



Corte III
C-3164/2017

Sentenza del 14 novembre 2019

Composizione

Giudici Vito Valenti (presidente del collegio),
Christoph Rohrer, Daniel Stufetti,
cancelliera Anna Borner.

Parti

A. _____,
rappresentato dal Patronato INAS,
ricorrente,

contro

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

Oggetto

Assicurazione per l'invalidità, revisione della rendita (decisione del 2 maggio 2017).

Fatti:**A.**

A.a Il 22 agosto 2014, mediante due decisioni separate, l'Ufficio dell'assicurazione per l'invalidità per gli assicurati residenti all'estero (UAIE) ha accolto la domanda formulata il 24 ottobre 2012 da A. _____ (di seguito: interessato, ricorrente o insorgente) – cittadino italiano, nato il (...) 1956 – ed erogato in favore del medesimo una rendita intera dell'assicurazione svizzera per l'invalidità dal 1° aprile 2013 al 31 agosto 2013 (doc. 86 pag. 249 dell'incarto dell'autorità inferiore [di seguito: doc. A 86 pag. 249]), nonché un quarto di rendita a decorrere dal 1° settembre 2013 e continua (doc. A 84 pag. 239), conto tenuto che l'interessato presentava, sia nell'attività abituale di impiegato d'ufficio presso una ditta di sanitari e di riscaldamento che in attività adeguate, un'incapacità lavorativa del 25% dal 28 gennaio 2012 al 5 ottobre 2012, del 60% dal 6 ottobre 2012 al 16 ottobre 2012, del 100% dal 17 ottobre 2012 al 22 maggio 2012 (recte: 2013) e del 50% dal 23 maggio 2013 e continua (intesa come presenza di 4 ore). L'autorità inferiore ha altresì negato il diritto sia a provvedimenti professionali sia a provvedimenti di reintegrazione.

A.b Con sentenza C-5496/2014 del 26 gennaio 2015, il Tribunale amministrativo federale (TAF) ha accolto il ricorso del 26 settembre 2014 dell'interessato, annullato le decisioni dell'autorità inferiore del 22 agosto 2014 e rinviato gli atti all'UAIE affinché avesse a procedere al completamento dell'istruttoria (mediante un esame cardiologico supplementare, nonché una perizia neurologica e psichiatrica e ogni ulteriore esame che pure l'evoluzione nel tempo dello stato di salute del ricorrente avesse ancora reso necessario) ed all'emanazione di una nuova decisione ai sensi dei considerandi, fermo restando il diritto dell'assicurato di percepire una rendita intera dal 1° aprile 2013 al 31 agosto 2013 e un quarto di rendita dal 1° settembre 2013, rendite giustificate già per le sole affezioni cardiache (doc. A 96 pag. 319 e segg.). Tale sentenza è cresciuta incontestata in giudicato.

B.

B.a L'UAIE ha quindi ripreso l'istruttoria e, mediante la perizia pluridisciplinare del 13 giugno 2016 (sulla base delle visite del 9, 15, 22 e 24 marzo 2016, nonché del 5 aprile 2016) del Servizio di accertamento medico (SAM, doc. A 118 pag. 369) – nella quale sono altresì raccolti i pareri di specialisti in medicina interna, cardiologia, neurologia e psichiatria –, è stata ritenuta un'incapacità lavorativa, sia nell'attività abituale che in attività adeguata rispettosa dei limiti funzionali, del 25% dal 28 gennaio 2012, del 60% dal 6

ottobre 2012, del 100% dal 17 ottobre 2012, del 50% dal 23 maggio 2013, nonché del 30% (intesa come riduzione del rendimento) dal marzo 2016 (data delle visite peritali), nonché una capacità totale a svolgere le abituali mansioni in ambito domestico (cfr. doc. A 118 pag. 369, in particolare pag. da 392 a 394). Nella menzionata perizia è stato in particolare ritenuto, in rapporto alla situazione attestata nel rapporto finale del medico del SMR del 22 maggio 2013, un miglioramento dello stato di salute dettato dal fatto che la pressione arteriosa è ben controllata. I periti del SAM hanno altresì precisato che l'incapacità lavorativa del 30% in qualsiasi attività per motivi psichiatrici e del 10% in attività lavorative medio-pesanti per motivi cardiologici non devono essere sommate (cfr. doc. A 118 pag. 390 e 391).

B.b Sulla base del rapporto finale SMR del 17 giugno 2016 (doc. A 119 pag. 424), nonché della valutazione del consulente in integrazione professionale del 2 gennaio 2017 (doc. A 125 pag. 433), con progetto di decisione del 22 febbraio 2017, l'UAIE ha prospettato la soppressione del quarto di rendita erogato fino ad allora all'interessato dalla fine del mese che seguirà la notifica della decisione. L'autorità inferiore ha altresì prospettato il rifiuto dell'applicazione di provvedimenti professionali (doc. A 128 pag. 443; cfr. anche doc. A 126 pag. 435 e doc. A 127 pag. 439 [fogli di calcolo]).

B.c Con osservazioni del 6 marzo 2017 (doc. A 129 pag. 448), nonché con complemento alle osservazioni del 22 marzo 2017 (doc. A 131 pag. 452), l'interessato ha contestato il menzionato progetto di decisione. Ha fatto valere un accertamento insufficiente dei fatti giuridicamente rilevanti. Ha allegato un certificato medico del 27 febbraio 2017, nonché la relazione medica del 20 marzo 2017, entrambi del dott. B. _____ – medico curante, medico chirurgo, specialista in urologia, malattie del rene e dell'apparato uro-genitale –, secondo cui, tenuto conto degli interventi chirurgici, delle cure farmacologiche, nonché in particolare del peggioramento della cefalea con aura cronica (i cui episodi si sono intensificati) e della patologia psichiatrica, l'interessato non dispone dell'attenzione necessaria per ottemperare con profitto ai propri compiti lavorativi e pertanto presenta una totale incapacità lavorativa in qualsiasi attività.

B.d Il 4 aprile 2017, il medico del SMR ha ritenuto che non vi fossero nuovi elementi medici atti a modificare la propria precedente valutazione (doc. A 133 pag. 459).

B.e Con decisione del 2 maggio 2017, l'UAIE ha soppresso, con effetto al 1° luglio 2017, il quarto di rendita dell'assicurazione svizzera per l'invalidità

riconosciuto a decorrere dal 1° settembre 2013. L'autorità inferiore ha segnatamente considerato che lo stato di salute dell'interessato ha subito un complessivo miglioramento che giustifica un'incapacità lavorativa del 30% (intesa come riduzione del rendimento) in qualsiasi attività. Dal raffronto del reddito da valido per l'anno 2015, di fr. 45'500.-, con il reddito statistico da invalido per attività adeguate, di fr. 44'518.- (secondo la tabella TA1 del 2015, attività semplici e ripetitive, valore mediano, per 41.7 ore settimanali a cui dedurre il 30% per incapacità lavorativa e il 5% per svantaggi salariali derivanti da contingenze particolari), è derivato un grado d'invalidità del 2%, insufficiente per continuare a percepire una rendita d'invalidità. L'autorità inferiore ha altresì negato l'applicazione di provvedimenti professionali veri e propri, ma è rimasta a disposizione (previa domanda) per accordare un aiuto al collocamento (doc. A 136 pag. 466; cfr. anche doc. A 122 pag. 430 [indicazioni dell'ex datore di lavoro] e doc. A 126 pag. 435 [foglio di calcolo]).

C.

C.a Il 2 giugno 2017, l'interessato ha inoltrato ricorso dinanzi al Tribunale amministrativo federale (TAF), mediante il quale ha chiesto l'annullamento della decisione impugnata e il riconoscimento di una rendita intera anche successivamente al 1° settembre 2013. Ha fatto valere un accertamento insufficiente dei fatti giuridicamente rilevanti. La situazione cardiologica sarebbe rimasta invariata rispetto al novembre 2014, gli episodi di cefalea con aura cronica si sarebbero intensificati e vi sarebbe stato un peggioramento della sindrome depressiva reattiva in trattamento con antidepressivi. Il ricorrente ha altresì trasmesso il rapporto della visita specialistica cardiologica con ECG del 16 maggio 2017 del dott. C. _____ e la relazione medica del 25 maggio 2017 del dott. B. _____ nonché formulato una domanda di assistenza giudiziaria, nel senso della dispensa dalle spese processuali (doc. TAF 1 e allegati).

C.b Con scritto del 25 luglio 2017, l'insorgente ha trasmesso il formulario "Domanda di gratuito patrocinio" compilato e allegato i relativi documenti giustificativi (doc. TAF 4 e allegati).

C.c Con risposta del 2 agosto 2017, l'autorità inferiore ha proposto la reiezione del ricorso e la conferma della decisione impugnata conformemente al preavviso dell'Ufficio dell'assicurazione per l'invalidità del Cantone D. _____ (Ufficio AI) del 19 luglio 2017. Detto Ufficio ha osservato, sulla base dell'annotazione del SMR del 13 luglio 2017, che non vi sono elementi

oggettivi in grado di modificare la valutazione clinico-lavorativa concernente il ricorrente. L'autorità inferiore ha altresì indicato che, conto tenuto che la precedente decisione di attribuzione della rendita temporanea era stata annullata da questo Tribunale con il conseguente rinvio degli atti per ulteriori accertamenti, la medesima avrebbe dovuto emanare una nuova decisione di attribuzione della rendita con conseguente soppressione della rendita stessa dopo 3 mesi dal constatato miglioramento dello stato di salute, ossia a decorrere dal 31 maggio 2016 anziché emanare una decisione di soppressione della rendita in via di revisione. L'autorità inferiore ha quindi indicato di rimettersi al giudizio di questo Tribunale quanto ad una eventuale reformatio in peius (doc. TAF 5 e allegati).

C.d Con provvedimento dell'11 agosto 2017, questo Tribunale ha informato il ricorrente sulla possibilità di una reformatio in peius, nel senso della soppressione della rendita già a decorrere dal 1° giugno 2016, e conferito al medesimo la facoltà di eventualmente ritirare il ricorso (doc. TAF 6).

C.e Nella replica dell'11 settembre 2017, l'insorgente ha indicato di mantenere il ricorso e si è riconfermato nelle allegazioni in fatto e in diritto di cui al gravame. Ha altresì allegato il rapporto della visita specialistica cardiologica con ECG del 7 settembre 2017 del dott. C. _____ e la relazione medica del 4 settembre 2017 del dott. B. _____ (doc. TAF 7 e allegati).

C.f Con duplice del 2 febbraio 2018, l'UAIE, conformemente all'allegato preavviso dell'Ufficio AI del 29 gennaio 2018, il quale a sua volta si basa sull'annotazione del SMR del 26 gennaio 2018, ha riproposto la reiezione del ricorso e la conferma della decisione impugnata (doc. TAF 9 e allegati).

C.g Con osservazioni alla duplice del 16 marzo 2018, l'insorgente si è riconfermato nelle allegazioni in fatto e in diritto di cui al gravame. In particolare ha indicato di soffrire di fibrillazione atriale permanente, portatrice di notevoli complicanze, di essere stato negli ultimi due mesi vittima di 4 episodi di sincope con perdita repentina dei sensi, nonché di avere aumentato i dosaggi farmacologici (doc. TAF 11).

C.h Copie delle menzionate osservazioni sono state trasmesse per conoscenza all'autorità inferiore con provvedimento del 22 marzo 2018 (doc. TAF 12).

C.i Con e-mail del 7 settembre 2018, il ricorrente ha sollecitato l'evasione del gravame (doc. TAF 13). Questo Tribunale gli ha indicato che avrebbe

fatto il possibile per evadere il caso entro un termine il più contenuto possibile, fermo restando, tuttavia, che sarebbe stata data – di principio – priorità all'evasione di cause ancora pendenti inoltrate anteriormente alla sua (doc. TAF 14).

Diritto:

1.

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

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

1.3 In virtù dell'art. 3 lett. d^{bis} PA, la procedura in materia di assicurazioni sociali non è disciplinata dalla PA nella misura in cui è applicabile la LPGGA (RS 830.1). Giusta l'art. 1 cpv. 1 LAI, le disposizioni della LPGGA sono applicabili all'assicurazione per l'invalidità (art. 1a-26^{bis} e 28-70), sempre che la LAI non deroghi alla LPGGA.

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

1.5

1.5.1 Va peraltro precisato che di principio è oggetto del litigio l'assegnazione di tutte le rendite dell'assicurazione svizzera per l'invalidità concernenti il ricorrente, ossia sia l'assegnazione della rendita intera, sia l'assegnazione del quarto di rendita e la sua conseguente soppressione. In effetti, secondo costante giurisprudenza, assegnando retroattivamente una rendita 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, e ciò indipendentemente dal fatto che la rendita degressiva e/o limitata nel tempo sia stata accordata da parte dell'amministrazione mediante una sola decisione o più decisioni separate (cfr. su questo punto DTF 131 V 164 consid. 2, segnatamente 2.3.2, con rinvii; v. pure sentenze del TAF C-3859/2016 del 22 maggio 2017 consid. 7 e C-6248/2011 del 25 luglio 2012 consid. 10 con rinvii). Tuttavia, nella presente fattispecie la rendita intera assegnata dal 1° aprile 2013 al 31 agosto 2013 e il quarto di rendita assegnato dal 1° settembre 2013 sono già state confermate da questo Tribunale con sentenza C-5496/2014 del 26 gennaio 2015, la quale è cresciuta incontestata in giudicato. A prescindere dal fatto che neppure è oggetto del litigio, è incontestato – è sufficientemente documentato – che già solo in considerazione delle affezioni cardiache, le rendite, segnatamente la rendita intera accordata al ricorrente a decorrere dal 1° aprile 2013 al 31 agosto 2013 rispettivamente il quarto di rendita assegnato a far tempo dal 1° settembre 2013, sono legittime e giustificate. Esse sono, come già accennato, fondate su sufficiente documentazione medica cardiologica e una convincente valutazione delle conseguenti incapacità lavorative da parte dei medici del SMR (cfr. segnatamente le numerose annotazioni del SMR del dott. E. _____ e del dott. F. _____, nonché il rapporto finale SMR con esame del 22 maggio 2013 del dott. G. _____, specialista in cardiologia [doc. A 46 pag. 158 e segg.]).

1.5.2 Pertanto, resta aperta solo la questione di sapere se il ricorrente ha diritto o meno a una rendita superiore al quarto di rendita a decorrere dal 1° settembre 2013 e, se del caso, fino a quando è giustificata l'erogazione di tale rendita.

2.

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

2.2 L'allegato II è stato modificato con effetto dal 1° aprile 2012 (Decisione 1/2012 del Comitato misto del 31 marzo 2012; RU 2012 2345). Nella sua nuova versione esso prevede in particolare che le parti contraenti applicano tra di loro, nel campo del coordinamento dei sistemi di sicurezza sociale, gli atti giuridici di cui alla sezione A dello stesso allegato, comprese eventuali loro modifiche o altre regole equivalenti ad essi (art. 1 ch. 1) ed assimila la Svizzera, a questo scopo, ad uno Stato membro dell'Unione europea (art. 1 ch. 2).

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

2.4 Giova altresì rilevare che il regolamento (CE) n. 883/2004 è stato ulteriormente modificato dal regolamento (CE) n. 465/2012 del Parlamento europeo e del Consiglio del 22 maggio 2012, ripreso dalla Svizzera a decorrere dal 1° gennaio 2015 (cfr. sentenza del TF 8C_580/2015 del 26 aprile 2016 consid. 4.2 con rinvii).

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

3.

3.1 Dal profilo temporale sono applicabili le disposizioni in vigore al momento della realizzazione dello stato di fatto che deve essere valutato giuridicamente o che produce conseguenze giuridiche (DTF 136 V 24 consid. 4.3; 130 V 445 consid. 1.2 con rinvii; 129 V 1 consid. 1.2). Se è intervenuto un cambiamento delle norme legislative nel corso del periodo sottoposto

ad esame giudiziario, il diritto eventuale alle prestazioni si determina secondo le vecchie disposizioni per il periodo anteriore e secondo le nuove a partire dalla loro entrata in vigore (applicazione *pro rata temporis*; DTF 130 V 445). Nella fattispecie in esame, la domanda di rendita è stata presentata il 24 ottobre 2012 (cfr. consid. A.a della presente sentenza). Ne discende che in concreto si applicano di principio le nuove norme materiali in vigore dal 1° gennaio 2012, tra le quali le disposizioni della 6a revisione della LAI (cfr. DTF 130 V 1 consid. 3.2 per quanto concerne le disposizioni formali della LPGA, immediatamente applicabili con la loro entrata in vigore).

3.2 Giova altresì rilevare che il potere cognitivo di questo Tribunale è delimitato dalla data della decisione impugnata, in concreto il 2 maggio 2017. Il giudice delle assicurazioni sociali esamina infatti la decisione impugnata sulla base della situazione di fatto esistente al momento in cui essa è stata resa. Tiene tuttavia conto dei fatti verificatisi dopo tale data quando essi possano imporsi quali elementi d'accertamento retrospettivo della situazione anteriore alla decisione stessa (DTF 129 V 1 consid. 1.2; 121 V 362 consid. 1b), in altri termini se gli stessi sono strettamente connessi all'oggetto litigioso e se sono suscettibili di influire sull'apprezzamento del giudice al momento in cui detta decisione litigiosa è stata resa (cfr. sentenze del TF 8C_278/2011 del 26 luglio 2011 consid. 5.5; 9C_116/2010 del 20 aprile 2010 consid. 3.2.2; DTF 118 V 200 consid. 3a *in fine*).

4.

Secondo le norme applicabili, ogni richiedente, per avere diritto ad una rendita dell'assicurazione invalidità svizzera, deve adempiere cumulativamente le seguenti condizioni:

- essere invalido ai sensi della LPGA e della LAI (art. 8 LPGA nonché art. 4, 28 e 28a LAI);
- aver pagato i contributi all'AVS/AI svizzera o ad un'assicurazione sociale assimilata (FF 2005 p. 4065; art. 45 del regolamento 1408/71 [art. 46 del regolamento (CE) n. 883/2004 {che rinvia al Capitolo 5}]) di uno Stato membro dell'Unione europea (UE) o dell'Associazione europea di libero scambio (AELS), durante tre anni (art. 36 cpv. 1 LAI), ferma restando la necessità di un periodo contributivo minimo in Svizzera di un anno (art. 36 cpv. 2 LAI in combinazione con l'art. 29 cpv. 1 LAVS; cfr. DTF 130 V 335 consid. 3 e 4).

Il ricorrente adempie in ogni caso la condizione della durata minima di contribuzione, avendo pagato contributi per più di tre anni, fermo restando che ha versato all'assicurazione svizzera per la vecchiaia, i superstiti e l'invalidità contributi per più di un anno (cfr. doc. A 41 pag. 130 e segg. [formulario dell'ex datore di lavoro]).

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 4 cpv. 1 LAI). 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).

5.2 Giusta l'art. 28 cpv. 2 LAI, l'assicurato ha diritto ad un quarto di rendita se è invalido per almeno il 40%, ad una mezza rendita se è invalido per almeno il 50%, a tre quarti di rendita se è invalido per almeno il 60% e ad una rendita intera se è invalido per almeno il 70%. In seguito all'entrata in vigore dell'ALC, la limitazione prevista dall'art. 29 cpv. 4 LAI, secondo cui le rendite per un grado d'invalidità inferiore al 50%, ma pari almeno al 40%, sono versate solo ad assicurati che sono domiciliati e dimorano abitualmente in Svizzera (art. 13 LPGA), non è più applicabile segnatamente quando l'assicurato è cittadino dell'UE o svizzero e risiede nell'UE (DTF 132 V 423 consid. 6.4.1; 130 V 253 consid. 2.3)

5.3 L'art. 28 cpv. 1 LAI prevede che l'assicurato ha diritto ad 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).

6.

6.1 La nozione d'invalidità di cui agli art. 4 LAI e 8 LPGA è un concetto di carattere economico-giuridico e non medico (cfr. sentenze del TF 9C_318/2014 del 10 settembre 2014 consid. 3.1 e 8C_636/2010 del 17 gennaio 2011 consid. 3 con rinvii). In base all'art. 16 LPGA, applicabile per il rinvio dell'art. 28 cpv. 2 LAI, per valutare il grado d'invalidità, il reddito che l'assicurato potrebbe conseguire esercitando l'attività ragionevolmente esigibile da lui dopo la cura medica e l'eventuale esecuzione di provvedimenti d'integrazione (reddito da invalido), tenuto conto di una situazione equilibrata del mercato del lavoro, è confrontato con il reddito che egli avrebbe potuto ottenere se non fosse diventato invalido (reddito da valido; metodo generale del raffronto dei redditi).

6.2 Benché l'invalidità sia una nozione economico-giuridica, le certificazioni mediche possono costituire importanti elementi per apprezzare il danno invalidante e per determinare quali lavori siano ancora ragionevolmente esigibili dall'assicurato (cfr. sentenze del TF 9C_240/2013 del 22 ottobre 2013 consid. 2.1 e 8C_671/2011 dell'11 novembre 2011 consid. 3).

7.

Una rendita limitata e/o crescente nel tempo corrisponde, materialmente, ad una revisione ai sensi dell'art. 17 LPGA e se ne deve pertanto seguire i principi.

7.1 Secondo l'art. 17 LPGA, se il grado d'invalidità del beneficiario della rendita subisce una notevole modifica, per il futuro la rendita è aumentata o ridotta proporzionalmente o soppressa, d'ufficio o su richiesta. Il cpv. 2 della stessa norma prevede che ogni altra prestazione durevole accordata in virtù di una disposizione formalmente passata in giudicato è, d'ufficio o su richiesta, aumentata, diminuita o soppressa se le condizioni che l'hanno giustificata hanno subito una notevole modifica.

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

7.3 L'art. 88a cpv. 1 OAI, prevede che se la capacità al guadagno dell'assicurato o la capacità di svolgere le mansioni consuete migliora oppure se la grande invalidità o il bisogno di assistenza o di aiuto dovuto all'invalidità si riduce, il cambiamento va considerato ai fini della riduzione o della soppressione del diritto a prestazioni dal momento in cui si può supporre che il miglioramento constatato perduri. Lo si deve in ogni caso tenere in considerazione allorché è durato tre mesi, senza interruzione notevole, e che presumibilmente continuerà a durare.

7.4 Giusta l'art. 88^{bis} cpv. 2 OAI, la riduzione o la soppressione della rendita, dell'assegno per grandi invalidi o del contributo per l'assistenza è messa in atto: a) il più presto, il primo giorno del secondo mese che segue la notifica della decisione; b) retroattivamente dalla data in cui avvenne la modificazione determinante se il beneficiario ha ottenuto indebitamente la prestazione o ha violato l'obbligo di informare impostogli ragionevolmente dall'art. 77 OAI, indipendentemente dal fatto che la prestazione abbia continuato a essere versata a causa dell'ottenimento indebito della medesima o della violazione dell'obbligo di informare.

8.

In virtù dell'art. 43 LPGGA nonché degli art. 12 e 13 PA e dell'art. 19 PA in relazione con l'art. 40 PCF (RS 273), il Tribunale accerta, con la collaborazione delle parti, i fatti determinanti per la soluzione della controversia, assume le prove necessarie e le valuta liberamente. Secondo giurisprudenza, se il giudice ritiene che i fatti non sono sufficientemente delucidati, può, peraltro non senza qualche limitazione (cfr. DTF 137 V 210 consid. 4.4.1.4), sia rinviare la causa all'amministrazione per completamento dell'istruzione sia procedere lui medesimo a tale istruzione complementare. Un rinvio all'amministrazione che ha per scopo di completare l'accertamento dei fatti non viola né i principi della semplicità e della celerità né il principio inquisitorio. In particolare, un siffatto rinvio appare in generale siccome giustificato se l'amministrazione ha proceduto ad una constatazione dei fatti sommaria nella speranza che in caso di ricorso sarebbe poi stato il Tribunale ad effettuare i necessari accertamenti fattuali (cfr. sentenza del TF 9C_162/2007 del 3 aprile 2008 consid. 2.3 con rinvii).

9.

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

9.2 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 232 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]).

9.3 In particolare, per quanto concerne le perizie giudiziarie la giurisprudenza ha stabilito che il giudice non si scosta senza motivi imperativi dal parere degli esperti, il cui compito è quello di mettere a disposizione del Tribunale le loro conoscenze specifiche e di valutare, da un punto di vista medico, una certa fattispecie. Ragioni che possono indurre il giudice a non fondarsi su un tale referto sono ad esempio affermazioni contraddittorie, il contenuto di una superperizia, o altri rapporti da cui emergono validi motivi per farlo e, meglio, se l'opinione di altri esperti appare sufficientemente fondata da mettere in discussione le conclusioni peritali (DTF 137 V 210 consid. 1.3.4 e DTF 125 V 351 consid. 3b/bb).

9.4 Per quel che riguarda le perizie di parte, il Tribunale federale ha precisato che esse contengono considerazioni specialistiche che possono contribuire ad accertare i fatti, da un punto di vista medico. Malgrado esse non abbiano lo stesso valore probatorio di una perizia giudiziaria, il giudice deve valutare se questi referti medici sono atti a mettere in discussione la perizia giudiziaria oppure quella ordinata dall'amministrazione. Giova altresì rilevare come debba essere considerato con la necessaria prudenza l'avviso dei medici curanti, i quali possono tendere a pronunciarsi in favore del proprio paziente a dipendenza dei particolari legami che essi hanno con gli stessi (DTF 125 V 351 consid. 3b con rinvii).

9.5 Va ancora rilevato che il riconoscimento di un danno alla salute psichica presuppone in particolare la diagnosi espressa da uno specialista psichiatrico, poggiata su criteri posti da un sistema di classificazione riconosciuto scientificamente, il quale deve pronunciarsi sulla gravità dell'affezione (DTF 130 V 396 [cfr., più in generale, la necessità di una valutazione medica in DTF 137 V 210 consid. 3.4.2.3]). Tenendo conto di diversi criteri, lo psichiatra deve valutare l'esigibilità della ripresa lavorativa da parte dell'assicurato.

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

10.

Nel caso concreto, occorre innanzitutto verificare se l'istruttoria effettuata dall'autorità inferiore sia sufficiente, o meno, per statuire nel caso di specie, fermo restando che questo Tribunale ha già deciso nella sentenza del 26 gennaio 2015, cresciuta incontestata in giudicato, che la rendita intera accordata al ricorrente dall'UAIE, con decisioni del 22 agosto 2014, dal 1° aprile 2013 al 31 agosto 2013 e il quarto di rendita accordato dal 1° settembre 2013 restano acquisite (e giustificate già solo dalle affezioni cardiache [v. consid. 1.5 del presente giudizio e sentenza del TAF C-5496/2014 del 26 gennaio 2015 consid. 13]).

10.1 Nella decisione impugnata del 2 maggio 2017, l'autorità inferiore, fondandosi segnatamente sulla perizia pluridisciplinare (internistica, neurologica, reumatologica e psichiatrica) del 13 giugno 2016, ha ritenuto essere intervenuto un miglioramento in ambito cardiologico dello stato di salute del ricorrente che giustifica un nuovo apprezzamento, senza vincoli a precedenti valutazioni, in merito all'incidenza dell'insieme delle affezioni di cui soffre il ricorrente sulla capacità lavorativa. Quest'ultima è stata ritenuta essere del 70% (30% di riduzione del rendimento) sia nell'attività abituale d'impiegato d'ufficio che in altre attività adeguate a decorrere dal mese di marzo del 2016 (date delle visite specialistiche in neurologia, psichiatria e reumatologia). Dal confronto dei redditi effettuato dall'UAIE è risultato un grado d'invalidità del 2%, insufficiente per l'erogazione di una rendita Al svizzera. Quella fino ad allora accordata è stata pertanto soppressa dalla

fine del mese che segue la notifica della decisione impugnata (doc. A 136 pag. 466 e segg. e doc. A 118 pag. 369 e segg.). Nella perizia pluridisciplinare del 13 giugno 2016, su cui è sostanzialmente fondata la decisione impugnata, sono state ritenute le seguenti diagnosi con influsso sulla capacità lavorativa: "sindrome del disadattamento cronico (ICD10-F43.2) sfociata in sindrome ansiosa parossistica (ICD10-F41.0); cardiopatia valvolare con esiti di sostituzione valvolare (giugno 2010) aortica e mitralica con protesi meccaniche per endocardite batterica (modello delle protesi non descritte) con attuale buon funzionamento della protesi meccanica in posizione aortica e mitralica; ablazione del nodo atrio ventricolare in data 14 novembre 2012; impianto di pace maker monocamerale (17 ottobre 2012) con fibrillazione atriale con sindrome bradi-tachi; FRCV: ipertensione arteriosa, pregresso tabagismo" (cfr. doc. A 118 pag. 385). I periti hanno altresì ritenuto quali diagnosi senza influsso sulla capacità lavorativa: "emicrania con aura visiva; stato dopo asportazione di polipi colici al cieco, al colon ascendente e al sigma (febbraio 2015); sovrappeso con BMI 27 kg/m²" (cfr. doc. A 118 pag. 369 e segg.). I periti hanno infine ritenuto un'incapacità lavorativa, sia nell'attività abituale che in attività adeguata rispettosa dei limiti funzionali, del 25% dal 28 gennaio 2012, del 60% dal 6 ottobre 2012, del 100% dal 17 ottobre 2012, del 50% dal 23 maggio 2013, nonché del 30% (intesa come riduzione del rendimento) dal marzo 2016 (data delle visite peritali), nonché una capacità totale a svolgere le abituali mansioni in ambito domestico (cfr. doc. A 118, in particolare pag. da 392 a 394).

10.2 Il ricorrente ha contestato il fondamento di detta decisione e chiesto il riconoscimento di una rendita intera anche dal 1° settembre 2013.

10.3 Quanto al miglioramento dello stato di salute dal profilo cardiologico, ritenuto nella succitata perizia pluridisciplinare del 13 giugno 2016, questo Tribunale osserva quanto segue.

10.3.1 In virtù delle valutazioni dei medici SMR, in particolare del rapporto dello specialista in cardiologia dott. G. _____ del 22 maggio 2013, erano state ritenute, nelle procedure che avevano condotto alle decisioni dell'UAIE del 22 agosto 2014 (dapprima di una rendita intera dal 1° aprile 2013 poi di un quarto di rendita a decorre dal 1° settembre 2013), le seguenti diagnosi con incidenza sulla capacità lavorativa (tutte affezioni di natura cardiologica): "portatore di protesi valvolare meccanica aortica e mitralica (8 giugno 2010); stato dopo impianto di pace maker WIR Biotronik per fibrillazione atriale cronica non controllata dalla terapia con fasi bradi e tachiaritmiche (17 ottobre 2012); stato da ablazione del nodo atrioventricolare con energia di radiofrequenza (14 novembre 2012); possibile sindrome

del pace maker". Quali diagnosi senza influsso sulla capacità lavorativa erano state ritenute: ipertensione arteriosa; dislipidemia; pregresso tabagismo; stato dopo appendicectomia; allergia ASA; sindrome ansiosa con tendenza all'iperventilazione; stato dopo frattura IV dito mano sinistra con osteosintesi (2007). Per motivi meramente cardiologici era dunque stata legittimamente ritenuta (cfr. sentenza del TAF C-5496/2014 del 26 gennaio 2015 [segnatamente consid. 1.2 e 13]) per l'insorgente un'incapacità lavorativa in qualsiasi attività del 25% dal 28 gennaio 2012 al 5 ottobre 2012, del 60% dal 6 ottobre 2012 al 16 ottobre 2012, del 100% dal 17 ottobre 2012 al 22 maggio 2012 (recte: 2013) e del 50% dal 23 maggio 2013 e continua (intesa come presenza di 4 ore). Questo Tribunale osserva altresì che nel già richiamato rapporto finale SMR del 22 maggio 2013, il dott. G. _____ aveva in particolare segnalato che la capacità lavorativa dell'insorgente sarebbe potuta migliorare con un adeguato trattamento della pressione arteriosa (benché non avesse messo l'ipertensione arteriosa nelle diagnosi con incidenza sulla capacità lavorativa), la quale al momento della valutazione del medico del SMR non era ancora ben controllata e mostrava valori lievemente aumentati (cfr. doc. A 46 pag. 158 e segg., in particolare pag. 160 e 162). Giova altresì ancora rilevare che nel rapporto medico dell'8 aprile 2013 del dott. H. _____, specialista in medicina interna (destinato all'assicuratore infortuni [doc. A 92 pag. 299 a 301]), tra le diagnosi (cardiologiche) con incidenza sulla residua capacità lavorativa risultava anche un'ipertensione arteriosa grave con valori diastolici molto elevati.

10.3.2 La perizia cardiologica del SAM del 24 marzo 2016 – che si basa sulle informazioni fornite dalla persona esaminata e dai medici curanti, sull'esame del quadro clinico e del comportamento del ricorrente, sulle risultanze della visita dell'insorgente mediante pure l'espletamento di esami strumentali, nonché sulla documentazione medica agli atti (cfr. doc. A 118 pag. 413) – è stato ritenuto in particolare un miglioramento dello stato di salute dell'insorgente dettato dal fatto che, nell'ultimo periodo e con il regime terapeutico adottato, la pressione arteriosa risulta ben controllata. Il perito ha poi aggiunto che le protesi meccaniche in posizione aortica e mitralica sono normo funzionanti, la funzione ventricolare sinistra è conservata, non si evidenziano elementi di ischemia miocardica, il pace-maker non mostra anomalie di funzionamento e le aritmie registrate sono di brevissima durata ed avvengono in maniera asintomatica e, infine, non si evidenziano elementi per una malattia coronarica emodinamicamente significativa. Ha quindi ritenuto, a decorrere dal marzo del 2016, una capacità lavorativa del 90% nella precedente attività lavorativa (il 10% d'incapacità lavorativa essendo ritenuto per le mansioni medio-pesanti della precedente

attività medesima) e una completa capacità lavorativa in attività sostitutive adeguate (comportanti uno sforzo fisico da lieve a moderato).

10.3.3 Questo Tribunale rileva che il ricorrente contesta in sede ricorsuale le conclusioni del perito in cardiologia del SAM facendo riferimento in particolare al rapporto della visita specialistica cardiologica con ECG del 16 maggio 2017 del dott. C. _____ e alla relazione medica del 25 maggio 2017 del dott. B. _____ (allegati al doc. TAF 1), nonché al rapporto della visita specialistica cardiologica con ECG del 7 settembre 2017 del dott. C. _____ e alla relazione del 4 settembre 2017 del dott. B. _____ (allegati al doc. TAF 7) e concludendo ad un'incapacità lavorativa totale in qualsiasi attività anche successivamente al 31 agosto 2013. Ora, la menzionata documentazione – di data posteriore alla decisione impugnata (del 2 maggio 2017) – riporta diagnosi già note e non fa stato di un mutamento duraturo, nel senso di un peggioramento, dello stato di salute dell'insorgente. In particolare, va constatato che il dott. C. _____, specialista in cardiologia, nei suoi rapporti del 16 maggio e del 7 settembre 2017, per quanto concerne la problematica cardiaca, riporta le affezioni già note e ritenute dal perito cardiologo del SAM, considera la situazione invariata rispetto alla visita del 14 novembre 2014 (recte: 14 novembre 2013 [doc. A 92 pag. 307] o allora 11 settembre 2014 [doc. A 118 pag. 373]) e non si pronuncia sulla residua capacità lavorativa dell'insorgente. Detto medico ha certo segnalato nei menzionati rapporti delle crisi emicraniche con aura, degli episodi presincopali (rapporto del 16 maggio 2017) e due sincopali in agosto del 2017 (rapporto del 7 settembre 2017), nonché una sindrome depressiva a carico dell'insorgente. Al proposito è tuttavia sufficiente rilevare, da un lato, che le patologie non cardiologiche esulano comunque dalla specializzazione del dott. C. _____ e, dall'altro lato, che detto medico neppure si è pronunciato sulle conseguenze di dette affezioni sulla residua capacità lavorativa del ricorrente. Inoltre, i citati episodi presincopali e sincopali (di natura indeterminata) sono intervenuti successivamente alla data della decisione impugnata, senza che vi sia motivo di ritenere, in assenza anche di specifiche e precise indicazioni del ricorrente e dei suoi medici curanti, che detti episodi siano la dimostrazione di un quadro clinico già esistente anteriormente alla pronuncia della decisione impugnata e mal apprezzato dai periti SAM. D'altra parte, se gli episodi sincopali fossero stati chiaramente causati da affezioni di origine cardiaca o ne fossero comunque, con verosimiglianza preponderante, una conseguenza, il menzionato specialista cardiologo incaricato dall'insorgente avrebbe dovuto e potuto indicarlo nei suoi rapporti. Quanto alle succitate relazioni mediche del dott. B. _____ del 25 maggio e del 4 settembre 2017 va osservato che non sono state effettuate da uno specialista delle affezioni di cui soffre il

ricorrente, sono molto generiche e comunque non indicano i motivi per cui la valutazione peritale del SAM sarebbe errata dal profilo cardiologico perlomeno fino alla data della decisione impugnata, dove per valutazione peritale si intende non soltanto una corretta diagnosi delle affezioni constatate, ma anche e soprattutto la loro effettiva conseguenza sulla residua capacità lavorativa.

10.3.4 In conclusione, non vi è ragione di scostarsi dalla convincente valutazione cardiologica di cui alla perizia pluridisciplinare SAM del 13 giugno 2016 e relativo rapporto del perito cardiologo del 24 marzo 2016, perlomeno per quanto attiene alla situazione medica esistente fino al momento della pronuncia della decisione litigiosa.

10.4 La medesima conclusione può essere tratta dal profilo neurologico. Dal convincente rapporto del perito neurologo del SAM del 23 marzo 2016 è indicato in modo preciso e intelligibile per quali motivi non vi sono indizi di patologie endocraniche, del midollo spinale o del sistema nervoso periferico. Sempre secondo il perito, la diagnosticata emicrania con aura visiva non determina altresì alcuna incapacità lavorativa dal profilo neurologico né nell'abituale lavoro né in un'attività sostitutiva (non risultano peraltro dall'insieme degli atti medici di cui alle carte processuali delle incapacità lavorative unicamente per il problema dell'emicrania). Peraltro, nel caso di attacco di cefalea più importante, e poco reagente al trattamento farmacologico, potrebbe instaurarsi un'incapacità lavorativa, ma solo temporanea (durante l'attacco di cefalea). Il ricorrente non avrebbe peraltro mai provato altre terapie di prevenzione per la fase acuta del dolore più intenso (avrebbe unicamente utilizzato il I._____, senza provare altri triptani). In conclusione, il perito neurologo considera la prognosi favorevole, non si aspetta in futuro un peggioramento della frequenza delle cefalee, ma piuttosto un miglioramento, eventualmente con i cambiamenti farmacologici consigliati. Neppure in tale ambito la generica documentazione medica esibita in corso di procedura e in sede ricorsuale (segnatamente dei dott. C._____ e B._____) suscita dubbi sulle valutazioni peritali del SAM e dello specialista in neurologia perlomeno per quanto attiene alla situazione medica esistente fino alla data della decisione impugnata.

10.5 Quanto alla valutazione delle affezioni psichiatriche questo Tribunale rileva quanto segue.

10.5.1 Il perito psichiatrico del SAM ha posto la diagnosi, con influsso sulla capacità lavorativa, di sindrome del disadattamento cronico (ICD10-F43.2) sfociata in sindrome ansiosa parossistica (ICD10-F41.0; cfr. doc. A 118

pag. 385 e pag. da 400 a 408). Egli ha indicato che dal “punto di vista specialistico la sindrome da attacchi di panico e l’angoscia legata alla possibilità che la manifestazione ansiosa parossistica possa emergere specialmente durante la notte causandogli uno stato di apprensione pervasivo sono una costellazione di disturbi che portano ad una incapacità lavorativa del 30%” (doc. A 118 pag. 391 e 403). Tale incapacità lavorativa del 30% è da intendersi per qualsiasi attività lavorativa e come riduzione del rendimento sull’arco di un’intera giornata lavorativa (cfr. doc. A 118 pag. 392 e 393). Il perito psichiatrico del SAM ha ritenuto che l’incapacità lavorativa per motivi psichici esiste da settembre del 2014, ossia da quando nella documentazione medica di cui all’incarto dell’autorità inferiore è menzionata la presenza di una problematica psichica (cfr. doc. A 118 pag. 404). Ha altresì precisato che da allora lo stato di salute dell’insorgente, dal lato esclusivamente psichico, è sostanzialmente rimasto invariato (cfr. doc. A 118 pag. 406). Secondo il perito nell’ “assicurato più che una vera e propria sintomatologia psichica espressa attraverso disturbi soggettivi manifesti prevale dunque l’angoscia che talora sconfinava nel panico legata all’idea di poter essere sopraffatto dalle circostanze della vita in quanto sprovvisto della fiducia nelle proprie capacità di resistenza e di tenuta avendo egli perso quel senso della identità personale che aveva massimamente fondato sulla realizzazione nel campo del lavoro” (cfr. doc. A 118 pag. 403). Le limitazioni funzionali consistono “in una difficoltà a riuscire a coronare i propri propositi stante la fragilità identitaria venutasi a creare che ha posto l’assicurato in una condizione di ridotta fiducia nella propria capacità di riuscita”. Il perito psichiatrico del SAM ha altresì osservato che è indicata la prescrizione di medicinali ansiolitici e antidepressivi e che il ricorrente non ha riconosciuto completamente l’origine psicogena dei suoi disturbi per cui ha aderito alle terapie farmacologiche prescritte in misura ridotta (cfr. doc. A 118 pag. 404 e 405). Il perito psichiatrico del SAM ha peraltro rimandato, per quanto concerne l’analisi delle risorse personali del ricorrente, a quanto riportato nei capitoli della perizia pluridisciplinare del 13 giugno 2016 nella quale “questi aspetti sono stati trattati in maniera dettagliata” (cfr. doc. A 118 pag. 407).

10.5.2 Per i motivi che saranno indicati di seguito, il rapporto del perito psichiatrico del 31 maggio 2016 deve considerarsi incompleto, impreciso ed insufficientemente motivato, senza che il rapporto della perizia pluridisciplinare del SAM del 13 giugno 2016 abbia posto (sufficiente) rimedio a tali carenze.

10.5.2.1 Infatti, se da un lato il perito psichiatrico del SAM nelle proprie conclusioni ha indicato che il ricorrente non soffre di una vera e propria

malattia psichica, dall'altro lato pone una diagnosi psichiatrica, con cronicizzazione, avente un influsso sulla capacità lavorativa in misura del 30% (intesa come riduzione del rendimento) nel senso di una sindrome da disadattamento (ICD10-F43.2) sfociata in sindrome ansiosa parossistica (ICD10-F41.0) che può causare all'insorgente uno stato di apprensione pervasivo (cfr. rapporto della perizia psichiatrica del 31 maggio 2016 [doc. A 118 pag. 403]). Ora, sono esattamente questi elementi che avrebbero dovuto fare l'oggetto di una procedura probatoria strutturata ai sensi della nota giurisprudenza del Tribunale federale (cfr. DTF 141 V 281 consid. 3.4, 3.5, 3.6 e 4.1.3 in relazione con la DTF 139 V 547 consid. 7.2). In tali casi, il perito psichiatrico è chiamato a fare un esame sulla base di una visione d'insieme, nell'ambito di una procedura d'accertamento dei fatti normativa strutturata atta a stabilire, da un lato, i fattori invalidanti e, dall'altro, le risorse della persona allorquando è, appunto, confrontato a patologie psichiatriche che dal profilo della verificabilità ed oggettività sono paragonabili alle sindromi senza patogenesi o eziologie chiare e senza una causa organica comprovata (ibidem, segnatamente DTF 139 V 547 consid. 7.2 con rinvii). La necessità, di principio, di una tale procedura probatoria strutturata è stata poi ancora ribadita nella DTF 143 V 418, per tutte le affezioni di natura psichica, anche per quelle non assimilabili alle sindromi senza patogenesi o eziologie chiare e senza una causa organica comprovata. Ora, questo Tribunale osserva che dalla succitata DTF 141 V 281 (in combinazione con la DTF 139 V 547 consid. 7.2), resa il 3 giugno 2015, ma al più tardi con la sentenza del TF 9C_380/2015 del 17 novembre 2015 considerando 3.1, non poteva più sfuggire ai periti psichiatri o comunque all'autorità inferiore, la necessità dell'effettuazione, appunto nell'ambito di una perizia psichiatrica (o bi- o interdisciplinare), di una procedura probatoria strutturata per le sintomatologie, come quella da loro diagnosticata (sindrome del disadattamento cronico [ICD10-F43.2] sfociata in sindrome ansiosa parossistica [ICD10-F41.0]), senza patogenesi o eziologia chiare e senza causa organica comprovata (cfr. DTF 9C_380/2015 del 17 novembre 2015 consid. 3.1 con rinvii [ma anche la sentenza del TF 8C_128/2019 del 12 giugno 2019, in particolare consid. 4.3]).

10.5.2.2 Nella DTF 141 V 281, il Tribunale federale ha stabilito degli indicatori per la valutazione del carattere invalidante delle affezioni psicosomatiche, suddividendoli in due categorie (consid. 4.1.3):

- A. Categoria "gravità funzionale"
 - a. Complesso "danno alla salute"
 - i. Risultati e sintomi rilevanti per la diagnosi
 - ii. Successo od insuccesso del trattamento

- iii. Successo od insuccesso della reintegrazione
 - iv. Comorbidità
 - b. Complesso "personalità" (diagnosi della personalità, risorse personali)
 - c. Complesso "contesto sociale"
- B. Categoria "coerenza" (aspetti del comportamento)
- a. Limitazione uniforme dei livelli di attività in tutti gli ambiti della vita paragonabili
 - b. Sofferenza dimostrata secondo l'anamnesi in vista di un trattamento o di una reintegrazione.

Gli indicatori della categoria "gravità funzionale" costituiscono la base della valutazione del caso concreto, le cui conclusioni dovranno poi essere analizzate nell'ambito della valutazione del caso secondo gli indicatori della categoria "coerenza", tenendo altresì conto delle circostanze particolari della fattispecie. Il catalogo di indicatori è peraltro destinato a modificarsi in relazione agli sviluppi delle conoscenze scientifiche (consid. 4.1.1 e 4.3).

Per quanto attiene ai menzionati indicatori per la valutazione del caso, il Tribunale federale ha pure ritenuto che bisognerà tener conto maggiormente degli effetti delle affezioni psicosomatiche sulla capacità della persona di esercitare il proprio lavoro e di compiere gli atti della vita quotidiana. Nell'ambito della diagnosi, si dovrà prendere in considerazione la gravità del disturbo diagnosticato (consid. 4.3.1.1). Lo svolgimento e l'esito dei trattamenti terapeutici e delle misure di reintegrazione professionale forniranno altresì delle indicazioni sulle conseguenze delle affezioni psicosomatiche (consid. 4.3.1.2). Bisognerà prendere in considerazione anche le risorse personali della persona in rapporto alla sua personalità ed al contesto sociale in cui vive (consid 4.3.2 e 4.3.3). Sarà altresì determinante la questione di sapere se le limitazioni funzionali si manifestano nello stesso modo in tutti gli ambiti della vita (lavoro e tempo libero) e se la sofferenza implica il ricorso alle offerte terapeutiche esistenti (consid. 4.4 a 4.4.2).

10.5.2.3 Tuttavia, né il rapporto della perizia psichiatrica del 31 maggio 2016 né quello della perizia pluridisciplinare del SAM del 13 giugno 2016 rispondono in modo sufficiente ai succitati criteri di una procedura probatoria strutturata. Per quanto attiene alla categoria A "gravità funzionale", manca un esame delle risorse personali dell'insorgente e quello relativo al complesso danno alla salute e contesto sociale sono affrontati in modo generico, impreciso e molto incompleto. L'esame peritale si rileva estremamente superficiale, nella misura in cui esistente, anche in merito ai criteri

della categoria B “coerenza”. Non è dunque possibile, tanto meno sulla base dei rapporti medici forniti dal ricorrente medesimo, determinarsi con il grado della verosimiglianza determinante sulle ragioni che hanno indotto il perito psichiatra, e poi nella valutazione globale i periti incaricati dal SAM, a ritenere un’incapacità lavorativa del 30%, a decorrere da settembre 2014, per motivi psicosomatici nella precedente attività ed in attività sostitutive adeguate (nel senso di una riduzione di rendimento) piuttosto che un’incapacità lavorativa superiore, inferiore o nulla. Basti ancora rilevare che segnatamente per quanto concerne l’esame delle risorse del ricorrente, il perito psichiatra del SAM ha rinviato alla perizia pluridisciplinare, senza che il tema sia poi stato (sufficientemente) affrontato e valutato – contrariamente a quanto asserito genericamente dal perito psichiatra stesso nel suo rapporto del 31 maggio 2016 – nel rapporto finale della perizia pluridisciplinare del 13 giugno 2016, e ciò a prescindere dal fatto che un tale esame delle risorse della persona esaminata spetta di principio al perito psichiatra. Peraltro, per quanto attiene al complesso personalità e contesto sociale non è sufficiente la descrizione di una giornata tipo del ricorrente (senza ulteriore valutazione), non senza dimenticare che dal complesso “coerenza” deve poi seguire una analisi dei livelli di attività in tutti gli ambiti della vita paragonabili nonché della sofferenza di un trattamento e di una reintegrazione, analisi che nel caso di specie, se non del tutto assente, è perlomeno molto poco sviluppata e comunque insufficiente per potere determinarsi con cognizione di causa.

10.5.2.4 Ne consegue una valutazione psichiatrica complessiva poco convincente, affatto intelligibile, e non rispondente alle esigenze poste dalla giurisprudenza (DTF 141 V 281), che non consente di determinarsi con il necessario grado della verosimiglianza preponderante sulla residua capacità lavorativa del ricorrente. In particolare, non è dato di sapere in modo sufficientemente chiaro per quali motivi i periti ritengono che l’insorgente abbia – sebbene in difficoltà a coronare i propri propositi, stante la fragilità identitaria venutasi a creare e che l’ha posto in una condizione di ridotta fiducia nella propria capacità di riuscita (cfr. perizia pluridisciplinare del 13 giugno 2016 pag. 23 [doc. A 118 pag. 391]) – le risorse personali per riprendere effettivamente un’attività, ma con un’incapacità lavorativa del 30% (intesa come riduzione del rendimento), il perito psichiatra avendo persino indicato che il ricorrente è “sprovvisto della fiducia nelle proprie capacità di resistenza e di tenuta avendo egli perso quel senso di identità personale che aveva massimamente fondato sulla realizzazione nel campo lavorativo” (cfr. rapporto del consulto psichiatrico del 31 maggio 2016 pag. 4 [doc. A 118 pag. 403]).

10.5.2.5 Questo Tribunale osserva altresì che il perito psichiatrico del SAM ha ritenuto che la problematica psichica ha iniziato ad avere un influsso sulla capacità lavorativa del ricorrente a decorrere dal mese di settembre del 2014, ossia da quando è menzionata la presenza di una problematica psichica avente influsso sulla capacità lavorativa (cfr. doc. A 118 pag. 404) e che l'incapacità lavorativa del 30%, da lui ritenuta, per motivi psichici è rimasta sostanzialmente invariata da settembre del 2014 (cfr. doc. A 118 pag. 404 e 406). Su quest'ultimo punto, va rilevato che se si è certo aggiunta nel settembre 2014 una problematica psichica comportante un'incapacità lavorativa del 30% (incapacità lavorativa per motivi psichici che prima non sussisteva), al ricorrente era già stata riconosciuta un'incapacità lavorativa del 50% per motivi cardiologici a decorrere dal maggio del 2013. Ora – e fermo restando che la valutazione psichiatrica che ha dato origine all'incapacità lavorativa del 30% deve essere comunque rivalutata per i motivi precedentemente indicati –, non può essere affermato con il grado della verosimiglianza preponderante che le due incapacità lavorative del 50% (intesa come presenza di 4 ore) per motivi cardiologici e del 30% (intesa come riduzione del rendimento) per motivi psichiatrici debbano (o non debbano) essere cumulate almeno fino a marzo del 2016. Certo, nella perizia pluridisciplinare del 13 giugno 2016 i periti del SAM hanno esplicitamente indicato che l'attuale incapacità lavorativa del 10% per motivi cardiologici e del 30% per motivi psichiatrici non devono essere sommate (cfr. doc. A 118 pag. 391 *in fine*). I periti non si sono invece espressi sul fatto se anteriormente alle visite specialiste (neurologica, reumatologica e psichiatrica del marzo 2016) l'incapacità lavorativa dal profilo cardiaco, allora del 50% e quella psichiatrica del 30% avrebbero, o meno, dovuto essere cumulate, senza che la motivazione addotta nella perizia pluridisciplinare del 13 giugno 2016, per non operare un cumulo (entrambe le incapacità lavorative essendo all'origine in una riduzione di rendimento), possa essere ripresa anche per il periodo da settembre 2014 a marzo 2016, dal momento che anteriormente a marzo 2016 l'incapacità lavorativa del 50% per motivi cardiaci non si manifestava in una "semplice" riduzione del rendimento.

11.

Per conseguenza, la decisione impugnata del 2 maggio 2017, fondata su un accertamento insufficiente dei fatti giuridicamente rilevanti, viola il diritto federale ed incorre nell'annullamento.

12.

12.1 Quando il TAF annulla una decisione, esso può sostituirsi all'autorità inferiore e giudicare direttamente nel merito o rinviare la causa, con istruzioni vincolanti, all'autorità inferiore per un nuovo giudizio (cfr. sentenza del TAF C-1446/2013 del 16 ottobre 2014 consid. 8.1). In particolare, esso si sostituirà all'autorità inferiore se gli atti sono completi e comunque sufficienti a statuire sull'applicazione del diritto federale. Tale non è il caso nella presente fattispecie per i motivi precedentemente indicati. Gli atti di causa sono pertanto rinviati all'autorità inferiore affinché la stessa proceda a completare l'accertamento dei fatti giuridicamente rilevanti con riferimento allo stato di salute del ricorrente, segnatamente con un complemento della perizia pluridisciplinare in psichiatria, cardiologia e neurologia – da svolgersi naturalmente e nuovamente in Svizzera vista la complessità della fattispecie anche per quanto attiene alla conformità della perizia medesima alla giurisprudenza del Tribunale federale in materia – e con ogni ulteriore esame che l'evoluzione nel tempo dello stato di salute della ricorrente dovesse rendere necessario (v. segnatamente gli episodi di sincope di data posteriore alla decisione impugnata e di origine indeterminata), nonché a pronunciare una nuova decisione. In tale ambito, l'autorità inferiore dovrà – qualora risultasse nuovamente una residua capacità lavorativa medico-teorica nella precedente attività e in attività sostitutive adeguate – pure pronunciarsi sulla sfruttabilità effettiva di tale residua capacità lavorativa in un mercato equilibrato del lavoro.

12.2 Peraltro, e in siffatte circostanze, nulla – neppure la più recente giurisprudenza del Tribunale federale di cui a DTF 137 V 210 (cfr. segnatamente il consid. 4.4.1.4) – si oppone al rinvio della causa all'autorità inferiore per completamento dell'istruttoria. In effetti, in assenza di tali accertamenti complementari (che avrebbero già dovuto essere esperiti prima dell'emanazione della decisione impugnata), non era, né è, possibile determinarsi con cognizione di causa, ed il necessario grado della verosimiglianza preponderante, sullo stato di salute del ricorrente e sull'incidenza delle affezioni di cui soffre sulla residua capacità lavorativa nell'attività abituale e in attività sostitutive adeguate. In particolare, un rinvio all'autorità inferiore si giustifica, dal profilo delle garanzie procedurali (segnatamente quello della doppia istanza con piena cognizione) nei casi in cui, come nella fattispecie, è richiesto un complemento peritale indispensabile per potersi determinare nel caso in esame con cognizione di causa (DTF 137 V 2010 consid. 4.4.1.4) e che peraltro l'autorità inferiore avrebbe già dovuto richiedere prima di emanare la decisione impugnata, gli elementi per dover agire

in tal senso essendo già noti prima dell'emanazione della decisione impugnata. Peraltro, il Tribunale federale ha già avuto modo pure di precisare che in virtù dell'art. 43 LPGa nonché degli art. 12 e 13 PA e dell'art. 19 PA in relazione con l'art. 40 PCF (RS 273), il Tribunale accerta, con la collaborazione delle parti, i fatti determinanti per la soluzione della controversia, assume le prove necessarie e le valuta liberamente. Secondo giurisprudenza, se il giudice ritiene che i fatti non sono sufficientemente delucidati, può, peraltro non senza qualche limitazione (cfr. DTF 137 V 210 consid. 4.4.1.4), sia rinviare la causa all'amministrazione per completamento dell'istruzione sia procedere lui medesimo a tale istruzione complementare. Un rinvio all'amministrazione che ha per scopo di completare l'accertamento dei fatti non viola né i principi della semplicità e della celerità né il principio inquisitorio. In particolare, un siffatto rinvio appare in generale siccome giustificato se l'amministrazione ha proceduto ad una constatazione dei fatti sommaria nella speranza che in caso di ricorso sarebbe poi stato il Tribunale ad effettuare i necessari accertamenti fattuali (cfr. sentenza del TF 9C_162/2007 del 3 aprile 2008 consid. 2.3 con rinvii [cfr. anche sentenza del TAF C-1722/2015 del 16 gennaio 2019 consid. 11.2 con rinvii]).

12.3 Occorre peraltro rilevare che nell'ambito dell'accertamento ancora da esperire dall'autorità inferiore, a seguito del rinvio degli atti di causa, può sussistere l'eventualità di una nuova decisione dell'UAIE a detrimento dell'insorgente (cfr., sulla questione, DTF 137 V 314 consid. 3.2.4) nel senso che non può essere escluso che, a seguito degli accertamenti ancora da esperire a seguito del rinvio degli atti di causa all'autorità inferiore per completamento dell'istruttoria, la soppressione del quarto di rendita pronunciata mediante la decisione impugnata con effetto al 30 giugno 2017 (giusta l'art. 88^{bis} cpv. 2 OAI) possa intervenire anche prima del 30 giugno 2017. Il ricorrente è stato informato di questa eventualità e gli è stato pure chiesto se voleva o meno mantenere il gravame (cfr. decisione incidentale di questo Tribunale dell'11 agosto 2017 [doc. TAF 6]). Con atto dell'11 settembre 2017 (doc. TAF 7), il ricorrente aveva poi segnalato di volere "confermare il ricorso". In altri termini, questo Tribunale ha agito conformemente alla DTF 137 V 314 consid. 3.2.4 rendendo edotto il ricorrente della possibilità di una reformatio in peius (che poteva realizzarsi con l'annullamento o la riforma della decisione impugnata) e dandogli l'opportunità di esprimersi al riguardo, ciò che ha fatto con il succitato atto dell'11 settembre 2017.

13.

13.1 Visto l'esito della causa, non sono prelevate delle spese processuali (art. 63 PA). La domanda di assistenza giudiziaria, nel senso della dispensa dalle spese processuali, è pertanto divenuta priva di oggetto.

13.2 Ritenuto che l'insorgente è rappresentato in questa sede da mandatario professionale, si giustifica altresì l'attribuzione di spese ripetibili (art. 64 PA in combinazione con l'art. 7 segg. 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]; cfr. pure DTF 137 V 57 consid. 2 secondo cui la parte che ha presentato ricorso in materia d'assegnazione o rifiuto di prestazioni assicurative è reputata vincente, dal profilo delle ripetibili, anche se la causa è rinviata all'amministrazione per complemento istruttorio e nuova decisione). L'ammontare di quest'ultime, in assenza di una nota dettagliata, è fissato d'ufficio (art. 14 cpv. 2 TS-TAF) in fr. 1'000.- (compresi i disborsi ed esclusa l'imposta sull'IVA [cfr., fra le tante, sentenza del TAF C-4/2019 del 26 settembre 2019 consid. 6.9 con rinvii]), tenuto conto del lavoro utile e necessario svolto dal rappresentante del ricorrente, nel caso di specie il Patronato INAS. L'indennità per ripetibili è posta a carico dell'UAIE.

(dispositivo alla pagina seguente)

Per questi motivi, il Tribunale amministrativo federale pronuncia:

1.

Il ricorso è accolto nel senso che decisione impugnata del 2 maggio 2017 è annullata e gli atti di causa sono rinviati all'UAIE affinché proceda al completamento dell'istruttoria e alla pronuncia di una nuova decisione ai sensi dei considerandi.

2.

Non si prelevano spese processuali. La domanda di assistenza giudiziaria, nel senso della dispensa dalle spese processuali, è divenuta priva di oggetto.

3.

L'UAIE rifonderà al ricorrente fr. 1'000.- a titolo di spese ripetibili.

4.

Comunicazione a:

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

Il presidente del collegio:

La cancelliera:

Vito Valenti

Anna Borner

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