



---

Corte III  
C-3065/2022

## Sentenza del 10 marzo 2025

---

Composizione

Giudici Vito Valenti (presidente del collegio),  
Selin Elmiger-Necipoglu, Caroline Gehring,  
cancelliere Oliver Engel.

---

Parti

**A.** \_\_\_\_\_, (Italia),  
rappresentato dal Patronato INAS,  
ricorrente,

contro

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

---

Oggetto

Assicurazione per l'invalidità; rendite limitate nel tempo  
(decisioni del 23 agosto 2021).

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

**A.a** A. \_\_\_\_\_ (di seguito: assicurato, interessato, ricorrente o insorgente), cittadino italiano, nato il (...) 1965, sposato, con figli, ha lavorato in Svizzera dal 1° luglio 1987 a fine luglio 2017. A partire dal 21 agosto 1989 è stato alle dipendenze della B. \_\_\_\_\_ SA di (...), in qualità di responsabile tecnico del servizio clientela, solvendo regolari contributi all'assicurazione svizzera per la vecchiaia, i superstiti e l'invalidità (vedi in particolare l'estratto del conto individuale al doc. 8 dell'incarto dell'autorità inferiore [di seguito: doc. UAIE 8]).

**A.b** Il 10 marzo 1993, durante una partita di calcio, l'interessato ha subito un trauma distorsivo al ginocchio destro. A tale infortunio hanno fatto seguito diverse ricadute (con progrediente artrosi femoro-patellare e femoro tibiale) e svariati interventi di meniscectomia parziale e shaving artroscopico (in particolare negli anni 1994, 2004 e 2006). L'assicurato ha nondimeno continuato ad esercitare la propria attività a tempo pieno (doc. UAIE 144 e segg.).

**A.c** In data 13 febbraio 2015, l'assicurato è stato vittima di un incidente della circolazione stradale: mentre viaggiava in bicicletta è stato urtato da un trattore ed è caduto a terra. Al pronto soccorso dell'Ospedale di zona C. \_\_\_\_\_ di (...) (IT) gli sono state diagnosticate policontusioni del capo, dell'arcata dentaria con semiavulsione 5/6 sup, del rachide cervicale con distrazione e contusione delle ginocchia (v. in particolare doc. UAIE 157 e segg.).

**A.d** A seguito del menzionato incidente è stata aperta una procedura da parte dell'assicuratore contro gli infortuni, nella fattispecie la D. \_\_\_\_\_, v. annuncio infortunio del 18 febbraio 2015; doc. UAIE 154) e l'assicurato è stato dichiarato totalmente inabile al lavoro (cfr. doc. UAIE 155 e segg.). Nelle settimane successive alla caduta, sono insorti dolori diffusi, formicolio, sensazione di gonfiore agli arti inferiori ed al passaggio lombo-sacrale, difficoltà a muoversi, disturbi del sonno, astenia, deflessione del tono dell'umore e stati ansiosi (doc. UAIE 161 a 166).

**B.**

**B.a** Il 22 febbraio 2016, l'assicurato ha trasmesso all'Ufficio dell'assicurazione invalidità del cantone E. \_\_\_\_\_ (di seguito UAI-E. \_\_\_\_\_) il formulario per la richiesta di integrazione professionale/rendita

dell'assicurazione per l'invalidità, avendo in precedenza – in data 27 maggio 2015 – tramite la D. \_\_\_\_\_, già inoltrato un annuncio per il mantenimento del termine ex art. 29 cpv. 1 LAI (doc. UAIE 1 a 5).

**B.b** Con decisione del 23 marzo 2016, la D. \_\_\_\_\_ ha comunicato all'interessato di aver corrisposto fino ad allora prestazioni assicurative per i postumi dell'infortunio del 13 febbraio 2015 ma che dagli accertamenti più recenti risultava che le cause organiche non erano sufficienti a spiegare i disturbi ancora lamentati. Non era altresì ravvisabile una relazione di causalità adeguata tra l'incidente e il danno insorto. Pertanto, ha interrotto l'erogazione delle prestazioni assicurative a partire dal 4 marzo 2016 (doc. UAIE 178).

**B.c** Dopo la chiusura del caso da parte della D. \_\_\_\_\_, l'incapacità lavorativa è stata notificata all'assicuratore per perdita di guadagno in caso di malattia – F. \_\_\_\_\_ SA (di seguito F. \_\_\_\_\_) –, il quale, in virtù di una valutazione psichiatrica del dott. G. \_\_\_\_\_ del 25 aprile 2016, con decisione del 29 aprile 2016, ha ritenuto l'interessato abile al lavoro nella misura del 100% a decorrere dal 22 aprile 2016, sopprimendo le proprie prestazioni a partire da tale data (doc. UAIE 288 e segg.; v. anche doc. UAIE 292, 295 e 304).

**B.d** A partire dal 1° luglio 2016, l'assicurato ha ripreso la precedente attività lavorativa al 50% (doc. UAIE 37 e segg.).

**B.e** Con scritto del 24 aprile 2017, la B. \_\_\_\_\_ SA ha disdetto il rapporto di lavoro con effetto al 31 luglio 2017 a causa di ristrutturazioni interne e per i motivi esposti all'interessato verbalmente (cfr. doc. UAIE 58).

**B.f** Con decisione del 15 maggio 2017, l'UAIE ha assegnato all'assicurato una rendita intera d'invalidità dal 1° febbraio 2016 al 30 aprile 2016, con corrispondente rendita per figli. A decorrere dal 22 aprile 2016 (data in cui il dott. G. \_\_\_\_\_ ha sottoposto l'assicurato ad una visita psichiatrica ambulatoriale per F. \_\_\_\_\_), l'autorità inferiore ha considerato il ricorrente abile al 100% in qualsivoglia attività (doc. UAIE 58).

**B.g** Con atto del 22 giugno 2017, regolarizzato il 13 luglio 2017, l'interessato ha interposto ricorso dinanzi al Tribunale amministrativo federale (TAF) contro la decisione dell'UAIE del 15 maggio 2017, mediante il quale ha chiesto di esser posto al beneficio di almeno una mezza rendita a decorrere dal 1° maggio 2016 (doc. UAIE 65 e segg.).

**B.h** Il 9 agosto 2017, l'interessato ha annunciato presso la D.\_\_\_\_\_ il riacutizzarsi dei dolori al ginocchio destro, da ritenersi quali ricaduta del precedente infortunio del 10 marzo 1993. Con scritto del 25 settembre 2017, la D.\_\_\_\_\_ lo ha informato di accordare un'indennità giornaliera a decorrere dal 24 luglio 2017.

**B.i** Gli specialisti che hanno esaminato l'interessato hanno attestato dapprima una totale inabilità lavorativa e dal 1° gennaio 2018 un'inabilità del 50% (doc. UAIE 181 e segg.).

**B.j** Il 17 maggio 2018, l'assicurato si è sottoposto ad un intervento di protesi totale al ginocchio destro (doc. UAIE 98).

**B.k** Con visita medico-circondariale di chiusura del 17 dicembre 2018, il dott. H.\_\_\_\_\_, specialista in chirurgia ortopedica e traumatologia dell'apparato locomotore della D.\_\_\_\_\_, ha attestato una piena capacità lavorativa in attività adeguate (attività perlopiù leggera e sedentaria [doc. UAIE 239]).

**B.l** Con decisione dell'11 gennaio 2019, la D.\_\_\_\_\_ ha rilevato che dagli accertamenti medici ed economici è risultato che dall'assicurato – nonostante i postumi infortunistici – era possibile pretendere un lavoro da leggero a di rado mediamente pesante per tutto il giorno al 100% e che dal raffronto dei redditi risultava un'incapacità al guadagno dell'8%. Essa ha pertanto negato il diritto a percepire una rendita d'invalidità ma gli ha riconosciuto un'indennità per menomazione dell'integrità del 15% (doc. UAIE 245 [un'indennità per menomazione del 5% gli era già stata versata nel 2007 {doc. UAIE 244}]).

**B.m** Con decisione su opposizione del 28 febbraio 2019, la D.\_\_\_\_\_ ha confermato la decisione impugnata e respinto l'opposizione presentata dall'interessato contro la decisione dell'11 gennaio 2019 (doc. UAIE 249).

**B.n** Con sentenza C-3547/2017 del 10 settembre 2019, il Tribunale amministrativo federale ha parzialmente accolto il gravame, annullato la decisione dell'UAIE del 15 maggio 2017 e rinviato gli atti di causa all'autorità inferiore affinché procedesse al completamento dell'istruttoria, segnatamente tramite perizia pluridisciplinare in reumatologia, ortopedia, neurologia e psichiatria, ed alla pronuncia di una nuova decisione. Fermo restando che nell'ambito del rinvio per ulteriori accertamenti la rendita intera accordata al ricorrente dal 1° febbraio 2016 al 30 aprile 2016 era da ritenersi

acquisita, la stessa non essendo stata contestata e non risultando elementi per poterla mettere in dubbio.

**B.o** Con sentenza del 16 ottobre 2019, il Tribunale cantonale delle assicurazioni del Canton E. \_\_\_\_\_ ha respinto il ricorso interposto dall'interessato contro la decisione su opposizione della D. \_\_\_\_\_ del 28 febbraio 2019 (doc. UAIE 272).

**B.p** A seguito della menzionata sentenza del TAF, l'UAIE ha fatto esperire ulteriori accertamenti medici, in particolare una perizia pluridisciplinare del Servizio accertamento medico di Bellinzona (SAM) in medicina interna, reumatologia, neurologia e psichiatria del 10 marzo 2021, da cui è risultato che il ricorrente è limitato dalle patologie di natura reumatologica e psichiatrica (non sono state infatti ritenute patologie neurologiche aventi incidenze sulla capacità lavorativa). Nell'ultima attività esercitata è stato ritenuto abile al lavoro all'80% dal 1° maggio 2016 a dicembre 2017 (presenza durante tutto il giorno, ma con rendimento ridotto), tenuto conto della patologia psichiatrica. Da gennaio 2018 (in base al rapporto di visita circondariale del medico D. \_\_\_\_\_), l'assicurato presenta, sempre nella sua precedente attività, una capacità lavorativa del 30% (presenza tutto il giorno, ma con rendimento ridotto), ritenuto, tuttavia, che dal 17 maggio 2018 al 16 agosto 2018 vi è stata, sempre nell'ultima attività esercitata, una totale incapacità lavorativa. In attività adeguate rispettose dei ritenuti limiti funzionali, l'assicurato ha una capacità lavorativa dell'80% da maggio 2016 e continua, fermo restando un periodo di tre mesi di totale inabilità lavorativa dal 17 maggio 2018 al 16 agosto 2018 a causa dell'intervento di artroprotesi al ginocchio destro (v. doc. UAIE 111).

**B.q** Con rapporto finale SMR del 12 marzo 2021, il dott. I. \_\_\_\_\_, specialista in psichiatria e psicoterapia, ha confermato diagnosi e periodi di incapacità lavorativa attestati dai periti del SAM (doc. UAIE 112).

**B.r** Con progetto di decisione del 6 aprile 2021, l'UAI-E. \_\_\_\_\_ ha quindi prospettato all'interessato l'attribuzione di una rendita d'invalidità intera dal 1° febbraio 2016 (ossia un anno dopo l'insorgere dell'incapacità lavorativa) fino al 31 luglio 2016 (tre mesi dopo il miglioramento dello stato di salute del 22 aprile 2016) e nuovamente dal 1° maggio 2018 (risorgere dell'invalidità ai sensi dell'art. 29bis OAI e intervento di artroprotesi) al 30 novembre 2018 (tre mesi dopo il miglioramento dello stato di salute del 17 agosto 2018 [doc. UAIE 121]).

**B.s** Con osservazioni del 7 maggio 2021, l'interessato ha chiesto il riesame del progetto di decisione alla luce dei documenti medici allegati, ossia il rapporto medico del 28 aprile 2021 della dott.ssa J. \_\_\_\_\_, specialista in ortopedia e traumatologia, e la relazione psichiatrica del 6 maggio 2021 redatta dal dott. K. \_\_\_\_\_, specialista in psichiatria interpellato dall'assicurato (doc. UAIE 126).

**B.t** Tale documentazione medica è stata sottoposta ai periti del SAM, i quali, con osservazioni dell'11 agosto 2021, hanno indicato che i referti prodotti non apportavano elementi atti a modificare le valutazioni del 10 marzo 2021 (doc. UAIE 130).

**B.u** Con annotazione SMR del 13 agosto 2021, il dott. I. \_\_\_\_\_ ha indicato di aver preso visione dell'articolata, esaustiva e condivisibile presa di posizione dei periti SAM ed ha confermato la precedente presa di posizione (doc. UAIE 133).

**B.v** Con decisioni del 23 agosto 2021, l'UAIE ha pertanto sancito il diritto dell'interessato di percepire una rendita d'invalidità intera dal 1° febbraio 2016 al 31 luglio 2016, nonché dal 1° maggio 2018 al 30 novembre 2018, con le corrispondenti rendite per figli. Ha inoltre precisato che la documentazione medica trasmessa con le osservazioni non comportava elementi che permettessero di scostarsi dalle conclusioni peritali (doc. UAIE 138).

**B.w** Per motivi imputabili all'UAIE, le decisioni del 23 agosto 2021 sono state notificate all'assicurato unicamente con invio del 14 giugno 2022 (v. doc. UAIE 138).

## **C.**

**C.a** Il 13 luglio 2022, l'interessato ha inoltrato ricorso cautelativo contro le summenzionate decisioni, riservandosi la possibilità di annullare il ricorso, rispettivamente di completarlo entro il 5 agosto 2022, una volta in possesso dei referti redatti dai propri medici di fiducia (doc. TAF 1).

**C.b** Con provvedimento del 22 luglio 2022, questo Tribunale ha invitato il ricorrente ad indicare, entro il 5 agosto 2022, se intendesse mantenere o meno il gravame del 13 luglio 2022 e, se del caso, a completarlo entro il medesimo termine (doc. TAF 2).

**C.c** Con scritto del 5 agosto 2022, il ricorrente ha confermato e completato il ricorso del 13 luglio 2022, chiedendone l'accoglimento con annullamento delle decisioni impugnate ed il riconoscimento, oltre al diritto ad una rendita

intera dal 1° febbraio 2016 al 31 luglio 2016 e dal 1° maggio 2018 al 30 novembre 2018, di una incapacità lavorativa di almeno 50% in qualsiasi attività per il periodo dal 1° maggio 2016 al 30 aprile 2018, nonché di un grado di incapacità lavorativa non inferiore al 70% in qualsiasi attività a decorrere dal 1° dicembre 2018. L'insorgente ha altresì formulato una domanda di assistenza giudiziaria, nel senso della dispensa dalle spese processuali. A sostegno delle proprie conclusioni nel merito, ha prodotto ulteriore documentazione medica, di cui si dirà in dettaglio, se necessario, nei considerandi in diritto (doc. TAF 3).

**C.d** Con scritto del 26 agosto 2022, il ricorrente ha comunicato a questo Tribunale di ritirare la domanda d'assistenza giudiziaria nel senso della dispensa dal pagamento delle spese giudiziarie, chiedendo di poter corrispondere la somma dovuta in al massimo tre rate (doc. UAIE 7).

**C.e** Con decisione incidentale del 28 settembre 2022, questo Tribunale ha respinto la domanda di versamento rateale dell'anticipo sulle presumibili spese processuali (doc. UAIE 9) ed il 5 ottobre 2022 l'interessato ha versato il richiesto anticipo di CHF 800.- (doc. TAF 11 e 12).

**C.f** Nella risposta al ricorso del 19 settembre 2022 – che si fonda sul preavviso dell'UAI-E. \_\_\_\_\_ del 12 settembre 2022 e sul complemento peritale del SAM del 2 settembre 2022 – l'autorità inferiore ha rilevato che il ricorrente non ha prodotto referti medici atti a smentire le dettagliate, esaustive ed approfondite valutazioni eseguite dal SAM. Pertanto, ha proposto la reiezione del gravame e la conferma dei provvedimenti impugnati (doc. TAF 8).

**C.g** Con replica del 10 novembre 2022, l'interessato ha prodotto nuova documentazione medica e ribadito le argomentazioni e conclusioni ricorsuali, sottolineando che in ambito psichiatrico, reumatologico e neurologico la perizia del SAM risulta essere in contrasto con le conclusioni dei referti medici da lui prodotti (doc. TAF 15).

**C.h** Con duplica del 3 gennaio 2023, l'autorità inferiore – rinviando al preavviso dell'UAI-E. \_\_\_\_\_ del 22 dicembre 2022 e alla presa di posizione dei periti del SAM del 20 dicembre 2022 – ha rilevato che neppure la nuova documentazione prodotta comportava elementi in grado di confutare le sue conclusioni, chiedendo la conferma delle decisioni impuginate (doc. UAIE 19).

**C.i** Nelle osservazioni del 2 febbraio 2023, l'insorgente ha preso posizione in merito alle tesi esposte dall'autorità inferiore, ribadendo le proprie conclusioni ricorsuali (doc. TAF 22).

**C.j** Ulteriori fatti e argomentazioni verranno ripresi, per quanto necessario, nei considerandi in diritto del presente giudizio.

## **Diritto:**

### **1.**

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

**1.2** Riservate le eccezioni – non realizzate nel caso di specie – di cui all'art. 32 LTAF, questo Tribunale giudica, in virtù dell'art. 31 LTAF in combinazione con l'art. 33 lett. d LTAF e l'art. 69 cpv. 1 lett. b LAI (RS 831.20), i ricorsi contro le decisioni, ai sensi dell'art. 5 PA, rese dall'Ufficio dell'assicurazione per l'invalidità per le persone residenti all'estero (UAIE).

**1.3** Giusta l'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 e art. 48 cpv. 1 PA), il ricorso è stato interposto tempestivamente (art. 60 LPGGA e art. 50 cpv. 1 PA) e rispetta i requisiti previsti dalla legge (art. 52 cpv. 1 PA). L'anticipo spese è stato corrisposto entro il termine impartito (art. 63 cpv. 4 PA). Il ricorso è pertanto ammissibile.

### **2.**

Il ricorrente è cittadino di uno Stato membro della Comunità europea, residente in Italia, e sussiste un nesso transnazionale, il medesimo essendo stato assicurato ed avendo lavorato in Svizzera dal 1° luglio 1987 a fine luglio 2017, per cui è applicabile, di principio, l'Accordo del 21 giugno 1999 tra la Confederazione svizzera e la Comunità europea ed i suoi Stati

membri sulla libera circolazione delle persone (ALC, RS 0.142.112.681) ed il relativo Allegato II che regola il coordinamento dei sistemi di sicurezza sociale. L'allegato II ALC prevede in particolare che le parti contraenti applicano tra di loro, dal 1° aprile 2012, 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 (art. 1 cpv. 1 Allegato II ALC in relazione con la Sezione A dell'Allegato II ALC). Il Regolamento (CE) n. 883/2004 è stato ulteriormente modificato dai regolamenti (UE) n. 1244/2010 (RU 2015 343), n. 465/2012 (RU 2015 345) e n. 1224/2012 (RU 2015 353), applicabili nelle relazioni tra la Svizzera e gli Stati membri dell'Unione europea a decorrere dal 1° gennaio 2015. Tuttavia, anche in seguito all'entrata in vigore dell'ALC, l'organizzazione della procedura, come pure l'esame delle condizioni di ottenimento di una rendita d'invalidità svizzera, sono regolate dal diritto interno svizzero (art. 46 cpv. 3 del Regolamento n. 883/2004 in relazione con l'Allegato II del regolamento medesimo; DTF 130 V 253 consid. 2.4).

### **3.**

**3.1** Dal profilo temporale, con riserva di disposizioni particolari di diritto transitorio, sono applicabili le disposizioni in vigore al momento della realizzazione dello stato di fatto che deve essere valutato giuridicamente o che produce conseguenze giuridiche (DTF 146 V 364 consid. 7.1; 139 V 335 consid. 6.2; 136 V 24 consid. 4.3).

**3.2** Il 1° gennaio 2022, sono entrate in vigore le modifiche del 19 giugno 2020 della LAI e della LPGA (Ulteriore sviluppo dell'AI; RU 2021 705; FF 2017 2191) e le modifiche del 3 novembre 2021 dell'Ordinanza del 17 gennaio 1961 sull'assicurazione per l'invalidità (OAI, RS 831.201; RU 2021 706). Queste disposizioni sono applicabili a tutte le rendite il cui diritto, ai sensi dell'art. 29 LAI, è nato a partire dal 1° gennaio 2022, anche se l'invalidità è insorta prima di questa data (Circolare dell'UFAS sull'invalidità e sulla rendita nell'assicurazione per l'invalidità [CIRAI; valida dal 1° gennaio 2022, stato al 1° luglio 2022], cifra marginale 9100; Circolare dell'UFAS concernente le disposizioni transitorie della riforma Ulteriore sviluppo dell'AI sul sistema di rendite lineare [C DT US AI; valida dal 1° gennaio 2022, stato al 1° gennaio 2022] cifre marginali 1007 a 1010).

**3.3** Nel caso in esame, si applicano di principio le disposizioni legali nella loro versione in vigore al 23 agosto 2021. Le modifiche del 19 giugno 2020 della LAI e della LPGA (Ulteriore sviluppo dell'AI; RU 2021 705; FF 2020 4951; Messaggio del Consiglio federale del 15 febbraio 2017 [FF 2017 2191]) e le modifiche del 3 novembre 2021 dell'OAI (RU 2021 706), entrate in vigore al 1° gennaio 2022, non sono pertanto applicabili.

**3.4** Il potere cognitivo di questo Tribunale è delimitato dalla data della decisione impugnata, in quanto il giudice delle assicurazioni sociali esamina il provvedimento sulla base della situazione di fatto esistente al momento in cui essa è stata pronunciata (DTF 136 V 24 consid. 4.3). Tiene tuttavia conto dei fatti verificatisi dopo tale data quando essi possano imporsi quali elementi d'accertamento retrospettivo della situazione anteriore alla decisione stessa (DTF 129 V 1 consid. 1.2 e 121 V 362 consid. 1b), in altri termini se gli stessi sono strettamente connessi all'oggetto litigioso e se sono suscettibili di influire sull'apprezzamento del giudice al momento in cui detta decisione litigiosa è stata resa (cfr. sentenza del TF 8C\_278/2011 del 26 luglio 2011 consid. 5.5 nonché 9C\_116/2010 del 20 aprile 2010 consid. 3.2.2; DTF 118 V 200 consid. 3a in fine).

#### **4.**

**4.1** Secondo costante giurisprudenza, assegnando retroattivamente una rendita d'invalidità degressiva e/o limitata nel tempo, l'autorità amministrativa disciplina un rapporto giuridico suscettibile di essere in caso di contestazione 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 contestato (cfr., su questo punto, in particolare DTF 131 V 164 consid. 2 e DTF 125 V 413 consid. 2d).

**4.2** Nel caso di specie, l'oggetto litigioso è pertanto rappresentato dalle decisioni dell'UAIE del 23 agosto 2021 (consid. B.v del riassunto dei fatti del presente giudizio), fermo restando che il Tribunale amministrativo federale ha già statuito con sentenza del 10 settembre 2019 (nel caso C-3547/2017) sul diritto del ricorrente a vedersi assegnata una rendita intera dal 1° febbraio al 30 aprile 2016 (v. consid. 10.3 della richiamata sentenza).

## **5.**

**5.1** L'invalidità ai sensi della LPGA e della LAI è l'incapacità al guadagno totale o parziale presumibilmente permanente o di lunga durata che può essere conseguente ad infermità congenita, malattia o infortunio (art. 8 LPGA e art. 4 cpv. 1 LAI).

**5.2** Secondo l'art. 7 LPGA, è considerata incapacità al guadagno la perdita, totale o parziale, della possibilità di guadagno sul mercato del lavoro equilibrato che entra in considerazione, provocata da un danno alla salute fisica, mentale o psichica e che perdura dopo aver sottoposto l'assicurato alle cure ed alle misure d'integrazione ragionevolmente esigibili. In caso d'incapacità al lavoro di lunga durata, possono essere prese in considerazione anche le mansioni esigibili in un'altra professione o campo d'attività (art. 6 LPGA).

**5.3** Giusta l'art. 28 cpv. 2 LAI, nella versione in vigore fino al 31 dicembre 2021, l'assicurato ha diritto ad un quarto di rendita se è invalido per almeno il 40%, ad una mezza rendita se è invalido per almeno la metà, a tre quarti di rendita se è invalido per almeno il 60% e ad una rendita intera se è invalido per almeno il 70%.

**5.4** L'art. 28 cpv. 1 LAI, prevede che l'assicurato ha diritto a una rendita se la sua capacità al guadagno o la sua capacità di svolgere le mansioni consuete non può essere ristabilita, mantenuta o migliorata mediante provvedimenti d'integrazione ragionevolmente esigibili (lettera a), ha avuto un'incapacità al lavoro (art. 6 LPGA) almeno del 40% in media durante un anno senza notevole interruzione (lettera b) e al termine di questo anno è invalido (art. 8 LPGA) almeno al 40% (lettera c).

**5.5** La nozione d'invalidità di cui all'art. 4 LAI e 8 LPGA è un concetto di carattere economico-giuridico e non medico (sentenze del TF 9C\_318/2014 del 10 settembre 2014 consid. 3.1 e 8C\_636/2010 del 17 gennaio 2011 consid. 3 e relativi riferimenti). In base all'art. 16 LPGA, applicabile per il rinvio dell'art. 28 cpv. 2 LAI in vigore fino a fine 2021, per valutare il grado d'invalidità, il reddito che l'assicurato potrebbe conseguire esercitando l'attività ragionevolmente esigibile da lui dopo la cura medica e l'eventuale esecuzione di provvedimenti d'integrazione (reddito da invalido), tenuto conto di una situazione equilibrata del mercato del lavoro, è confrontato con il reddito che egli avrebbe potuto ottenere se non fosse diventato invalido (reddito da valido; metodo generale del raffronto dei redditi).

**5.6** L'assicurazione svizzera per l'invalidità risarcisce pertanto, e di principio, soltanto la perdita economica che deriva da un danno alla salute fisica o psichica dovuto a malattia o infortunio, non la malattia o la conseguente incapacità lavorativa (DTF 116 V 246 consid. 1b).

## **6.**

**6.1** Quando l'amministrazione – come nel caso concreto – con una o più decisioni attribuisce una rendita per un certo periodo e, contemporaneamente, la riduce o la sopprime per un periodo successivo, devono essere applicate per analogia le regole sulla revisione di decisioni amministrative ai sensi dell'art. 17 LPGA (DTF 131 V 164, 131 V 120, 125 V 143; sentenza del TF 9C\_362/2014 del 19 agosto 2014 consid. 3 con rinvii).

**6.2** Secondo l'art. 17 LPGA, nella versione in vigore fino al 31 dicembre 2021, 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 stabilisce che ogni altra prestazione durevole accordata in virtù di una disposizione formalmente passata in giudicato è, d'ufficio o su richiesta, aumentata, diminuita o soppressa se le condizioni che l'hanno giustificata hanno subito una notevole modifica.

**6.3** L'art. 88a cpv. 1 OAI prevede che se la capacità al guadagno dell'assicurato o la capacità di svolgere le mansioni consuete migliora oppure se la grande invalidità o il bisogno di assistenza o di aiuto dovuto all'invalidità si riduce, il cambiamento va considerato ai fini della riduzione o della soppressione del diritto a prestazioni dal momento in cui si può supporre che il miglioramento constatato perduri. Lo si deve in ogni caso tenere in considerazione allorché è durato tre mesi, senza interruzione notevole, e che presumibilmente continuerà a durare. Detta norma si applica anche in caso di assegnazione retroattiva di una rendita scalare (sentenze del TF 9C\_837/2009 del 23 giugno 2010 consid. 2, 9C\_443/2009 del 19 agosto 2009 consid. 5; cfr. pure sentenza del TAF C-1446/2011 del 27 giugno 2013 consid. 6.5 con rinvii).

**6.4** Costituisce motivo di revisione della rendita d'invalidità ogni modifica rilevante delle circostanze di fatto suscettibile d'influire sul grado di invalidità e, quindi, sul diritto alla rendita. Ne consegue che la rendita può essere soggetta a revisione non soltanto in caso di modifica significativa dello stato di salute, ma anche quando detto stato è rimasto invariato, ma le sue

conseguenze sulla capacità di guadagno hanno subito un cambiamento significativo (DTF 130 V 343 consid. 3.5).

## **7.**

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

**7.2** Secondo costante giurisprudenza, i referti affidati dagli organi dell'amministrazione a medici esterni oppure a un servizio specializzato indipendente che fondano le proprie conclusioni su esami e osservazioni approfondite, dopo avere preso conoscenza dell'incarto, e che giungono a risultati concludenti, dispongono di forza probatoria piena, a meno che non vi siano indizi concreti atti a mettere in dubbio la loro affidabilità (DTF 137 V 210 consid. 6.2.4; 134 V 231 consid. 5.1 con rinvii; 125 V 351 [sul valore probatorio attribuito ai rapporti interni del servizio medico, cfr. DTF 135 V 254 consid. 3.3 e 3.4]).

**7.3** Per quel che riguarda le perizie di parte, esse contengono considerazioni specialistiche che possono contribuire ad accertare i fatti, da un punto di vista medico. Malgrado esse non abbiano lo stesso valore probatorio di una perizia giudiziaria, il giudice deve valutare se questi referti medici sono atti a mettere in discussione la perizia giudiziaria oppure quella ordinata dall'amministrazione (DTF 135 V 465 consid. 4.4 e 125 V 351 consid. 3b/bb). 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 137 V 210 consid. 1.3.4; 134 V 231 consid. 5.1; 125 V 351 consid. 3b con rinvii).

**7.4** In presenza di rapporti medici contraddittori il giudice non può evadere la vertenza senza valutare l'intero materiale e indicare i motivi per cui egli

si fonda su un rapporto piuttosto che su un altro. Al riguardo va tuttavia precisato che non si può pretendere dal giudice che raffronti i diversi pareri medici e parimenti esponga correttamente da un punto di vista medico, come farebbe un perito, i punti in cui si evidenziano delle carenze e quale sia l'opinione più adeguata (sentenza del TF 8C\_556/2010 del 24 gennaio 2011 consid. 7.2 e relativi riferimenti).

**7.5** In ambito psichiatrico, la diagnosi deve essere espressa da uno specialista in psichiatria e fondata sui criteri posti da un sistema di classificazione riconosciuto scientificamente (DTF 141 V 281 consid. 2.1; 130 V 396 consid. 6.3; sentenza del TF 9C\_815/2012 del 12 dicembre 2012 consid. 3). In presenza di disturbi psichici, in particolare di disturbi da dolore somatoforme, di disturbi derivanti da affezioni psicosomatiche assimilate a questi ultimi (DTF 140 V 8 consid. 2.2.1.3) oppure di disturbi depressivi di grado da leggero a medio (DTF 143 V 409), la capacità lavorativa esigibile di una persona che soffre di tali disturbi deve essere valutata sulla base di una visione d'insieme, nell'ambito di una procedura d'accertamento dei fatti strutturata fondata su indicatori atti a stabilire, da un lato, i fattori invalidanti e, dall'altro, le risorse della persona (DTF 141 V 281 consid. 2, 3.4-3.6 e 4.1 nonché 143 V 418 consid. 6 segg.). Il Tribunale federale ha suddiviso gli indicatori per la valutazione della capacità lavorativa in due categorie (DTF 141 V 281 consid. 4.1.3), segnatamente categoria "gravità funzionale" (consid. 4.3) con i complessi "danno alla salute" (consid. 4.3.1; risultati e sintomi rilevanti per la diagnosi; successo od insuccesso del trattamento e della reintegrazione; comorbidità), "personalità" (sviluppo e struttura della personalità, funzioni psichiche [consid. 4.3.2] e contesto sociale [consid. 4.3.3]) nonché categoria "coerenza" (aspetti del comportamento [consid. 4.4] in rapporto alla limitazione uniforme dei livelli di attività in tutti gli ambiti della vita paragonabili [consid. 4.4.1] ed alla sofferenza dimostrata secondo l'anamnesi in vista di un trattamento o di una reintegrazione [consid. 4.4.2]).

## **8.**

**8.1** Per poter determinare se l'autorità inferiore ha a giusto titolo, da un lato, soppresso con effetto al 1° agosto 2016 la rendita intera accordata dal 1° febbraio 2016 (in virtù di un miglioramento dello stato di salute che sarebbe intervenuto il 22 aprile 2016) e, dall'altro, ha nuovamente soppresso la rendita intera accordata all'insorgente a decorrere dal 1° maggio 2018 con effetto al 1° dicembre 2018 (in considerazione di un miglioramento dello stato di salute che sarebbe intervenuto il 16 agosto 2018), occorre esaminare se prima dell'emanazione delle decisioni impugnate, ha

proceduto ad un sufficiente e corretto accertamento dei fatti giuridicamente rilevanti.

**8.2** A tal proposito, giova osservare che le decisioni impugnate sono fondate sia sulle diagnosi e valutazioni della capacità lavorativa da parte di specialisti su incarico degli assicuratori infortuni e malattia, sia soprattutto sugli accertamenti effettuati dall'UAIE, rispettivamente l'UAI-E. \_\_\_\_\_, dopo la sentenza di rinvio di questo Tribunale del 10 settembre 2019, in particolare la perizia pluridisciplinare del SAM del 10 marzo 2021.

## **9.**

**9.1** A seguito dell'incidente della circolazione del 13 febbraio 2015, il dott. H. \_\_\_\_\_, con annotazione nella cartella clinica del 20 aprile 2015, ha rilevato che il paziente accusa dolori alla schiena, al ginocchio destro, all'anca destra ed alla caviglia sinistra e che all'esame clinico si è presentato in notevole depressione. Lo specialista ha dunque indicato di ritenere necessario un importante supporto psicologico, una visita specialistica dal dott. L. \_\_\_\_\_, così come ulteriori accertamenti neurologici. Infine, ha attestato una perdurante inabilità lavorativa (doc. UAIE 161).

**9.2** Nella valutazione specialistica del 1° giugno 2015, il dott. L. \_\_\_\_\_, specialista in medicina interna, malattie reumatiche e medicina manuale, su incarico della D. \_\_\_\_\_, ha posto le diagnosi di:

"Incidente della circolazione su/con:

- gonalgia dx
- stato dopo trauma diretto
- stato dopo ricostruzione del ligamento crociato circa 15-20 anni fa
- stato dopo duplice pulizia del ginocchio dx

Trauma distorsivo della caviglia dx

Sindrome lombo-vertebrale su/con:

- stato dopo trauma diretto
- lievi alterazioni degenerative con protrusione discale L5/S1”.

Lo specialista ha inoltre indicato che a seguito dell'incidente, il paziente accusava dolori diffusi in tutto il corpo, segnatamente al ginocchio ed alla caviglia, così come a livello lombo-sacrale – dove la situazione è peggiorata a causa dell'infortunio –, generali difficoltà a muoversi e disturbi del sonno. Inoltre, il dott. L. \_\_\_\_\_ ha riferito di aver avuto la sensazione di aver di fronte una persona molto depressa, soprattutto insicura su come procedere, alla luce anche dei dolori da cui è afflitto. Egli ha infine proposto una presa in carico presso un Day-Hospital al fine di impedire una generalizzazione dei dolori (doc. UAIE 163).

**9.3** Il dott. K. \_\_\_\_\_, specialista in psichiatria interpellato dal ricorrente, il 6 giugno 2015 ha indicato che fin dai primi giorni dopo l'incidente l'assicurato ha iniziato a lamentare una sintomatologia a carattere ansioso e depressivo, difficilmente inquadrabile come conseguenza fisica dell'incidente, ma che ha determinato un progressivo cambiamento della personalità e del suo modo di relazionarsi con le persone. Ha concluso che il suo paziente presentava “una severa e parzialmente invalidante sintomatologia a carattere ansioso e depressivo reattiva all'incidente della strada di cui è stato vittima (...)” e che “complessivamente la situazione psicopatologica e clinica di cui soffre (...) appare inquadrabile da un punto vista diagnostico come un Disturbo Post-Traumatico da Stress, Cronico (F43.10 secondo il DSM-V)”. Egli ha poi indicato di ritenere opportuna l'introduzione di una terapia psicofarmacologica con un antidepressivo e con un ipnoinducente, a cui sarebbe certamente stato utile associare un percorso di psicoterapia. Infine, ha attestato un'invalidità (recte: incapacità lavorativa) del 50% per tre mesi mentre ha valutato i postumi permanenti nella misura di circa 20 – 25% (doc. UAIE 164).

**9.4** Con rapporto del 7 luglio 2015, il dott. L. \_\_\_\_\_ ha riferito al dott. H. \_\_\_\_\_ in merito all'evoluzione del Day-Hospital, indicando che il paziente riferisce di dolori pressoché immutati. Per quel che concerne l'incapacità lavorativa, il medico ha attestato una ripresa al 50% a decorrere dal 13 luglio 2015 e che in seguito pareva essere possibile una ripresa al 100% nel giro di 3-4 settimane (doc. UAIE 166).

**9.5** In seguito ad ulteriore valutazione del paziente, il 27 gennaio 2016, il dott. L. \_\_\_\_\_ ha posto le diagnosi di:

“Sindrome lombo-vertebrale sino a lombo-spondilogeno su/con:

- stato dopo trauma diretto
- alterazioni degenerative con protrusione discale laterale dx L5/S1, ernia discale Th10/Th11 in sede mediana-paramediana sx e piccola ernia Th11/Th12 nell’ambito della III diagnosi

Gonalgia dx persistente su/con:

- stato dopo trauma diretto
- stato dopo ricostruzione del ligamento crociato circa 15-20 anni fa e dopo duplice pulizia del ginocchio dx
- alterazioni degenerative tricompartmentali con ulcerazioni cartilaginee

Disturbo post-traumatico da stress

Trauma distorsivo della caviglia”.

Lo specialista ha poi spiegato che “dal punto di vista reumatologico permangono i problemi al ginocchio con gonalgia dx, secondo me attualmente soprattutto su gonartrosi, così come sindrome lombo-spondilogeno su alterazioni degenerative e stato dopo trauma diretto; fino a che punto questo giochi un ruolo preponderante sui dolori rimane da stabilire” e che “rimane il grosso problema psicologico con importante iponimia facciale in paziente estremamente passivo”, concludendo che a suo avviso – e dal lato puramente reumatologico – il paziente avrebbe dovuto cercare di riprendere l’attività lavorativa, ma che doveva altresì essere affrontata la problematica psichiatrica e che erano previsti ulteriori accertamenti neurologici (doc. UAIE 175).

**9.6** Con relazione psichiatrica del 5 febbraio 2016, il dott. K.\_\_\_\_\_, ha confermato la sua precedente diagnosi di disturbo post-traumatico da stress, cronico (F43.10 secondo il DSM-V). Inoltre, ha ritenuto indicato il proseguimento della terapia psicofarmacologica. A suo giudizio, l’assicurato presentava ancora un’invalidità temporanea parziale del 50% e un’invalidità permanente di circa 20 – 25% (doc. UAIE 176).

**9.7** Nel rapporto medico del 4 aprile 2016, il dott. M.\_\_\_\_\_, psichiatra e psicoterapeuta, ha diagnosticato una probabile sindrome somatoforme da

dolore persistente F45.4 nell'ambito di una reazione depressiva prolungata F43.21 ed ha emesso una prognosi favorevole, rilevando che le condizioni del paziente apparivano in graduale ridimensionamento. Lo specialista ha dunque consigliato il mantenimento della medicazione impostata dallo psichiatra curante ed una ripresa parziale dell'attività lavorativa non appena possibile, onde evitare una cristallizzazione e cronicizzazione dei dolori (doc. UAIE 12).

**9.8** Con relazione psichiatrica del 25 aprile 2016, su incarico di F.\_\_\_\_\_, il dott. G.\_\_\_\_\_, psichiatra e psicoterapeuta, ha indicato di aver riscontrato serie difficoltà durante l'anamnesi a causa della reticenza al colloquio da parte dell'assicurato e di aver avuto la netta impressione che quest'ultimo "aggravi in misura importante i deficit cognitivi lamentati" e che "c'è inoltre un'evidente discrepanza fra la descrizione dei disturbi di memoria e di attenzione e l'asserita capacità di riuscire a guidare, seppure per brevi distanze, in modo sicuro". Egli ha pertanto posto la diagnosi di sindrome conversiva (amnesia dissociativa) (F 44.0); DD: Elaborazione di sintomi fisici/conversivi per ragioni psicologiche (nevrosi di compenso). Infine, dal profilo medico-psichiatrico, lo specialista ha spiegato di ritenere che sia piuttosto l'atteggiamento dell'assicurato, caratterizzato da scarsa collaborazione, marcata reticenza, passività e rifiuto di rispondere ad assumere valenza di un disturbo comportamentale piuttosto che la sintomatologia algica e gli aspetti affettivi concomitanti. Egli ha dunque concluso che non erano presenti disturbi psichici di rilevanza clinica, in particolare nessun disturbo affettivo di entità media o grave che giustificasse, in qualche modo, un'inabilità lavorativa parziale o completa (doc. UAIE 288).

**9.9** Nella perizia particolareggiata E213 del 1° luglio 2016, la dott.ssa N.\_\_\_\_\_, medico di famiglia del ricorrente, ha diagnosticato una gonalgia persistente a destra, una lombosciatalgia ricorrente e una sindrome depressiva; ed ha attestato una residua capacità lavorativa del 50% nella sua precedente attività (doc. UAIE 23).

**9.10** Con rapporto medico del 10 novembre 2016, la dott.ssa N.\_\_\_\_\_ ha confermato una residua capacità lavorativa dell'assicurato del 50% nella sua abituale attività a decorrere dal 1° luglio 2016 (doc. UAIE 43).

**9.11** Nel rapporto medico del 28 novembre 2016, il dott. M.\_\_\_\_\_, ha attestato una reazione depressiva prolungata con diversi aspetti emozionali F43.21 in un paziente con una storia di burn-out Z73.0. Egli ha pure confermato la prognosi favorevole, con il paziente che ha ripreso l'attività lavorativa nella misura possibile, ossia al 50% (doc. UAIE 39).

**9.12** Con relazione psichiatrico-forense del 24 giugno 2017, il dott. K.\_\_\_\_\_ ha confermato le diagnosi poste in precedenza, nonché la residua capacità lavorativa temporanea del 50% e un'invalidità permanente di circa 20 – 25% (doc. UAIE 70 pag. 286 e segg).

**9.13** Con valutazione clinica del 9 ottobre 2017, il dott. O.\_\_\_\_\_, specialista in ortopedia e traumatologia che ha visitato il ricorrente a seguito del peggioramento dei dolori al ginocchio destro, ha posto la diagnosi di gonalgia destra con grave degenerazione artrosica e cisti piatto tibiale a destra. Il medico ha poi attestato una totale inabilità lavorativa e prescritto di continuare con il percorso riabilitativo fino al prossimo controllo del 5 dicembre 2017, quando sarebbe stato deciso un reintegro almeno al 50% in modo da capire le reali capacità funzionali, rispettivamente valutare un reintegro al 100% (doc. UAIE 187).

**9.14** Nel parere di stima medico legale del 15 gennaio 2018, i dott. J.\_\_\_\_\_ (specialista in ortopedia e traumatologia), P.\_\_\_\_\_ (specialista in psichiatria), e Q.\_\_\_\_\_ (specialista in odontoiatria), intervenuti su richiesta del ricorrente, hanno indicato che dalle certificazioni psichiatriche prodotte risulta la diagnosi di disturbo post-traumatico da stress persistente ma che al momento della loro valutazione era possibile parlare unicamente di un disturbo sottosoglia, non risultando più adempiuti tutti i criteri del disturbo post-traumatico da stress. Hanno poi indicato che, tenuto conto della natura delle lesioni e dell'attuale obiettività clinica, dal politraumatismo derivato dal sinistro della strada, all'insorgente sono residuati postumi invalidanti permanenti che incidono sull'integrità psicofisica nella misura del 12-14% (allegato a doc. TAF 15).

**9.15** Con visita medico-circondariale del 16 gennaio 2018, il dott. R.\_\_\_\_\_, medico di circondario D.\_\_\_\_\_ specializzato in chirurgia, ha indicato che entro un mese il paziente avrebbe dovuto decidere se affrontare o meno un intervento di artroprotesi al ginocchio destro e che fino a quel momento andava confermata un'incapacità lavorativa al 50% (doc. UAIE 199).

**9.16** Il 17 maggio 2018, il ricorrente si è sottoposto ad un intervento di artroprotesi totale mininvasiva del ginocchio destro presso l'Istituto ortopedico S.\_\_\_\_\_ di (...) (IT; doc. UAIE 98).

**9.17** Con visita medico-circondariale di chiusura del 17 dicembre 2018, il dott. H.\_\_\_\_\_ ha indicato di ritenere la situazione stabilizzata e che ulteriori provvedimenti medici non avrebbero comportato un netto e sostanziale

miglioramento della capacità lavorativa. Egli ha posto le diagnosi di stato dopo infortunio con trauma distorsivo del ginocchio destro del 10 marzo 1993, stato dopo ricostruzione del legamento crociato anteriore, stato dopo interventi di artroscopia e meniscectomia mediale con sviluppo di un'artrosi femoro-tibiale e stato dopo impianto di una protesi totale femoro-tibiale nel maggio del 2018. Infine, ha attestato una piena capacità lavorativa in attività adeguate, ossia attività perlopiù leggera e sedentaria (doc. UAIE 239).

**9.18** Con relazione medico-legale del 26 marzo 2019, il dott. T.\_\_\_\_\_, specialista in medicina legale e delle assicurazioni, ha indicato che a seguito degli interventi post infortunistici, dell'artroprotesi totale del ginocchio e della lombalgia cronica successiva all'impianto della protesi, la situazione valetudinaria del periziando non appariva ulteriormente migliorabile. Alla luce di tali affezioni ha ritenuto il paziente abile al lavoro nella misura del 50% in attività adeguate (doc. UAIE 97 pag. 576).

**9.19** Nella relazione psichiatrica del 21 febbraio 2020, il dott. K.\_\_\_\_\_ ha concluso che il paziente continuava a presentare una severa e parzialmente invalidante sintomatologia a carattere ansioso e depressivo reattiva. Egli ha ribadito che la situazione psicopatologica e clinica era inquadrabile da un punto di vista diagnostico come un disturbo post-traumatico da stress, persistente (doc. UAIE 97 pag. 581).

**9.20** Con perizia pluridisciplinare del SAM del 10 marzo 2021, eseguita su incarico dell'amministrazione e redatta dai dott.i U.\_\_\_\_\_, specialista in medicina interna e medico perito SIM, e V.\_\_\_\_\_, specialista in medicina interna generale, con il coinvolgimento dei dott.i W.\_\_\_\_\_(neurologo), X.\_\_\_\_\_(psichiatra e psicoterapeuta) e Y.\_\_\_\_\_(reumatologo), gli specialisti, dopo aver fatto esperire esami radiologici e psicologici, hanno posto le seguenti diagnosi (doc. UAIE 111):

### **Diagnosi con ripercussioni sulla capacità lavorativa**

Sindrome mista ansioso depressiva (ICD-10 F41.2).

Sindrome somatoforme da dolore persistente (ICD-10 F45.4).

Sindrome cervicospillogena cronica a destra, in:

- nota discopatia C5-C6.

Sindrome lombospillogena cronica prevalentemente a destra, in:

- note discopatie dorsali caudali (grossolana ernia discale Th10-Th11, espulsa in sede mediana paramediana a sinistra con impronta sul midollo spinale, piccola ernia discale Th11/Th12 mediana),
- protrusione discale L5-S1 focale e laterale a destra.

Poliartrosi delle dita (diagnosi clinica).

Gonalgie anteriori croniche a destra con lieve deficit flessorio ed estensorio, in:

- esiti da impianto di artroprotesi totale mini-invasiva al ginocchio destro, il 17.5.2018,
- esiti da meniscectomia mediale con shaving in artroscopia del ginocchio destro, il 19.10.2006,
- esiti da meniscectomia parziale mediale, plastica del legamento crociato anteriore, shaving del condilo femorale mediale in artroscopia, l'8.11.2004,
- esiti da ricostruzione del legamento crociato anteriore a destra, il 10.3.1994,
- esiti da trauma distorsivo al ginocchio destro, il 10.3.1993.

Fascite plantare a destra.

### **Diagnosi senza ripercussioni sulla capacità lavorativa**

Disturbi statici del rachide (ipercifosi della dorsale alta con protrazione del capo, appiattimento della colonna dorsale intermedia, caudale e della colonna lombare, scoliosi sinistro-convessa dorsale, destro-convessa lombare).

Decondizionamento e sbilancio muscolare.

Sindrome fibromialgica generalizzata.

Diabete mellito di tipo 2.

Dislipidemia.

Obesità (BMI ca. 29, 7 kg/m<sup>2</sup>).

Ipertensione arteriosa labile.

Dal profilo internistico, il dott. V.\_\_\_\_\_ ha rilevato che il diabete mellito di tipo 2 è sufficientemente controllato con la terapia farmacologica, che era consigliata una presa a carico della dislipidemia ma che ad ogni modo le diagnosi di natura internistica non comportavano, e non hanno mai comportato, limitazioni della capacità lavorativa o del rendimento. Egli ha dunque attestato da sempre un'abilità del 100% nell'ultima attività svolta ed in altre attività adeguate (v. in particolare pag. 30 e segg. della perizia).

Dal profilo neurologico, il dott. W.\_\_\_\_\_ ha rilevato che sia dalla documentazione all'incarto, sia dall'anamnesi non sono emersi reperti significativi. Egli ha ricordato che le risonanze magnetiche del 2012 e 2016 hanno mostrato alterazioni discali degenerative ed un'ernia discale espulsa Th10-11 e Th11-12 ma che tali reperti non hanno mai determinato franchi disturbi neurologici bensì dolori locali associati ad una sindrome lombo-vertebrale cronica. Egli ha poi indicato che a livello neurologico non vi sono deficit riferibili a problemi discali lombari. Ha pertanto concluso che nel suo ambito di specializzazione non vi sono diagnosi con conseguenze sulla capacità lavorativa, che il paziente presentava ancora buone capacità e risorse senza limitazioni del rendimento, che non vi è mai stata una diminuzione della capacità lavorativa e che non vi sono proposte terapeutiche (v. in particolare pag. 4 e segg. della valutazione neurologica allegata alla perizia del SAM).

Dal profilo psichiatrico, il dott. X.\_\_\_\_\_ ha posto le diagnosi di sindrome mista ansioso depressiva (ICD-10 F41.2) e di sindrome somatoforme da dolore persistente (ICD-10 F45.4). Egli ha indicato di ritenere verosimile che l'assicurato abbia sviluppato un disturbo dell'adattamento evoluto in sindrome ansioso depressiva e che l'atteggiamento passivo remissivo con stili cognitivi poco adattativi, hanno favorito la cronicizzazione dell'esperienza dolorosa con sviluppo di una di sindrome somatoforme da dolore persistente. Per quel che attiene alle risorse, ha spiegato che l'interessato non presenta buone capacità di mentalizzazione, introspezione e psicologiche in generale e che inoltre il suo atteggiamento e stile di coping remissivo-passivo non favorisce l'investimento attivo delle sue risorse. Ha nondimeno indicato di non aver osservato sintomi di una franca deflessione timica o di ansia grave e neppure di sintomi di un disturbo posttraumatico da stress. Dal profilo psichiatrico, ha dunque attestato un'incapacità lavorativa del 20% in qualsiasi attività (presenza a tempo pieno con

diminuzione del rendimento) a decorrere da maggio 2016, in quanto il corteo sintomatologico interferiva solo lievemente sulla performance lavorativa, sulla capacità di sopportare lo stress e sui tempi di recupero, sulla costanza degli obiettivi da perseguire e sulla capacità di tradurre in atto i propri propositi, con riduzione della caricabilità psichica e della resistenza. Infine, ha segnalato di ritenere utile una terapia integrata (farmacoterapia e psicoterapia) per un periodo sufficientemente lungo da permettere di migliorare le strategie di coping (v. in particolare pag. 14 e segg. della valutazione psichiatrica allegata alla perizia del SAM).

Il reumatologo, il dott. Y. \_\_\_\_\_, ha sottoposto il ricorrente ad un esame clinico l'11 gennaio 2021 ed ha posto le seguenti diagnosi principali con conseguenze sulla capacità lavorativa: sindrome cervicospondilogenica cronica a destra, sindrome lombospondilogenica cronica prevalentemente a destra, poliartrite delle dita, gonalgie croniche a destra con lieve deficit flessorio ed estensorio e fascite plantare a destra. Alla luce di tali affezioni, ha attestato le seguenti risorse fisiche:

"L'assicurato può molto spesso sollevare e portare pesi fino a 5 kg fino all'altezza dei fianchi, talvolta tra 5 – 10 kg fino all'altezza dei fianchi, di rado tra 10 – 15 kg fino all'altezza dei fianchi, mai pesi oltrepassanti 15 kg fino all'altezza dei fianchi; l'assicurato può spesso sollevare pesi fino a 5 kg sopra l'altezza del petto, di rado pesi oltrepassanti 5 kg sopra l'altezza del petto. L'assicurato può talvolta maneggiare attrezzi di precisione, molto spesso maneggiare attrezzi molto leggeri, molto spesso maneggiare attrezzi leggeri, talvolta maneggiare attrezzi di media entità, mai maneggiare attrezzi pesanti. La rotazione manuale è normale. L'assicurato può di rado effettuare lavori al di sopra della testa, di rado effettuare la rotazione del tronco, molto spesso assumere la posizione seduta ed inclinata in avanti, talvolta la posizione in piedi ed inclinata in avanti, non può mai assumere la posizione inginocchiata, mai assumere la posizione accovacciata, può spesso effettuare la flessione delle ginocchia. L'assicurato può assumere spesso la posizione seduta di lunga durata, talvolta la posizione in piedi di lunga durata, dovendo tuttavia avere la possibilità di alternare le posizioni corporee al bisogno. L'assicurato può molto spesso camminare fino a 50 metri, molto spesso oltre 50 metri, talvolta camminare per lunghi tragitti, come pure di rado camminare su terreno accidentato, può di rado salire le scale, mai salire su scale a pioli."

In merito alla capacità lavorativa nella precedente attività, ha evidenziato che mettendo a confronto le menzionate residue risorse fisiche con il mansionario lavorativo del suo ultimo impiego, risulta che gran parte delle

mansioni non sono più esigibili e che deve pertanto essere riconosciuta una diminuzione del rendimento del 60% sull'arco di una normale giornata lavorativa di 8-9 ore e ciò a partire dal 18 dicembre 2018 (giorno successivo alla visita circondariale di chiusura D.\_\_\_\_\_). Per i periodi precedenti ha confermato i periodi di inabilità lavorativa attestati dalla D.\_\_\_\_\_.

In merito alla capacità lavorativa in attività adeguate, ha precisato che l'interessato era in possesso di risorse fisiche che permettevano una reintegrazione professionale e che in un'attività adeguata allo stato di salute, era da considerare pienamente abile sull'arco di una normale giornata lavorativa con rendimento del 100% a partire dal 1° maggio 2016, fatta eccezione per il periodo di totale incapacità lavorativa di tre mesi dal 17 maggio 2018 al 17 agosto 2018 a causa dell'intervento al ginocchio destro (v. in particolare pag. 12 e segg. della valutazione reumatologica allegata alla perizia del SAM).

Tramite valutazione globale interdisciplinare consensuale – e dopo avere preso in considerazione l'integrità dei documenti agli atti (v. pag. 4 a 18 della perizia) – i periti hanno evidenziato che l'assicurato risultava limitato dalle patologie in ambito reumatologico e psichiatrico, non mostrando in particolare buone capacità di “mentalizzazione” e introspettive, con un atteggiamento e stile di coping passivo-remissivo che non favoriva l'investimento attivo delle sue risorse. Nell'ultima attività esercitata è stato ritenuto abile al lavoro all'80% dal 1° maggio 2016 al 31 dicembre 2017, con riduzione al 30% (presenza durante tutto il giorno ma con rendimento ridotto) a decorrere dal 1° gennaio 2018. In attività adeguate gli è invece stata attestata una capacità lavorativa dell'80% (presenza tutto il giorno ma con rendimento ridotto) a decorrere dal 1° maggio 2016, fermo restando un periodo di tre mesi di totale inabilità lavorativa dal 17 maggio 2018 al 16 agosto 2018.

**9.21** Con referto del 28 aprile 2021, la dott.ssa J.\_\_\_\_\_ ha indicato che, alla luce dell'esame obiettivo e del quadro clinico generale riteneva utile trattare i sovraccarichi articolari e muscolo-scheletrici con della fisioterapia e con un ciclo di onde d'urto focali al piede destro. Ha inoltre consigliato di evitare il sollevamento di pesi e sforzi eccessivi, nonché una corretta valutazione delle mansioni lavorative che non impongano eccessivi carichi di lavoro (doc. UAIE 126).

**9.22** Con relazione psichiatrica di aggiornamento del 6 maggio 2021, il dott. K.\_\_\_\_\_, psichiatra curante dell'insorgente, ha confermato la

diagnosi posta in precedenza ed ha attestato una residua capacità lavorativa del 50% in qualsiasi attività (doc. UAIE 126).

**9.23** Con presa di posizione dell'11 agosto 2021, i periti del SAM hanno evidenziato che i referti dei dott. J. \_\_\_\_\_ e K. \_\_\_\_\_, rispettivamente del 28 aprile e del 6 maggio 2021, non contengono elementi oggettivi non già noti al momento dell'apprezzamento peritale, motivo per cui hanno integralmente riconfermato le conclusioni della perizia del 10 marzo 2021. Il dott. X. \_\_\_\_\_ ha in particolare rilevato di non ritenere soddisfatti i criteri di una sindrome post-traumatica da stress, come già indicato dai precedenti specialisti che hanno visitato il paziente (doc. UAIE 130).

**9.24** Con relazione psichiatrica di aggiornamento del 28 luglio 2022, il dott. K. \_\_\_\_\_ ha indicato di non aver rilevato sintomi deficitari a carico della sfera cognitiva, rispettivamente segni e sintomi della serie psicotica in fase attiva. Ha inoltre riscontrato un tono dell'umore "slivellato" in senso depressivo, anche se meno gravemente rispetto al passato ed una notevole attenuazione delle crisi di panico. Infine ha rilevato che il livello di ansia libera appariva nondimeno ancora elevato, soprattutto nei momenti in cui viene stimolato a raccontare i fatti traumatici di cui è stato vittima. Il medico ha poi concluso che il paziente presentava, anche all'epoca, una severa e parzialmente invalidante sintomatologia a carattere ansioso e depressivo reattiva all'incidente della strada di cui è stato vittima nel mese di febbraio 2015, ponendo le diagnosi di disturbo post-traumatico da stress persistente (F.43.1 secondo il DSM-V), evoluto in un disturbo depressivo maggiore tipo distimia. Egli ha poi spiegato che tale condizione psicopatologica incide in maniera estremamente significativa sia sulle abilità relazionali e sociali ma soprattutto sulle sue abilità lavorative. Ha pertanto concluso che i disturbi psichiatrici, in associazione con le problematiche di salute fisica, abbiano determinato un'inabilità lavorativa complessiva pari almeno al 60% anche in attività adeguate (allegato a doc. TAF 3).

**9.25** Con relazione medico-legale del 29 luglio 2022 (effettuata su incarico del ricorrente), il dott. T. \_\_\_\_\_ ha rilevato una situazione clinica decisamente stabilizzata, motivo per cui erano da ritenersi superflui ulteriori provvedimenti di tipo riabilitativo. Egli ha poi indicato che – a seguito degli interventi del 1993, 2006 e 2018, della lombalgia cronica ribelle instauratasi successivamente all'artroprotesi del ginocchio, dell'ulteriore comparsa di cervicartrosi con limitazione funzionale algo-funzionale e nevrosi ansioso-depressiva – il paziente presentava le seguenti limitazioni: può lavorare movimentando manualmente dei carichi anche del peso di 5/6 kg massimo, fino all'altezza dei fianchi ed anche fino all'altezza del torace. Può eseguire

lavori leggeri. Non può più eseguire lavori medio-pesanti e pesanti. L'uso delle mani è completo, il capo ed il collo possono essere movimentati con importante limitazione, il tronco può essere ruotato anch'esso con severa limitazione algo-funzionale, di rado può mantenere per tempi prolungati la posizione seduta/ inclinata in avanti e quella in piedi inclinata in avanti. Non può assolutamente praticare lavori in posizione inginocchiata, né tantomeno accosciata. La postura eretta e quella seduta possono essere mantenute per tempi non prolungati oltre i 15 minuti. Può camminare in piano su terreni non accidentati e si può spostare anche per tragitti di 50 metri ed oltre; gli è inibito lavorare su terreni accidentati e salire e scendere le scale. Gli è vietato salire e scendere scale a pioli. Non può lavorare in ambienti stressogeni". Infine, ha concluso che risultava inabile al lavoro sia nella precedente attività sia in attività adeguate in misura superiore al 70% (allegato al doc. TAF 3).

**9.26** Con presa di posizione del 2 settembre 2022, i periti del SAM hanno rilevato che i referti di luglio 2022 dei dott.i K. \_\_\_\_\_ e T. \_\_\_\_\_ non contengono elementi in grado di modificare le precedenti conclusioni che sono state integralmente confermate. Il dott. X. \_\_\_\_\_ ha in particolare rinviato alla sua precedente presa di posizione e concluso che la nuova documentazione si limita a confermare un'osservazione clinica differente che giunge a conclusioni differenti rispetto a quelle del perito e degli altri specialisti che hanno visitato il paziente in passato (doc. TAF 8).

**9.27** Il dott. K. \_\_\_\_\_ – con risposta del 28 ottobre 2022 alla presa di posizione del dott. X. \_\_\_\_\_ del 3 agosto 2022 – ha indicato di non aver mai rilevato da parte del periziando una tendenza a esagerare la condizione di sofferenza e la sintomatologia lamentata ma di aver constatato una condizione di crescente e progressiva disperazione in relazione al drastico cambiamento della sua qualità di vita a seguito dell'incidente di cui è stato vittima nel mese di febbraio 2015. Ha pure sottolineato che la situazione psicopatologica appariva cronica e stabilizzata e ribadito che a suo giudizio il paziente soffre di un disturbo post-traumatico da stress. A tal proposito ha segnalato che la gravità del trauma non rappresenta l'unico criterio diagnostico ma che giocano un ruolo importante e decisivo anche la minaccia percepita, nonché i fattori di rischio pre-traumatici (tra cui specifici tratti di personalità) e post-traumatici (basso supporto sociale, dolore fisico, stress finanziario, disturbo acuto da stress). Inoltre, ha ricordato che la sintomatologia clinica presentata è stata caratterizzata da sintomi tipicamente presenti nel disturbo post traumatico da stress (come pensieri intrusivi, sintomi da evitamento, alterazioni negative persistenti) e che tale diagnosi era già stata posta dai dott.i P. \_\_\_\_\_ e Q. \_\_\_\_\_. Inoltre, ha precisato che

la terapia farmacologica assunta ha permesso di controllare la sintomatologia ansiosa e depressiva più disturbante. Ha poi sottolineato che il paziente sta assumendo la medesima terapia da molti anni per via di una personale avversione per i psicofarmaci e che la decisione di proseguire con una terapia accettata di buon grado e con attenuazione dei sintomi è stata presa in accordo con quest'ultimo. Egli ha pertanto ribadito che la condizione psicopatologica di cui soffre il ricorrente incide in maniera estremamente significativa sia sulle sue abilità relazionali e sociali, sia sulle abilità lavorative, essendo in particolare limitato negli spostamenti autonomi in autovettura, e riuscendo a mantenere un discreto equilibrio della situazione psicopatologica unicamente conducendo una vita caratterizzata da attività routinarie e priva di eventi che determinano sensazioni di inquietudine e angoscia. Pertanto – e tenuto conto anche delle problematiche di salute fisica – egli ha attestato un'incapacità lavorativa pari almeno al 60% anche in attività adeguate (doc. TAF 15).

**9.28** Con presa di posizione del 20 dicembre 2022, i periti del SAM hanno rilevato che neppure le ultime osservazioni del dott. K.\_\_\_\_\_ sono suscettibili di confutare la valutazione peritale del 2021. Il dott. X.\_\_\_\_\_ ha in particolare evidenziato come, al di là delle divergenze sulle conclusioni diagnostiche, lo stesso dott. K.\_\_\_\_\_ nel rapporto del 1° giugno 2016 aveva attestato dei postumi permanenti invalidanti del 20 – 25% e – dunque – perfettamente in linea con l'inabilità lavorativa del 20% per motivi psichiatrici riconosciuta nella perizia del SAM (doc. TAF 19).

## **10.**

**10.1** Preliminarmente, questo Tribunale rileva come dalla perizia pluridisciplinare risulta che – e ad un esame d'ufficio degli atti di causa non emergono elementi atti a mettere seriamente in dubbio le conclusioni peritali – dal 17 maggio 2018 fino al 16 agosto 2018 il ricorrente è stato totalmente inabile al lavoro in qualsiasi attività in virtù dell'intervento di artroprotesi al ginocchio destro. Per conseguenza, nel periodo menzionato, può essere ritenuta anche in questa sede processualmente dimostrata, nel senso della probabilità preponderante, un'incapacità lavorativa del 100% ed il conseguente diritto ad una rendita d'invalidità intera dal 1° maggio 2018 al 30 novembre 2018.

**10.2** Dalla perizia pluridisciplinare emerge pure in modo convincente che nella sua precedente attività l'insorgente presentava una capacità lavorativa del 30% dal gennaio 2018 e poi ancora dal 17 agosto 2018. Anche da

questo profilo non risultano elementi atti a mettere in dubbio tali conclusioni peritali.

**10.3** Resta contestato, e dunque da esaminare, se l'autorità inferiore ha correttamente ritenuto che il ricorrente abbia ritrovato una capacità lavorativa dell'80% in attività adeguate a decorrere dal 1° maggio 2016, interrotta unicamente per il menzionato periodo dal 17 maggio 2018 fino al 16 agosto 2018.

## **11.**

**11.1** Risulta che nell'ambito della perizia del SAM del 10 marzo 2021 – richiesta da questo Tribunale con la succitata sentenza di rinvio del 10 settembre 2019 – sono stati esperiti ulteriori approfondimenti internistici, reumatologici, neurologici e psichiatrici fondati su esami recenti e che gli specialisti coinvolti hanno effettuato una valutazione globale interdisciplinare, esprimendosi in particolare anche sull'evoluzione dei gradi di incapacità lavorativa nel tempo e sull'interazione delle diverse patologie nella determinazione del residuo grado di incapacità lavorativa globale.

**11.2** Il neurologo dott. W. \_\_\_\_\_ ha evidenziato come dalla documentazione medica all'incarto, dall'anamnesi e dall'esame neurologico da lui effettuato, non sono emerse problematiche neurologiche significative e che non vi è mai stata una diminuzione della capacità lavorativa riconducibile ad un'affezione di tale natura. Questo Tribunale rileva che dagli atti di causa non risulta altresì un rapporto medico recente di uno specialista in neurologia da cui emerga una diagnosi rilevante in tale ambito, ciò che lo stesso ricorrente neppure pretende. Non vi è pertanto alcun serio motivo per mettere in dubbio la correttezza degli accertamenti e delle valutazioni della perizia SAM dal profilo neurologico.

## **11.3**

**11.3.1** In ambito reumatologico/ortopedico (fermo restando che i confini dell'area di competenza dell'ortopedico e del reumatologo secondo la prassi del Tribunale federale non sono netti [cfr. sentenza del Tribunale federale 9C\_856/2010 del 27 giugno 2011 consid. 5.2] e che l'insorgente neppure ha sollevato l'incompetenza del perito reumatologo incaricato dal SAM d'esaminare anche eventuali problematiche di natura ortopedica), il dott. Y. \_\_\_\_\_, ha indicato che, stante una totale incapacità lavorativa dal 17 maggio 2018 al 16 agosto 2018 (necessaria per la guarigione e riabilitazione dopo l'intervento di protesi al ginocchio destro), l'assicurato

presentava una diminuzione di rendimento del 60%, sull'arco di una giornata lavorativa normale, nella sua precedente attività dal 18 dicembre 2018, giorno seguente al visita medico-circondariale di chiusura della D.\_\_\_\_\_. Precedentemente a quest'ultima andrebbero confermati i periodi di inabilità lavorativa certificati dai servizi medici D.\_\_\_\_\_. Per quanto concerne un'attività adeguata ha invece considerato che l'assicurato presentava una capacità lavorativa del 100% a decorrere dal 1° maggio 2016, essendo esigibili senza limitazioni attività medio leggere che richiedono solo raramente lavori sopra la testa o la rotazione del tronco e non richiedono di dover assumere una posizione inginocchiata o accovacciata e permettono di alternare le posizioni corporee al bisogno. Tale capacità lavorativa è stata interrotta unicamente per tre mesi (dal 17 maggio 2018 fino al 16 agosto 2018) a seguito del succitato intervento al ginocchio destro.

**11.3.2** Queste valutazioni coincidono in sostanza con quelle degli specialisti incaricati dall'assicuratore infortuni, nella misura in cui già nei referti del 7 luglio 2015 e del 27 gennaio 2016, il dott. L.\_\_\_\_\_ aveva concluso che dal suo punto di vista era possibile una ripresa lavorativa, dapprima al 50% e nell'arco di qualche settimana al 100%. Tant'è che con decisione del 23 marzo 2016, la D.\_\_\_\_\_ ha interrotto l'erogazione di prestazioni assicurative a decorrere dal 4 marzo 2016. Da questo profilo, dai referti specialistici all'incarto risulta dunque che una volta effettuati gli accertamenti necessari a valutare le conseguenze dell'infortunio del 13 febbraio 2015, dal punto di vista somatico, l'insorgente era nuovamente abile a riprendere la precedente attività, rispettivamente un'attività lavorativa adeguata (ha poi ripreso la precedente attività in misura del 50% dal 1° luglio 2016 [v. doc. UAIE 37 e segg]). Inoltre, in seguito all'intervento di artroprotesi nel maggio 2018 anche il dott. H.\_\_\_\_\_, con visita medico-circondariale di chiusura del 17 dicembre 2018, ha constatato una situazione nuovamente stabilizzata e, pur ritenendo non più esigibile la precedente attività, ha attestato una piena capacità lavorativa in attività adeguate, perlopiù leggere e sedentarie.

**11.3.3** Il ricorrente ha prodotto i certificati medici del dott. T.\_\_\_\_\_, il quale ha anch'esso confermato una situazione stabilizzata con le note affezioni somatiche e psichiatriche. Per quel che attiene ai limiti funzionali, ha altresì ritenuto esigibili lavori medio-leggeri che non richiedono la posizione inginocchiata o accosciata, ma a differenza dei periti SAM (e D.\_\_\_\_\_) ha escluso la possibilità di mantenere per tempi prolungati la posizione seduta, rilevando che la postura eretta e quella seduta possono essere mantenute non oltre i 15 minuti. Tenuto conto di tali limitazioni, ha

dapprima valutato che il paziente era da ritenersi inabile al lavoro in qualsiasi attività nella misura del 50% (v. relazione medico-legale del 26 marzo 2019 [doc. UAIE 97 pag. 576]) ed in seguito, con relazione medico-legale del 29 luglio 2022, ha certificato un'inabilità sia nella precedente attività sia in attività adeguate superiore al 70% (allegato al doc. TAF 3). I referti in questione, tuttavia, non attestano né nuove affezioni di natura ortopedica, reumatologica o neurologica né un aggravamento significativo delle affezioni conosciute. Il dott. T. \_\_\_\_\_ si limita invece – in assenza di particolari motivazioni e senza distinguere tra la precedente attività ed attività sostitutive adeguate – a concludere ad un'incapacità lavorativa di oltre il 70%. Ora, questo Tribunale rileva che il dott. T. \_\_\_\_\_, pur non essendo né uno specialista in reumatologia/ortopedia né uno specialista in psichiatria, e nonostante abbia riscontrato un quadro valetudinario analogo a quello evidenziato dai periti del SAM (e della D. \_\_\_\_\_), ha concluso a una capacità lavorativa fortemente compromessa anche in attività adeguate. Si tratta quindi di una valutazione che contrasta con il parere degli specialisti neutri che si sono occupati del caso e che non è stata motivata in maniera approfondita e convincente. In particolare non ha spiegato per quali motivi l'insorgente presenterebbe un'inabilità in misura superiore al 70% anche in attività rispettose dei suoi limiti funzionali. Per conseguenza, il valore probatorio di tale referto è limitato e non è suscettibile di mettere in discussione le consistenti conclusioni dei periti del SAM (ma anche della D. \_\_\_\_\_). Alla luce di quanto appena esposto il ricorrente non ha reso verosimile un'incapacità lavorativa del 50%, rispettivamente del 70%, dal profilo somatico anche in attività adeguate. Pertanto, i limiti funzionali ed i periodi di capacità lavorativa attestati in modo convincente dai periti del SAM dal profilo somatico vanno confermati, non avendo i referti medici trasmessi dall'insorgente reso verosimile né l'esistenza di lacune rilevanti della perizia SAM né un peggioramento significativo dello stato di salute, con incidenza sulla capacità lavorativa, nel periodo successivo alla perizia e che precede la pronuncia delle decisioni impugnate.

## **11.4**

**11.4.1** Dal profilo psichiatrico, il dott. X. \_\_\_\_\_ – dopo aver visitato due volte l'interessato nel mese di dicembre 2020 – ha rilevato di aver riscontrato uno stato di coscienza e cognitivo senza problematiche particolari. Ha inoltre precisato che l'umore appariva solo lievemente deflesso, soprattutto in relazione a timori per il suo futuro, e di aver osservato lievi quote ansiose. Dal test di attendibilità della sintomatologia (SIMS) eseguito il 4 dicembre 2020 è emersa una generale tendenza ad aggravare la presentazione dei sintomi. Pertanto, ha posto le diagnosi di sindrome mista ansioso

depressiva (ICD 10; F41.2) e di sindrome somatoforme da dolore persistente (ICD 10; F45.4), osservando che in assenza di una franca deflessione timica o di ansia grave non erano dati i sintomi di una sindrome post-traumatica da stress. Infine, ha ritenuto una capacità lavorativa dell'80% da maggio 2016 (presenza a tempo pieno con diminuzione del rendimento) in attività adeguate perché nonostante il periziando non abbia mostrato buone capacità di mentalizzazione e introspettive, le cure erogate hanno nondimeno permesso di contenere la sintomatologia più acuta e il corteo sintomatologico ancora presente interferisce solo lievemente sulla performance lavorativa. Il perito ha inoltre consigliato il proseguimento della presa a carico psichiatrica integrata (psicoterapia e psicofarmacoterapia) al fine di migliorare le strategie di coping.

**11.4.2** Questo Tribunale rileva che si tratta di accertamenti psichiatrici conformi alla giurisprudenza del Tribunale federale relativa alla procedura strutturata fondata su indicatori di cui alla DTF 141 V 281. Da un lato si fondano su un esame peritale specialistico contenente un'anamnesi completa, informazioni tratte dall'incarto ed indicazioni del periziando. Dall'altro lato, a seguito di una valutazione globale, il perito psichiatra incaricato dal SAM ha posto una diagnosi con codice ICD ed attestato la capacità lavorativa residua tenendo conto degli indicatori. In merito alla cura farmacologica ha rilevato che essa appare adeguata al quadro clinico presentato ed efficace nel contenere i sintomi più acuti e che sarebbe utile mantenerla. Per quel che concerne le categorie personalità e risorse ha evidenziato che nonostante l'assicurato non presenti buone capacità di mentalizzazione e introspettive e che il suo atteggiamento non favorisca l'investimento attivo delle risorse, quest'ultime sono tuttavia conservate e limitate unicamente in maniera leggera dai fattori di stress legati alla perdita del lavoro con sviluppo di una lieve sintomatologia ansioso depressiva (suscettibile di regredire migliorando le strategie di coping). L'insorgente presenta poi secondo il perito buone risorse spendibili in attività lavorative adeguate, con unicamente lievi interferenze sulla capacità di sopportare lo stress e sui tempi di recupero, sulla costanza degli obiettivi da perseguire e sulla capacità di tradurre in atto i propri propositi, con riduzione della caricabilità psichica e della resistenza. In sostanza, in attività adeguate la sua capacità lavorativa è stata valutata nell'80% da maggio 2016 (v. in particolare pag. 14 e segg. della valutazione psichiatrica allegata alla perizia del SAM).

**11.4.3** Le conclusioni del dott. X. \_\_\_\_\_, perito psichiatra incaricato dal SAM, che sono altresì sostanzialmente in linea con quelle del dott. G. \_\_\_\_\_, il quale aveva però ritenuto il ricorrente totalmente abile

al lavoro dal profilo psichiatrico, sono state confermate dal dott. I. \_\_\_\_\_, specialista in psichiatria del SMR.

**11.4.4** Per quel che attiene alle divergenti conclusioni diagnostiche del dott. K. \_\_\_\_\_, psichiatra curante del ricorrente, il quale ha attestato un disturbo post-traumatico da stress, il perito SAM ha spiegato in maniera chiara e comprensibile i motivi per cui non sono condivisibili (assenza di fattori caratteristici; perizia pag. 40). Anche i dott. J. \_\_\_\_\_, P. \_\_\_\_\_ e Q. \_\_\_\_\_ hanno peraltro indicato che, al momento in cui hanno visitato l'interessato a gennaio 2018, era possibile parlare unicamente di un disturbo sottosoglia, non risultando adempiuti tutti i criteri del disturbo post-traumatico da stress (allegato a doc. TAF 15). Ad ogni modo, questo Tribunale rileva che, indipendentemente da tali divergenze diagnostiche, il dott. K. \_\_\_\_\_ si era in un primo tempo, e a più riprese espresso, per una riduzione temporanea dell'incapacità lavorativa del 50% e di una permanente del 20-25% (v. doc. UAIE 70, 164 e 176). In seguito, nonostante abbia attestato uno stato di salute migliorato rispetto al passato (cfr. in particolare la relazione psichiatrica del 28 luglio 2022; allegata al doc. TAF 3), lo psichiatra curante ha aumentato il grado di incapacità lavorativa ad almeno 60%. Egli si è tuttavia espresso in merito ad un'incapacità lavorativa globale, comprensiva anche delle affezioni somatiche, nonostante non sia uno specialista in tale ambito. Trattandosi di una valutazione in parte contraddittoria, che contrasta con il parere degli altri specialisti che si sono occupati del caso e che non è stata motivata in maniera concludente, il suo valore probatorio è limitato e non è suscettibile di mettere in discussione le conclusioni della perizia del SAM. Non giovano al ricorrente nemmeno le prese di posizione estremamente generiche, e dunque prive di convincenti motivazioni, del dott. M. \_\_\_\_\_, per cui alla sua conclusione secondo la quale il ricorrente avrebbe avuto un'incapacità lavorativa del 50% dal profilo psichiatrico anche a decorrere da maggio 2016 non può essere attribuito valore probatorio determinante.

**11.4.5** Il ricorrente non ha pertanto fornito elementi di giudizio suscettibili di mettere in discussione le conclusioni della perizia del SAM neppure dal profilo psichiatrico, fermo restando che nemmeno sono stati presentati elementi di giudizio seri e concludenti che possano far pensare ad un peggioramento significativo dello stato di salute tra la perizia SAM e la decisione impugnata. La conclusione del perito psichiatra del SAM, dott. X. \_\_\_\_\_ – che ha attestato una riduzione della capacità lavorativa per soli motivi psichiatrici del 20% a partire da maggio 2016 in qualsiasi attività – va pure confermata.

## 11.5

**11.5.1** In virtù delle suesposte considerazioni, questo Tribunale non ha fondato motivo di scostarsi dalle conclusioni peritali del 10 marzo 2021, confermate dalle valutazioni del dott. I. \_\_\_\_\_ del SMR. Da tali dettagliati referti emerge, infatti, che a oltre un anno dall'incidente del 13 febbraio 2015 lo stato di salute del ricorrente – sia dal profilo somatico che psichiatrico – era da considerarsi stabilizzato (cfr. sugli effetti di uno stato di salute stabilizzato la sentenza del Tribunale federale 9C\_451/2023 del 2 dicembre 2024 consid. 4) e migliorato in misura tale da permettere nuovamente una ripresa dell'attività lavorativa all'80% da maggio 2016 in attività sostitutive adeguate. Da questo profilo, non emergono dalla perizia SAM né contraddizioni né elementi di dubbio consistenti, fermo restando che il ricorrente aveva peraltro ripreso la precedente attività lavorativa nella misura del 50% da luglio 2016 (cfr. consid. B.d).

**11.5.2** Risultano altresì convincenti e condivisibili le valutazioni degli specialisti secondo cui dopo un periodo di tre mesi successivamente all'intervento d'artroprotesi del ginocchio destro a maggio 2018 – necessario per la guarigione e la riabilitazione postoperatoria – lo stato di salute del ricorrente si era nuovamente stabilizzato con conseguente possibilità di riprendere un'attività adeguata al 80% (v. consid. 9.17 e 9.20).

**11.5.3** Nessun documento medico agli atti è suscettibile di mettere in dubbio le conclusioni complete, motivate ed esaustive tratte dai periti SAM riguardo alle varie affezioni lamentate dal ricorrente ed ai conseguenti gradi di incapacità lavorativa. Per conseguenza, la censura secondo cui l'insorgente in attività adeguate sarebbe stato inabile al lavoro almeno al 50% anche successivamente al 30 aprile 2016 rispettivamente al 70% dal 1° dicembre 2018, non trova alcun riscontro serio e oggettivo negli atti di causa e dev'essere respinta.

**11.5.4** A giusto titolo l'autorità inferiore ha pertanto ritenuto che sulla base delle emergenze processuali risultava dimostrato, con il necessario grado della verosimiglianza preponderante valido nelle assicurazioni sociali, che a decorrere da maggio 2016 il ricorrente era abile al lavoro al 80% in attività adeguate perlomeno fino alla data della decisione impugnata, fatta eccezione per il periodo dal 17 maggio 2018 al 16 agosto 2018.

## 12.

### 12.1

**12.1.1** Conformemente alla giurisprudenza, prima di procedere alla diminuzione o soppressione di una rendita di invalidità (a seguito di revisione) rispettivamente di rendita limitata nel tempo, occorre valutare se l'assicurato sia concretamente in grado di mettere a profitto la sua residua capacità di guadagno sul mercato del lavoro equilibrato (cfr. art. 7 e 16 LPGa, DTF 145 V 209 consid. 5 e sentenza del TF 9C\_163/2009 del 10 settembre 2010 consid. 4).

**12.1.2** In caso di revisione, il Tribunale federale ha sottolineato che di regola la capacità lavorativa (completa o parziale) attestata a livello medico – che è alla base della riduzione del grado di invalidità e, quindi, della riduzione o soppressione della rendita – può venir (nuovamente) concretamente sfruttata dall'assicurato mediante un'adeguata autointegrazione sul mercato del lavoro equilibrato traducendosi così in un grado di invalidità inferiore (cfr. art. 7 cpv. 1 in relazione con l'art. 16 LPGa; sentenze del TF 9C\_412/2014 del 20 ottobre 2014 e 8C\_18/2013 del 23 aprile 2013 consid. 10). Questo è segnatamente il caso laddove l'assicurato ha conservato una (parziale) capacità lavorativa residua cosicché l'aumento della capacità lavorativa non necessita un accresciuto bisogno di integrazione, specie se la ritrovata idoneità professionale può essere utilizzata in un'attività lavorativa già svolta dall'assicurato o che può svolgere immediatamente (sentenze del TF 9C\_412/2014 del 20 ottobre 2014, 8C\_18/2013 del 23 aprile 2013 consid. 10, 9C\_848/2012 del 14 febbraio 2013, 9C\_768/2009 del 10 settembre 2010; SVR 2010 IV nr. 9 p. 27).

**12.1.3** Nel caso di assicurati che hanno beneficiato di una rendita per almeno quindici anni oppure hanno raggiunto l'età di 55 anni, il Tribunale federale ha ulteriormente precisato la sua giurisprudenza, indicando che in tali circostanze la facoltà alla loro reintegrazione non può più essere presunta e che di regola saranno necessari provvedimenti professionali prima di poter ridurre, rispettivamente sopprimere, la rendita. Le misure d'integrazione devono essere eseguite in anticipo e protrarsi fino a quando l'assicurato è in grado di sfruttare il potenziale lavorativo attestato dal punto di vista medico-teorico con i propri sforzi e di farne uso per un'attività lucrativa (sentenze del TF 8C\_582/2017 del 22 marzo 2018 consid. 6.3; 8C\_394/2017 dell'8 agosto 2017 consid. 4.2; 9C\_412/2014 del 20 ottobre 2014 consid. 3.1 con rinvii; 9C\_228/2010 consdi. 3; 9C\_163/2009 consid. 4.2.2).

**12.1.4** Per confutare la presunzione di inesigibilità di un'autointegrazione sono necessari elementi concreti che permettono di concludere che l'assicurato può reintegrarsi nella vita lavorativa senza assistenza nonostante l'età avanzata e/o il lungo periodo di percezione della rendita con corrispondente assenza dal mercato del lavoro (SVR 2015 IV n. 41 pag. 139, sentenza del TF 9C\_183/2015 consid. 5). L'onere di provare che, contrariamente alla presunzione, la persona assicurata è in grado di (ri)utilizzare la capacità lavorativa attestata medicalmente attraverso l'autointegrazione, spetta in tale ambito all'Ufficio AI (cfr. le sentenze del TF 8C\_759/2018 del 13 giugno 2019 consid. 9.2 e 8C\_494/2018 del 6 giugno 2019 consid. 5.1 con riferimenti).

**12.1.5** Nondimeno il Tribunale federale ha ammesso diverse eccezioni al principio ("presunzione" [sentenza del TF 9C\_707/2018 del 26 marzo 2019 consid. 4.1]) secondo cui un'autointegrazione non è più esigibile una volta raggiunti i 55 anni di età o allorquando si è stati posti al beneficio di una rendita da oltre 15 anni. Si tratta in particolare dei casi in cui l'assenza prolungata dal mercato del lavoro è dovuta a motivi non imputabili all'invalidità (sentenza del TF 9C\_819/2014 del 19 giugno 2015 consid. 4 con riferimenti), dei casi in cui l'assicurato è particolarmente dinamico, flessibile ed integrato nella vita sociale (sentenza del TF 9C\_68/2011 del 16 maggio 2011 consid. 3.3) e dei casi in cui dispone di una formazione ed esperienza professionale particolarmente ampia (sentenza del TF 8C\_39/2012 del 24 aprile 2012 consid. 5.2).

## **12.2**

**12.2.1** Dalla documentazione agli atti risulta che nel caso concreto – nonostante il ricorrente, nato nel 1965, avesse già compiuto 55 anni al momento dell'adozione delle decisioni impugnate – l'autorità inferiore ha considerato che restano esigibili un ampio ventaglio di attività leggere, esercitabili da subito a seguito di una breve istruzione interna all'azienda. Per tali motivi, ha ritenuto immediatamente sfruttabile la residua capacità lavorativa del ricorrente, senza che sia necessario accordare misure di reintegrazione (v. doc. UAIE 118).

**12.2.2** Conto tenuto dell'insieme delle circostanze del caso di specie, tale conclusione è fondata e convincente. Va innanzitutto rilevato che il Tribunale federale ha già ripetutamente statuito che, in casi con limitazioni funzionali simili a quelle del ricorrente, esiste un mercato del lavoro sufficiente in cui realizzare la propria capacità lavorativa residua. Si tratta segnatamente del mercato occupazionale aperto a personale non qualificato o

semi qualificato, in cui vi è una sufficiente offerta di occupazioni, in particolare nell'industria, in cui possono venir eseguite mansioni di sorveglianza e controllo, che non comportano in particolare aggravii fisici, che consentono il cambiamento frequente di posizione e che non richiedono necessariamente la messa in atto di particolari misure di reintegrazione professionale (cfr., fra le tante, le sentenze del TF 8C\_563/2012 del 23 agosto 2012 consid. 3.3 con rinvii, 9C\_635/2007 del 21 agosto 2008 consid. 3.3 con rinvii, I 359/06 del 22 giugno 2007 consid. 4.2 con rinvii).

**12.2.3** Inoltre, nel caso concreto, il ricorrente, dopo lo scioglimento del rapporto di lavoro con la B.\_\_\_\_\_SA con effetto al 31 luglio 2017 (cfr. doc. UAIE 58), pur presentando una capacità lavorativa dell'80% in attività adeguate (salvo per il periodo di tre mesi a seguito dell'intervento di maggio 2018), non ha più ripreso un'attività lavorativa e neppure ha intrapreso particolari tentativi in tal senso. Peraltro, nemmeno ha richiesto provvedimenti professionali all'autorità inferiore. Per conseguenza, deve essere ritenuto che l'assenza dal mercato del lavoro da maggio del 2016 non sia dovuta a motivi imputabili all'invalidità.

**12.2.4** In sostanza, l'insorgente deve essere ritenuto in grado di sfruttare la residua capacità lavorativa in attività sostitutive leggere rispettose delle limitazioni funzionali senza l'effettuazione preliminare di particolari provvedimenti professionali (cfr. in particolare la sentenza del TF 9C\_819/2014 del 19 giugno 2015 consid. 4).

### **13.**

**13.1** Infine, occorre ancora esaminare la conformità al diritto federale del grado d'invalidità stabilito dall'amministrazione.

### **13.2**

**13.2.1** Secondo il metodo generale di comparazione dei redditi (art. 16 LPG), a cui rinvia l'art. 28a cpv. 1 LAI, per valutare il grado d'invalidità, il reddito che l'assicurato invalido potrebbe conseguire esercitando l'attività ragionevolmente esigibile da lui dopo la cura medica e l'eventuale esecuzione di provvedimenti d'integrazione, 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 (metodo ordinario del confronto dei redditi per gli assicurati esercitanti un'attività lucrativa; cfr. anche DTF 137 V 334 consid. 3.1.1).

**13.2.2** Nell'ambito di una procedura di revisione o di una rendita limitata nel tempo, il momento determinante per il raffronto dei redditi, è quello in cui il diritto alla rendita potrebbe subire una modifica in applicazione degli art. 88a e 88<sup>bis</sup> OAI (cfr. sentenza del TF 9C\_882/2010 del 25 gennaio 2010 consid. 7.2.1). I redditi con e senza invalidità devono essere determinati sulla base delle indicazioni salariali o statistiche, valide per lo stesso anno (sentenza del TF I 471/05 del 11 maggio 2006 consid. 3.2) tenendo conto delle modifiche riguardanti tali redditi e suscettibili di influire sul diritto alla rendita fino all'emissione della decisione dell'autorità competente (DTF 129 V 222 consid. 4.1 e i riferimenti ivi citati).

### **13.3**

**13.3.1** Nel caso concreto, il miglioramento dello stato di salute è stato accertato il 22 aprile 2016 ed il 16 agosto 2018. Per conseguenza, la rendita intera è stata soppressa a decorrere dal 1° agosto 2016 e poi nuovamente a decorrere dal 1° dicembre 2018. Il raffronto dei redditi è dunque stato correttamente effettuato con i dati statistici validi per gli anni 2016 e 2018 (doc. UAIE 113).

**13.3.2** Nei provvedimenti impugnati, l'autorità inferiore ha raffrontato un reddito da valido di CHF 47'500 (2016), rispettivamente CHF 47'920 (2018) – determinato sulla base dell'ultimo stipendio effettivamente percepito – con un reddito da invalido di CHF 48'098.45 (2016) e di CHF 48'792.00 (2018), determinato sulla base dei valori tabellari (TA1 2016, categoria totale, livello di competenze 1 per attività semplici di tipo fisico o manuale, tenuto conto di una capacità lavorativa ridotta all'80% e di una riduzione del 10% per attività leggera e altri fattori) stabilendo un grado di invalidità nullo in entrambi gli anni rilevanti (cfr. doc. UAIE 114 e segg.).

**13.3.3** Dal canto suo, l'insorgente non ha censurato il raffronto dei redditi effettuato dall'autorità inferiore. In particolare non ha contestato i redditi da valido e invalido determinati dall'autorità inferiore e neppure ha fatto valere ulteriori motivi di riduzione del salario da invalido. Pertanto, tenuto conto del riserbo di cui deve dare prova il giudice delle assicurazioni sociali nel sostituire il proprio apprezzamento a quello dell'amministrazione (DTF 137 V 71 e 132 V 393 consid. 3.3), questo Tribunale può di principio limitarsi a rilevare che non sono state indicate nel gravame ragioni per scostarsi dalla valutazione di cui alla decisione litigiosa, in particolare per quel che attiene alla determinazione dei redditi da valido e invalido, nonché alla riduzione giurisprudenziale.

**13.3.4** A titolo abbondanziale, questo Tribunale rileva nondimeno che l'autorità inferiore non ha operato un parallelismo dei redditi ma che la necessità o meno di procedere ad un tale parallelismo può restare indecisa nella misura in cui anche volendo riconoscere un reddito da valido determinato sulla base dei valori tabellari di CHF 65'262.90 per il 2016 (livello di competenze 1 per la categoria 31-33 fabbricazione di mobili, altre attività manifatturiere, riparazione e installazione di macchine [CHF 5'242 x 12 x 41.5 / 40 = CHF 65'262.90]), che non necessita di parallelismo ed è peraltro di molto maggiore rispetto allo stipendio effettivamente percepito dall'assicurato presso il suo ultimo datore di lavoro (v. doc. UAIE 11 e 117), raffrontandolo con un salario da invalido di CHF 48'098.45 ([CHF 5'340 x 12 x 41.7 / 40] x 80% - 10%) non si otterrebbe un grado di invalidità pensionabile ( $[65'262.90 - 48'098.45] / 65'262.90 \times 100 = 26.3\%$ ). Lo stesso dicasi per il miglioramento del 2018, anno in cui – basandosi sui valori tabellari per il 2018 – raggiunge un grado di invalidità del 28.7 ( $[68'515.20 - 48'792.-] / 68'515.20 \times 100 = 28.7\%$ ).

**14.** Per conseguenza, deve essere confermata la conclusione dell'autorità inferiore nella misura in cui ha ritenuto che il ricorrente non presenta – al di là dei periodi in cui gli ha accordato una rendita intera – un grado di invalidità sufficiente (di almeno il 40%) per aver diritto ad una rendita dell'assicurazione svizzera per l'invalidità. Da quanto esposto, discende che il ricorso deve essere respinto e le decisioni impugnate confermate (con la limitazione di cui al consid. 4.2 del presente giudizio in merito alla res iudicata).

**15.**

**15.1** Visto l'esito della causa, le spese processuali, di CHF 800.-, sono poste a carico del ricorrente soccombente (art. 63 cpv. 1 e cpv. 5 PA, 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], art. 69 cpv. 1bis LAI). Esse sono computate con l'anticipo spese, di identico ammontare, versato dall'insorgente il 5 ottobre 2022.

**15.2** All'insorgente, soccombente, non spetta altresì alcuna indennità per spese ripetibili (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-TA), salvo eccezioni non ravvisabili nel caso concreto (cfr., fra l'altro, DTF 127 V 205).

(dispositivo alla pagina seguente)

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

**1.**

Il ricorso è respinto.

**2.**

Le spese processuali, di CHF 800.-, sono poste a carico del ricorrente. L'anticipo spese di CHF 800.-, corrisposto il 5 ottobre 2022, è computato con le spese processuali.

**3.**

Non sono assegnate spese ripetibili.

**4.**

Questa sentenza è comunicata al ricorrente, all'autorità inferiore e all'UFAS.

Il presidente del collegio:

Il cancelliere:

Vito Valenti

Oliver Engel

I rimedi giuridici sono menzionati alla pagina seguente.

**Rimedi giuridici:**

Contro la presente decisione può essere interposto ricorso in materia di diritto pubblico al Tribunale federale, Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerna, entro un termine di 30 giorni dalla sua notificazione (art. 82 e segg., 90 e segg. e 100 LTF). Il termine è reputato osservato se gli atti scritti sono consegnati al Tribunale federale oppure, all'indirizzo di questo, alla posta svizzera o a una rappresentanza diplomatica o consolare svizzera al più tardi l'ultimo giorno del termine (art. 48 cpv. 1 LTF). Gli atti scritti devono contenere le conclusioni, i motivi e l'indicazione dei mezzi di prova ed essere firmati. La decisione impugnata e – se in possesso della parte ricorrente – i documenti indicati come mezzi di prova devono essere allegati (art. 42 LTF).

Data di spedizione: