



Corte III
C-3547/2017

Sentenza del 10 settembre 2019

Composizione

Giudici Vito Valenti (presidente del collegio),
Daniel Stufetti, Beat Weber,
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, rendita limitata nel tempo
(decisione del 15 maggio 2017).

Fatti:**A.**

A.a A._____, cittadino italiano, nato il (...) 1965, sposato, con figli, ha lavorato in Svizzera dal luglio 1987 a fine luglio 2017. A partire dal 21 agosto 1989 egli è stato alle dipendenze della B._____ SA di (...), in qualità di responsabile tecnico del servizio clientela (doc. 10 e 19 dell'incarto dell'autorità inferiore [di seguito doc. A 10 e 19]).

A.b A partire dal 1993, l'interessato ha iniziato a lamentare disturbi al ginocchio destro (progrediente artrosi femoro-patellare e femoro tibiale) e poi anche al rachide (protrusione erniaria e discopatia), continuando tuttavia a lavorare a tempo pieno (doc. 4 e segg. dell'incarto dell'assicuratore infortuni [di seguito doc. B 4 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 C._____ gli sono state diagnosticate policonfusioni del capo, dell'arcata dentaria con semiavulsione 5/6 sup, del rachide cervicale con distrazione e contusione delle ginocchia (doc. B 13).

A.d A seguito del menzionato incidente è stata aperta una procedura da parte dell'assicuratore contro gli infortuni, nella fattispecie l'Istituto nazionale svizzero di assicurazione contro gli infortuni (SUVA, v. annuncio infortunio del 18 febbraio 2015; doc. B 14) e l'assicurato è stato dichiarato totalmente inabile al lavoro (cfr. ad esempio doc. B 21). Nelle settimane successive alla caduta, sono insorti presso l'interessato 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. B 21, 23 e 24).

A.e A partire dal 13 luglio 2015, l'assicurato ha ripreso la precedente attività lavorativa al 50%, interrompendola tuttavia dopo circa tre settimane a causa dei dolori diffusi, segnatamente a livello del ginocchio destro e della schiena (cfr. in particolare doc. B 35).

B.

B.a In data 22 febbraio 2016, l'assicurato ha trasmesso all'Ufficio dell'assicurazione invalidità del cantone D._____ (UAI-D._____) il formulario per la richiesta di integrazione professionale/rendita dell'assicurazione per

l'invalidità, avendo in precedenza – in data 27 maggio 2015 – tramite la SUVA, già inoltrato un annuncio per il mantenimento del termine ex art. 29 cpv. 1 LAI (doc. A 1 – 5).

B.b Dopo aver ordinato esami specialistici in ambito ortopedico e reumatologico – di cui si dirà più in dettaglio nei considerandi in diritto –, con decisione del 23 marzo 2016, la SUVA ha rilevato che dagli accertamenti esperiti non risultavano cause organiche sufficienti a spiegare i disturbi ancora lamentati, ossia un'assenza di causalità adeguata tra l'evento notificato ed il danno insorto, e di conseguenza ha interrotto l'erogazione di prestazioni a partire dal 4 marzo 2016 (doc. B 38). La decisione non è stata contestata dall'assicurato ed è cresciuta in giudicato (doc. B 39).

B.c Dopo la chiusura del caso da parte della SUVA, è stato informato della fattispecie l'assicuratore malattia – O. _____ –, il quale, in seguito ad una valutazione psichiatrica del Dr. E. _____ 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 assicurative a partire da tale data (doc. 4 dell'incarto dell'assicuratore malattia [di seguito doc. C 4]).

B.d A partire dal 1° luglio 2016, l'assicurato ha ripreso la precedente attività lavorativa al 50% (doc. A 23 e 29).

B.e Con progetto di decisione del 14 febbraio 2017, l'amministrazione ha prospettato il versamento di una rendita intera dal 1° febbraio 2016 al 30 aprile 2016 (doc. A 47). L'amministrazione ha in particolare considerato che non vi erano elementi che non fossero già stati valutati in ambito infortunistico e di assicurazione malattia, motivo per cui non si imponevano ulteriori accertamenti medici (doc. A 49).

B.f Con osservazioni del 21 marzo 2017, l'assicurato ha chiesto – in via principale – che gli venga riconosciuta una perdurante inabilità lavorativa del 50% ed – in via subordinata – che venga ordinato un esame peritale volto a chiarire il suo reale stato di salute. Egli ha inoltre trasmesso le osservazioni del 18 marzo 2017 del dott. F. _____, specialista in psichiatria interpellato dall'interessato (doc. A 53).

B.g In data 24 aprile 2017, il datore di lavoro ha rescisso il contratto di lavoro con l'assicurato con effetto a decorrere dal 31 luglio 2017. Secondo quest'ultimo, il licenziamento sarebbe stato dovuto anche a problemi di sa-

lute insorti dopo l'incidente, quali difficoltà di concentrazione, ansia e difficoltà a gestire situazioni stressanti (doc. A 57). Dagli atti all'incarto non risulta che l'interessato abbia in seguito ripreso un'attività lavorativa.

B.h 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. E. _____ ha sottoposto l'assicurato ad una visita psichiatrica ambulatoriale), l'autorità inferiore ha considerato il ricorrente abile al 100% in qualsivoglia attività. L'amministrazione ha in particolare addotto che la propria decisione si basa sulle oggettive conclusioni degli assicuratori infortuni e malattia e che le osservazioni prodotte non sono suscettibili di modificare quanto ritenuto in tali ambiti (doc. A 58).

C.

C.a Con atto del 22 giugno 2017, regolarizzato il 13 luglio 2017, l'interessato ha inoltrato ricorso contro la summenzionata decisione dell'UAIE dinanzi al Tribunale amministrativo federale (TAF) mediante il quale ha chiesto di esser posto al beneficio di almeno una mezza rendita a decorrere dal 1° maggio 2016, formulando inoltre una domanda di assistenza giudiziaria. Il ricorrente si è doluto di un accertamento insufficiente dal profilo medico, ritenendo che le sue condizioni di salute erano tali da determinare una persistente inabilità lavorativa del 50% almeno in qualsiasi attività anche dopo il 1° maggio 2016 (doc. TAF 1 e 3).

C.b In data 14 agosto 2017, questo Tribunale ha trasmesso al ricorrente copia dell'intero incarto dell'autorità inferiore e gli ha concesso un termine di trenta giorni per completare il proprio ricorso (doc. TAF 7).

C.c Con osservazioni del 14 settembre 2017, l'interessato ha ribadito le valutazioni e conclusioni espresse nel ricorso del 22 giugno 2017 / 13 luglio 2017 ed ha trasmesso le osservazioni del dott. F. _____ del 13 settembre 2017 (doc. TAF 10).

C.d Invitato a prendere posizione, con risposta del 19 ottobre 2017, l'UAIE ha proposto la reiezione del gravame e la conferma del provvedimento impugnato. Rinviano al preavviso dell'UAI-D. _____ del 17 ottobre 2017 e all'annotazione SMR del 13 ottobre 2017, l'autorità inferiore ha osservato come le certificazioni mediche prodotte dal ricorrente non attestino fatti

nuovi rispettivamente modifiche significative suscettibili di smentire gli accertamenti psichiatrici effettuati dal dott. E. _____ per conto dell'assicuratore malattia (doc. TAF 13).

C.e In data 27 ottobre 2017, l'interessato ha comunicato al Tribunale di rinunciare alla domanda di gratuito patrocinio (doc. TAF 14) e con scritto del 27 dicembre 2017 ha chiesto di poter pagare a rate il richiesto anticipo di CHF 800.- (doc. TAF 15 – 17).

C.f Con replica del 3 gennaio 2018, il ricorrente si è riconfermato nel proprio gravame. Egli ha trasmesso un ulteriore rapporto medico del dott. F. _____ del 24 giugno 2017, di cui si dirà – se necessario – nei considerandi in diritto (doc. TAF 18).

C.g Con decisione incidentale del 12 gennaio 2018, questo Tribunale ha respinto l'istanza di pagamento rateale del richiesto anticipo di CHF 800.- (doc. TAF 19) ed il 7 febbraio 2018 l'interessato ha versato tale somma a copertura delle presumibili spese processuali (doc. TAF 21 e 23).

C.h Con duplice del 13 marzo 2018, l'UAIE ha nuovamente chiesto la reiezione del ricorso e la conferma della decisione impugnata, considerato come nella replica del 3 gennaio 2018 il ricorrente avrebbe ripresentato le medesime obiezioni come nel ricorso e che le stesse sarebbero già state trattate dall'amministrazione in sede di risposta (doc. TAF 24).

C.i Nelle osservazioni del 23 aprile 2018, l'insorgente ha preso posizione in merito alle tesi esposte dall'autorità inferiore, ribadendo le proprie conclusioni (doc. TAF 26).

C.j Il 27 marzo 2019, il ricorrente ha chiesto di venir aggiornato sullo stato della procedura (doc. TAF 28).

C.k Il 24 maggio 2019, questo Tribunale ha segnalato al ricorrente che l'istruttoria appare di principio essere stata portata a termine nel mese di maggio del 2018 e che si sarebbe adoperato per pronunciare una sentenza entro un termine il più possibile contenuto (doc. TAF 29).

Diritto:

1.

1.1 Il Tribunale amministrativo federale (TAF) esamina d'ufficio e con piena cognizione la propria competenza (art. 31 e segg. LTAF), rispettivamente

l'ammissibilità dei gravami che gli sono sottoposti (DTF 133 I 185 consid. 2 con rinvii).

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

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

1.4 Presentato da una parte direttamente toccata dalla decisione e avente un interesse degno di protezione al suo annullamento o alla sua modifica (art. 59 LPGGA), il ricorso – interposto tempestivamente e rispettoso dei requisiti previsti dalla legge (art. 60 LPGGA nonché art. 52 PA) – è pertanto ammissibile. Peraltro, il ricorrente ha provveduto al richiesto versamento di un anticipo a copertura delle presumibili spese processuali (art. 63 cpv. 4 PA).

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 si applicano le disposizioni in vigore al momento della realizzazione dello stato di fatto che deve essere valutato giuridicamente o che produce conseguenze giuridiche (DTF 136 V 24 consid. 4.3 e 130 V 445 consid. 1.2 con rinvii, nonché 129 V 1 consid. 1.2). Se le disposizioni legali si sono modificate nel corso del periodo sottoposto ad esame giudiziario, il diritto alle prestazioni si determina secondo le vecchie disposizioni per il periodo anteriore e secondo le nuove a partire della loro entrata in vigore (applicazione pro rata temporis; DTF 130 V 445).

3.2 Nell'evenienza concreta, la domanda di prestazioni è stata presentata all'INPS in data 27 maggio 2015 / 22 febbraio 2016 e quindi di principio si

applicano al caso di specie le nuove norme in vigore dal 1° gennaio 2012, tra le quali le disposizioni della 6a revisione della LAI (cfr. DTF 130 V 1 consid. 3.2 per quanto concerne le disposizioni formali della LPGA immediatamente applicabili con la loro entrata in vigore), così come le ulteriori modifiche entrate in vigore successivamente e fino alla pronuncia della decisione impugnata.

3.3 Il potere cognitivo di questo Tribunale è delimitato dalla data della decisione impugnata, in quanto il giudice delle assicurazioni sociali esamina il provvedimento sulla base della situazione di fatto esistente al momento in cui essa è stata pronunciata (DTF 136 V 24 consid. 4.3). Tiene tuttavia conto dei fatti verificatisi dopo tale data quando essi possano imporsi quali elementi d'accertamento retrospettivo della situazione anteriore alla decisione stessa (DTF 129 V 1 consid. 1.2 e 121 V 362 consid. 1b), in altri termini se gli stessi sono strettamente connessi all'oggetto litigioso e se sono suscettibili di influire sull'apprezzamento del giudice al momento in cui detta decisione litigiosa è stata resa (cfr. sentenza del TF 8C_278/2011 del 26 luglio 2011 consid. 5.5 nonché 9C_116/2010 del 20 aprile 2010 consid. 3.2.2; DTF 118 V 200 consid. 3a in fine).

4.

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

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

- a. la sua capacità di guadagno o la sua capacità di svolgere le mansioni consuete non può essere ristabilita, mantenuta o migliorata mediante provvedimenti d'integrazione ragionevolmente esigibili;
- b. ha avuto un'incapacità di lavoro (art. 6 LPGA) almeno del 40% in media durante un anno senza notevole interruzione; e
- c. al termine di questo anno è invalido almeno al 40%.

4.3 L'assicurato ha diritto ad una rendita intera se è invalido per almeno il 70%, a tre quarti di rendita se è invalido per almeno il 60%, ad una mezza

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

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

5.

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

5.2 L'art. 88a cpv. 1 OAI prevede che se la capacità al guadagno dell'assicurato o la capacità di svolgere le mansioni consuete migliora oppure se la grande invalidità o il bisogno di assistenza o di aiuto dovuto all'invalidità si

riduce, il cambiamento va considerato ai fini della riduzione o della soppressione del diritto a prestazioni dal momento in cui si può supporre che il miglioramento constatato perduri. Lo si deve in ogni caso tenere in considerazione allorché è durato tre mesi, senza interruzione notevole, e che presumibilmente continuerà a durare. Detta norma si applica anche in caso di assegnazione retroattiva di una rendita scalare (sentenze del TF 9C_837/2009 del 23 giugno 2010 consid. 2, 9C_443/2009 del 19 agosto 2009 consid. 5; cfr. pure sentenza del TAF C-1446/2011 del 27 giugno 2013 consid. 6.5 con rinvii).

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

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

6.

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

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

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

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

6.5 In presenza di rapporti medici contraddittori il giudice non può evadere la vertenza senza valutare l'intero materiale e indicare i motivi per cui egli si fonda su un rapporto piuttosto che su un altro. Al riguardo va tuttavia precisato che non si può pretendere dal giudice che raffronti i diversi pareri medici e parimenti esponga correttamente da un punto di vista medico, come farebbe un perito, i punti in cui si evidenziano delle carenze e quale sia l'opinione più adeguata (sentenza del TF 8C_556/2010 del 24 gennaio 2011 consid. 7.2 con rinvii).

6.6 In ambito psichiatrico, la diagnosi deve essere espressa da uno specialista in psichiatria e fondata sui criteri posti da un sistema di classificazione riconosciuto scientificamente (DTF 141 V 281 consid. 2.1; 130 V 396 consid. 6.3; sentenza del TF 9C_815/2012 del 12 dicembre 2012 consid. 3). In presenza di disturbi psichici, in particolare di disturbi da dolore somatoforme, di disturbi derivanti da affezioni psicosomatiche assimilate a questi ultimi (DTF 140 V 8 consid. 2.2.1.3) oppure di disturbi depressivi di grado da leggero a medio (DTF 143 V 409), la capacità lavorativa esigibile di una persona che soffre di tali disturbi deve essere valutata sulla base di una visione d'insieme, nell'ambito di una procedura d'accertamento dei fatti strutturata fondata su indicatori atti a stabilire, da un lato, i fattori invalidanti e, dall'altro, le risorse della persona (DTF 141 V 281 consid. 2, 3.4-3.6 e 4.1 nonché 143 V 418 consid. 6 segg.). Il Tribunale federale ha suddiviso gli indicatori per la valutazione della capacità lavorativa in due categorie (DTF 141 V 281 consid. 4.1.3), segnatamente categoria "gravità funzionale" (consid. 4.3) con i complessi "danno alla salute" (consid. 4.3.1; risultati e sintomi rilevanti per la diagnosi; successo od insuccesso del trattamento e della reintegrazione; comorbidità), "personalità" (sviluppo e struttura della personalità, funzioni psichiche [consid. 4.3.2] e contesto sociale [consid. 4.3.3]) nonché categoria "coerenza" (aspetti del comportamento [consid. 4.4] in rapporto alla limitazione uniforme dei livelli di attività in tutti gli ambiti della vita paragonabili [consid. 4.4.1] ed alla sofferenza dimostrata secondo l'anamnesi in vista di un trattamento o di una reintegrazione [consid. 4.4.2]).

7.

7.1 Per poter determinare se l'amministrazione ha a giusto titolo, da un lato, accordato all'insorgente una rendita intera con versamento a decorrere dal 1° febbraio 2016 (al più presto dopo sei mesi dalla data in cui è stato rivendicato il diritto alla prestazione [il 27 maggio 2015 {art. 29 cpv. 1 LAI}]) e, dall'altro lato, l'abbia soppressa con effetto al 1° maggio 2016, considerando come dimostrato un miglioramento dello stato di salute, che sarebbe intervenuto il 22 aprile 2016, con residua capacità lavorativa del 100% nella precedente attività di consulente tecnico alla clientela, occorre esaminare se prima dell'emanazione della decisione impugnata, ha proceduto ad un sufficiente accertamento dei fatti giuridicamente rilevanti oppure avrebbe dovuto fare eseguire ulteriori esami medici per potersi determinare con cognizione di causa – secondo il grado della verosimiglianza preponderante valido nelle assicurazioni sociali – sullo stato di salute e sulla residua capacità lavorativa del ricorrente.

7.2 A tal proposito, giova osservare che la decisione impugnata si fonda, essenzialmente, sulle diagnosi e valutazioni della capacità lavorativa esperite su incarico degli assicuratori infortuni e malattia, ed in particolare sulla perizia psichiatrica del dott. E. _____ del 25 aprile 2016 per conto di O. _____.

8.

8.1 A Per quel che attiene all'aspetto medico, in un primo tempo l'assicurato è stato curato presso il pronto soccorso dell'Ospedale generale C. _____. Con annotazione nella cartella clinica in data 20 aprile 2015, il dott. G. _____, specialista in ortopedia e chirurgia ortopedica della SUVA, 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 e – dal punto di vista ortopedico – una visita specialistica dal dott. H. _____, così come ulteriori accertamenti neurologici. Egli ha poi attestato una perdurante inabilità lavorativa (doc. B 21).

8.2 Nella valutazione specialistica del 1° giugno 2015, il dott. H. _____, specialista in medicina interna, malattie reumatiche e medicina manuale, su incarico della SUVA, 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”.

Il medico 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. H. _____ riferisce 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 alfine di impedire una generalizzazione dei dolori (doc. B 23).

8.3 Il dott. F. _____, 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. Lo specialista psichiatrico interpellato dal ricorrente ha concluso che il 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 (doc. B 24).

8.4 Con rapporto del 7 luglio 2015, il dott. H. _____ ha riferito al dott. G. _____ in merito all'evoluzione del Day-Hospital, indicando che il paziente riferisce di dolori pressoché immutati e che rispetto alla precedente visita medica presentava 18 punti su 18 positivi per una fibromialgia. 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. B 26).

8.5 In seguito ad ulteriore valutazione del paziente, il 27 gennaio 2016, il dott. H. _____ 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-spondilogenica 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 per l’appunto erano previsti ulteriori accertamenti neurologici (doc. B 35).

8.6 Con relazione psichiatrica del 5 febbraio 2016, il dott. F._____, ha confermato la sua precedente diagnosi di disturbo post-traumatico da stress, cronico (F43.10 secondo il DSM-V). Inoltre egli ha ritenuto indicato il proseguimento della terapia psicofarmacologica. A suo giudizio, l’assicurato presentava ancora un’invalidità temporanea parziale del 50% (doc. B 36).

8.7 Nel rapporto medico del 4 aprile 2016, allestito su richiesta dell’UAI-D._____, il dott. I._____, psichiatra e psicoterapeuta, ha diagnosticato una probabile sindrome somatoforme da dolore persistente F. 45.4 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 e che dal punto di vista medico è consigliata una ripresa parziale dell’attività lavorativa non appena possibile, onde evitare una cristallizzazione e cronicizzazione dei dolori (doc. A 11).

8.8 Con relazione psichiatrica del 25 aprile 2016, su incarico di O._____, il dott. E._____, 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 “a causa dell’evidente reticenza e della mancanza di collaborazione (...) aggravati 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 di-

stanze, in modo sicuro". Egli ha pertanto posto la diagnosi di sindrome conservativa (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 e che "in tal senso si può presumere, con grande probabilità, un atteggiamento aggravatorio rilevante, inquadrabile in una sindrome comportamentale di richiamo dell'attenzione (istriónica), probabilmente legata alla possibilità di compensi economici a seguito dell'infortunio". Egli ha dunque concluso che non erano presenti disturbi psichici di rilevanza clinica, in particolare nessun disturbo affettivo di entità media o grave che giustifica, in qualche modo, un'inabilità lavorativa parziale o completa (doc. C 3).

8.9 Nella perizia particolareggiata E213 del 1 luglio 2016, la dott.ssa L._____, ha diagnosticato una gonalgia persistente destra, una lombosciatalgia ricorrente e una sindrome depressiva; ha attestato per l'insorgente una residua capacità lavorativa del 50% nella sua precedente attività (doc. A 22).

8.10 Con rapporto medico del 10 novembre 2016 la dott. L._____ ha confermato una residua capacità lavorativa dell'assicurato del 50% nella sua abituale attività a decorrere dal 1° luglio 2016 (doc. A 42).

8.11 Nel rapporto medico del 28 novembre 2016 richiesto dall'UAI-D._____, il dott. I._____, 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. A 38).

8.12 Nelle osservazioni di parte sulla perizia del dott. E._____, il dott. F._____, in data 3 dicembre 2016 ha preso posizione sulle valutazioni e conclusioni del collega nella relazione del 25 aprile 2016; confermando la diagnosi di disturbo post-traumatico da stress, cronico (F43.10 secondo il DSM-V) (doc. C 14). Il dott. E._____, dal canto suo, con referto del 21 marzo 2017, ha a sua volta trasmesso all'assicuratore malattia le proprie osservazioni in merito alla più recente relazione del dott. F._____, concludendo di non aver riscontrato elementi clinici atti ad invalidare le conclusioni del suo rapporto peritale del 25 aprile 2016 (doc. C 18).

8.13 Con osservazioni di parte del 18 marzo 2017 e del 24 giugno 2017, il dott. F._____ ha ulteriormente confermato la diagnosi posta in precedenza e determinato una residua capacità lavorativa del 50% (doc. A. 53 e doc. TAF 1).

8.14 In data 13 ottobre 2017, il dott. M._____, psichiatra e psicoterapeuta del SMR, ha rilevato che le conclusioni del dott. F._____ non sono suffragate da elementi oggettivi di status dell'assicurato e che il curante non fornisce elementi diversi da quanto osservato dal dott. E._____, confermando le precedenti prese di posizione SMR, che tuttavia non si trovano agli atti (cfr. doc. TAF 13).

9.

9.1 Da quanto precede risulta che l'assicurato, in seguito all'incidente della circolazione stradale del 13 febbraio 2015 ha sviluppato una complessa situazione valetudinaria. Per i motivi che sanno esposti di seguito, le affezioni di cui soffre il ricorrente non sono mai state sufficientemente acclerate nell'ambito della procedura AI in esame, l'autorità inferiore essendosi sostanzialmente basata su esami incompleti degli assicuratori infortuni e malattia.

9.2

9.2.1 Per quel che concerne le sequele dell'incidente del 13 febbraio 2015, questo Tribunale rileva come non sia mai stata accertata la natura dei dolori diffusi lamentati dall'assicurato. Da un lato, lo specialista in ortopedia, dott. G._____, ha difatti a più riprese indicato che dal profilo prettamente ortopedico la caduta subita non ha provocato problematiche tali da spiegare i dolori lamentati dall'assicurato e segnalando di ritenere appropriati ulteriori accertamenti reumatologici, neurologici e psichiatrici, oltre che un importante supporto psicologico (cfr. in particolare doc. B 21, 28 e 40). Il reumatologo, dott. H._____, ha pure lui attestato dolori diffusi in tutto il corpo, segnatamente al ginocchio, alla caviglia e a livello lombo sacrale (doc. B 23). In data 7 luglio 2015, lo specialista ha inoltre rilevato che l'evoluzione è caratterizzata da una persistenza dei dolori e che il paziente presentava 18 punti positivi su 18 per una fibromialgia (doc. B 26). Nella valutazione del 27 gennaio 2016, il reumatologo ha ribadito che dal punto di vista reumatologico permangono i problemi al ginocchio destro con gonalgia e la sindrome lombo-spondilogenica su alterazioni degenerative, ma che rimane tuttavia da stabilire in che misura tali affezioni siano alla base dei dolori lamentati dal paziente e che permane ad ogni modo una notevole

problematica psicologica in paziente estremamente passivo (doc. B 35). Pure la dott.ssa N. _____, in qualità di medico di circondario della SUVA, con un referto del 29 febbraio 2016, documento che non si trova agli atti ma che viene riassunto dal dott. E. _____ nella sua perizia del 25 aprile 2016, ha segnalato il disturbo di fibromialgia e le problematiche psichiche (cfr. doc. C 3, p. 3). Infine, il dott. I. _____ ha a sua volta parlato di una probabile sindrome somatoforme da dolore persistente F45.4 nell'ambito di una reazione depressiva prolungata F43.21 (doc. A 11 e 38). Pertanto, nonostante gli specialisti in ortopedia, reumatologia e psichiatria abbiano a più riprese indicato la necessità di ulteriori accertamenti, così come la possibile matrice psico-somatica dei dolori lamentati dall'assicurato, in particolare l'insorgenza di una sindrome fibromialgica, quest'ultimo aspetto non è mai stato sufficientemente approfondito dall'autorità inferiore, ma neppure dagli assicuratori infortuni e malattia (nella misura in cui rilevante nel loro rispettivo ambito).

9.2.2 Al riguardo giova rilevare che per l'approccio alla diagnosi clinica della fibromialgia – una sindrome cronica dall'origine ancora sconosciuta, che si colloca nell'ambito delle malattie reumatiche – nel 1990, l'American College of Rheumatology (ACR) ha individuato 18 punti, detti tender points, che rispondono con dolore circoscritto ad un'azione di digitopressione pari a circa 4 kg. Il punteggio per la diagnosi di fibromialgia tramite tender points è dato dalle scale di soglia del dolore, sommate per ciascuno dei 18 punti. Secondo la scienza medica, per porre la diagnosi di fibromialgia, il medico dovrebbe accertare la dolenzia di almeno 11 dei 18 punti. Tuttavia, nel caso in cui un paziente dichiara meno di 11 punti dolenti ma presentasse altri sintomi tipici della fibromialgia (come rigidità, dolori diffusi, disturbi del sonno e/o dell'umore, etc.), il medico potrebbe comunque prescrivere una terapia mirata per la fibromialgia (fonti: <https://www.reumatismo.ch/reumatismo-dalla-a-alla-z/fibromialgia>; <https://www.suisse-fibromyalgie.ch/fr>).

9.2.3 Ad ogni buon conto, al fine di poter validamente porre una diagnosi di fibromialgia, la sola valutazione da parte di un reumatologo non sarebbe comunque sufficiente. A tale scopo, e secondo la giurisprudenza del Tribunale federale, è infatti necessaria la partecipazione di uno psichiatra, in quanto i fattori psicosomatici hanno un influsso decisivo sullo sviluppo di questa malattia. Soltanto una perizia interdisciplinare che tenga conto di entrambi gli aspetti risulta pertanto un provvedimento istruttorio adeguato al fine di stabilire se l'assicurato presenta uno stato doloroso di una gravità tale che la messa a profitto della sua capacità al lavoro in un mercato del lavoro equilibrato non sia più esigibile o lo sia solo parzialmente (DTF 132 V 65 consid. 4.3).

9.2.4 Di conseguenza, nel caso concreto, in assenza di una valutazione interdisciplinare volta a determinare la precisa eziologia dei dolori lamentati dall'assicurato e l'eventuale componente psicosomatica degli stessi, la natura di tale disturbo, ed in particolare l'evocata fibromialgia (dal dott. H. _____), non è pertanto stata indagata a sufficienza.

9.3 Inoltre, per quel che attiene alla sindrome di dolore diffuso sviluppata dall'assicurato – con particolare riferimento ai dolori lombari –, non sono stati esperiti neppure i necessari esami neurologici, nonostante il dott. G. _____ abbia espressamente consigliato tale approfondimento (doc. B 21) e anche il dott. H. _____ abbia limitato le proprie considerazioni all'aspetto reumatologico e segnalato la necessità di ulteriori accertamenti, menzionando segnatamente una visita neurologica infine mai eseguita (doc. B 35). La mancanza di accertamenti neurologici è stata inoltre segnalata dallo stesso dott. E. _____, il quale nel rapporto peritale del 25 aprile 2016 ha evidenziato che agli atti dell'assicuratore infortuni non erano presenti rapporti/valutazioni dal profilo neurologico ed ipotizzando che in assenza di un rapporto di causalità adeguata, la SUVA non sia neppure entrata nel merito di tale problematica (doc. C 3). Stanti queste premesse, ed in assenza dei necessari approfondimenti specialistici interdisciplinari, non soccorre l'autorità inferiore neppure il fatto che lo psichiatra dott. E. _____ abbia fatto riferimento, in modo altresì generico ed impreciso in considerazione dell'insieme delle circostanze del caso di specie, ad un atteggiamento aggravatorio rilevante da parte dell'insorgente. Basti ancora rilevare che dalla documentazione agli atti risulta che dal profilo psichiatrico gli specialisti hanno posto diagnosi e conclusioni divergenti tra loro per quel che concerne il disturbo sviluppato dall'assicurato e le sue conseguenze sulla capacità lavorativa. Da un lato, è stato attestato un tono dell'umore fortemente depresso da diversi medici che hanno visitato il paziente, in particolare dai dott. G. _____ e H. _____ (doc. B 21 e segg.). Un'affezione psichiatrica invalidante è ulteriormente stata diagnosticata da più specialisti del ramo: il dott. F. _____ ha sempre diagnosticato un disturbo post-traumatico da stress, cronico (doc. B 24 e 36, doc. C 14 e doc. TAF 1), e il dott. I. _____ ha attestato una probabile sindrome somatoforme da dolore persistente F45.4 nell'ambito di una reazione depressiva prolungata F43.21 (doc. A 11) ed una reazione depressiva prolungata con diversi aspetti emozionali (F43.21) in un paziente con una storia di burn out Z73.0 (doc. A 38). Entrambi gli specialisti sostanzialmente concordano per una capacità lavorativa del 50% nella precedente attività (doc. A 38 e B 36). D'altro lato, il dott. E. _____ ha negato vi siano disturbi psichici di rilevanza clinica, escludendo in particolare un disturbo affettivo di entità media

o grave che giustifichi un'inabilità lavorativa parziale o completa. Lo specialista si è detto convinto, per contro, che il paziente presenti marcate tendenze aggravatorie, verosimilmente in ottica di ottenerne benefici economici. Egli ha spiegato di ritenere che dal profilo medico-psichiatrico "più che la sintomatologia algica e gli aspetti affettivi concomitanti, sia l'atteggiamento dell'assicurato, caratterizzato da scarsa collaborazione, marcata reticenza, passività e rifiuto di rispondere, ad assumere valenza di un disturbo comportamentale", precisando che durante l'esame clinico sarebbero emersi per la prima volta dei presunti gravi disturbi cognitivi, in particolare di memoria, e attentivi, elementi mai rilevati in precedenza e pertanto poco credibili (doc. C 3). A proposito del comportamento tenuto dal ricorrente durante la visita peritale presso il dott. E. _____ – che quest'ultimo ha interpretato come reticente, diffidente e caratterizzato da una totale mancanza di collaborazione, attestando importanti deficit cognitivi e attentivi – va tuttavia ricordato che anche il dott. F. _____, nel referto del 6 giugno 2015 aveva evidenziato che "l'atteggiamento nei confronti dell'interlocutore è caratterizzato da una tendenza al mutacismo per cui parla solo se direttamente stimolato fornendo risposte scarse e laconiche" (doc. B 24) e che ugualmente il dott. H. _____ in data 27 gennaio 2016 ha constatato un'importante iponimia facciale in un paziente estremamente passivo (doc. B 35). Pertanto, e al contrario di quanto rilevato dal dott. E. _____, già in precedenza l'assicurato si era contraddistinto per una propensione al dialogo minima ed una loquacità estremamente limitata, e che tuttalpiù risulta plausibile che i gravi disturbi cognitivi riscontrati corrispondano ai sintomi cognitivi con difficoltà di attenzione e concentrazione tipici dei quadri depressivi evidenziati dallo psichiatra curante (cfr. ad esempio doc. TAF 10), eventualmente accentuati da un atteggiamento del perito percepito come aggressivo da parte dell'assicurato (v. doc. A 53). Pertanto, le conclusioni del dott. E. _____, per cui tale atteggiamento sarebbe stato rilevato per la prima volta e sarebbe con grande probabilità un atteggiamento aggravatorio rilevante (disturbo fittizio/simulazione) non convincono. Alla luce di quanto precede, risulta che il dott. E. _____ ha espresso diagnosi e conclusioni contrastati rispetto agli specialisti interpellati dai vari assicuratori in merito a circostanze di fatto sostanzialmente identiche, senza tuttavia spiegare in maniera convincente la divergenza rispetto ai colleghi che hanno visitato a più riprese il paziente ed in particolare il dott. I. _____, medico neutrale operante a favore dell'assicurazione invalidità, dunque non di parte ricorrente, che ad inizio aprile 2016 ha ancora consigliato il mantenimento della medicazione psichiatrica impostata dal curante ed attestato una capacità lavorativa ridotta (doc. A 11).

9.4 Questo Tribunale condivide pertanto – sulla base dell'insieme delle risultanze processuali, in particolare dell'insieme delle valutazioni specialistiche agli atti – la censura ricorsuale secondo la quale l'istruttoria dell'autorità inferiore era insufficiente per poter concludere, nel senso della probabilità preponderante, ad un miglioramento duraturo dello stato di salute dell'insorgente suscettibile di giustificare una capacità lavorativa del 100% a decorrere dal 22 aprile 2016 con conseguente soppressione di qualsiasi prestazione a partire dal 1° maggio 2016. Per conseguenza, non era né è consentito prescindere dall'effettuazione dei menzionati ulteriori accertamenti interdisciplinari – in reumatologia, ortopedia, neurologia e psichiatria – al fine della determinazione dell'eventuale residua capacità lavorativa del ricorrente. Da quanto esposto, discende che la decisione impugnata, fondata su un accertamento insufficiente dei fatti giuridicamente rilevanti, incorre nell'annullamento.

10.

10.1 Quando il Tribunale amministrativo federale 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-6273/2014 del 25 ottobre 2016 consid. 9.2). In particolare, esso si sostituirà all'autorità inferiore se gli atti sono completi e comunque sufficienti a statuire sull'applicazione del diritto federale (v. sentenza del TF 9C_162/2007 del 3 aprile 2008 consid. 2.3 e relativi riferimenti; DTF 126 II 43; 125 II 326). Tale non è il caso nella presente fattispecie per i motivi precedentemente indicati.

10.2 Gli atti di causa sono pertanto rinviati all'autorità inferiore affinché la stessa proceda a completare l'accertamento dei fatti giuridicamente rilevanti e ad emanare una nuova decisione. La cassazione si giustifica per il fatto che dovranno essere eseguiti rispettivamente completati i necessari accertamenti medici, segnatamente effettuata una perizia interdisciplinare in reumatologia, ortopedia, neurologia e psichiatria (secondo una procedura probatoria strutturata [DTF 143 V 409; 141 V 281]), nonché effettuato ogni ulteriore esame che pure l'evoluzione nel tempo dello stato di salute del ricorrente dovesse ancora rendere necessario. Per il resto, e a seconda del risultato di tale esame, l'UAIE dovrà pronunciarsi pure sulla sfruttabilità di un'(eventuale) residua capacità lavorativa medico-teorica nonché, se del caso, effettuare un confronto dei redditi determinanti sulla base delle possibili attività sostitutive adeguate ritenute.

10.3 Peraltro, stante le premesse, nulla – neppure la 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 dei citati accertamenti complementari 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. In particolare, un rinvio all'autorità inferiore si giustifica, dal profilo delle garanzie procedurali (in particolare quello della doppia istanza con piena cognizione) nei casi in cui, come nella fattispecie, è richiesto un accertamento (peritale interdisciplinare) in ambiti che non sono stati (o comunque insufficientemente) chiariti nella procedura di prima istanza, ma che lo avrebbero dovuto essere prima dell'emanazione della decisione litigiosa, gli elementi per dovere agire in tal senso essendo già presenti agli atti di causa (DTF 137 V 210 consid. 4.4.1.4 [cfr., in particolare, anche il consid. 9 del presente giudizio]). Peraltro, il Tribunale federale ha già avuto modo pure di precisare che in virtù dell'art. 43 LPGa nonché degli art. 12 e 13 PA e dell'art. 19 PA in relazione con l'art. 40 PCF (RS 273), il Tribunale accerta, con la collaborazione delle parti, i fatti determinanti per la soluzione della controversia, assume le prove necessarie e le valuta liberamente. Secondo giurisprudenza, se il giudice ritiene che i fatti non sono sufficientemente delucidati, può, peraltro 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 (sentenza del TF 9C_162/2007 del 3 aprile 2008 consid. 2.3 con rinvii; cfr. pure sentenza del TAF C-3038/2016 del 2 aprile 2019 consid. 12).

10.4 Occorre peraltro rilevare che nell'ambito dell'accertamento ancora da esperire dall'autorità inferiore, a seguito del rinvio degli atti di causa, non sussiste l'eventualità di una nuova decisione dell'UAIE a detrimento dell'insorgente (cfr., sulla questione, DTF 137 V 314 consid. 3.2.4). In altri termini, e nell'ambito della nuova procedura dinnanzi all'autorità inferiore, la rendita intera accordata al ricorrente dal 1° febbraio 2016 al 30 aprile 2016 e riconducibile alle conseguenze dell'incidente del 13 febbraio 2015, ha da ritenersi siccome già acquisita, la stessa non essendo stata contestata e non

risultando elementi che possano mettere in dubbio le ripercussioni sulla capacità lavorativa, fermo restando la necessità di un complemento peritale interdisciplinare per acclarare la situazione a decorrere dal mese di maggio 2016. A seguito della presente sentenza, resta pertanto aperta solo la questione di sapere se gli ulteriori accertamenti sullo stato di salute del ricorrente ancora da esperire giustificano, contrariamente a quanto ritenuto nella decisione impugnata, l'attribuzione di una rendita anche dopo il 30 aprile 2016 (cfr. al riguardo, sentenze del TAF C-5080/2017 del 16 novembre 2018 consid. 11.5, C-1316/2014 del 13 marzo 2018 consid. 12.3 e C-2736/2014 dell'8 dicembre 2017 consid. 14.3)

11.

11.1 Visto l'esito del ricorso, non sono prelevate delle spese processuali (art. 63 PA). L'anticipo equivalente alle presunte spese processuali di CHF 800.-, versato il 7 febbraio 2018 (doc. TAF 21), sarà restituito al ricorrente allorquando la presente sentenza sarà cresciuta in giudicato.

11.2 Ritenuto che l'insorgente è rappresentato in questa sede da mandatario professionale, si giustifica altresì l'attribuzione di spese ripetibili (art. 64 PA in combinazione con l'art. 7 segg. 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 fissata d'ufficio (art. 14 cpv. 2 TS-TAF) in CHF 1'000.- tenuto conto del lavoro utile e necessario svolto dal rappresentante del ricorrente. 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 la decisione del 15 maggio 2017 è annullata e gli atti di causa sono rinviati all'UAIE affinché proceda al completamento dell'istruttoria ed alla pronuncia di una nuova decisione ai sensi dei considerandi.

2.

Non si prelevano spese processuali. L'anticipo di CHF 800.-, corrisposto il 7 febbraio 2018, sarà restituito al ricorrente dopo la crescita in giudicato della presente sentenza.

3.

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

4.

Comunicazione a:

- Rappresentante del ricorrente (Atto giudiziario; formulario "indirizzo per il pagamento"),
- Autorità inferiore (n. di rif. [...]; Raccomandata),
- Ufficio federale delle assicurazioni sociali (Raccomandata).

Il presidente del collegio:

Il cancelliere:

Vito Valenti

Oliver Engel

I rimedi giuridici sono menzionati alla pagina seguente.

Rimedi giuridici:

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

Data di spedizione: