



---

Corte III  
C-2861/2017

## **Sentenza del 17 settembre 2018**

---

Composizione

Giudici Michela Bürki Moreni (presidente del collegio),  
Christoph Rohrer, Daniel Stufetti,  
cancelliere Graziano Mordasini.

---

Parti

A. \_\_\_\_\_, (Italia)  
ricorrente,

contro

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

---

Oggetto

Assicurazione per l'invalidità, rendita limitata nel tempo  
(decisione del 10 aprile 2017).

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

A.\_\_\_\_\_, cittadino italiano, nato l'(...) 1981, celibe, senza figli, residente in Italia, ha lavorato in Svizzera dal 15 giugno 2011 in qualità di scalpellino. Egli ha interrotto il lavoro l'8 febbraio 2013 per motivi di salute che l'hanno costretto il 25 febbraio successivo a sottoporsi ad un intervento di erniectomia e discectomia su ernia discale L3-L4 (doc. 2, 7-5 dell'incarto dell'Ufficio dell'assicurazione per l'invalidità per gli assicurati residenti all'estero [UAIE]).

**B.**

**B.a** Il 6 agosto 2013 l'interessato ha formulato all'attenzione dell'Ufficio dell'assicurazione invalidità del Cantone dei B.\_\_\_\_\_ (Ufficio AI) una richiesta volta all'ottenimento di una rendita dell'assicurazione svizzera per l'invalidità (doc. UAIE 2).

**B.b** Nel corso dell'istruttoria l'Ufficio AI ha segnatamente assunto agli atti i rapporti, commissionati dall'C.\_\_\_\_\_, cassa malati dell'assicurato, del dott. D.\_\_\_\_\_, medico chirurgo, del 22 marzo 2013 (doc. UAIE 7-6 a 7-8) e del 15 luglio seguente del dott. E.\_\_\_\_\_ (doc. UAIE 7-13 a 7-15), specialista in medicina interna, nonché il questionario per il datore di lavoro del 20 agosto 2013 (doc. UAIE 16).

**B.c** Con rapporto del 19 settembre 2013 (doc. UAIE 28-1 a 28-2) il dott. F.\_\_\_\_\_, medico SMR, specialista in medicina interna, ha riconosciuto all'assicurato una completa incapacità lavorativa nell'attività abituale di scalpellino dall'8 febbraio 2013, mentre una capacità lavorativa del 50% dalla stessa data con progressivo aumento entro fine 2013 in attività sostitutive idonee, rispettose di determinate limitazioni funzionali.

**C.**

**C.a** Tra il mese di dicembre 2013 ed il mese di gennaio 2016 (doc. UAIE 33-189) A.\_\_\_\_\_ ha intrapreso diverse riqualifiche professionali svolgendo una formazione in informatica, corsi quale conducente di carrelli elevatori, un'introduzione al lavoro quale operatore della pietra naturale, degli stages presso diversi datori di lavoro, una formazione quale autista di autocarri ed una pratica in questa professione. Durante il periodo d'integrazione l'interessato ha percepito indennità giornaliera da parte dell'UAIE (doc. UAIE 50, 87, 104, 118, 121, 128, 136, 140, 151, 163, 165, 177, 179).

**C.b** A seguito del riacutizzarsi della problematica lombare dal febbraio 2016 l'assicurato ha interrotto i provvedimenti professionali (doc. UAIE 206; doc. 217 pag. 8).

#### **D.**

**D.a** Con perizia del 27 giugno 2016 (doc. UAIE 217), commissionata dall'Ufficio AI, il dott. G.\_\_\_\_\_, specialista in reumatologica e riabilitazione, ha ritenuto l'assicurato inabile al 100% nella precedente attività di scalpellino dal 5 dicembre 2012, mentre in un'attività adatta alle sue condizioni di salute abile al 100% dal 25 maggio 2013 (tre mesi dopo l'intervento alla colonna lombare), ad eccezione del periodo gennaio 2016-18 maggio 2016, in cui vi era inabilità totale per l'insorgenza di una sindrome cervico-vertebrale e cervico-brachiale (perizia succitata pag. 8 e 9).

**D.b** Con rapporto finale del 10 agosto 2016 il dott. F.\_\_\_\_\_ ha confermato le diagnosi poste dal dott. G.\_\_\_\_\_ e ne ha ripreso le conclusioni quo alla capacità lavorativa, sia come scalpellino che in attività sostitutive adeguate (doc. UAIE 229-8 a 229-9).

#### **E.**

**E.a** Mediante progetto di decisione del 21 settembre 2016 l'Ufficio AI ha riconosciuto all'interessato una rendita intera d'invalidità dal 1° febbraio 2016 al 31 agosto 2016. Esso ha per contro respinto la domanda di rendita per il periodo successivo, fissando un grado di invalidità del 7,24% (doc. UAIE 219), così come il diritto a provvedimenti integrativi, senza addurre alcuna motivazione.

**E.b** Con scritto del 20 settembre 2016 (recte 20 ottobre 2016; doc. UAIE 221-1) A.\_\_\_\_\_ si è opposto al progetto di decisione. Egli ha prodotto i referti radiologici del 23 febbraio 2016 del dott. H.\_\_\_\_\_ (doc. UAIE 221-2) e del 3 maggio seguente del dott. I.\_\_\_\_\_ (doc. UAIE 221-3), entrambi specialisti in neuroradiologia, il rapporto medico del dott. L.\_\_\_\_\_, specialista in neurochirurgia, del 18 maggio 2016 (doc. UAIE 221-5), nonché il certificato medico del dott. D.\_\_\_\_\_ del 10 ottobre seguente (doc. 221-6).

**E.c** Il dott. F.\_\_\_\_\_, chiamato nuovamente a pronunciarsi, con rapporto del 4 dicembre 2016 (doc. UAIE 229-13) ha affermato che la documentazione prodotta non mostrava una modifica dello stato di salute rispetto alla situazione presente in occasione della valutazione peritale del dott.

G.\_\_\_\_\_, tale da modificarne le valutazioni su cui poggia il progetto di decisione.

**E.d** Con decisione del 10 aprile 2017 (doc. UAIE 226) l'UAIE ha ripreso le argomentazioni e le conclusioni del progetto di decisione dell'Ufficio AI del 21 settembre 2016 (doc. UAIE 219). Esso ha altresì evidenziato che la documentazione prodotta dall'interessato in sede di osservazioni (consid. E.b) non era tale da inficiarne le conclusioni.

## **F.**

**F.a** Il 18 maggio 2017 A.\_\_\_\_\_ ha interposto ricorso dinanzi al Tribunale amministrativo federale, chiedendo l'annullamento della decisione impugnata, il riconoscimento di una rendita intera di invalidità anche dopo il 31 agosto 2016 e, infine, l'attribuzione di provvedimenti reintegrativi (doc. TAF 1 e allegati). Delle motivazioni si dirà, se necessario, nei considerandi di diritto.

A motivazione del proprio gravame l'interessato ha prodotto il rapporto del 4 maggio 2017 del dott. M.\_\_\_\_\_, specialista in neurochirurgia, il referto radiologico dello stesso giorno del dott. N.\_\_\_\_\_, specialista in radiodiagnostica, nonché il rapporto del 5 maggio 2017 del dott. D.\_\_\_\_\_ (tutti allegati al doc. TAF 1).

**F.b** Il 18 luglio 2017 l'assicurato ha versato l'anticipo spese di fr. 800.- (doc. TAF 11).

## **G.**

Tramite risposta del 13 settembre 2017 (doc. TAF 14) l'UAIE ha proposto la reiezione del gravame, rinviando alla presa di posizione dell'Ufficio AI del 7 settembre precedente (allegato al doc. TAF 14).

## **H.**

Esortato in data 20 settembre 2017 dal Tribunale adito a pronunciarsi in merito alla risposta (doc. TAF 15) l'insorgente non ha reagito.

## **I.**

Invitata il 17 novembre 2017 a prendere posizione in merito alla vertenza (doc. TAF 17), con scritto del 21 novembre seguente la O.\_\_\_\_\_ ha rinunciato a tale prerogativa (doc. TAF 18).

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

**1.1** Tribunale amministrativo federale esamina d'ufficio e con piena cognizione la sua competenza (art. 31 e segg. LTAF), rispettivamente l'ammissibilità dei gravami che gli vengono sottoposti (DTF 133 I 185 consid. 2 e relativi riferimenti).

**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, i ricorsi contro le decisioni, ai sensi dell'art. 5 PA, rese dall'Ufficio AI per le persone residenti all'estero.

**1.3** In virtù dell'art. 3 lett. d<sup>bis</sup> PA, la procedura in materia di assicurazioni sociali non è disciplinata dalla PA nella misura in cui è applicabile la 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<sup>bis</sup> 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), che ha altresì pagato l'acconto spese, il ricorso – interposto tempestivamente e rispettoso dei requisiti previsti dalla legge (art. 60 LPGGA nonché art. 52 PA) – è pertanto ammissibile.

**2.****2.1**

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

**2.1.2** 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).

**2.1.3** 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.

**2.1.4** 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).

**2.1.5** 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).

## **2.2**

**2.2.1** Dal profilo temporale sono applicabili le disposizioni in vigore al momento della realizzazione dello stato di fatto che deve essere valutato giuridicamente o che produce conseguenze giuridiche (DTF 136 V 24 consid. 4.3 e 130 V 445 consid. 1.2 e relativi riferimenti nonché DTF 129 V 1 consid. 1.2).

**2.2.2** La decisione impugnata, con cui è stata riconosciuta all'assicurato una rendita intera di invalidità limitata nel tempo dal 1° febbraio 2016 al 31 agosto 2016, è stata emessa il 10 aprile 2017. Ne consegue che sono applicabili le modifiche legislative di cui alla 6ª revisione della LAI (primo pacchetto) entrate in vigore il 1° gennaio 2012 e le eventuali modifiche successive intervenute fino alla data della decisione impugnata.

**3.**

Giova altresì rilevare che il potere cognitivo di questo Tribunale è delimitato dalla data della decisione impugnata. Il giudice delle assicurazioni sociali esamina infatti la decisione impugnata sulla base della situazione di fatto esistente al momento in cui essa è stata pronunciata, e meglio il 10° aprile 2017. 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 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.**

Oggetto del contendere è da un lato il diritto di A. \_\_\_\_\_ di percepire una rendita intera anche dopo il 31 agosto 2016. In concreto va quindi esaminato se la situazione di salute, rispettivamente la capacità lavorativa dell'assicurato, sono migliorate in misura tale da giugno 2016 da giustificare la soppressione, come sostiene l'amministrazione. Ad eccezione del periodo gennaio 2016-18 maggio 2016, a partire dal 25 maggio 2013 il dott.

G.\_\_\_\_\_ ha infatti attestato un miglioramento della capacità lavorativa consistente nella possibilità di eseguire attività adeguate al 100% (doc. UAIE 217). Dall'altro il ricorrente contesta il rifiuto di assegnargli provvedimenti integrativi, senza addurre tuttavia alcuna motivazione specifica.

## **6.**

**6.1** In via preliminare va rilevato che l'UAIE ha respinto il diritto ad eventuali provvedimenti integrativi senza addurre alcuna motivazione.

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

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

**6.4** Giusta l'art. 49 cpv. 3 seconda frase LPGA le decisioni devono essere motivate se non corrispondono interamente alle richieste delle parti. Il diritto di essere sentito di cui all'art. 29 cpv. 2 Cost. comprende infatti l'obbligo per l'autorità di motivare le proprie decisioni. Esso ha lo scopo, da un

lato, di porre la persona interessata nelle condizioni di afferrare le ragioni poste a fondamento della decisione, di rendersi conto della portata del provvedimento e di poterlo impugnare con cognizione di causa, e, dall'altro, di permettere all'autorità di ricorso di esaminare la fondatezza della decisione medesima. Ciò non significa tuttavia che l'autorità sia tenuta a pronunciarsi in modo esplicito ed esaustivo su tutte le argomentazioni addotte; essa può occuparsi delle sole circostanze rilevanti per il giudizio, atte ad influire sulla decisione (DTF 129 I 232 consid. 3.2 pag. 236; 126 I 97 consid. 2b pag. 102; 125 II 369 consid. 2c pag. 372).

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

**6.5** In concreto l'amministrazione ha chiaramente violato il diritto di essere sentito ritenuto che ha omesso di addurre, nella decisione impugnata, qualsivoglia motivazione. Pendente causa l'amministrazione ha tuttavia precisato che la pretesa va respinta essendo la capacità di guadagno totale (allegato doc. TAF 14 pag. 7).

La questione se, in simili circostanze, la carenza va considerata sanata, può restare indecisa, in quanto in ogni caso, per i motivi indicati nei considerandi successivi, il ricorso va accolto e l'incanto rinviato all'UAIE per ulteriori accertamenti. Di conseguenza l'amministrazione si pronuncerà nuovamente e in modo articolato sul diritto a provvedimenti professionali del ricorrente, ritenuto anche che non è provato con il grado della verosimiglianza valido nelle assicurazioni sociali che la capacità di guadagno del ricorrente è totale.

## **7.**

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

**7.2** L'art. 28 cpv. 1 LAI stabilisce che l'assicurato ha diritto ad una rendita alle seguenti condizioni: 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 al lavoro (art. 6 LPGA) almeno del 40% in media durante un anno senza notevole interruzione; e c. al termine di questo anno è invalido almeno al 40%.

**7.3** 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).

**7.4** 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 LPGA).

L'incapacità al guadagno è definita all'art. 7 LPGA e consiste nella perdita, totale o parziale, della possibilità di guadagno sul mercato del lavoro equilibrato che entra in considerazione, provocata da un danno alla salute fisica, mentale o psichica e che perdura dopo aver sottoposto l'assicurato alle cure ed alle misure d'integrazione ragionevolmente esigibili. 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 oggettivamente superabile.

## **8.**

**8.1** Secondo l'art. 17 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. 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 modificazione.

**8.2** 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, I 727/02 del 21 luglio 2005 consid. 5 nonché I 297/03 del 3 maggio 2005 consid. 1 e relativi riferimenti; cfr. pure sentenza del TAF C-1446/2011 del 27 giugno 2013 consid. 6.5 e relativi riferimenti).

**8.3** Secondo la giurisprudenza del Tribunale federale, costituisce motivo di revisione della rendita d'invalidità ogni modifica rilevante delle circostanze di fatto suscettibile d'influire sul grado di invalidità e, quindi, sul diritto alla rendita. 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 (sentenza del TF I 870/05 del 2 maggio 2007; DTF 130 V 343 consid. 3.5).

## **9.**

**9.1** In caso d'assegnazione retroattiva di una rendita scalare la data di modifica del diritto deve essere stabilita conformemente all'art. 88a OAI (RS 831.201; sentenze del TF 9C\_837/2009 del 23 giugno 2010 consid. 2, 9C\_443/2009 del 19 agosto 2009 consid. 5, I 727/02 del 21 luglio 2005 consid. 5 nonché I 297/03 del 3 maggio 2005 consid. 1 e relativi riferimenti; cfr. pure sentenza del TAF C-1446/2011 del 27 giugno 2013 consid. 6.5 e relativi riferimenti). Inoltre, il termine di attesa di tre mesi dell'art. 88a OAI non può iniziare a decorrere prima della nascita del diritto ad una rendita (cfr. sentenza del TF 9C\_110/2014 del 13 giugno 2014).

**9.2** Assegnando retroattivamente una rendita d'invalidità decrescente/crescente e/o limitata nel tempo, l'autorità amministrativa disciplina un rapporto giuridico suscettibile, in caso di contestazione, di essere oggetto della lite e dell'impugnativa. Qualora sia contestata solo la riduzione o la soppressione delle prestazioni, il potere cognitivo del giudice non è limitato nel senso che egli debba astenersi dallo statuire circa i periodi per i quali il riconoscimento di prestazioni non è censurato (DTF 125 V 413 consid. 2.2 et 2.3 confermato in 131 V 164). Va ricordato che nel caso in cui la prestazione sia accordata con effetto retroattivo – ma limitata nel tempo, aumentata oppure ridotta – esiste un'unica relazione giuridica. Ciò vale anche se l'assegnazione della rendita d'invalidità graduata e/o limitata nel tempo è stata comunicata mediante più decisioni (DTF 131 V 164 consid. 2.2 e 2.3).

## **10.**

**10.1** La nozione d'invalidità di cui all'art. 4 LAI e 8 LPGGA è di carattere giuridico economico e non medico (DTF 116 V 249 consid. 1b). In base all'art. 16 LPGGA, 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). 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).

**10.2** In assenza di documentazione economica, la documentazione medica costituisce un importante elemento di giudizio per determinare quali lavori siano ancora esigibili dall'assicurato, ma non spetta al medico graduare il grado d'invalidità dell'assicurato (DTF 114 V 314). Infatti, per costante giurisprudenza le certificazioni mediche possono costituire importanti elementi d'apprezzamento del danno invalidante, allorché permettono di valutare l'incapacità lavorativa e di guadagno dell'interessato in un'attività da lui ragionevolmente esigibile (DTF 115 V 134 consid. 2, 114 V 314 consid. 3c).

**10.3** 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). Nella sentenza pubblicata in VSI 2001 pag. 106 segg. la Corte ha però ritenuto conforme al principio del libero apprezzamento delle prove (art. 40 PC e art. 19 PA, art. 95 cpv. 2, art. 113 e 132 vOG) definire delle direttive in relazione alla valutazione di determinate forme di rapporti e perizie.

**10.4** 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).

## 11.

**11.1** In via preliminare si rileva che negli anni precedenti l'interruzione del lavoro, intervenuta l'8 febbraio 2013, A. \_\_\_\_\_ aveva già manifestato diversi problemi di salute alla colonna lombare (doc. UAIE 7-13), e meglio:

- nel 2000 era stato operato per una discectomia L4-L5 a destra;
- nel 2006 era stato sottoposto ad un nuovo intervento alla colonna lombare per un'ernia L3-L4 in urgenza per una paraparesi inferiore ingravescente;
- nel 2010 si era verificato un nuovo episodio sciatalgico all'arto inferiore

sinistro con regressione spontanea e recidiva dell'ernia discale L3-L4 a sinistra;

- nel dicembre 2012 infine vi era stata una riacutizzazione della sintomatologia sciatalgica all'arto inferiore sinistro con una nuova recidiva dell'ernia discale L3-L4.

**11.2** Il 25 febbraio 2013, momento in cui l'insorgente è stato sottoposto ad intervento di erniectomia e discectomia su ernia discale L3-L4 a seguito del riacutizzarsi dei dolori dal dicembre 2012, la dott.ssa P. \_\_\_\_\_, specialista in neurochirurgia, ha posto la diagnosi di recidiva di ernia L3-L4 a sinistra (doc. UAIE 7-5).

**11.3** In occasione della procedura relativa alla domanda di rendita avviata il 6 agosto 2013 è stato inoltre assunto agli atti il rapporto del 15 luglio 2013 (doc. UAIE 7-13 a 7-15), richiesto dall'C. \_\_\_\_\_, in cui il dott. E. \_\_\_\_\_ ha posto le diagnosi di " sindrome lombo-radicolare recidivante con: ernia discale L4-L5 con discectomia nel 2000, ernia discale L3-L4 con una paraparesi inferiore, con intervento di discectomia a sinistra nel 2006, sindrome lombo-radicolare a sinistra nel 2005 su ernia discale L3-L4 a sinistra, sindrome deficitaria su ernia discale L3-L4 a sinistra su ernia discale recidivante ed intervento di discectomia nel febbraio 2013, con deficit residui (iposensibilità alla forza e ai riflessi osteo-tendinei) e mobilità della colonna lombare ridotta " .

Al riguardo il medico ha evidenziato che " i disturbi elencati dal A. \_\_\_\_\_ sono credibili, obiettivabili, coerenti e concordanti con la documentazione in mio possesso e riconducibili ad una grave malattia della colonna lombare con delle ernie lombari recidivanti, con attualmente un deficit radicolare persistente, malgrado fisio-chinesiterapia, a distanza di 6 mesi dall'intervento in discectomia eseguito in semi-urgenza " .

L'esperto ha pertanto ritenuto A. \_\_\_\_\_ inabile al 100% nella precedente attività di scalpellino dal febbraio 2013, mentre totalmente abile al lavoro a relativamente breve termine in un'attività leggera, senza sollevamenti di pesi superiori ai 5 kg, senza ante-flessioni, senza posture inergonomiche e senza attività sopra l'orizzontale.

**11.4** Con rapporto del 19 settembre 2013 (doc. UAIE 28-1 a 28-2) il dott. F. \_\_\_\_\_ ha ripreso le diagnosi testé esposte e riconosciuto all'assicurato una completa incapacità lavorativa nell'attività di scalpellino dall'8 febbraio 2013, mentre una capacità lavorativa del 50% dalla stessa data, con progressivo aumento al 100% entro fine 2013, in attività sostitutive idonee.

## 12.

**12.1** In fase di osservazioni al progetto di decisione del 21 settembre 2016 con referto del 23 febbraio 2016 (doc. UAIE 221-2) relativo alla risonanza magnetica della colonna lombare eseguita il 18 febbraio 2016 il dott. H. \_\_\_\_\_, riferendosi ad un precedente esame eseguito in data 11 gennaio 2013, ha evidenziato che la RM mostrava “ a livello L2-L3 riaccentuata discopatia attualmente caratterizzata da ernia che tende a migrare caudalmente in sede mediana-paramediana destra; a livello L3-L4 non è più riconoscibile il voluminoso frammento discale espulso che migrava caudalmente (...); a livello L4-L5 si segnala la comparsa di ernia discale con frammento che migra caudalmente in sede mediana-paramediana destra “. Per il resto (si confronti L5-S1) l’esperto ha indicato che la situazione dell’assicurato era rimasta sostanzialmente stabile ed invariata.

**12.2** Dal canto suo con referto del 3 maggio 2016 relativo alla risonanza magnetica eseguita il 30 aprile 2016, il dott. I. \_\_\_\_\_, invitato a pronunciarsi a seguito della cervico-brachialgia con parestesia all’arto superiore sinistro evidenziata dall’insorgente, ha indicato che la RM alla colonna cervicale mostrava segnatamente “ in C5-C6 erniazione pre e intraforaminale a destra con iniziali alterazioni uncoartrosiche; in C6-C7 erniazione intraforaminale sinistra anch’essa accompagnata da alterazioni uncoartrosiche; non evidenza di alterazioni di significato patologico, dell’intensità di segnale del midollo osseo dei vari metameri esaminati; in C6 piccolo angioma vertebrale a presentazione atipica “ (doc. UAIE 221-3).

**12.3** Tramite rapporto del 18 maggio 2016 (doc. UAIE 221-5) il dott. L. \_\_\_\_\_ ha segnalato una lieve ipoestesia dolorifica in C6 e C7 a sinistra, l’assenza di deficit agli arti superiori e il rachide cervicale dolente alla palpazione e discretamente contratto. Egli ha poi evidenziato che la cervico-brachialgia di cui l’interessato soffriva da circa 5 mesi era migliorata dopo terapia medica e fisica e consigliato il proseguimento del trattamento fisiatrico e analgesico al bisogno.

## 13.

**13.1** Con perizia del 27 giugno 2016, commissionata dall’Ufficio AI, il dott. G. \_\_\_\_\_ ha posto le diagnosi con ripercussione sulla capacità lavorativa di “ sindrome cervico-brachiale a sinistra su discopatia C6-C7 sinistra e sindrome lombo-vertebrale cronica in stato dopo tre interventi chirurgici alla colonna lombare con componente spondilogeno a destra, sindrome residuale L5 sinistra sensitivo-motorica di moderata entità (doc. UAIE 217-7).

L'esperto ha evidenziato che " l'assicurato presenta attualmente una sindrome cervico-vertebrale e cervico-brachiale a sinistra. Questa si è manifestata nel gennaio di quest'anno e ha richiesto una terapia medicamentosa dapprima con corticosteroidi e in seguito una fisioterapia intensiva con applicazioni locali di ultrasuoni e della ginnastica che è ancora attualmente in atto. Egli è stato valutato in ambito neurochirurgico dove si è optato per una opzione di tipo conservativo con attualmente un chiaro miglioramento dei disturbi. L'assicurato non ha più dolori notturni, riesce a riposare bene, non ha più particolari dolori al braccio sinistro, leggeri formicolii, la forza è mantenuta. Clinicamente è ancora presente una certa limitazione della rotazione della colonna cervicale verso sinistra e la flessione laterale a sinistra. Vi sono dei dolori nei movimenti nella fase finale. L'evoluzione sembra essere per il momento favorevole " (doc. UAIE 217-8).

Il dott. G. \_\_\_\_\_ ha poi indicato che " per quanto riguarda la colonna lombare segnalo che l'assicurato è già stato operato una prima volta per ernia discale L4-L5 nell'anno 2000 con un'irritazione radicolare L5 sinistra ancora attualmente deficitaria con un residuo sensitivo-motorico di modica entità. Deficit della sensibilità lateralmente alla gamba sotto il ginocchio sinistro e una leggera paresi nell'estensione del piede sinistro con difficoltà a camminare sul tallone. Vi è stato poi un intervento chirurgico per ernia discale L3-L4 nel 2006 e il 25.02.2012 [recte 2013] ha dovuto essere nuovamente operato di discectomia e erniectomia a livello L3-L4 per recidiva di ernia discale. Dopo questo intervento progredientemente l'assicurato si è ripreso bene, persiste però ancora una sintomatologia dolorosa a carattere altalenante a livello lombare nell'ambito di una sindrome lombo-vertebrale con una leggera componente spondilogenica sul lato destro. Una RM della colonna lombare eseguita il 18.02.2016 ha evidenziato invece delle discopatie plurisegmentali da L2 fino a S1 con stato dopo intervento chirurgico L4-L5 e L3-L4 e presenza anche di una protrusione discale significativa L2-L3 " (doc. UAIE 217-8).

Il perito ha infine dichiarato che A. \_\_\_\_\_ presenta delle limitazioni in attività lavorative in cui deve mantenere posizioni statiche sia con la colonna cervicale che con la colonna lombare, non ergonomiche per la colonna vertebrale e in cui deve mantenere la posizione seduta per più di un'ora, mentre la posizione in piedi cambiando appoggio può essere mantenuta per più ore. Egli presenta inoltre dei limiti nell'alzare dei pesi superiori ai 7,5 kg ripetutamente e saltuariamente sopra i 10 kg, nello svolgere movimenti di rotazione della colonna cervicale se necessari soprattutto senza controllo o con rapidità e nei movimenti di flessione ed estensione della colonna lombare (doc. UAIE 217-8 a 217-9).

Il dott. G.\_\_\_\_\_ ha quindi ritenuto l'insorgente totalmente inabile nella precedente attività di scalpellino dal 5 dicembre 2012, mentre in un'attività adatta alle sue condizioni di salute abile al 100% a partire dal 25 maggio 2013 (tre mesi dopo l'intervento alla colonna lombare), ad eccezione del periodo gennaio 2016-18 maggio 2016, in cui egli, a causa delle patologie alla colonna cervicale, ha presentato un'inabilità totale anche in attività sostitutive (doc. UAIE 217-9).

**13.2** Le conclusioni del perito sono state riprese nel rapporto finale del 10 agosto 2016 dal dott. F.\_\_\_\_\_ (doc. UAIE 229-8 a 229-9).

#### **14.**

**14.1** In sede ricorsuale l'insorgente ha prodotto il rapporto del 4 maggio 2017 relativo alla visita neurochirurgica eseguita il 29 aprile precedente (allegato F al doc. TAF 1), quindi immediatamente successiva alla decisione impugnata, in cui il paziente ha riferito un progressivo peggioramento della deambulazione. Il dott. M.\_\_\_\_\_ ha raffrontato la risonanza magnetica eseguita nel febbraio 2016 con quella del 4 maggio 2017 e riscontrato a distanza di 15 mesi, un peggioramento in sede L3-L4 in presenza di un'ernia paramediana sinistra che determina un impegno del recesso, mentre a livello L4-L5 la situazione appare migliorata. In assenza di dolore radicolare costante o claudicatio neurogena l'esperto ha poi rinviato una decisione chirurgica e consigliato l'utilizzo di un busto lombare semirigido e l'astensione da sforzi con la colonna lombare in flessione.

**14.2** Il ricorrente ha pure trasmesso il rapporto (allegato G al doc. TAF 1) del dott. N.\_\_\_\_\_ relativo alla RM del 4 maggio 2017 eseguita alla colonna lombosacrale. Il medico ha raffrontato questi esami con quelli eseguiti nel febbraio 2016, evidenziando che " in un canale spinale di dimensioni ridotte per brevità peduncolare congenita, nel tratto compreso tra L2 ed S1, si riconosce un ulteriore e plurisegmentario restringimento del canale vertebrale, provocato da protrusioni disco-osteofitose ad ampio raggio e da un quadro degenerativo-artrosico posteriore, con associati effetti compressivi sul sacco durale ed una bilaterale riduzione in ampiezza dei corrispondenti forami di coniugazione, più evidente tra L4 ed S1 ". Egli ha poi indicato che " nel tratto compreso tra L3 ed L5, in esiti di pregressi interventi chirurgici, si associa la presenza di due piccole focalità erniarie disposte rispettivamente a L3-L4 in sede postero-laterale sinistra e, in sede postero-laterale destra, a L4-L5, le quali determinano un possibile conflitto disco-radicolare con il tratto pre-foraminale rispettivamente della radice L4 sinistra e della radice L5 controlaterale. A tali livelli, si associa un quadro di

discopatia in fase cronica (...), caratterizzato da una sostituzione adiposa subcondrale della spongiosa ossea adiacente alle limitanti somatiche contrapposte, reperto più evidente a L3-L4 ". L'esperto ha infine consigliato un completamento diagnostico mediante studio TC della colonna lombo-sacrale nel tratto compreso tra L3 e S1.

## 15.

Alla luce della documentazione prodotta dal ricorrente, in particolare dalle risonanze magnetiche del 18 febbraio 2016 e del 4 maggio 2017 e dei relativi rapporti, non si può concludere che la perizia del 27 giugno 2016 del dott. G.\_\_\_\_\_ su cui si è fondato il SMR e, a sua volta, l'UAIE, permetta di desumere in maniera completa, motivata, concludente e pertanto convincente un'evoluzione positiva tale della capacità lavorativa nell'esercizio di attività adeguate rispettose dei limiti funzionali posti, da giustificare la soppressione della rendita dal 31 agosto 2016.

**15.1** In primo luogo va rilevato che per quanto attiene da un lato alle affezioni relative alla colonna cervicale le risultanze e le conclusioni della perizia del dott. G.\_\_\_\_\_ del 27 giugno 2016 (consid. 13.1) coincidono con quanto attestato nel rapporto del 18 maggio 2016 dal dott. L.\_\_\_\_\_ (consid. 12.3), trasmesso dal ricorrente e permettono di ritenere provato con il grado della verosimiglianza valido nelle assicurazioni sociali un miglioramento della patologia cervico-brachiale - manifestatasi nel febbraio 2016 e per la quale l'assicurato era stato dichiarato inabile al lavoro al 100% - a far tempo dal 28 maggio 2016 grazie alle cure conservative poste in atto. Nessun documento agli atti mette in discussione le conclusioni del perito.

**15.2** Per quanto riguarda d'altro lato la colonna lombare la situazione non si può per contro dire migliorata. Semmai sia dalla risonanza di febbraio 2016 che da quella di maggio 2017 risulta un peggioramento della situazione valetudinaria.

Al riguardo il dott. G.\_\_\_\_\_ ha evidenziato che posteriormente all'intervento del 25 febbraio 2013 (a livello L3-L4) " l'assicurato si è ripreso bene, nonostante il persistere di una sintomatologia dolorosa a carattere altalente a livello lombare nell'ambito di una sindrome lombo-vertebrale con una leggera componente spondilogenica sul lato destro ".

Egli ha inoltre rilevato che " una RM della colonna lombare eseguita il 18 febbraio 2016 ha evidenziato delle discopatie plurisegmentali da L2 fino a S1 con stato dopo intervento chirurgico L4-L5 e L3-L4 e presenza anche di una protrusione discale significativa L2-L3 ". Il perito si è tuttavia limitato

ad esporre il contenuto del referto radiologico del dott. H. \_\_\_\_\_ del 23 febbraio 2016 (consid. 12.1), senza pronunciarsi in merito alle eventuali conseguenze di tali – nuove - affezioni a livello L2-L3 (“discopatia riaccennata caratterizzata da ernia che tende a migrare caudalmente in sede mediana-paramediana destra”) e L5-S1, sulla capacità lavorativa del ricorrente, segnatamente a livello L4-L5 (comparsa di ernia discale con frammento che migra caudalmente in sede mediana-paramediana destra; consid. 12.1).

Occorre inoltre prendere in considerazione il rapporto del dott. M. \_\_\_\_\_ e il referto radiologico del dott. N. \_\_\_\_\_ (allegati F e G al doc. TAF 1), entrambi del 4 maggio 2017, quindi immediatamente posteriori alla pronuncia dell’UAIE (si confronti sulla questione il considerando 3 del presente giudizio). Ora, l’autorità di prime cure non si è pronunciata in merito all’attestato peggioramento della deambulazione e in sede L3-L4 (presenza di un’ernia paramediana sinistra) evidenziato dal dott. M. \_\_\_\_\_ (consid. 14.1), limitandosi a rinviare alle conclusioni della perizia, di quasi un anno anteriore e fondata su una risonanza di 15 mesi prima, del dott. G. \_\_\_\_\_. Allo stesso modo essa ha omesso di prendere posizione in merito alla necessità del completamento diagnostico (tramite TC) per il tratto L3 e S1 consigliato dal dott. N. \_\_\_\_\_ (consid. 14.2), il quale ha pure attestato un peggioramento tra L2-S1 consistente in un ulteriore e plurisegmentale restringimento del canale vertebrale e in particolare a L3-L4 e L3-L5 (per i dettagli consid. 14.2).

**15.3** Alla luce di quanto sopra emerge che se da un lato è provato con il grado della verosimiglianza preponderante valido nelle assicurazioni sociali che le conseguenze provocate dall’affezione cervico-brachiale sono migliorate, è pur vero che dagli atti si evince pure un possibile peggioramento dell’affezione relativa alla zona lombare, sia alla luce della risonanza del 18 febbraio 2016 che di quella del 4 maggio 2017 che non è stato sufficiente discusso né approfondito. In simili circostanze non è dato di sapere se e in che misura il peggioramento in questione influisce sulla capacità lavorativa residua.

In conclusione la documentazione medica prodotta dal ricorrente sia in fase di osservazioni al progetto di decisione del 21 settembre 2016 che pendente causa di ricorso oggettiva un cambiamento dello stato di salute dell’interessato e mette in discussione l’attestato miglioramento. I referti menzionati sono pertanto tali da rimettere in discussione le conclusioni dell’autorità di prime cure.

Ne consegue che questa Corte, alla luce degli atti dell'incarto, non in grado di statuire sulla questione se, malgrado il miglioramento dello stato di salute per quanto attiene la colonna cervicale dal maggio 2016, globalmente la situazione sia effettivamente migliorata nella misura indicata dal dott. G.\_\_\_\_\_ oppure sia rimasta invariata alla luce dell'eventuale peggioramento intervenuto a livello della colonna lombare rispettivamente in che misura tale fatto influisca sulla capacità lavorativa residua.

La decisione impugnata, che viola il diritto federale, fondandosi su un accertamento incompleto dei fatti rilevanti, dev'essere annullata.

## **16.**

**16.1** Se il Tribunale amministrativo federale annulla una decisione, 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-2183/2013 del 28 gennaio 2015 consid. 10.1). In particolare, si sostituirà all'autorità inferiore se gli atti sono completi e comunque sufficienti ai fini dell'applicazione del diritto federale (v. sentenza del TF 9C\_162/2007 del 3 aprile 2008 consid. 2.3 e relativi riferimenti; DTF 126 II 43 e 125 II 326). Tale non è il caso nella presente fattispecie per i motivi precedentemente indicati.

**16.2** Gli atti di causa vanno pertanto rinviati all'UAIE affinché completi l'accertamento dei fatti giuridicamente rilevanti e, alla luce delle nuove risultanze istruttorie, si pronunci nuovamente sul diritto alla rendita del ricorrente. Occorre in particolare che l'autorità di prime cure approfondisca dal profilo medico se il cambiamento dello stato di salute reso plausibile dall'insorgente a far tempo da febbraio 2016 e che mette in discussione l'intervenuto miglioramento influisce sulla capacità lavorativa dell'assicurato. L'istruttoria complementare presuppone l'esecuzione di una perizia reumatologica dettagliata con particolare riferimento alla colonna lombare, l'esecuzione del completamento diagnostico mediante studio TC della colonna lombo-sacrale nel tratto compreso tra L3 e S1 consigliato dal dott. N.\_\_\_\_\_ (cfr., sulla possibilità di un rinvio all'autorità inferiore in particolare per completare un aspetto non approfondito, DTF 137 V 210 consid. 4.4.1.4 e sentenza del TF 8C\_633/2014 dell'11 dicembre 2014 consid. 3.2 e 3.3), nonché di ogni altro esame che l'evoluzione nel tempo dello stato di salute dell'assicurato dovesse rendere necessario.

**16.3** Per il resto, e tenuto conto dell'esito di tali accertamenti completivi, l'UAIE dovrà effettuare un confronto dei redditi sulla base delle possibili

attività sostitutive adeguate e si pronuncerà nuovamente sul grado di invalidità di A. \_\_\_\_\_ fermo restando il diritto alla rendita dal 1° febbraio 2016 al 31 agosto 2016 che è, non solo incontestato, bensì comprovato dalla documentazione agli atti.

## **17.**

**17.1** Visto l'esito della procedura non si prelevano spese processuali (art. 63 cpv. 1 PA). L'anticipo spese, di fr. 800.-, versato dall'insorgente il 18 luglio 2017 (doc. TAF 11) verrà restituito al ricorrente.

**17.2** L'insorgente non è rappresentato in questa sede e non risulta che abbia dovuto sopportare delle spese indispensabili e relativamente elevate in relazione alla procedura in corso. Di conseguenza non si giustifica l'attribuzione di un'indennità a titolo di spese ripetibili (art. 64 PA in combinazione con gli art. 7 e segg. del regolamento sulle tasse e sulle spese ripetibili nelle cause dinanzi al Tribunale amministrativo federale del 21 febbraio 2008 [TS-TAF, RS 173.320.2]).

(dispositivo alla pagina seguente)

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

**1.**

Il ricorso è parzialmente accolto, la decisione impugnata del 10 aprile 2017 è annullata e gli atti di causa sono rinviati all'UAIE affinché proceda al completamento dell'istruttoria ed emani una nuova decisione ai sensi dei considerandi 6, 15 e 16.

**2.**

Non si prelevano spese processuali. L'anticipo di fr. 800.-, versato il 18 luglio 2017, sarà restituito al ricorrente allorquando la presente sentenza sarà cresciuta in giudicato.

**3.**

Non si attribuiscono spese ripetibili.

**4.**

Comunicazione a:

- ricorrente (raccomandata con avviso di ricevimento)
- autorità inferiore (n. di rif. [...]); raccomandata)
- Ufficio federale delle assicurazioni sociali (raccomandata)
- O.\_\_\_\_\_ (raccomandata)

I rimedi giuridici sono menzionati alla pagina seguente.

La presidente del collegio:

Il cancelliere:

Michela Bürki Moreni

Graziano Mordasini

**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 degli 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: