17 dicembre 2014, il dott. F._____, ha rilevato che il gomito sinistro era guarito senza limitazione nella funzionalità e che l'assicurato sente unicamente dolore in caso di estensione massima e che questo problema non lo preoccupava più particolarmente. Si sarebbero pure risolti i problemi di equilibrio ed i dolori alla colonna lombare ma il paziente lamentava ancora un costante fischio nelle orecchie, ponendo le diagnosi di:

“stato dopo caduta da 3 m con leggero traumatismo al cervello con perdita di conoscenza ed amnesia retrograda. Stato dopo CT cervello il 12.06.2014 senza lesione inter-craniale.

Stato dopo esame otoneurologico alla Suva di Lucerna il 06.05.2014 con

presbiacusis per toni alti pre-esistente e non di origine infortunistica: Nessuna oggettivazione per il tinnitus bilaterale a causa delle risposte inadeguate dell'assicurato. Apparecchio vestibolare con funzionalità normale. Nessuna lesione organica o strutturale post-traumatica dell'apparato dell'equilibrio.

Stato dopo frattura dell'olecrano a sinistra con

Stato dopo osteosintesi il 29.05.2013 con sviluppo di una neuropatia del nervo ulnare passeggero a livello del tunnel cubitale.

Stato dopo tendinopatia del muscolo brachiale radii e trizeps distale.

Stato dopo consiglio neurologico il 01.10.2013 senza segni neurologici per una lesione del nervo ulnare, nemmeno elettrofisiologico.

Stato dopo risonanza magnetica il 19.11.2013 con consolidazione della frattura dell'olecrano e rottura del muscolo tricipite brachiale senza retrazione. Tendinopatia inserzionale del muscolo brachiale e peri-neurite del nervo ulnare.

Stato dopo sindrome lombare con rx del 18.02.2014 senza evidenza di patologie. Pseudo radicolopatia L5 bilaterale (Ospedale regionale di [...]) il 20.02.2014. Disturbo post-traumatico con componente depressiva (consulto psicosomatico il 22.04.2014 nella clinica E: _____)".

Il dott. F. _____ ha concluso che l'assicurato risultava abile al lavoro nella misura massima possibile, fermo restando che lavori molto pesanti potevano essere svolti unicamente a volte [doc. B 194]).

8.8 Il 18 dicembre 2014, la dott.ssa O. _____, psichiatra dell'Ospedale di P. _____, consultata su proposta del medico di famiglia, ha posto la diagnosi di sindrome post-traumatica da stress (ICD10-F43.1) e prescritto una cura farmacologica (doc. B 206).

8.9 Con referti medici del 12 maggio e del 19 giugno 2015, il dott. Q. _____, specialista in ortopedia e traumatologia consultato dall'assicurato, ha consigliato un intervento chirurgico artroscopico di artrolisi del gomito sinistro e neurolisi ulnare (doc. B 217 e 234).

8.10 Nel rapporto del 30 giugno 2015, il dott. R. _____, neurologo intervenuto su incarico della SUVA ha indicato – a seguito di una visita effettuata il 26 giugno 2015 durante la quale è stato pure effettuato un esame ENG – che “l'attuale stato neurologico è risultato del tutto nella norma e in particolare nessun segno clinico di una neuropatia del nervo ulnare sinistro il quale risulta anche completamente nella norma all'esame ENG. Posso quindi escludere una neuropatia del nervo ulnare sinistro sia attuale che pregressa, tra l'altro il paziente non descrive sintomi di una neuropatia del

nervo ulnare ma piuttosto dei bruciori localizzati intorno al gomito sinistro senza irradiazione prossimale o distale”. Lo specialista ha pure rilevato che “ clinicamente non vi sono neanche segni di una patologia endocranica, nessun apparente motivo neurologico dei disturbi accusati dal paziente al capo, in letteratura i bruciori e dolori localizzati proprio al vertice del capo o a mo' di casco sono inquadrati d'origine psicogena” (doc. B 240).

8.11 Con rapporto del 7 ottobre 2015, la dott.ssa S._____ ha riferito dell'esame psichiatrico eseguito in data 13 maggio 2015 su incarico della SUVA. La specialista, che è stata interpellata per valutare il nesso di causalità naturale, ha diagnosticato un disturbo dell'adattamento (ICD10-F43.2) riconducibile all'infortunio sul lavoro subito. A tal riguardo essa ha precisato di non poter confermare la diagnosi di disturbo post-traumatico da stress posta durante il ricovero a (...) e dalla dott.ssa O._____, in quanto il trauma subito non può essere considerato “di natura eccezionalmente minacciosa o catastrofica”, condizione imprescindibile per tale diagnosi. Infine, la dottoressa ha spiegato che il disturbo non è di un'entità tale da causare un'incapacità lavorativa (doc. B 246).

8.12 A seguito delle visite del 5 febbraio e del 29 aprile 2016, il dott. T._____, specialista in chirurgia della mano e chirurgia ortopedica e traumatologia intervenuto su incarico della SUVA - tenuto conto dell'insieme della documentazione esaminata (in particolare del rapporto del dott. R._____) e di una RMN effettuata il 15 febbraio 2016 – ha posto la diagnosi di “trauma il 28.05.2014 (recte: 2013) con leggero trauma cerebrale, frattura olecrano gomito sinistro, pregressa osteosintesi il 29.05.2013 (...) con tendinopatia muscoli braco radiale e tricipite distale, sindrome lombare, stati ansiosi depressivi”. Il medico ha inoltre indicato di non aver individuato dati oggettivi che potessero giustificare i disturbi descritti dal paziente e proposto ulteriori approfondimenti a (...) presso gli specialisti della clinica U._____ o V._____ (cfr. doc. B 262 e doc. B 268).

8.13 Con referto del 4 luglio 2016, il dott. Z._____, specialista in ortopedia della clinica V._____ di (...) – dopo effettuazione di una visita, il 29 giugno 2016, e di un ulteriore esame strumentale – ha confermato le valutazioni espresse dal dott. T._____, così come le note diagnosi. Lo specialista ha pure rilevato di non aver potuto constatare una patologia oggettiva in grado di giustificare i dolori lamentati dall'assicurato e di non ritenere opportuno l'intervento chirurgico proposto dal dott. Q._____. Infine, per quel che concerne la capacità lavorativa, egli ha rilevato un'inabilità (totale) nella precedente attività (doc. B 276).

8.14 In data 30 agosto 2016, durante la visita di chiusura SUVA, il dott. G. _____, specialista in chirurgia ortopedica e traumatologica dell'apparato locomotore, ha posto la diagnosi di stato dopo frattura olecranica sinistra con osteosintesi in data 29.05.2013. La situazione clinica è stata indicata come sovrapponibile rispetto a quella constatata in data 17 dicembre 2014. L'insorgente è stato (nuovamente) ritenuto abile al lavoro nella misura massima possibile (doc. B 282).

8.15 Il 7 ottobre 2016, il medico SMR dott. H. _____ ha indicato che dagli atti della SUVA risulta che il ricorrente è stato sottoposto il 13 maggio 2015 ad una visita psichiatrica da parte della dott.ssa S. _____. Quest'ultima ha diagnosticato un disturbo dell'adattamento (ICD-10 F43.2), riconducibile all'evento infortunistico, ma senza influsso sulla capacità lavorativa. Ha poi ritenuto che i limiti somatici sono indicati nella "prima" visita di chiusura della SUVA del 14 dicembre 2014, limiti che giusta la "seconda" visita di chiusura del 30 agosto 2016 non hanno subito modifiche. In 'un'attività lavorativa rispettosa di tali limiti funzionali, il ricorrente sarebbe abile al lavoro al 100% (doc. A. 51).

9.

Da un lato, l'insorgente ha fatto valere nel gravame che gli aspetti psichiatrici, il tinnito e l'ipoacusia – non ritenuti in nesso di causalità adeguata dalla SUVA – non sono stati debitamente valutati dall'autorità inferiore.

9.1 Ambito psichiatrico

9.1.1 Durante il ricovero presso la Rehaklinik E. _____ è stato eseguito un approfondimento in ambito psichiatrico ed è stata posta la diagnosi di disturbo post-traumatico con componente depressiva (ICD10-F43.1) e ritenuta, per questo motivo, una lieve riduzione della capacità lavorativa. Successivamente, la diagnosi di sindrome post-traumatica da stress (ICD-10 F.43.1) è stata ripresa anche dalla dott.ssa O. _____ nel referto del 18 dicembre 2014, senza che la stessa si sia pronunciata sull'incidenza della citata affezione sulla capacità lavorativa (doc. B 206).

9.1.2 Nel referto sull'esame psichiatrico del 7 ottobre 2015, la dott.ssa S. _____ ha indicato che l'insorgente non presenta disturbi della vigilanza è ben orientato nel tempo e nello spazio, sulla sua persona e sulla visita psichiatrica. Ha pure rilevato che era osservabile un'affettività labile e, all'inizio del colloquio, una certa tensione endopsichica, fermo restando che il ricorrente è stato in grado di recarsi da solo all'appuntamento e che lo stesso non presentava disturbi nella vigilanza o segni di sintomi psicotici.

La perita ha poi specificato di non poter condividere la diagnosi di disturbo post-traumatico da stress posta dalle colleghe (il trauma subito con l'infortunio del maggio 2013 non potendo essere considerato di natura eccezionalmente minacciosa o catastrofica, condizione essenziale per poter porre tale diagnosi) ma che, considerati i persistenti dolori al gomito e la conseguente necessità di cambiare attività lavorativa, i disturbi lamentati dall'assicurato e lo stato psichico osservato durante il colloquio, poteva essere ritenuto un disturbo dell'adattamento (ICD10 F43.2), riconducibile all'evento infortunistico, ma che lo stesso non era di natura tale da causare un'incapacità lavorativa (doc. B 246).

9.1.3 Questo Tribunale osserva, altresì, che nella DTF 141 V 281 (in combinazione con la DTF 139 V 547 consid. 7.2), resa il 3 giugno 2015, ma al più tardi con la sentenza del TF 9C_380/2015 del 17 novembre 2015 considerando 3.1, è di principio prevista la necessità dell'effettuazione, appunto nell'ambito di una perizia psichiatrica (o bi- o interdisciplinare), di una procedura probatoria strutturata per le sintomatologie, come quella diagnostica nella fattispecie (disturbo dell'adattamento [ICD10 F43.2]), senza patogenesi o eziologia chiare e senza causa organica comprovata (cfr. DTF 9C_380/2015 del 17 novembre 2015 consid. 3.1 con rinvii [ma anche la sentenza del TF 8C_128/2019 del 12 giugno 2019, in particolare consid. 4.3]). Tuttavia, il Tribunale federale ha pure precisato che le perizie esperite sulla base della precedente giurisprudenza non perdono per questo solo motivo il loro valore probatorio se esse si fondano – se del caso prendendo in considerazione anche ulteriori referti medici – su una valutazione intelligibile che tenga conto dei necessari indicatori (DTF 141 V 281 consid. 8 con rinvii).

9.1.4 Alla luce di quanto precede, questo Tribunale rileva che la dott.ssa S._____ ha certo fondato la propria valutazione e conclusione su un esame clinico a seguito di un incontro personale con l'assicurato. Essa ha pure succintamente motivato le ragioni che l'hanno indotta a discostarsi dalla diagnosi di disturbo post-traumatico da stress poste dalle specialiste che l'hanno preceduta. Nel rapporto dell'esame psichiatrico del 7 ottobre 2015, la specialista non ha per contro indicato esplicitamente alcunché con riferimento alla diagnosi di depressione posta dalla psichiatra durante la permanenza alla clinica E._____ (dal 14 aprile al 20 maggio 2014) né tanto meno con riferimento ad un'eventuale incapacità lavorativa dal profilo psichiatrico esistente fino dall'aprile/maggio 2014 alla data dell'esame psichiatrico da lei effettuato il 13 maggio 2015. Nel rapporto del 7 ottobre 2015, non è stato altresì minimamente spiegato perché il disturbo dell'adat-

tamento diagnosticato, da un lato è riconducibile all'infortunio del 28 maggio 2013, ma, dall'altro lato, non causa neppure nella precedente attività un impedimento dal profilo psichiatrico. In sostanza, e al di là di apodittiche affermazioni, la specialista non ha adeguatamente spiegato né le ragioni che l'hanno indotta a formulare la sua diagnosi, né tanto meno quella alla base della sua valutazione sulla residua capacità lavorativa. Ciò premesso, non è dunque comunque possibile attribuire pieno valore probatorio all'esame psichiatrico del 13 maggio 2015, che già per questi motivi non si può ritenere essere stato effettuato "lege artis". Ma vi è di più. Detto esame psichico non risponde neppure ai criteri di una procedura probatoria strutturata né tanto meno tiene conto dei necessari indicatori secondo la DTF 141 V 281 consid. 8 per potergli eccezionalmente attribuire pieno valore probatorio. In effetti, il rapporto d'esame psichiatrico in questione, di complessivamente 9 pagine, si compone di all'incirca 8 pagine e mezzo descrittive (decorso secondo gli atti, esplorazione anamnestica, apprezzamento [degli altri specialisti intervenuti fino ad allora, in massima parte non psichiatri] e di una mezza pagina solamente di una generica valutazione della psichiatra (a pag. 7 [reperiti] e all'ultimo paragrafo di pag. 8). L'esame in questione contiene ben poche indicazioni sulla personalità del ricorrente e nessuna sulle sue risorse. A giusto titolo il ricorrente si è pertanto doluto di un insufficiente accertamento dei fatti giuridicamente rilevanti dal profilo psichiatrico, fermo restando che l'esame del 13 maggio 2015 è altresì anteriore di 20 mesi alla decisione impugnata. Il medico SMR, nella sua sommaria valutazione del 7 ottobre 2016, non ha altresì tenuto conto della succitata (consid. 9.1.3 del presente giudizio) giurisprudenza del Tribunale federale, non senza dimenticare, sia rilevato per sovrabbondanza, che gli esami richiesti in ambito dell'assicurazione infortuni non sempre, come per esempio nel caso in esame, rispondono ai criteri richiesti dalla giurisprudenza in materia d'assicurazione per l'invalidità.

9.1.5 Stante la carente istruttoria in ambito psichiatrico, la decisione impugnata, che viola il diritto federale (insufficiente accertamento dei fatti giuridicamente rilevanti), incorre già per questo solo motivo nell'annullamento.

9.2 Ambito otorinolaringoiatrico

9.2.1 Ma vi è di più. Durante la degenza presso la clinica E._____, e specificatamente nell'ambito dell'esame otorinolaringoiatrico del 7 maggio 2014 (eseguito a Lucerna dalla dott.ssa I._____, specialista in otorinolaringoiatria), non è stato possibile effettuare un'analisi della problematica del tinnito a causa delle indicazioni imprecise fornite dal paziente. Non è

stato altresì possibile effettuare un esame posturale ("Posturographie"), importante per determinare la postura globale dell'individuo e la qualità dell'equilibrio, a causa del forte mal di testa di cui soffriva l'insorgente. Certo, sulla base degli accertamenti eseguiti non sono state identificate delle lesioni organo-strutturali dell'apparato dell'equilibrio in grado di spiegare i sintomi accusati. Tuttavia, la specialista in otorinolaringoiatria ha comunque indicato che, per superare i problemi soggettivi d'equilibrio, l'insorgente necessitava di misure terapeutiche di ricondizionamento e anche di misure psicoterapeutiche in relazione all'elaborazione del tinnitus. La specialista ha quindi pure precisato che la situazione (di allora) non permetteva la ripresa della precedente attività lavorativa e che sussistevano limitazioni per tutte le attività comportanti rischi di caduta o lavori con elementi rotativi. Ritenuta altresì una componente post-traumatica e le necessarie misure terapeutiche e psicoterapiche precedentemente indicate, si giustificava una verifica della situazione in un anno.

9.2.2 Ora, e nonostante la precisa indicazione della specialista, dalle carte processuali non risulta essere stato effettuato alcun esame complementare dopo quello del 7 maggio 2015 a cui, almeno dal profilo della procedura Al qui in esame, era imprescindibile, i problemi in ambito otorinolaringoiatrico non potendo, almeno in quest'ultima materia, essere scartati per mancanza di nesso causale adeguato. Non soccorre in questo contesto l'autorità inferiore né il rapporto della "seconda" visita di chiusura della SUVA del 30 agosto 2016 del dott. G. _____ (specialista in chirurgia ortopedica e traumatologia dell'apparato locomotore) né quello (sommario) del medico SMR dott. H. _____ (specialista in medicina interna) del 7 ottobre 2016, da cui non risulta essere stata effettuata, dopo quella del 7 maggio 2014, alcuna nuova analisi specifica in ambito otorinolaringoiatrico. Inoltre, in detti rapporti, i medici in questione neppure si sono esplicitamente pronunciati sulle problematiche otorinolaringoiatriche.

9.2.3 Merita pertanto tutela anche la seconda censura sollevata dal ricorrente con riferimento ad un insufficiente accertamento dei fatti giuridicamente rilevanti in ambito otorinolaringoiatrico.

9.3 Infine, nel proprio gravame il ricorrente si è pure doluto del fatto che al momento della "prima" visita di chiusura del 17 dicembre 2014 non poteva ancora ritenersi che il suo stato di salute fosse stabile ed il miglioramento perdurante. In effetti, anche successivamente a tale visita avrebbe necessitato di una serie di cure mediche e si sarebbero comunque resi indispensabili ulteriori approfondimenti specialistici. Ciò premesso, non sarebbe

possibile far risalire un miglioramento del suo stato di salute con conseguente piena capacità lavorativa in attività adeguate alla menzionata “prima” visita di chiusura del dott. F. _____, poiché all’epoca non si poteva comunque escludere l’esistenza di affezioni invalidanti (infortunistiche o extra-infortunistiche). In sostanza ha concluso che nell’ipotesi più favorevole (all’amministrazione) un miglioramento del suo stato di salute può essere fatto decorrere al più presto dalla “seconda” visita di chiusura del dott. G. _____, medico incaricato dall’assicuratore infortuni, del 30 agosto 2016. La rendita AI a suo favore andrebbe pertanto riconosciuta perlomeno fino al 30 novembre 2016 (art. 17 LPGA [doc. TAF 1]).

9.3.1 A tal riguardo, va precisato che secondo la giurisprudenza, il senso e lo scopo dell’art. 88a cpv. 1 OAI consistono in particolare nell’assicurare al beneficiario della rendita una certa sicurezza sul versamento regolare delle sue prestazioni. Avuto riguardo alla sicurezza del diritto, la concessione di una rendita formalmente passata in giudicato deve avere una certa stabilità (cfr. sentenza 9C_1022/2012 del 16 maggio 2013 consid. 3.2). In caso di modifica della capacità di guadagno, la rendita deve essere soppressa o ridotta con effetto immediato se la modifica appare duratura e di conseguenza stabile (art. 88a cpv. 1 prima frase OAI); si dovrà per contro attendere tre mesi nel caso in cui la natura evolutiva del danno alla salute, segnatamente la possibilità di un peggioramento, non permettesse un giudizio immediato (art. 88a cpv. 1 seconda frase OAI). In generale, per determinare se la rendita d’invalidità debba essere ridotta o soppressa immediatamente o dopo tre mesi, occorre esaminare per il futuro se il miglioramento della capacità di guadagno possa essere considerato come duraturo (cfr. sentenza 9C_78/2018 del 26 giugno 2018 consid. 4.1 con rinvii).

9.3.2 Questo Tribunale, tenuto conto del fatto che la decisione litigiosa si fonda su un accertamento insufficiente dei fatti giuridicamente rilevanti in ambito psichiatrico e otorinolaringoiatrico (consid. 9.1 e 9.2 del presente giudizio), ritiene prematura una qualsivoglia decisione definitiva sul momento a partire dal quale possa essere ritenuto un miglioramento dello stato di salute suscettibile di giustificare la soppressione della rendita intera accordata al ricorrente dall’autorità inferiore dal 1° maggio 2014 al 31 marzo 2015, rendita sicuramente dovuta già in virtù degli atti di causa al loro stato attuale, sussistendo solo l’eventualità che una rendita sia dovuta anche successivamente al 31 marzo 2015. Al momento attuale è possibile, e sufficiente, l’indicazione secondo la quale, contrariamente a quanto ritenuto a torto dall’autorità inferiore (e censurato a giusta ragione dal ricorrente), l’eventuale miglioramento dello stato di salute non può essere certamente fatto risalire alla data della “prima” visita di chiusura della SUVA

del 17 dicembre 2014. Basti ancora rilevare che dal profilo psichiatrico, la specialista incaricata dalla SUVA aveva indicato – nell’ambito dell’esame psichiatrico effettuato durante il soggiorno presso la clinica E. _____ – una seppure lieve incapacità lavorativa dal profilo psichiatrico in ogni attività, senza che nel rapporto dell’esame psichiatrico del 7 ottobre 2015, effettuato dalla dott.ssa S. _____ sempre su incarico della SUVA, sia stato preso posizione sull’esistenza di una eventuale incapacità lavorativa tra aprile/maggio 2014 e il 13 maggio 2015 (non senza dimenticare che tale esame psichiatrico non è comunque stato effettuato “lege artis” per una procedura AI). Inoltre, anche la specialista in ambito otorinolaringoiatrico aveva ritenuto delle incapacità lavorative per il ricorrente nel suo esame del 7 maggio 2014, con richiesta di rivedere il ricorrente dopo un anno, senza che vi siano poi stati accertamenti complementari sufficienti sulla situazione in ambito otorinolaringoiatrico fino alla data della decisione litigiosa (agli atti vi è solo un generico rapporto di esame “otovestibolare” del 18 dicembre 2015 della dott.ssa Aa. _____ prodotto dal ricorrente [doc. B 260]). Per sovrabbondanza, può comunque essere rilevato che la censura sollevata dal ricorrente secondo la quale un miglioramento del suo stato di salute potrebbe esser ritenuto, se del caso, al più presto dal 30 agosto 2016 (data della “seconda” visita di chiusura della SUVA) non appare comunque destituita di fondamento.

9.4 Per conseguenza, la decisione impugnata del 24 febbraio 2017, fondata su un accertamento insufficiente dei fatti giuridicamente rilevanti, viola il diritto federale ed incorre nell’annullamento,

10.

10.1 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. Tale non è il caso nella presente fattispecie per i motivi precedentemente indicati. 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, segnatamente con una perizia pluridisciplinare in otorinolaringoiatria, psichiatria, ortopedia e neurologia. Sulla necessità di una perizia in otorinolaringoiatrica e in psichiatrica, e le condizioni che le stesse devono adempire, basti rinviare al considerandi 6.6 e 9 del presente giudizio. Certo, in ambito ortopedico e neurologico l'accertamento

dei fatti, per quanto attiene alla situazione esistente fino alla data della decisione litigiosa, non è stata di per sé contestata in questa sede se non per il fatto che un miglioramento dello stato di salute non può essere fatto risalire al 17 dicembre 2014 (la SUVA avendo peraltro sospeso – dopo l'infortunio del 28 maggio 2013 – il versamento delle prestazioni di breve durata con il 30 settembre 2016, essendosi "la situazione stabilizzata" [in virtù delle risultanze dei numerosi esami medici predisposti dalla SUVA stessa]; doc. B 291). Tuttavia, un complemento peritale risulta indispensabile anche in tali ambiti segnatamente in ragione del tempo trascorso dai menzionati esami ortopedico-neurologici predisposti dalla SUVA e delle possibili interazioni tra le differenti affezioni di cui soffre l'insorgente. Gli indicati approfondimenti sono da svolgersi nuovamente in Svizzera vista la complessità della fattispecie anche per quanto attiene alla conformità della perizia interdisciplinare alla giurisprudenza del Tribunale federale in materia. Infine, l'UAIE dovrà procedere con ogni ulteriore esame che l'evoluzione nel tempo dello stato di salute del ricorrente dovesse ancora rendere necessario, nonché a pronunciare una nuova decisione. In tale ambito, l'autorità inferiore dovrà – qualora risultasse nuovamente una residua capacità lavorativa medico-teorica sul mercato equilibrato del lavoro (in particolare in attività sostitutive adeguate) – pure pronunciarsi sulla sfruttabilità effettiva di tale residua capacità lavorativa in un mercato equilibrato del lavoro.

10.2 Peraltro, e in siffatte circostanze, nulla – neppure la più recente giurisprudenza del Tribunale federale di cui a DTF 137 V 210 (cfr. segnatamente il consid. 4.4.1.4) – si oppone al rinvio della causa all'autorità inferiore per completamento dell'istruttoria. In effetti, in assenza di tali accertamenti complementari non era, né è, possibile determinarsi con cognizione di causa, ed il necessario grado della verosimiglianza preponderante, sull'incidenza effettiva, delle affezioni di cui soffre il ricorrente, sulla residua capacità lavorativa in attività sostitutive adeguate. In particolare, un rinvio all'autorità inferiore si giustifica, dal profilo delle garanzie procedurali (segnatamente quello della doppia istanza con piena cognizione) nei casi in cui, come nella fattispecie, è richiesto l'esperimento di una perizia interdisciplinare mai effettuata e chiaramente necessaria per potersi determinare nel caso in esame con cognizione di causa (DTF 137 V 2010 consid. 4.4.1.4) e che peraltro l'autorità inferiore avrebbe già dovuto richiedere prima di emanare la decisione impugnata, gli elementi per dover agire in tal senso essendo già presenti agli atti di causa prima dell'emanazione della decisione impugnata (cfr. il considerando 9 del presente giudizio). Peraltro, il Tribunale federale ha già avuto modo pure di precisare che in virtù dell'art. 43 LPGA, nonché degli art. 12 e 13 PA e dell'art. 19 PA in relazione con l'art. 40 PCF (RS 273), il Tribunale accerta, con la collaborazione delle

parti, i fatti determinanti per la soluzione della controversia, assume le prove necessarie e le valuta liberamente. Secondo giurisprudenza, se il giudice ritiene che i fatti non sono sufficientemente delucidati, può, peraltro, sia rinviare la causa all'amministrazione per completamento dell'istruzione (non senza qualche limitazione: cfr. DTF 137 V 210) 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 [cfr. anche sentenza del TAF C- 1722/2015 del 16 gennaio 2019 consid. 11.2 con rinvii]).

10.3 Occorre infine 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 dinanzi all'autorità inferiore, la rendita intera d'invalidità accordata dal 1° maggio 2014 al 31 marzo 2015, con corrispondente rendita per figli, ha da ritenersi siccome già acquisita, la stessa non essendo stata contestata e non risultando elementi che possano mettere in dubbio le ripercussioni sulla capacità lavorativa, fermo restando la necessità di un complemento peritale multidisciplinare per acclarare l'evoluzione successiva. A seguito della presente sentenza, resta pertanto aperta solo la questione di sapere se gli ulteriori accertamenti sullo stato di salute del ricorrente ancora da esperire giustificano, contrariamente a quanto ritenuto nella decisione impugnata, l'attribuzione di una rendita anche dopo il 31 marzo 2015 (cfr. al riguardo, sentenze del TAF C-5080/2017 del 16 novembre 2018 consid. 11.5, C-1316/2014 del 13 marzo 2018 consid. 12.3 e C-2736/2014 dell'8 dicembre 2017 consid. 14.3).

11.

11.1 Visto l'esito della procedura, non sono prelevate delle spese processuali (art. 63 PA).

11.2 Ritenuto che l'insorgente è rappresentato in questa sede da mandatario professionale, si giustifica altresì l'attribuzione di spese ripetibili (art. 64 PA in combinazione con l'art. 7 segg. TS-TAF [RS 173.320.2]; cfr. pure DTF 137 V 57 consid. 2 secondo cui la parte che ha presentato ricorso in

materia d'assegnazione o rifiuto di prestazioni assicurative è reputata vincente, dal profilo delle ripetibili, anche se la causa è rinviata all'amministrazione per completamento istruttorio e nuova decisione). L'ammontare di quest'ultime, in assenza di una nota dettagliata, è fissata d'ufficio (art. 14 cpv. 2 TS-TAF) in CHF 2'800.- tenuto conto del lavoro utile e necessario svolto dal rappresentante del ricorrente. L'indennità per ripetibili è posta a carico dell'UAIE.

11.3 La domanda di assistenza giudiziaria e gratuito patrocinio è pertanto divenuta priva di oggetto (cfr. sulla questione, fra le tante, la sentenza del TAF C-3748/2015 dell'11 febbraio 2019 consid. 14.3 con rinvio).

(dispositivo alla pagina seguente)

Per questi motivi, il Tribunale amministrativo federale pronuncia:

1.

Il ricorso è accolto nel senso che la decisione impugnata del 24 febbraio 2017 è annullata e gli atti di causa sono rinviati all'UAIE affinché proceda al completamento dell'istruttoria e alla pronuncia di una nuova decisione ai sensi dei considerandi.

2.

Non si prelevano spese processuali.

3.

L'UAIE rifonderà al ricorrente CHF 2'800.- a titolo di spese ripetibili.

4.

La domanda di assistenza giudiziaria e gratuito patrocinio è pertanto divenuta priva d'oggetto.

5.

Comunicazione a:

- rappresentante del ricorrente (Atto giudiziario),
- autorità inferiore (n. di rif. [...]; Raccomandata),
- Ufficio federale delle assicurazioni sociali (Raccomandata).

Il presidente del collegio:

Il cancelliere:

Vito Valenti

Oliver Engel

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 notificazione, nella misura in cui sono adempiute le condizioni di cui agli art. 82 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: