



---

Corte III  
C-2411/2017

## **Sentenza del 2 novembre 2018**

---

Composizione

Giudice unico Michela Bürki Moreni  
cancelliere Luca Rossi.

---

Parti

A. \_\_\_\_\_,  
rappresentato dal Patronato INAS,  
ricorrente,

contro

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

---

Oggetto

Assicurazione per l'invalidità, soppressione della rendita  
(decisione del 13 marzo 2017).

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

**A.a** A.\_\_\_\_\_, cittadino italiano, nato il (...), ha lavorato in Svizzera dal 1997 come frontaliere per varie ditte e con varie mansioni, segnatamente, a partire dal 2004, in qualità di operaio tagliatore di pelli presso la B.\_\_\_\_\_, solvendo regolari contributi all'assicurazione svizzera per la vecchiaia, i superstiti e l'invalidità (doc. 1, 8 dell'incarto dell'Ufficio dell'assicurazione per l'invalidità per gli assicurati residenti all'estero [UAIE]).

**A.b** A partire da settembre 2008 – la data esatta non è nota – l'interessato ha iniziato a soffrire di problemi alla colonna lombare dopo aver battuto la schiena cadendo da un tavolo sul quale stava lavorando; a seguito del sinistro ha continuato a lavorare assumendo analgesici (doc. 7). Persistendo i dolori, l'assicurato si è sottoposto a una serie di esami strumentali e clinici dai quali è emersa la presenza di una discopatia L5-S1 con protrusione circonferenziale con conflitto radicolare in corrispondenza dei forami di congiunzione sia a destra che a sinistra e una spondilolistesi L5 su S1 (doc. 3). Dal 3 ottobre 2008 è stata quindi prescritta un'incapacità lavorativa al 100% (doc. 22) ed è stata posta l'indicazione per l'intervento chirurgico di stabilizzazione L4-L5-S1 con viti interpeduncolari poliassiali e due barre. L'operazione è stata eseguita senza complicazioni il 18 dicembre 2008 presso l'Ospedale C.\_\_\_\_\_ (doc. 3).

**B.**

**B.a** Perdurando inalterata l'inabilità lavorativa, non avendo sortito l'intervento chirurgico gli effetti sperati, il 4 marzo 2009 A.\_\_\_\_\_ ha trasmesso all'Ufficio AI del Cantone D.\_\_\_\_\_ (in seguito: UAI-D.\_\_\_\_\_) la domanda di prestazioni dell'assicurazione svizzera per l'invalidità (doc. 16).

**C.** L'autorità inferiore ha quindi avviato l'istruttoria, assumendo agli atti l'incarto della Visana Service AG (intervenuta come assicuratore per il versamento delle indennità giornaliere in caso di malattie [in seguito: inc. Visana]) e le informazioni del medico curante, dell'interessato e del datore di lavoro (doc. 21, 22, 25-28).

**C.a** Sulla scorta degli accertamenti medici agli atti – in particolare i rapporti del dr. E.\_\_\_\_\_, specialista in reumatologia e medicina fisica e riabilitazione, del 31 luglio e del 14 dicembre 2009 (doc. 24, 33 inc. Visana), il rapporto peritale del dr. F.\_\_\_\_\_, specialista in psichiatria e psicoterapia dell'11 maggio 2010 (doc. 51) e il rapporto SMR del 12 gennaio 2011 (doc.

77), dai quali è emerso che a partire dal mese di ottobre 2008 l'interessato era inabile al 100% nell'attività abituale e all'80% in un'attività sostitutiva adeguata ai limiti funzionali, da rivalutare a dieci mesi di distanza – l'UAIE ha riconosciuto, mediante decisione del 3 maggio 2011 (doc. 89), preceduta dal progetto del 10 febbraio 2011 (doc. 82), il diritto a una rendita intera di invalidità (con grado AI dell'80%) a partire dal 1° ottobre 2009, trascorso l'anno d'attesa ininterrotto d'incapacità lavorativa (art. 28 cpv. 1 let. b LAI).

#### **D.**

**D.a** Il 1° dicembre 2011 l'amministrazione ha avviato la procedura di revisione (doc. 90), raccogliendo le indicazioni dell'assicurato (doc. 92), dei medici curanti (doc. 91, 97) e il parere del SMR del 21 settembre 2012 (doc. 98).

**D.b** Essendo emersa una situazione sostanzialmente invariata, l'amministrazione ha disposto il 24 settembre 2012 la continuazione del versamento della rendita intera AI sulla base del medesimo grado di invalidità (doc. 99). Vista la giovane età del ricorrente, il medico SMR ha comunque consigliato una rivalutazione del caso nei successivi dodici mesi, soprattutto a livello reumatologico-ortopedico (doc. 98).

#### **E.**

**E.a** Una seconda procedura di revisione è stata promossa dall'UAI-D. \_\_\_\_\_ il 1° settembre 2013 (doc. 100).

**E.b** In tale contesto, sulla scorta delle indicazioni fornite il 14 maggio 2014 dal medico del SMR (doc. 111), l'UAI-D. \_\_\_\_\_ ha incaricato il Servizio di accertamento medico (in seguito SAM) di eseguire una perizia pluridisciplinare in medicina interna, neurologia e reumatologia e in psichiatria e psicoterapia (doc. 114-118).

**E.c** I rapporti peritali dell'8 settembre 2014 del dr. G. \_\_\_\_\_, specialista in reumatologia, del 6 ottobre 2014 della dr.ssa H. \_\_\_\_\_, specialista in psichiatria e psicoterapia (completato poi il 10 ottobre 2014 – cfr. doc. 122) e del 7 ottobre 2014 del dr. I. \_\_\_\_\_, specialista in neurologia, sono quindi confluiti nella perizia pluridisciplinare del 12 novembre 2014 (doc. 119) nella quale il dr. J. \_\_\_\_\_ e la dr.ssa K. \_\_\_\_\_, entrambi specialisti in medicina interna, hanno esposto la valutazione globale dello stato di salute e della capacità lavorativa, su cui si tornerà nel dettaglio nei considerandi in diritto (consid. 10.1, 10.5).

**E.d** Le conclusioni a cui sono giunti i periti del SAM sono state fatte proprie dal dr. L.\_\_\_\_\_, medico generalista del SMR, nel rapporto finale del 18 novembre 2014, in particolare l'indicazione fornita dalla dr.ssa H.\_\_\_\_\_ relativa alla necessità di un supporto psichiatrico, suscettibile di migliorare la capacità lavorativa dell'interessato del 50% nell'arco di 12 mesi (doc. 120).

**E.e** Constatando l'assenza di sostanziali cambiamenti in riferimento alla rendita percepita da A.\_\_\_\_\_, l'amministrazione ha pertanto stabilito, con decisione del 20 novembre 2014, la continuazione del versamento della rendita d'invalidità, sulla base di un rinnovato grado di invalidità del 100% (in ragione delle problematiche psichiche). Ha inoltre invitato l'assicurato a sottoporsi ad un regolare trattamento antidepressivo e psicoterapico, in modo tale da migliorare il suo stato di salute e di riflesso la capacità lavorativa. Rammentando che l'esecuzione del suddetto trattamento sarebbe stato oggetto di verifica in occasione della successiva revisione, l'autorità inferiore ha poi reso attento l'assicurato alle sanzioni previste dall'art. 21 cpv. 4 LPGa in caso di mancata collaborazione nell'attuazione della cura medica (doc. 121).

## **F.**

**F.a** Una terza procedura di revisione è stata promossa dall'UAI-D.\_\_\_\_\_ il 1° agosto 2015 (doc. 125).

### **F.b**

**F.b.a** Preso atto della mancata esecuzione del trattamento psichiatrico e rammentando la sanzione in caso di mancata osservanza dell'obbligo di ridurre il danno (cfr. doc. 121), il dr. M.\_\_\_\_\_, specialista in psichiatria e psicoterapia del SMR ha ritenuto l'interessato abile in un'attività lavorativa idonea nella misura del 50%, conto tenuto del miglioramento teorico della componente psichica che avrebbe dovuto intervenire a partire dal mese di novembre 2015, ossia a distanza di dodici mesi dal rapporto SMR del 18 novembre 2014 (doc. 135, 137).

**F.b.b** Sulla scorta delle indicazioni mediche, dell'indagine economica, dalla quale è emerso un discapito economico del 37% in attività adeguata (doc. 139) e del rapporto del consulente all'integrazione professionale, che alla luce della reticenza dell'insorgente ha escluso un eventuale percorso di reintegrazione professionale (doc. 140), l'UAI-D.\_\_\_\_\_ ha emesso il progetto di decisione del 4 aprile 2016, con il quale ha soppresso – senza

specificare da che data – il diritto alla rendita e negato il diritto a provvedimenti professionali (doc. 141).

### **F.c**

**F.c.a** Le osservazioni del 21 aprile 2016 con cui è stata chiesta la rivalutazione del caso e la nuova documentazione medica, sulla quale si ritornerà nei considerandi in diritto (doc. 143), sono state sottoposte sia al SMR (doc. 149) che al SAM, presso il quale il ricorrente è stato convocato per una perizia pluridisciplinare di decorso ed è stato visitato dal dr. N.\_\_\_\_\_, specialista in psichiatria e psicoterapia, dal dr. O.\_\_\_\_\_, specialista in reumatologia e riabilitazione e nuovamente dal dr. I.\_\_\_\_\_ per gli aspetti neurologici.

Nel rapporto peritale pluridisciplinare del 25 gennaio 2017, la dr.ssa K.\_\_\_\_\_ e il dr. J.\_\_\_\_\_ hanno confermato l'incapacità lavorativa totale nell'attività abituale, mentre hanno constatato un miglioramento a livello psichico dello stato di salute dell'assicurato dal 1° aprile 2016, momento a partire dal quale l'assicurato è stato ritenuto abile al lavoro in un'attività sostitutiva adeguata nella misura del 70%, da intendersi quale riduzione del rendimento (doc. 158).

**F.c.b** Nel rapporto finale SMR del 27 gennaio 2017, il dr. L.\_\_\_\_\_ ha fatto proprie le conclusioni peritali e ritenuto migliorato lo stato di salute dell'assicurato (doc. 159).

**F.c.c** Dalla nuova indagine economica del 2 marzo 2017 è emerso un grado di invalidità del 15.65% (doc. 163).

### **G.**

Con decisione 13 marzo 2017 l'UAIE ha dunque confermato la soppressione del diritto alla rendita di invalidità fino ad allora percepita da A.\_\_\_\_\_, con effetto a decorrere dalla fine del mese seguente l'intimazione del provvedimento, avendo accertato a partire da aprile 2016 un grado di invalidità inferiore al 40% (doc. 164) – sebbene ciò fosse già il caso dal mese di novembre 2015 (cfr. consid. F.b.a e F.b.b).

### **H.**

Contro la decisione dell'UAIE, in data 26 aprile 2017 (doc. TAF 1), A.\_\_\_\_\_, sempre rappresentato dal patronato INAS, ha interposto ricorso dinnanzi al Tribunale amministrativo federale (TAF) – poi completato

con il memoriale del 2 agosto 2017 (doc. TAF 9) – chiedendone l'annullamento con conseguente riconoscimento di una rendita di invalidità fondata su un grado d'invalidità di almeno 50%, nonché l'esenzione dalle spese processuali e il riconoscimento di adeguate ripetibili. A sostegno della propria richiesta il ricorrente ha prodotto, oltre alla documentazione già agli atti, il rapporto del 4 aprile 2017 della dr.ssa P.\_\_\_\_\_, medico chirurgo e specialista in medicina legale. Delle motivazioni si dirà, se del caso, nei considerandi in diritto.

**I.**

Nella risposta del 9 ottobre 2017, l'UAIE ha fatto proprie le considerazioni contenute nel memoriale del 27 settembre 2017 dell'UAI cantonale, a sua volta fondate sulle delucidazioni peritali del SAM del 26 settembre 2017 – su cui si tornerà nel dettaglio più avanti – e proposto la reiezione del ricorso e la conferma della decisione impugnata (doc. TAF 11).

**J.**

Con decisione incidentale dell'8 novembre 2017 la domanda di assistenza giudiziaria è stata respinta (doc. TAF 13). Il ricorrente ha fatto fronte al versamento dell'anticipo di Fr. 800.-, corrispondente alle presunte spese processuali in data 28 novembre 2017 (doc. TAF 15).

**K.**

Nel corso del mese di novembre 2017 – la data esatta non è nota – l'assicurato ha chiesto all'UAI-D.\_\_\_\_\_ un aiuto al collocamento ai sensi dell'art. 18 LAI (doc. TAF 14).

**L.**

Con replica del 4 dicembre 2017 l'insorgente ha ribadito la tesi esposta nel memoriale di ricorso e nel complemento, criticando le conclusioni a cui sono giunti i periti del SAM e un accertamento incompleto della fattispecie (doc. TAF 16).

**M.**

Duplicando, in data 15 gennaio 2018, sulla scorta delle osservazioni dell'UAI-D.\_\_\_\_\_ del 10 gennaio 2018 nonché del verbale del primo colloquio per l'aiuto al collocamento del 21 dicembre 2017, l'UAIE si è riconfermata nella propria posizione, riproponendo la reiezione dell'impugnativa (doc. TAF 18).

**N.**

Con le osservazioni del 26 gennaio 2018, il ricorrente ha sostanzialmente reiterato la propria posizione (doc. TAF 20).

**Diritto:****1.**

**1.1** In virtù dell'art. 31 LTAF, questo Tribunale giudica i ricorsi contro le decisioni ai sensi dell'art. 5 PA, emanate dalle autorità menzionate all'art. 33 LTAF, riservate le eccezioni di cui all'art. 32 LTAF. In particolare, le decisioni rese dall'UAIE concernenti l'assicurazione per l'invalidità possono essere impugnate davanti al Tribunale amministrativo federale (TAF) conformemente all'art. 69 cpv. 1 lett. b LAI (RS 831.20). Di conseguenza questo Tribunale è competente a giudicare il presente ricorso.

**1.2** Secondo l'art. 3 lett. d<sup>bis</sup> PA, a cui rinvia l'art. 37 LTAF, la procedura in materia di assicurazioni sociali non è disciplinata dalla PA, nella misura in cui è applicabile la LPGGA (RS 830.1). In conformità con l'art. 2 LPGGA, le disposizioni della presente legge 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 LPGGA sono applicabili all'assicurazione per l'invalidità (art. 1a-26<sup>bis</sup> e 28-70), sempreché la LAI non deroghi alla LPGGA.

**1.3** In concreto, il ricorso è ammissibile nella misura in cui è stato presentato tempestivamente e nel rispetto dei requisiti previsti dalla legge (art. 59 e 60 LPGGA, nonché l'art. 52 cpv. 1 PA) ed altresì l'anticipo relativo alle spese processuali è stato versato nel termine impartito.

**2.**

**2.1** Il ricorrente è cittadino di uno Stato membro della Comunità europea, per cui è applicabile, di principio, l'ALC (RS 0.142.112.681), entrato in vigore il 1° giugno 2002.

**2.2** L'allegato II è stato modificato con effetto dal 1° aprile 2012 (Decisione 1/2012 del Comitato misto del 31 marzo 2012; RU 2012 2345). Nella sua nuova versione esso prevede in particolare che le parti contraenti applicano tra di loro, nel campo del coordinamento dei sistemi di sicurezza sociale, gli atti giuridici di cui alla sezione A dello stesso allegato, comprese

eventuali loro modifiche o altre regole equivalenti ad essi (art. 1 ch. 1) ed assimila la Svizzera, a questo scopo, ad uno Stato membro dell'Unione europea (art. 1 ch. 2).

**2.3** Gli atti giuridici riportati nella sezione A dell'allegato II sono, in particolare, il regolamento (CE) n. 883/2004 del Parlamento europeo e del Consiglio del 29 aprile 2004 (RS 0.831.109.268.1) relativo al coordinamento dei sistemi di sicurezza sociale, con le relative modifiche, e il regolamento (CE) n. 987/2009 del Parlamento europeo e del Consiglio del 16 settembre 2009 (RS 0.831.109.268.11) che stabilisce le modalità di applicazione del regolamento (CE) n. 883/2004, nonché il regolamento (CEE) n. 1408/71 del Consiglio del 14 giugno 1971 (RU 2004 121, 2008 4219 4237, 2009 4831) relativo all'applicazione dei regimi di sicurezza sociale ai lavoratori subordinati, ai lavoratori autonomi e ai loro familiari che si spostano all'interno della Comunità, con le relative modifiche, e il regolamento (CEE) n. 574/72 del Consiglio del 21 marzo 1972 (RU 2005 3909, 2008 4273, 2009 621 4845) che stabilisce le modalità di applicazione del regolamento (CEE) n. 1408/71, con le relative modifiche, entrambi applicabili tra la Svizzera e gli Stati membri fino al 31 marzo 2012 e quando vi si fa riferimento nel regolamento (CE) n. 883/2004 o nel regolamento (CE) n. 987/2009 oppure quando si tratta di casi verificatisi in passato.

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

**2.5** Il regolamento (CE) n. 883/2004 è stato inoltre 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).

### **3.**

**3.1** Dal profilo temporale si applicano le disposizioni in vigore al momento della realizzazione dello stato di fatto che deve essere valutato giuridica-

mente 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** Contestata, in concreto, è la liceità della soppressione della rendita di invalidità percepita da A. \_\_\_\_\_ a partire dal 30 aprile 2017, ossia dalla fine del mese che segue l'intimazione della decisione. Ne consegue che sono applicabili le modifiche legislative di cui alla 6<sup>a</sup> revisione della LAI in vigore dal 1° gennaio 2012 e le successive modifiche (RU 2011 5659; FF 2010 1603) pur non comportanti cambiamenti rispetto al diritto precedente in merito alla valutazione dell'invalidità, entrate in vigore fino alla data della decisione impugnata.

**3.3** Giova altresì rilevare che il potere cognitivo di questo Tribunale è delimitato dalla data della decisione impugnata, in concreto il 13 marzo 2017. 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 136 V 24 consid. 4.3). Tiene tuttavia conto dei fatti verificatisi posteriormente quando essi possono 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. 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).

#### **4.**

Il TAF applica il diritto d'ufficio, senza essere vincolato in nessun caso dai motivi del ricorso (art. 62 cpv. 4 PA). In virtù dell'art. 12 PA e dell'art. 19 PA in relazione con l'art. 40 della legge federale di procedura civile del 4 dicembre 1947 (PCF, RS 273), il Tribunale accerta i fatti determinanti per la soluzione della controversia, assume le prove necessarie e le valuta liberamente. Le parti sono tenute a cooperare all'accertamento dei fatti (art. 13 PA) ed a motivare il proprio ricorso (art. 52 PA). Ne consegue che l'autorità di ricorso adita si limita di principio ad esaminare le censure sollevate, mentre le questioni di diritto non invocate dalle parti solo nella misura in cui queste emergono dagli argomenti delle parti o dall'incarto (DTF 122 V 157

consid. 1a; 121 V 204 consid. 6c e sentenza del TAF C-6034/2009 del 20 gennaio 2010 consid. 2).

## **5.**

**5.1** Oggetto del contendere, nel caso concreto, è la questione se dopo il 1° aprile 2016 lo stato di salute e/o la capacità al lavoro (e di guadagno) del ricorrente siano migliorati in modo tale da giustificare la soppressione della rendita intera d'invalidità con effetto dal 30 aprile 2017.

**5.2** Al riguardo il ricorrente adduce che sebbene lo stato di salute e di capacità di lavoro siano migliorati rispetto al momento in cui la prestazione è stata concessa, sono comunque peggiori rispetto a quelli ritenuti dall'UAIE nella decisione impugnata. Sulla scorta degli accertamenti medici prodotti in sede di ricorso, l'assicurato ritiene infatti giustificato il riconoscimento di un'incapacità lavorativa, anche in attività sostitutive esigibili, di almeno il 50%. Egli postula quindi per il sussistere del diritto ad almeno mezza rendita di invalidità, senza specificare a partire da quale momento.

**5.3** Di contro, l'amministrazione, sulla scorta delle valutazioni peritali del SAM e dei rapporti del SMR, non ritiene vi siano i presupposti per modificare la propria decisione, dato che la documentazione medica prodotta dall'assicurato non apporta nessun elemento clinico nuovo suscettibile di ritenere una capacità lavorativa inferiore a quella stabilita dai periti.

## **6.**

**6.1** 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.

**6.2** L'assicurato ha diritto ad una rendita intera se è invalido per almeno il 70%, a tre quarti di rendita se è invalido per almeno il 60%, ad una mezza rendita se è invalido per almeno la metà e ad un quarto di rendita se è invalido per almeno il 40% (art. 28 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 LPGA), non è più applicabile se l'assicurato è cittadino svizzero o dell'Unione europea e vi risiede (DTF 130 V 253 consid. 2.3).

**6.3** Per incapacità al lavoro s'intende qualsiasi incapacità, totale o parziale, derivante da un danno alla salute fisica, mentale o psichica di compiere un lavoro ragionevolmente esigibile nella professione o nel campo di attività abituale. In caso d'incapacità al lavoro di lunga durata possono essere prese in considerazione anche le mansioni esigibili in un'altra professione o campo d'attività (art. 6 LPGA). L'incapacità al guadagno è definita all'art. 7 cpv. 1 LPGA e consiste nella perdita, totale o parziale, della possibilità di guadagno sul mercato del lavoro equilibrato che entra in considerazione, provocata da un danno alla salute fisica, mentale o psichica e che perdura dopo aver sottoposto l'assicurato alle cure ed alle misure d'integrazione ragionevolmente esigibili. 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).

**6.4** 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 e 110 V 273; v. pure sentenze del TF 8C\_636/2010 del 17 gennaio 2011 consid. 3 e 9C\_529/2008 del 18 maggio 2009). In base all'art. 16 LPGA, applicabile per il rinvio dell'art. 28a cpv. 1 LAI, per valutare il grado d'invalidità, il reddito che l'assicurato potrebbe conseguire esercitando l'attività ragionevolmente esigibile da lui dopo la cura medica e l'eventuale esecuzione di provvedimenti d'integrazione (reddito da invalido), tenuto conto di una situazione equilibrata del mercato del lavoro, è confrontato con il reddito che egli avrebbe potuto ottenere se non fosse diventato invalido (reddito da valido; metodo generale del raffronto dei redditi). In altri termini, l'assicurazione svizzera per l'invalidità risarcisce 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 (metodo generale del raffronto dei redditi).

## **7.**

**7.1** Giusta l'art. 17 cpv. 1 LPGA, 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.

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

**7.3** La giurisprudenza ha stabilito che le rendite d'invalidità sono soggette a revisione non solo in caso di modifica rilevante dello stato di salute che ha un influsso sull'attività lucrativa, ma anche quando lo stato di salute è rimasto invariato, se le conseguenze sulla capacità di guadagno hanno subito un cambiamento importante (DTF 113 V 275 consid. 1a). La semplice valutazione diversa di circostanze di fatto rimaste sostanzialmente invariate non giustifica una revisione ai sensi dell'art. 17 LPG (DTF 112 V 372 consid. 2b e 390 consid. 1b, RCC 1987 p. 36, SVR 2004 IV n. 5 consid. 3.3.3). L'istituto della revisione non può infatti giustificare un riesame incondizionato del diritto alla rendita (cfr. anche: RUDOLF RUEDI, Die Verfügungsanpassung als verfahrensrechtliche Grundfigur namentlich von Invalidenrentenrevisionen, in: SCHAFFAUSER/SCHLAURI, Die Revision von Dauerleistungen in der Sozialversicherung, San Gallo, 1999, p. 15).

Per le rendite dell'assicurazione invalidità, infine, anche una modifica di poco conto dello stato di fatto determinante può dare luogo a una revisione se tale modifica determina un superamento (per eccesso o per difetto) di una soglia minima (DTF 133 V 545 consid. 6 con riferimenti a dottrina e giurisprudenza).

**7.4** 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.

**7.5** Giusta l'art. 88bis cpv. 2 let. a OAI, la riduzione o la soppressione della rendita è messa in atto al più presto il primo giorno del secondo mese che segue la notifica della decisione.

## **8.**

**8.1** Al fine di accertare se il grado di invalidità si è modificato in maniera tale da influire sul diritto alle prestazioni, si deve confrontare, da un lato, la situazione di fatto relativa all'ultima decisione cresciuta in giudicato che è stata sottoposta ad esame materiale tramite contestuale accertamento pertinente dei fatti, apprezzamento delle prove e confronto dei redditi, e, dall'altro lato, la situazione di fatto vigente all'epoca del provvedimento litigioso (DTF 133 V 108; sentenza del TF I 759/06 del 5 settembre 2007).

**8.2** In concreto il periodo di riferimento è pertanto quello intercorrente fra la decisione del 20 novembre 2014 (doc. 121) – con cui è stato confermato all'assicurato il diritto a una rendita intera AI, a seguito di un esame materiale della fattispecie tramite esperimento di una perizia pluridisciplinare – e il 13 marzo 2017, data della decisione impugnata (doc. 164).

## **9.**

**9.1** 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.

Quanto alla valenza probatoria di un rapporto medico, determinante, secondo la giurisprudenza, è che i punti litigiosi importanti siano stati oggetto di uno studio approfondito, che il rapporto si fondi su esami completi, che consideri parimenti le censure espresse, che sia stato approntato in piena conoscenza dell'incarto (anamnesi), che la descrizione del contesto medico sia chiara e che le conclusioni del perito siano ben motivate. Determinante quindi per stabilire se un rapporto medico ha valore di prova non è tanto né l'origine del mezzo di prova, né la denominazione, ad esempio, quale perizia o rapporto (sentenza del TF 8C\_153/2007 del 7 maggio 2008; DTF 125 V 351 consid. 3a pag. 352; 122 V 157 consid. 1c pag. 160; HANS-JAKOB MOSIMANN, Zum Stellenwert ärztlicher Beurteilungen, in: Aktuelles im Sozialversicherungsrecht, 2001, pag. 266).

**9.2** Per quanto concerne le perizie giudiziarie la giurisprudenza ha statuito che il giudice non si scosta senza motivi imperativi dalla valutazione degli esperti, il cui compito è quello di mettere a disposizione del tribunale le proprie 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 la presenza di affermazioni contraddittorie nella perizia oppure l'esistenza di altri rapporti in grado di inficiarne la conclusione. In tale evenienza, la Corte giudicante può disporre una superperizia oppure scostarsi, senza necessità di ulteriori complementi, dalle conclusioni del referto peritale giudiziario (DTF 125 V 351consid. 3b/aa pag. 353 con rinvii).

**9.3** Una valutazione medica completa, comprensibile e concludente che, considerata a sé stante in occasione di un'unica (prima) valutazione del diritto alla rendita, andrebbe ritenuta probante, non assurge a prova attendibile in caso di revisione, se non attesta in modo sufficiente in che modo rispettivamente in che misura ha avuto luogo un effettivo cambiamento nello stato di salute. Sono tuttavia riservati i casi evidenti (SVR 2012 IV n. 18 pag. 81 consid. 4.2). Dalla perizia deve quindi emergere chiaramente che i fatti con cui viene motivata la modifica sono nuovi o che i fatti preesistenti si sono modificati sostanzialmente per quanto riguarda la loro natura rispettivamente la loro entità. L'accertamento di una modifica dei fatti è in particolare sufficientemente comprovata se i periti descrivono quali aspetti concreti nell'evoluzione della malattia e nell'andamento dell'incapacità lavorativa hanno condotto alla nuova valutazione diagnostica e alla stima dell'entità dei disturbi. Le summenzionate esigenze devono trovare riscontro nel tenore delle domande poste al perito (sentenza del TF 9C\_158/2012 del 5 aprile 2013; SVR 2012 IV pag. 81 consid. 4.3).

**9.4** 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 e relativi riferimenti).

**9.5** Non va infine dimenticato che se vi sono rapporti medici contraddittori il giudice non può inoltre evadere la vertenza senza valutare l'intero materiale e indicare i motivi per cui si fonda su un rapporto piuttosto che su un altro (sentenza del Tribunale federale delle assicurazioni I 673/00 dell'8 ottobre 2002). 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 qual è l'opinione più adeguata (SVR 2000 UV no. 10 pag. 35 consid. 4b).

**10.**

**10.1** In occasione della seconda procedura di revisione avviata il 1° settembre 2013 (doc. 100), al fine di valutare lo stato di salute complessivo, l'amministrazione ha predisposto e assunto agli atti la perizia pluridisciplinare del 12 novembre 2014 allestita dai dr.i J.\_\_\_\_\_ e K.\_\_\_\_\_ del SAM e comprensiva delle valutazioni psichiatriche, neurologiche e reumatologiche (doc. 119; anche consid. E.c), dalle quali sono emerse le seguenti diagnosi con ripercussione sulla capacità lavorativa:

- Episodio depressivo medio-grave senza sintomi psicotici (ICD-10 F 32.2).
- Sindrome lombovertebrale/-spondilogenica cronica a sinistra con/su:
  - o Spondilolisi istmica e lieve anterolistesi di primo grado di L5 su S1.
  - o Pregresso intervento di spondilodesi L4-S1 con sei viti interpeduncolari poliassiali e due barre sistema XIA eseguito il 18 dicembre 2008.
  - o Cronicizzazione dei dolori.

E le seguenti diagnosi senza influsso sulla capacità lavorativa:

- Sindrome somatoforme da dolore persistente (ICD-10 F 45.4).
- Obesità con BMI di circa 32.9 kg/m<sup>2</sup>.
- Dislipidemia.

**10.2** Dal punto di vista strettamente neurologico il dr. I.\_\_\_\_\_ non ha riscontrato alcun reperto oggettivo determinante un'incapacità lavorativa, constatando per altro una situazione invariata rispetto al 2008 (cfr. rapporto peritale del 7 ottobre 2014).

**10.3** Dal punto di vista ortopedico-reumatologico, per contro, il dr. G.\_\_\_\_\_ ha valutato sussistere, a partire dall'inizio del 2014, un'abilità lavorativa in una professione fisicamente medio-leggera nella misura del 70%, da intendere come riduzione dell'orario lavorativo (5-6 ore lavorative al giorno). Ha inoltre precisato: "Si dovrebbe comunque trattare di lavori che non implicino sforzi particolari per la colonna vertebrale (sollevamento ripetuto di pesi superiori ai 15kg, lavori prolungati in posizioni inergonomiche, movimenti ripetitivi di flessione ed estensione del tronco), nonché lavori che gli permettano di cambiare frequentemente di posizione almeno

ogni 15-20 minuti”. Egli ha quindi ritenuto non più esigibile una ripresa delle professioni precedentemente svolte, essendo le stesse fisicamente pesanti (cfr. rapporto peritale del 8 settembre 2014).

#### **10.4**

**10.4.1** Di particolare interesse è la valutazione della dr.ssa H. \_\_\_\_\_, che nel rapporto del 6 ottobre 2014, riscontrando un evidente peggioramento nello stato psichico dell'interessato rispetto alla valutazione psichiatrica dell'11 maggio 2010 (doc. 51), correlato all'insorgere di uno stato depressivo grave, ha indicato: “verosimilmente una riduzione della capacità lavorativa almeno del 50% esiste a partire dal gennaio 2013, da quando le speranze di miglioramento sono diventate esigue; l'assicurato ha poi subito un drastico peggioramento a livello timico a seguito dell'evento avuto al mare quando egli, rimasto bloccato, si è sentito «inutile» anche in vacanza, necessitando l'aiuto del bagnino per raggiungere la riva, non potendo giocare e badare ai bambini e abbisognando, a causa di tale malessere, una cura parentale per 15 giorni. Da allora (agosto 2013) egli ha accusato una deflessione del tono dell'umore importante, con una costellazione di sintomi ancora presenti che lo hanno portato ad un'inabilità lavorativa del 100%”.

Constatando che il ricorrente non beneficiava al momento della visita di alcun supporto farmacologico o psicoterapico per arginare l'importante malessere psichico ed esprimendo una prognosi negativa, in caso di mancata prestazione delle cure adeguate al caso, la dr.ssa H. \_\_\_\_\_ ha quindi concluso: “Sicuramente il paziente trarrebbe giovamento da una terapia antidepressiva e psicoterapica che non solo è indicata, ma risulta indispensabile al fine di evitare che egli metta in atto degli agiti autoaggressivi. Per tale motivo chiedo che venga informato di quanto sopra il medico curante. È possibile che l'assicurato, se sufficientemente supportato e medicato, possa migliorare la propria capacità lavorativa almeno del 50% nell'arco di 6-12 mesi (tempo minimo necessario per trovare una terapia adeguata e che dia una sufficiente stabilizzazione).

**10.4.2** Con il complemento alla perizia del 10 ottobre 2014 (doc. 122) la dr.ssa H. \_\_\_\_\_ ha inoltre precisato che secondo i criteri di Foerster vi è un comorbidità fra la depressione e il disturbo somatoforme: sebbene sia la prima patologia a determinare l'inabilità lavorativa, anche la sindrome somatoforme da dolore persistente deve essere considerata come ulteriore diagnosi con influsso sulla capacità lavorativa (cfr. anche doc. 124).

**10.5** La valutazione complessiva del caso da parte dei dr.i J.\_\_\_\_\_ e K.\_\_\_\_\_, ha messo in evidenza una modifica dello stato di salute rispetto al momento dell'erogazione della rendita, in ragione del graduale peggioramento a livello psichico a partire da gennaio 2013 e incrementato da agosto 2013 (doc. 119 pp. 25-26). La patologia psichiatrica, unitamente a quella somatica, hanno quindi determinato una totale incapacità lavorativa in qualsiasi professione, condizionando inoltre la possibilità di sostenere dei provvedimenti professionali (pp. 24-26). Al fine di migliorare la propria prognosi e di riacquisire potenzialmente fino al 50% della capacità lavorativa i periti hanno ritenuto indicato sottoporre l'interessato a un trattamento antidepressivo e psicoterapico (p.27).

**10.6** Le valutazioni peritali sono quindi state interamente riprese dal dr. L.\_\_\_\_\_ nel rapporto finale SMR del 18 novembre 2014 (doc. 120).

## **11.**

**11.1** In occasione della terza procedura di revisione avviata d'ufficio nell'agosto 2015 (doc. 125), l'UAI cantonale ha nuovamente raccolto le dichiarazioni dell'assicurato – sostanzialmente sovrapponibili a quelle rilasciate in precedenza (doc. 103) salvo per quanto concerne il regolare bisogno d'aiuto da parte di terzi per svolgere le attività quotidiane, indicato come non più necessario (doc. 128) – e del medico curante, che ha certificato il persistere inalterato dell'inabilità lavorativa al 100% (doc. 130). Dando seguito alla richiesta dell'amministrazione, l'assicurato, per il tramite del patronato INAS, ha inoltre comunicato di non essere in cura presso nessun medico psichiatra (doc. 133): in buona sostanza, di non essersi sottoposto al trattamento medico prescritto in occasione della precedente procedura.

Per tale ragione, il dr. M.\_\_\_\_\_ ha ritenuto essere subentrato a partire dal mese di novembre 2015, ossia a dodici mesi di distanza dalla perizia pluridisciplinare del 12 novembre 2014 (doc. 119), un miglioramento teorico dello stato di salute, e più precisamente della componente psichica, grazie al quale è possibile considerare l'assicurato abile al 50% in un'attività adeguata e rispettosa dei limiti funzionali dettati dalla componente reumatologica (cfr. annotazione SMR [doc. 135] e rapporto finale SMR [doc. 137] del 3 dicembre 2015).

**11.2** In sede di osservazioni al progetto di decisione, il ricorrente ha quindi prodotto due nuovi referti medici:

- Il rapporto del 18 aprile 2016 del dr. Q.\_\_\_\_\_, specialista in psichiatria, secondo il quale fino all'incidente del settembre 2008 l'assicurato non aveva mai presentato problematiche psicologiche e/o psichiatriche e pertanto non si è mai sottoposto a terapie psicofarmacologiche. Ha inoltre precisato: "nell'attualità, A.\_\_\_\_\_ non presenta alcuna patologia psichiatrica mentre manifesta problematiche psicologiche riconducibili allo stato di prolungata sofferenza fisica legato all'incidente e alle sue conseguenze. Tali problematiche emergono solo all'esecuzione del test (MMPI-2, ndr.) e non sono apprezzabili sul piano clinico risultando pertanto di minima entità". Il dr. Q.\_\_\_\_\_ non si è per contro espresso riguardo alla residua capacità lavorativa dell'assicurato (doc. 143).
- Il certificato del 20 aprile 2016 del dr. R.\_\_\_\_\_, specialista in medicina legale e delle assicurazioni, che esponendo le diagnosi note ha riferito: "dopo un prolungato iter clinico non fu possibile una ripresa dell'attività lavorativa per il gravissimo deficit funzionale del rachide che impedisce una prolungata stazione eretta, deambulazione, piegamento del tronco" (doc. 143).

Le osservazioni del 21 aprile 2016 con cui è stata chiesta la rivalutazione del caso e la nuova documentazione medica (doc. 143), sono state sottoposte al dr. M.\_\_\_\_\_, che nell'annotazione SMR del 17 giugno 2016 ha confermato la valutazione espressa nel rapporto SMR del 3 dicembre 2015 e segnalato che, dal punto di vista strettamente psichiatrico, una ripresa lavorativa completa in qualsiasi attività era esigibile a partire dal 18 aprile 2016 (doc. 149). Egli ha tuttavia precisato che le suddette conclusioni non tenevano conto della patologia reumatologica, ragione per cui il caso è stato nuovamente sottoposto al SAM per una perizia di decorso (doc. 151).

### 11.3

**11.3.1** Nel rapporto peritale del 25 gennaio 2017 i dr.i J.\_\_\_\_\_ e K.\_\_\_\_\_ del SAM hanno assunto agli atti le valutazioni psichiatriche, neurologiche e reumatologiche ed esposto le seguenti diagnosi con influsso sulla capacità lavorativa:

- Sindrome depressiva mascherata (ICD-10 F 34.9).
- Sindrome lombo-vertebrale con/su:
  - o Alterazioni statiche.

- Progresso intervento chirurgico di fissazione intersomatica da L4 a S1 con sei viti interpeduncolari poliassiali e due barre sistema XIA eseguito il 18 dicembre 2008.
- A causa dell'instabilità lombo-sacrale con anterolisi di L5 su S1 di grado I-II per spondilosi bilaterale di L5 e osteocondrosi L5-S1.
- Senza deficit neurologici di sicura origine organica.

E le seguenti diagnosi senza influsso sulla capacità lavorativa:

- Sindrome somatoforme da dolore persistente (ICD-10 F 45.4).
- Obesità con BMI di circa 29.0 kg/m<sup>2</sup>.
- Dislipidemia.

(cfr. doc. 158, p. 13)

**11.3.2** Nel rapporto del 12 gennaio 2017 (allegato al doc. 158) il dr. N.\_\_\_\_\_, ha indicato: "(...) la prima perizia SAM (2014) effettuata da parte della dr.ssa H.\_\_\_\_\_ aveva messo in evidenza una patologia depressiva da media a grave entità con ripercussione totale sulla capacità lavorativa. L'assicurato, da allora, senza alcuna presa a carico specialistica e senza alcun intervento farmacologico, non ha messo in luce alcun disturbo psichico, dimostrando di possedere delle buone risorse personali. D'altro canto la marcata e più volte ribadita negazione di sentirsi affetto da una malattia psichica e la contemporanea polarizzazione sul disagio fisico e sulle limitazioni che esso comporta nella sua quotidianità, fanno pensare che nell'assicurato sia presente una certa difficoltà ad esprimere le proprie emozioni, la rabbia legata al fallimento del proprio progetto di vita e alla disattesa della propria aspettativa di guarigione, cosa che farebbe propendere per una sofferenza psichica negata o mascherata o forse per meglio dire espressa indirettamente attraverso l'esclusiva manifestazione del proprio disagio somatico con le limitazioni ad esso associate" (p. 4).

Il dr. N.\_\_\_\_\_ ha quindi ritenuto sussistere sia nella precedente attività che in una sostitutiva, un'incapacità lavorativa del 20%, avendo riscontrato una regressione della componente depressiva evidenziata nella precedente valutazione psichiatrica del 2014, sostituita da un'attuale "forma di depressione mascherata" (p. 7). Egli ha precisato che la prognosi propende per un'evoluzione piuttosto cronica dei disturbi psichici e somatici (p. 5).

**11.3.3** Nel rapporto del 23 novembre 2016 il dr. O.\_\_\_\_\_ ha riferito che l'esame clinico e le nuove indagini radiologiche al rachide lombare hanno mostrato una situazione sostanzialmente invariata rispetto a quella documentata dal dr. E.\_\_\_\_\_ nei rapporti di luglio e dicembre 2009 (doc. 24 e 33 inc. Visana). Egli ha in particolare indicato che: "La prognosi per quanto riguarda la problematica somatica alla colonna vertebrale è da considerarsi moderatamente favorevole. A distanza ormai di otto anni dall'intervento chirurgico di fissazione intersomatica abbiamo radiologicamente un reperto accettabile. Non vi è spostamento dei metameri fissati, non vi è scollamento del materiale di fissazione. Non vi sono alterazioni degenerative significative al disco sovrastante la fissazione intersomatica". Ciononostante rilevando che la sintomatologia algica è rimasta costante negli anni, resistendo a tutte le terapie, lo specialista ha constatato un'evoluzione verso una sindrome dolorosa cronica non correlata con le problematiche somatiche. Tale circostanza, a mente del dr. O.\_\_\_\_\_, ha un influsso sulla possibilità di un reinserimento professionale, per altro complicato da fatto che sin dal 2008 l'assicurato beneficiava di una rendita intera AI.

Il dr. O.\_\_\_\_\_ ha pertanto ritenuto l'assicurato limitato nello svolgere attività lavorative non ergonomiche per la colonna vertebrale, nel mantenere delle posizioni statiche prolungate sia in posizione seduta (almeno un'ora) che eretta (da fermo al massimo per 5-10 minuti), nei movimenti ripetitivi di flessione e rotazione del tronco soprattutto in estensione, nell'alzare dei pesi anche di modesta entità (sopra i 5 kg), nell'esecuzione di lavori da svolgere su terreni sconnessi e nel salire e scendere scale e scale a pioli (p. 7).

Egli ha quindi considerato esigibile l'esecuzione di un'attività sostitutiva, rispettosa dei limiti funzionali elencati nella misura dell'80% dovuta a un rendimento ridotto. Nella professione abituale di operaio pellettiere, come pure nelle precedenti attività svolte, ha per contro ritenuto l'interessato inabile al 100% (p. 7).

**11.3.4** Nel rapporto del 30 novembre 2016, il dr. I.\_\_\_\_\_ ha riferito che, dal punto di vista strettamente neurologico, la situazione è simile a quanto già riscontrato in occasione dell'esame del 2014 e l'assicurato può essere considerato interamente abile al lavoro in qualsiasi professione (pp. 3-4). Pur esprimendo una prognosi favorevole, egli ha comunque previsto che i disturbi lamentati dall'assicurato persisteranno anche in futuro vista l'evoluzione cronica (p. 3).

**11.3.5** La valutazione globale del caso ha permesso di constatare, da un lato, una situazione invariata per quanto concerne la problematica al rachide lombare, dall'altro, un miglioramento dal punto di vista psichico rispetto all'ultimo esame peritale del 2014 (doc. 158 p. 24). Tale cambiamento dello stato di salute può essere fatto risalire al mese di aprile 2016, momento in cui l'assicurato è stato visitato dal dr. Q. \_\_\_\_\_; per quanto concerne l'evoluzione futura, invece, a mente dei periti, non vi è da aspettarsi alcun ulteriore miglioramento, sebbene questi abbiano prescritto l'assunzione di antidepressivi della prima generazione a basso dosaggio al fine di "modulare la soglia di percezione del dolore e per migliorare il tono dell'umore" (pp. 23-24). I dr. i J. \_\_\_\_\_ ed K. \_\_\_\_\_ hanno quindi ritenuto persistere inalterata l'inabilità completa al lavoro nella professione abituale di operaio aiuto pellettiere (come pure in quelle precedentemente svolte), mentre in un'attività lavorativa adatta e rispettosa dei limiti funzionali indicati dal dr. O. \_\_\_\_\_ – più restrittivi di quelli esposti nella precedente perizia SAM – hanno considerato l'assicurato abile al lavoro nella misura del 70%, da intendersi quale presenza sull'arco dell'intera giornata, ma con rendimento ridotto (p. 21).

**11.4** Le conclusioni a cui sono giunti i periti del SAM sono state fatte proprie dal dr. L. \_\_\_\_\_ che nel rapporto finale SMR del 27 gennaio 2017, riferendo di uno stato di salute migliorato, ha corretto la precedente valutazione (doc. 137) adeguandola alle nuove limitazioni funzionali e al nuovo tasso di capacità lavorativa in un'attività sostitutiva (doc. 159).

## **11.5**

**11.5.1** In pendenza di ricorso, l'insorgente ha prodotto il rapporto del 4 aprile 2017 della dr.ssa P. \_\_\_\_\_, che ha posto le seguenti conclusioni: "I dati anamnestici, clinici e strumentali riassunti testimoniano indiscutibilmente la persistenza di un'invalidante quadro algo-disfunzionale a carico della colonna lombare caratterizzato da persistente ed intenso dolore lombare con irradiazione agli arti inferiori, ipostenia degli arti, facile esauribilità al carico, difficoltà nei passaggi posturali, difficoltà a mantenere a lungo posizioni costrette, che è tale dalla data di costituzione della rendita (3 gennaio 2008) e la non sussistenza di patologie psichiatriche meritevoli di terapia psicofarmacologica come emerso dall'accertamento eseguito dal dr. Q. \_\_\_\_\_, corredato anche dell'esecuzione del test MMPI-2, valido in ambito forense. La situazione clinica attuale, che lo si ripete, è invariata dall'epoca della costituzione della rendita, determina una assoluta impossibilità alla ripresa di attività lavorative confacenti ed esigibili del soggetto" (allegato al doc. TAF 1 e 9).

**11.5.2** Alla luce della nuova documentazione prodotta, ai periti del SAM sono state chieste delle delucidazioni volte a completare la perizia pluridisciplinare del 25 gennaio 2017.

Dal punto di vista psichiatrico, il dr. N. \_\_\_\_\_ ha indicato che nulla era cambiato rispetto alla precedente valutazione. Dal punto di vista reumatologico, il dr. O. \_\_\_\_\_ ha chiarito che il nuovo reperto non apportava elementi nuovi suscettibili di rimettere in discussione le valutazioni esposte nel rapporto del 23 novembre 2016, in punto a diagnosi e capacità lavorativa. Conclusione analoga a quella a cui è arrivato il dr. I. \_\_\_\_\_ che, dal punto di vista neurologico, si è interamente riconfermato nella precedente presa di posizione. Tali valutazioni sono state sintetizzate nel rapporto del 26 settembre 2017 nel quale il dr. J. \_\_\_\_\_ e la dr.ssa K. \_\_\_\_\_, non riscontrando sussistere elementi in precedenza non considerati dal SAM, hanno confermato l'incapacità lavorativa totale dell'assicurato nella professione abituale e l'esigibilità di un'attività lavorativa adeguata allo stato di salute nella misura del 70% (doc. 102, p. 4).

## **12.**

**12.1** Visto quanto precede, occorre prendere atto che, al momento della decisione del 20 novembre 2014 con cui la rendita è stata confermata (doc. 121), lo stato di salute dell'assicurato aveva subito, a partire dal 2013, un graduale peggioramento dovuto all'insorgere della patologia depressiva di media-grave entità diagnosticata dalla dr.ssa H. \_\_\_\_\_. Sebbene dal punto di vista reumatologico l'assicurato fosse soltanto parzialmente limitato (nella misura del 30% in attività rispettosa dei limiti funzionali) e non lo fosse affatto sotto il profilo neurologico, in ragione delle affezioni psichiatriche quest'ultimo è stato considerato nella valutazione globale completamente inabile al lavoro in qualsiasi attività. A ben vedere, al momento della conferma della rendita da parte dell'autorità inferiore, lo stato di salute dell'interessato non era ancora completamente stabilizzato, essendo stato prescritto a quest'ultimo l'esecuzione di un trattamento antidepressivo e psicoterapico, che nelle intenzioni della dr.ssa H. \_\_\_\_\_, avrebbe permesso di ottenere un miglioramento della capacità lavorativa di almeno il 50% nell'arco di sei-dodici mesi. Proprio in quest'ottica l'amministrazione aveva preannunciato l'intenzione di rivalutare il caso, rendendo attento l'assicurato dell'obbligo di ridurre il danno e alle conseguenze previste dall'art. 21 cpv. 4 LPGA (ossia la possibilità di una temporanea o definitiva riduzione o rifiuto delle prestazioni) in caso di mancata esecuzione del trattamento prescritto.

## 12.2

**12.2.1** Nell'ambito della procedura che ci occupa, in una prima fase il SMR aveva constatato un miglioramento teorico della capacità lavorativa, determinato non sulla base di un nuovo esame clinico, ma in funzione del miglioramento prospettato dal SAM nella procedura precedente, nel caso in cui il ricorrente si fosse sottoposto al trattamento antidepressivo e psicoterapico. Per tale ragione il ricorrente è stato considerato già a partire dal 20 novembre 2015, ossia dodici mesi dopo la perizia del SAM, abile al 50% in un'attività idonea (doc. 137).

### 12.2.2

**12.2.2.1** In una seconda fase, il caso è stato approfondito e indagato dal punto di vista psichiatrico (dr. N. \_\_\_\_\_), reumatologico (dr. O. \_\_\_\_\_), neurologico (dr. I. \_\_\_\_\_) e internistico (dr.ssa K. \_\_\_\_\_ e dr. J. \_\_\_\_\_). Nella valutazione globale contenuta nella perizia pluridisciplinare del 25 gennaio 2017 la ripresa nell'attività abituale di operaio aiuto pellettiere è stata considerata inesigibile (come pure lo sono state quelle precedentemente esercitate di smerigliatore, catramista, saldatore e trasportatore di mobili, in quanto poco ergonomiche e fisicamente pesanti), mentre in un'attività rispettosa dei limiti funzionali l'interessato è stato ritenuto abile nella misura del 70%, inteso come lavoro su di un'intera giornata con rendimento ridotto, a partire dal 1° aprile 2016 (cfr. doc. 158 pp. 23-24).

A tale conclusione – riconfermata in corso di causa con il rapporto pluridisciplinare del 26 settembre 2017 (allegato al doc. TAF 11) – i periti del SAM sono giunti dopo aver esperito un nuovo esame clinico, aver sottoposto l'assicurato a nuovi indagini strumentali e dopo aver visionato i nuovi atti medici, in particolare il referto del dr. Q. \_\_\_\_\_ del 18 aprile 2016 (doc. 143).

**12.2.2.2** Al riguardo il dr. Q. \_\_\_\_\_ è stato molto chiaro nel dichiarare che l'assicurato non presenta e non ha mai presentato alcuna patologia psichiatrica. Così dicendo, seppur non in maniera esplicita, ha confutato la valutazione della dr.ssa H. \_\_\_\_\_, espressa nella precedente procedura riguardo alla necessità di un trattamento medico volto a migliorare lo stato di salute, a suo dire non necessario, non presentando l'assicurato alcun affezione psichica richiedente una terapia psicofarmacologica. Allo stesso modo, contestando la diagnosi posta dalla dr.ssa H. \_\_\_\_\_, il dr. Q. \_\_\_\_\_ si è distanziato dalla valutazione di quest'ultima riguardo

all'inabilità lavorativa causata dall'affezione psichiatrica. Pur non essendovi una presa di posizione espressa, dal rapporto del 18 aprile 2016 indirettamente emerge che l'assicurato, dal punto di vista strettamente psichiatrico, non aveva alcun impedimento alla ripresa di un'attività lavorativa adeguata.

Preso atto del nuovo parere specialistico, il dr. M.\_\_\_\_\_ ha confermato, da un lato, la precedente valutazione con la quale aveva riconosciuto dal 20 novembre 2015 un'incapacità lavorativa al 50% (doc. 137), ritenendo possibile, dall'altro, la ripresa lavorativa in misura completa in un'attività adeguata a partire dal 18 aprile 2016, data a cui risale il rapporto del dr. Q.\_\_\_\_\_ (annotazione del 17 giugno 2016 – doc. 149).

In maniera analoga, come visto sopra, si era espresso nel rapporto peritale del 12 gennaio 2017 il dr. N.\_\_\_\_\_, che alla luce degli sviluppi intercorsi dall'epoca della precedente valutazione della dr.ssa H.\_\_\_\_\_, che hanno condotto a una regressione spontanea della componente depressiva, ha corretto la diagnosi sotto il profilo psichiatrico e considerato l'assicurato ormai in grado di esercitare un'attività lavorativa sostitutiva nella misura dell'80%.

A ben vedere, neppure la dr.ssa P.\_\_\_\_\_ nel rapporto del 4 aprile 2017 contraddice tale indicazione, ma ribadisce, anzi, di come l'interessato non sia affetto da alcuna patologia di natura psichiatrica, facendo proprie le conclusioni esposte dal dr. Q.\_\_\_\_\_.

Confrontato con le suddette conclusioni convergenti, quanto alla rinnovata possibilità di integrazione professionale, dal punto di vista strettamente psichiatrico questo Tribunale ritiene la fattispecie chiara e sufficientemente indagata.

Dalla documentazione medica agli atti emerge quindi un chiaro miglioramento dello stato di salute e della capacità lavorativa da un punto di vista psichiatrico. Se detta patologia, fosse o meno esistita all'epoca della perizia della dr.ssa H.\_\_\_\_\_, rispettivamente se la valutazione retrospettiva del dr. Q.\_\_\_\_\_ configura una valutazione diversa della medesima situazione può restare indecisa ritenuto che in ogni caso le conseguenze del miglioramento dello stato di salute attestato dal SAM ha effetto concretamente solo da aprile 2016.

**12.2.2.3** Per quanto concerne le affezioni fisiche e somatiche, la valutazione espressa dai periti, ad eccezione di quella del dr. I.\_\_\_\_\_ in ambito

neurologico – che non era comunque rilevante ai fini della capacità lavorativa residua (cfr. consid. 10.2, 11.3.4) – è rimasta sostanzialmente invariata.

Nel rapporto del 14 dicembre 2009 il dr. E. \_\_\_\_\_ aveva ritenuto l'interessato in grado di svolgere un'attività idonea (dove non dovesse sollevare, trasportare e manipolare pesi superiori a 5-10kg, potesse cambiare regolarmente posizione, senza camminare oltre 50 metri, non implicante particolari rotazioni del tronco o piegamenti sulle ginocchia) nella misura dell'80%, con una riduzione del 20% giustificata da "un ritmo di lavoro ridotto a causa di dolori lombari persistenti", mentre nella precedente attività lavorativa aveva riconosciuto un'inabilità superiore al 70% (doc. 33 inc. Visana).

Nella valutazione del dr. G. \_\_\_\_\_ sono stati indicati dei limiti funzionali un po' meno restrittivi, pur essendo stata riconosciuta una capacità lavorativa leggermente inferiore, ossia del 70% da intendersi come orario ridotto (cfr. consid. 10.3).

Il dr. O. \_\_\_\_\_, dal canto suo, si è piuttosto allineato alla valutazione del dr. E. \_\_\_\_\_ (sia per i limiti funzionali che per la capacità lavorativa), riscontrando una situazione sostanzialmente invariata da allora e ritenendo l'insorgente capace di riprendere a svolgere un'attività adeguata all'80%, in ragione del rendimento ridotto.

Si discostano, almeno in parte, da tale conclusione il dr. R. \_\_\_\_\_ e la dr.ssa P. \_\_\_\_\_, che nei rispettivi rapporti escludono la possibilità di una ripresa dell'attività lavorativa. Tali valutazioni, seppur esposte da specialisti, non possono essere seguite, non essendo supportate da elementi oggettivi nuovi, non considerati in precedenza dai periti del SAM, né esprimendosi compiutamente in merito alla capacità lavorativa in un'attività sostitutiva: la dr.ssa P. \_\_\_\_\_ riferisce in maniera generica di "una assoluta impossibilità alla ripresa di attività lavorative confacenti ed esigibili", senza giustificare maggiormente tale conclusione, mentre il dr. R. \_\_\_\_\_ al riguardo non fornisce alcuna indicazione. Oltretutto, a ben vedere, entrambi i dottori riconoscono limitazioni funzionali analoghe a quelle ritenute dai periti del SAM (cfr. consid. 11.2 e 11.5.1), ragion per cui la valutazione fornita – fondandosi su di un substrato fattuale identico a quello a disposizione del SAM – appare piuttosto come una diversa interpretazione della medesima fattispecie.

In definitiva, conto tenuto del fatto che i pareri contrari sono stati esposti da specialisti assimilabili nell'evenienza concreta a medici curanti dell'assicurato, questo Tribunale non ritiene necessario discostarsi dalle valutazioni peritali del SAM e del SMR che risultano ben fondate, complete e attendibili.

**12.2.2.4** È quindi possibile ritenere accertati i seguenti gradi di incapacità lavorativa: del 20% in relazione alle problematiche psichiatriche, del 20% in relazione alle problematiche reumatologiche e dello 0% in relazione alle problematiche neurologiche.

Risulta pertanto condivisibile la valutazione globale esposta dal SAM nel rapporto pluridisciplinare del 25 gennaio 2017 (doc. 158), che come detto sopra, a partire da aprile 2016 ha ritenuto un grado complessivo di incapacità lavorativa del 30%, da considerare quale diminuzione del rendimento in un'attività rispettosa dei limiti funzionali dettati dalle affezioni fisiche.

Secondo il Tribunale federale, infatti, il grado di incapacità lavorativa complessivo va stabilito in base ad una valutazione globale, un semplice cumulo dei gradi essendo inammissibile (sentenza del TF 9C\_295/2013 del 20 giugno 2013 consid. 4.4). Inoltre, sempre secondo l'Alta Corte, la questione di sapere se i singoli gradi di inabilità lavorativa vadano sommati, e, se del caso, in quale misura, è una problematica squisitamente medica, che, di principio, il giudice non rimette in discussione (sentenza del TF 9C\_362/2014 del 19 agosto 2014 consid.7, 9C\_400/2011 del 20 marzo 2012 che rinvia alla sentenza del Tribunale federale delle assicurazioni I 338/01 del 4 settembre 2001, pubblicata in RDAT I-2002 n. 72 pag. 485 consid. 2b; anche sentenza 9C\_721/2012 del 24 ottobre 2012 consid. 4.2; anche sentenza I 606/03 del 19 agosto 2005 consid. 5.4.1 e 5.4.2).

## **12.3**

**12.3.1** Alla luce di quanto sopra esposto, la critica del ricorrente, secondo il quale la soppressione della rendita di invalidità è concretamente riconducibile al mancato esperimento del trattamento psichiatrico prescritto dal SAM, non può essere condivisa. Dagli atti si evince infatti che il miglioramento dello stato di salute, non è stato soltanto stabilito su base teorica in funzione del miglioramento prospettato dal SAM, come inizialmente aveva fatto il dr. M. \_\_\_\_\_ nel rapporto SMR del 3 dicembre 2015 (doc. 135, 137), bensì è stato accertato clinicamente dal dr. Q. \_\_\_\_\_ – che nel rapporto del 18 aprile 2016 indica che “nell'attualità, il signor A. \_\_\_\_\_ non

presenta alcuna patologia psichiatrica mentre manifesta problematiche psicologiche riconducibili allo stato di prolungata sofferenza fisica legato all'incidente e alle sue conseguenze", problematiche a suo dire di minima entità (doc. 143) –, dal dr. N. \_\_\_\_\_ – che nel referto peritale del 12 gennaio 2017 ha segnalato: "non avendo messo in evidenza una sintomatologia riconducibile ad un quadro psicopatologico di rilevante entità come quello rilevato in occasione della prima perizia SAM effettuata due anni or sono, quanto piuttosto un quadro presumibilmente riconducibile ad una forma depressiva larvata associata a tendenza alla focalizzazione sul disagio fisico, ritengo che la quantificazione del danno alla salute porti ad un'incapacità lavorativa psichiatrica del 20%" – e infine dalla dr.ssa P. \_\_\_\_\_ – che riferendosi alle conclusioni del dr. Q. \_\_\_\_\_ esclude la presenza di patologie d'ordine psichico.

La soppressione della rendita, come visto è dettato dal miglioramento della componente psichiatrica, che ha condotto ad un generale miglioramento dello stato di salute dell'assicurato, ritenuto ormai in grado di riprendere a svolgere un'attività lavorativa nell'arco di un'intera giornata, seppur con un rendimento ridotto.

A dimostrazione di questa circostanza, si osserva che nel mese di novembre 2017 il ricorrente ha, di sua sponte, chiesto all'amministrazione un aiuto al collocamento (doc. TAF 14) e il 21 dicembre 2017 sono stati intrapresi i primi passi per la ricerca di un posto di lavoro idoneo (doc. TAF 18). A tal proposito, giova rammentare che soltanto gli assicurati che sono idonei all'integrazione, ossia che dispongono di una capacità lavorativa residua, possono beneficiare di un aiuto al collocamento.

**12.3.2** Quanto alla conclusione della dr.ssa P. \_\_\_\_\_, che non ritiene possibile sopprimere il diritto alla rendita di A. \_\_\_\_\_, si rammenta che 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 (STF 9C\_13/2007 del 31 marzo 2008; DTF 125 V 256 consid. 4 pag. 261; 115 V 133 consid. 2 pag. 134; 114 V 310 consid. 3c pag. 314; 105 V 156 consid. 1 pag. 158). Non compete di contro al medico graduare l'invalidità, compito che spetta unicamente all'amministrazione sulla scorta degli accertamenti medici riguardanti lo stato di salute.

**13.**

In conclusione quindi risulta provato, con il grado della verosimiglianza preponderante valido nelle assicurazioni sociali, che al più tardi dal mese di aprile 2016, lo stato di salute del ricorrente, così come le conseguenze sulla capacità lavorativa, sono sostanzialmente migliorati. Da un punto di vista psichiatrico, reumatologico e neurologico una ripresa lavorativa in attività sostitutive, rispettose dei limiti funzionali riscontrati sarebbe esigibile nella misura del 70% (consid. 12.2.2.4). In tal senso sono stati indicati dei lavori non qualificati, ad esempio operaio generico addetto al servizio qualità, addetto all'area logistica e magazzino nel settore dentale di componentistica, addetto al magazzino e controllo imballaggi nel settore degli imballaggi, ecc. (doc. 140) e nell'ambito dell'aiuto al collocamento sono stati valutati degli impieghi nel settore sicurezza, magazziniere, autista, fattorino, operaio con mansioni leggere (allegato al doc. TAF 18).

**14.**

Ne consegue che il grado di invalidità, non contestato e pari al 16%, giustifica la soppressione della rendita così come statuito dall'UAIE.

**15.**

Da quanto esposto, ne 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.

**16.**

**16.1** Visto l'esito della procedura, le spese processuali di fr. 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 vengono compensate con l'anticipo spese, di identico ammontare, versato dall'insorgente il 28 novembre 2017 (doc. TAF 15).

**16.2** 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 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 fr. 800.-, già anticipate dal ricorrente, sono poste a suo carico e vengono compensate con l'acconto già versato.

**3.**

Non si riconoscono indennità per spese ripetibili.

**4.**

Comunicazione a:

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

La giudice unica:

Il cancelliere:

Michela Bürki Moreni

Luca Rossi

**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). 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: