



Corte III
C-3547/2020

Sentenza del 28 giugno 2021

Composizione

Giudici Michela Bürki Moreni (presidente del collegio),
Madeleine Hirsig-Vouilloz, Caroline Bissegger,
cancelliere Luca Rossi.

Parti

A. _____, (Italia)
patrocinato dall'avv. Stefano Pizzola,
ricorrente,

contro

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

Oggetto

assicurazione invalidità, diritto alla rendita
(decisione dell'8 giugno 2020).

Fatti:**A.**

A._____, cittadino italiano, nato il (...) 1971, ha lavorato in Svizzera dal 1992 quale frontaliere presso differenti datori di lavoro, dapprima in qualità di verniciatore-carrozziere non qualificato e, in seguito a riqualifica professionale, resasi necessaria a causa dell'allergia ai prodotti chimici delle vernici, in qualità di impiegato di commercio/contabile dal 2002, solvendo regolari contributi all'assicurazione svizzera per la vecchiaia, i superstiti e l'invalidità (AVS/AI). Dal 10 gennaio 2010, per esigenze aziendali, è stato impiegato nella misura dell'80% (doc. 5, 12, 13, 22, 101 p. 20, 123 dell'incarto dell'Ufficio dell'assicurazione per l'invalidità per gli assicurati residenti all'estero [UAIE]).

B.

B.a In data 23 febbraio 2015 l'assicurato ha formulato all'Ufficio AI del Canton B._____ (in seguito UAI-B._____) una domanda volta al conseguimento di prestazioni dell'assicurazione svizzera per l'invalidità, in ragione dell'incapacità lavorativa persistente dal 1° luglio 2014 (cfr. certificati medici: doc. 170, 172, 173, 175, 183, 189, 193, 207, 209, 215, 217, 220, 226, 228) causata dalle sequele di un infortunio e in seguito da malattia (doc. 5, 7, 171).

B.b

B.b.a L'amministrazione cantonale ha assunto agli atti l'incarto dell'assicuratore contro gli infortuni (INSAI doc. 6, 199-229) e quello dell'assicuratore malattia C._____ (di seguito C._____; doc. 8, 167-198), dai quali è emerso che, in occasione di una banale caduta avvenuta il 23 dicembre 2013, l'assicurato ha riportato una contusione a entrambi i gomiti, soffrendo nei mesi successivi di dolore e formicolii agli avambracci. Alla fine di giugno 2014 l'insorgente si è rivolto al Pronto soccorso dell'Ospedale di (...) per la comparsa di dolore al dito mignolo della mano sinistra, dovuto presumibilmente a una puntura d'insetto infettata e annunciato il 30 giugno 2014 quale caso bagatella all'INSAI (doc. 167, 199). Durante il trattamento sono stati riscontrati problemi neurologici ai due gomiti e meglio l'intrappolamento del nervo ulnare a livello del tunnel cubitale, problematica per cui l'assicurato è stato sottoposto il 21 novembre 2014 a intervento di neurolisi bilaterale del nervo ulnare al gomito (doc. 199, cfr. sentenza C-4975/2016 del 4 aprile 2017, consid. B.a). Il 2 dicembre 2014 il caso è stato quindi annunciato all' C._____ (doc. 208).

B.b.b Dagli accertamenti condotti dall'C._____ (doc. 213, 221, 229) e dalle ulteriori refertazioni assunte agli atti (doc. 41, 44, 48, 60), fra cui la perizia particolareggiata E213 redatta dal dott. D._____, medico generico (doc. 23 e doc. 35 – copia firmata e datata 21 maggio 2015), è emersa la presenza di un quadro fibromialgico. L'amministrazione ha quindi ordinato l'allestimento di una valutazione psichiatrica eseguita il 23 marzo 2016 presso il Servizio medico regionale (di seguito: SMR) da parte del dott. U._____, specialista in psichiatria e psicoterapia, che ha escluso, alla luce della documentazione medica citata, la sussistenza di componenti psicopatologiche (doc. 55-59).

B.b.c Nell'annotazione SMR del 29 marzo 2016 (doc. 61) il dott. H._____, specialista in prevenzione e salute pubblica, ha confermato quanto già indicato nel rapporto finale SMR del 28 agosto 2015 nel quale aveva stabilito un periodo d'inabilità al 100% dal 1° luglio 2014 al 22 giugno 2015 (data della visita reumatologica), seguito da una capacità lavorativa totale, sia in attività adeguata che in quella abituale, che tengano conto dell'impossibilità di alzare pesi oltre 5 kg e della necessità di alternare la postura (doc. 47).

B.c Con decisione del 6 giugno 2016 l'UAIE ha confermato il progetto di decisione del 30 marzo 2016 (doc. 62) e ritenuto l'assicurato inabile al lavoro al 100% dal 1° luglio 2014 al 21 giugno 2015 mentre dal 22 giugno 2015 nuovamente abile, in misura completa, nella professione abituale. Non ritenendo adempite le condizioni poste dall'art. 28 cpv. 1 LAI, in assenza di un'inabilità lavorativa pari ad almeno il 40% durante un anno senza interruzione (let. b) e non presentando più l'assicurato alcuna incapacità lavorativa a partire dal 22 giugno 2015, l'autorità inferiore ha dunque negato il diritto ai provvedimenti professionali e alla rendita di invalidità (doc. 68).

B.d Contro la decisione dell'UAIE in data 16 agosto 2016 (doc. TAF 1), l'interessato ha interposto ricorso dinanzi al Tribunale amministrativo federale (TAF), che dando seguito alla proposta dell'autorità inferiore ha annullato la decisione impugnata e rinviato gli atti all'amministrazione al fine di completare l'istruttoria, tramite l'esperimento di una perizia pluridisciplinare in ambito psichiatrico, neurologico e reumatologico, come indicato dal SMR nell'annotazione del 16 febbraio 2017 (doc. 81-83), prima di emanare una nuova decisione sul diritto alla rendita del ricorrente (si cfr. sentenza del TAF C-4975/2016 del 4 aprile 2017, consid. 3).

C.

C.a In esecuzione del suddetto giudizio il ricorrente è stato convocato dall'UAI-B. _____ presso il Servizio Accertamento Medico di (...) (SAM) per l'esecuzione di una perizia pluridisciplinare in ambito reumatologico, neurologico e psichiatrico (doc. 90-99).

Nel referto del 15 marzo 2018, di cui si dirà nel dettaglio nei considerandi in diritto, gli specialisti del SAM hanno constatato una situazione di salute fondamentalmente stabilizzata a partire da gennaio 2015 ossia a circa un mese di distanza dall'intervento di neurolisi bilaterale dei nervi ulnari dei gomiti, in un assicurato che, al momento della visita peritale, non stava seguendo alcuna specifica terapia. I periti non hanno formulato proposte terapeutiche, ritenendo da quel momento l'assicurato abile all'80% in qualsiasi professione (doc. 101 p. 28).

C.b Dando seguito alla richiesta di delucidazioni del SMR del 6 aprile 2018 (doc. 102), gli specialisti del SAM si sono riconfermati nelle precedenti valutazioni tramite complemento del 17 maggio 2018 (doc. 104). Sulla base delle diagnosi poste i periti hanno quindi ulteriormente dettagliato tutti i periodi in cui, dall'infortunio del 29 giugno 2014 l'assicurato è stato totalmente o parzialmente inabile al lavoro (doc. 101 pp. 25-26, 104).

C.c Con rapporto finale del 30 maggio 2018 il SMR ha fatto proprie le conclusioni peritali attestando i seguenti periodi di incapacità lavorativa: 100% dal 29 giugno al 31 agosto 2014, 20% dal 1° settembre al 20 novembre 2014, 100% dal 21 novembre al 31 dicembre 2014, 20% dal 1° gennaio al 31 maggio 2015, 100% dal 1° al 9 giugno 2015. Dal 10 giugno 2015 l'assicurato è stato ritenuto nuovamente abile al lavoro in qualsiasi professione e nelle mansioni domestiche, nella misura dell'80%, intesa come riduzione del rendimento (doc.106).

C.d Invitati dal medico SMR (doc. 130) a prendere nuovamente posizione sulla nuova documentazione assunta agli atti, segnatamente il rapporto dell'inchiesta economica per le persone che si occupano dell'economia domestica del 14 dicembre 2018 (doc. 128), i periti del SAM si sono sostanzialmente riconfermati nelle proprie conclusioni (doc. 133). Il rapporto finale SMR del 30 maggio 2018 è stato pertanto confermato (doc. 134).

C.e In esito all'istruttoria complementare, è emerso che dal 10 giugno 2015 il ricorrente era abile al lavoro all'80% nella precedente attività. L'UAI-

B._____ ha quindi constatato, applicando il metodo misto un grado d'invalidità del 20% e con progetto di decisione del 25 giugno 2019 ha negato il diritto alla rendita di invalidità e ai provvedimenti professionali (doc. 136).

C.f Alla luce della nuova documentazione prodotta dall'assicurato con le osservazioni del 26 agosto 2019 (doc. 139) e del parere dei medici fiduciari (doc. 141 e 142), l'amministrazione ha ordinato l'esecuzione di una perizia pluridisciplinare di decorso (doc. 151, 154).

Nel rapporto peritale del 9 aprile 2020, di cui vi si dirà nei considerandi in diritto, i periti hanno sostanzialmente confermato le conclusioni a cui erano giunti nella perizia del 2018, segnalando che da allora l'assicurato non si è sottoposto ad alcun particolare esame, né ha iniziato a seguire terapie specifiche e rimarcando una certa tendenza ad enfatizzare ed esagerare la descrizione dei sintomi di pertinenza soprattutto somatica, benché nessun obiettivo peggioramento dello stato di salute fosse riscontrabile (doc. 156).

C.g Tali valutazioni sono state interamente riprese dal dott. H._____ nel rapporto SMR del 24 aprile 2020 (doc. 158) e confermate dallo stesso nell'annotazione del 27 maggio 2020 (doc. 162), redatta seguito delle osservazioni trasmesse il 18 maggio 2020 dall'assicurato (doc. 160).

C.h Con decisione dell'8 giugno 2020 l'UAIE ha pertanto confermato il progetto di decisione del 25 giugno 2019 (doc. 165).

D.

D.a Contro il citato provvedimento in data 10 luglio 2020 (doc. TAF 1) A._____, patrocinato dall'avv. Pizzola, è nuovamente insorto dinanzi al TAF, lamentando un accertamento inesatto dei fatti rilevanti e meglio contestando le conclusioni peritali su cui si è fondata l'amministrazione, in particolare. Egli ha chiesto l'annullamento della decisione impugnata. In via principale ha postulato il riconoscimento di una rendita intera, in via subordinata il rinvio degli atti all'amministrazione al fine di completare l'istruttoria integrando degli esami ematochimici e radiologici ed una perizia psichiatrica approfondita. A suffragio delle proprie allegazioni dei rapporti medici, già figuranti agli atti, sono stati allegati al ricorso. Dei motivi adottati si dirà se necessario nei considerandi in diritto (doc. TAF 1).

D.b Con decisione incidentale del 21 luglio 2020 (doc. TAF 2) il ricorrente è stato invitato a versare un anticipo di Fr. 800.-, corrispondente alle presumibili spese processuali, regolarmente saldato in data 28 agosto 2020 (doc. TAF 4).

D.c Con risposta del 22 ottobre 2020 l'UAIE, facendo riferimento al preavviso dell'UAI-B. _____ del 21 ottobre 2020, ha confermato la correttezza e la completezza degli accertamenti medici svolti ed ha proposto la reiezione del gravame e la conferma della decisione impugnata (doc. TAF 6).

D.d Con memoriale di replica del 30 novembre 2020 (doc. TAF 8) e di duplice del 17 dicembre 2020 (doc. TAF 10) le parti si sono sostanzialmente riconfermate nelle proprie posizioni. Quanto alla documentazione prodotta dall'assicurato, con annotazione del 15 dicembre 2020 il SMR ha ritenuto che la stessa non apportasse alcun elemento nuovo (allegato al doc. TAF 10).

Diritto:

1.

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

1.2 Secondo l'art. 3 lett. d^{bis} PA, a cui rinvia l'art. 37 LTAF, la procedura in materia di assicurazioni sociali non è disciplinata dalla PA, nella misura in cui è applicabile la LPGA (RS 830.1). In conformità con l'art. 2 LPGA, le disposizioni della presente legge sono applicabili alle assicurazioni sociali disciplinate dalla legislazione federale, se e per quanto le singole leggi sulle assicurazioni sociali lo prevedano. Giusta l'art. 1 cpv. 1 LAI, le disposizioni della LPGA sono applicabili all'assicurazione per l'invalidità (art. 1a-26^{bis} e 28-70), sempreché la LAI non deroghi alla LPGA.

1.3 In concreto, il ricorso è ammissibile nella misura in cui è stato presentato tempestivamente e nel rispetto dei requisiti previsti dalla legge e l'acconto spese è stato pagato (art. 59 e 60 LPGA, nonché l'art. 52 cpv. 1 PA).

2.

Nell'ambito delle assicurazioni sociali, la procedura è retta dal principio inquisitorio (art. 43 cpv. 1 LPGGA). Il Tribunale amministrativo federale applica il diritto d'ufficio, senza essere vincolato dai motivi del ricorso (art. 62 cpv. 4 PA) o dai considerandi della decisione impugnata. In altri termini, il ricorso potrebbe essere accolto per ragioni diverse da quelle addotte dal ricorrente o respinto in virtù d'argomenti che la decisione impugnata non ha preso in considerazione (DTF 134 III 102 consid. 1.1; 133 V 515 consid. 1.3; DTAF 2013/46 consid. 3.2). Il Tribunale accerta i fatti determinanti per la soluzione della controversia, assume le prove necessarie e le valuta liberamente (art. 12 PA; DTF 136 V 376 consid. 4.1.1). Sempre che la legge non disponga diversamente, il Tribunale statuisce secondo il grado di prova della verosimiglianza preponderante. Deve ritenere un fatto provato, soltanto quando è convinto della sua esistenza (DTF 138 V 218 consid. 6). Le parti sono tenute a cooperare all'accertamento dei fatti (art. 13 PA) e a motivare il ricorso (art. 52 PA). L'autorità di ricorso si limita, di principio, ad esaminare le censure sollevate, mentre le questioni di diritto non invocate dalle parti solo nella misura in cui gli argomenti delle parti o l'esame dell'incarto ne diano sufficiente motivo (DTF 122 V 157 consid. 1a; 121 V 204 consid. 6c).

3.

3.1

3.1.1 Dal profilo temporale, con riserva di disposizioni particolari di diritto transitorio, sono applicabili le disposizioni in vigore al momento della realizzazione dello stato di fatto che deve essere valutato giuridicamente o che produce conseguenze giuridiche (DTF 143 V 446 consid. 3.3; 139 V 335 consid. 6.2; 138 V 475 consid. 3.1).

3.1.2 Nel caso in esame, essendo contestato il respingimento della domanda di prestazioni presentata il 23 febbraio 2015, salvo indicazione contraria, si applicano di principio le disposizioni della 6^a revisione della LAI entrate in vigore il 1° gennaio 2012 e le modifiche successive (RU 2011 5659; FF 2010 1603), entrate in vigore fino alla data della decisione impugnata.

3.2 Il potere cognitivo di questo Tribunale è delimitato dalla data della decisione impugnata. Il giudice delle assicurazioni sociali esamina infatti la decisione impugnata sulla base della situazione di fatto esistente al momento in cui essa è stata resa (DTF 132 V 215 consid. 3.1.1; 130 V 445

consid. 1.2). 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 pronunciata (sentenze del TF 8C_278/2011 del 26 luglio 2011 consid. 5.5 nonché 9C_116/2010 del 20 aprile 2010 consid. 3.2.2; DTF 118 V 200 consid. 3a in fine).

4.

Il ricorrente è cittadino di uno Stato membro della Comunità europea e risiede in Italia, vi è inoltre un elemento transfrontaliero, avendo l'interessato lavorato in Svizzera quale frontaliere (DTF 143 V 81 consid. 8.3 con rinvii, 143 II 57 e 141 V 521 consid. 4.3.2 nonché, tra le altre, le sentenze della CGUE del 5 maggio 2011 C-434/09 McCarthy, punto 45, e dell'11 ottobre 2001 C-95/99 a 98/99 e C-180/99 Khalil et alii, punto 69), per cui è applicabile, di principio, l'Accordo del 21 giugno 1999 tra la Confederazione svizzera e la Comunità europea ed i suoi Stati membri sulla libera circolazione delle persone (ALC, RS 0.142.112.681) ed il relativo Allegato II che regola il coordinamento dei sistemi di sicurezza sociale. L'allegato II ALC prevede in particolare che le parti contraenti applicano tra di loro, dal 1° aprile 2012, il regolamento (CE) n. 883/2004 del Parlamento europeo e del Consiglio del 29 aprile 2004 (RS 0.831.109.268.1) relativo al coordinamento dei sistemi di sicurezza sociale, con le relative modifiche, e il regolamento (CE) n. 987/2009 del Parlamento europeo e del Consiglio del 16 settembre 2009 (RS 0.831.109.268.11) che stabilisce le modalità di applicazione del regolamento (CE) n. 883/2004 (art. 1 cpv. 1 Allegato II ALC in relazione con la Sezione A dell'Allegato II ALC). Il Regolamento (CE) n. 883/2004 è stato ulteriormente modificato dai regolamenti (UE) n. 1244/2010 (RU 2015 343), n. 465/2012 (RU 2015 345) e n. 1224/2012 (RU 2015 353), applicabili nelle relazioni tra la Svizzera e gli Stati membri dell'Unione europea a decorrere dal 1° gennaio 2015. Tuttavia, anche in seguito all'entrata in vigore dell'ALC, l'organizzazione della procedura come pure l'esame delle condizioni di ottenimento di una rendita d'invalidità svizzera, sono regolate dal diritto interno svizzero (art. 46 cpv. 3 del Regolamento n. 883/2004 in relazione con l'Allegato II del regolamento medesimo; DTF 130 V 253 consid. 2.4).

5.

5.1 Oggetto del contendere, nel caso concreto, è il mancato riconoscimento del diritto ad una rendita intera d'invalidità con effetto al più presto dal 1° agosto 2015 (ossia sei mesi dopo il deposito della domanda di prestazioni, art. 29 cpv. 1 LAI – cfr. consid. B.a).

5.2 La decisione tendente al rigetto dell'assegnazione di provvedimenti professionali, essendo l'assicurato in grado di svolgere la precedente professione all'80% non è per contro stata contestata e pertanto è passata in giudicato.

5.3 L'amministrazione ha considerato, sulla base delle valutazioni peritali, che al termine dell'anno d'attesa previsto dall'art. 28 LAI, malgrado il danno alla salute, il ricorrente non raggiungesse un grado d'invalidità sufficiente per riconoscere il diritto alla rendita, rimanendo esigibile con una riduzione del rendimento del 20% sia l'esercizio della professione abituale, che di un'attività sostitutiva, oltre che delle mansioni domestiche.

5.4 A mente del ricorrente gli accertamenti medici su cui si è fondata l'UAIE sarebbero incompleti e contraddittori e non terrebbero sufficientemente conto di tutte le patologie riscontrate dai vari medici da cui è stato visitato.

6.

6.1 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 a infermità congenita, malattia o infortunio (art. 8 LPGA e art. 4 cpv. 1 LAI). L'invalidità è considerata insorgere quando, per natura e gravità, motiva il diritto alla singola prestazione (art. 4 cpv. 2 LAI). Ai sensi dell'art. 8 cpv. 3 LPGA, gli assicurati maggiorenni che prima di subire un danno alla salute fisica, mentale o psichica non esercitavano un'attività lucrativa e dai quali non si può ragionevolmente esigere che l'esercitino sono considerati invalidi se tale danno impedisce loro di svolgere le proprie mansioni consuete.

La nozione d'invalidità di cui all'art. 4 LAI e 8 LPGA è un concetto di carattere economico-giuridico e non medico (DTF 116 V 246 consid. 1b; sentenze del TF 8C_636/2010 del 17 gennaio 2011 consid. 3 e 9C_529/2008 del 18 maggio 2009).

Secondo l'art. 7 cpv. 1 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 e alle misure d'integrazione ragionevolmente esigibili. Per valutare la presenza di un'incapacità al guadagno sono considerate esclusivamente le conseguenze del danno alla salute. Inoltre, sussiste un'incapacità al guadagno soltanto se essa non è obiettivamente superabile (art. 7 cpv. 2 LPGA). Secondo l'art. 6 LPGA, è considerata incapacità al lavoro 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 d'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.

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

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

6.3 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 la metà, a tre quarti di rendita se è invalido per almeno il 60% e ad una rendita intera se è invalido per almeno il 70%.

6.4 L'art. 29 cpv. 1 LAI prevede che il diritto alla rendita nasce al più presto dopo sei mesi dalla data in cui l'assicurato ha rivendicato il diritto alle prestazioni conformemente all'art. 29 cpv. 1 LPGA (riservate altresì le condizioni dell'art. 28 cpv. 1 LAI; DTF 142 V 547 consid. 3.2), ma al più presto a partire dal mese seguente il compimento dei 18 anni. L'art. 29 cpv. 3 LAI precisa altresì che la rendita è versata all'inizio del mese in cui nasce il diritto.

7.

7.1 Giusta il principio inquisitorio, che regge la procedura in materia di assicurazioni sociali (art. 43 LPGA), l'amministrazione deve intraprendere d'ufficio gli accertamenti necessari e raccogliere le informazioni di cui ha

bisogno. In particolare, deve ordinare una perizia allorquando è necessario per la valutazione medica del caso (DTF 117 V 282 consid. 4a).

7.2 Al fine di poter graduare l'invalidità l'amministrazione (o il giudice in caso di ricorso) deve disporre di documenti rassegnati dal medico o eventualmente da altri specialisti, il compito del medico consistendo nel porre un giudizio sullo stato di salute, nell'indicare in quale misura e in quali attività l'assicurato è incapace al lavoro come pure nel fornire un importante elemento di giudizio per determinare quale sforzo si può ancora esigere da un assicurato, tenuto conto della sua situazione personale (DTF 125 V 256 consid. 4 pag. 261; 115 V 133 consid. 2 pag. 134; 404 consid. 2; 114 V 310 consid. 3c pag. 314; 105 V 156 consid. 1 pag. 158). Spetta in seguito al consulente professionale, avuto riguardo alle indicazioni sanitarie, valutare laddove necessario quali attività professionali siano concretamente ipotizzabili (sentenza del TF 9C_13/2007 del 31 marzo 2008 consid. 3).

7.3 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 (DTF 140 V 356 consid. 3.1, 139 V 496 consid. 4.4 e 137 V 64 consid. 2).

7.4 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]).

Giova altresì rilevare come debba essere considerato con la necessaria prudenza l'avviso dei medici curanti, i quali possono tendere a pronunciarsi in favore del proprio paziente a dipendenza dei particolari legami che essi hanno con gli stessi (DTF 125 V 351 consid. 3b e relativi riferimenti).

7.5 Non va infine dimenticato che se vi sono dei 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 (sentenza del Tribunale federale delle assicurazioni I 673/00 dell'8 ottobre 2002). Al riguardo va tuttavia precisato che non si può pretendere dal giudice che raffronti i diversi pareri medici e parimenti esponga correttamente da un punto di vista medico, come farebbe un perito, i punti in cui si evidenziano delle carenze e qual è l'opinione più adeguata (sentenza del Tribunale federale I 166/03 del 30 giugno 2004 consid. 3.3).

7.6

7.6.1 Con sentenza 9C_492/2014 del 3 giugno 2015, pubblicata in DTF 141 V 281, il Tribunale federale ha modificato la propria giurisprudenza, abbandonando la presunzione secondo cui i disturbi da dolore somatoforme possono essere superati con uno sforzo di volontà ragionevolmente esigibile da parte della persona che ne è affetta (questa presunzione implicava peraltro il presupposto che l'incapacità di compiere simili sforzi comportava sempre e solo una completa incapacità al lavoro; DTF 141 V 281 consid. 3.4.2.2) e stabilendo che la capacità lavorativa esigibile di una persona che soffre di disturbi da dolore somatoforme oppure di un'affezione psicosomatica assimilata a questi ultimi (DTF 141 V 281 consid. 4.2) deve essere valutata 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 (DTF 141 V 281 consid. 3.4, 3.5 e 3.6).

7.6.2 Il Tribunale federale ha comunque sottolineato che la nuova giurisprudenza non implica alcuna modifica del presupposto, di cui all'art. 7 cpv. 2 LPGA, secondo cui sussiste un'incapacità al guadagno suscettibile di cagionare un'invalidità soltanto se la stessa non è obiettivamente superabile. La nuova giurisprudenza non pregiudica altresì la necessità di riscontri oggettivi. Le valutazioni e le limitazioni soggettive che non sono spiegabili dal profilo medico non potranno essere considerate quali danni alla salute invalidanti, fermo restando che in tali casi di frequente non è seguito alcun trattamento adeguato (DTF 141 V 281 consid. 3.7.1). Pertanto, il Tribunale federale ha confermato che occorre partire dal principio che la persona che soffre di un'affezione psicosomatica è da considerarsi siccome valida (DTF 141 V 281 consid. 3.7.2).

7.6.3 Nella sentenza 9C_899/2014 del 29 giugno 2015, il Tribunale federale ha poi precisato che, dal profilo medico, deve essere spiegato per

quale motivo le limitazioni funzionali riscontrate giustificano una limitazione della capacità lavorativa, conto tenuto dello sforzo di volontà ragionevolmente esigibile, secondo gli indicatori stabiliti (sentenza del TF 9C_899/2014 del 29 giugno 2015 consid. 3.2). Un disturbo da dolore somatoforme od una patologia psicosomatica assimilata a quest'ultimo comportano un'invalidità, nella misura in cui le limitazioni funzionali di uno stato di salute accertato dal profilo medico sono dimostrate, secondo gli indicatori stabiliti, in modo convincente e senza contraddizioni, perlomeno nel senso della verosimiglianza preponderante. In caso contrario, la persona assicurata sopporta le conseguenze dell'assenza di prova (DTF 141 V 281 consid. 6 e sentenza del TF 9C_899/2014 del 29 giugno 2015 consid. 3.2).

7.6.4 Secondo le sentenze pubblicate in DTF 143 V 409 e 418 è corretto e conforme al sistema sottoporre ad una procedura probatoria strutturata secondo la DTF 141 V 281 in linea di principio, tutte le malattie psichiche. È infatti erroneo qualificare come leggera un'affezione, per il motivo che la diagnosi non richiede un grado di gravità e già solo per questa ragione negare ogni limitazione rilevante della capacità lavorativa. Ciò vale a maggior ragione per il fatto che distinguere tra disturbi somatoformi oppure disturbi funzionali riconducibili a depressione crea spesso problemi in ambito peritale (DTF 143 V 409 consid 4.5.).

7.6.5 Un tale procedimento è superfluo se l'incapacità lavorativa è negata sulla base di rapporti con forza probante allestiti da medici specialisti (si veda DTF 125 V 351) e se eventuali valutazioni contrarie non hanno valenza probatoria, perché i referti provengono da medici senza qualifica specialistica o per altre ragioni (DTF 143 V 409 consid. 4.5).

8.

8.1 Nell'ambito della procedura conclusasi con la sentenza di rinvio del TAF C-4975/2016 del 4 aprile 2017, passata in giudicato, con annotazione SMR del 16 febbraio 2017 il dott. H. _____, alla luce della nuova documentazione prodotta in sede di causa, sospettando una patologia neurologica emergente, ha comunicato all'UAIE di ritenere indicato eseguire una perizia pluridisciplinare in ambito neurologico, reumatologico e psichiatrico (doc. 81).

8.2 Alla luce delle indicazioni del SMR e della proposta formulata dall'UAIE pendente causa di ricorso il TAF ha pertanto accolto la proposta dell'amministrazione di annullare la decisione impugnata e rinviarle gli per completare l'accertamento dei fatti giuridicamente rilevanti con riferimento allo

stato di salute del ricorrente e ai fini di verificare la sua capacità di lavoro residua da un punto di vista complessivo, segnatamente psichiatrico, neurologico e reumatologico, tramite l'esperimento di una perizia pluridisciplinare (sentenza del TAF C-4975/2016 del 4 aprile 2017).

Secondo il TAF: "dalla documentazione esibita in sede di replica, che dovrà essere attentamente esaminata da parte dei periti, in particolare dal rapporto neurologico della dr.ssa Dd._____ del 23 settembre 2016 e dall'esame EMG/ENG del 19 dicembre 2015 (poi ripetuto in occasione della visita), emerge il mancato reclutamento volontario in alcuni muscoli, in una situazione di conduzione nervosa motoria e sensitiva comunque nella norma e pur non essendovi sicuri segni di sofferenza neuroperiferica, «la riduzione del reclutamento ha caratteristiche di deficit di attivazione cortico-spinale» (allegato al doc. TAF 15 dell'inc. C-4975/2016). A mente del dr. M._____, soltanto una volta esperiti tutti gli esami strumentali e clinici, dai quali non sia emersa l'evidenza di patologie organiche, sarà possibile porre o escludere una diagnosi di sindrome somatoforme di somatizzazione o eventualmente di conversione (rapporto del 26 settembre 2016 allegato al doc. TAF 15)" (cfr. consid. 3.3, inc. C-4975/2016).

9.

9.1 In esecuzione della sentenza di rinvio succitata l'amministrazione ha quindi incaricato il SAM di eseguire una perizia pluridisciplinare. Al dott. D._____ è inoltre stato chiesto di redigere un rapporto aggiornato in vista della valutazione peritale (doc. 98, 100), richiesta a cui quest'ultimo non ha tuttavia mai dato seguito.

9.2

9.2.1

9.2.1.1 Nel rapporto peritale del 15 marzo 2018, nel quale sono confluite le valutazioni di natura psichiatrica, reumatologica, neurologica e internistica, è stata posta la diagnosi con influsso sulla capacità lavorativa di panalgia di probabile origine funzionale-somatoforme (doc. 101 p. 20) e di sindrome fibromialgica primaria. Tali diagnosi sono state ritenute dal SAM di origine prettamente reumatologica (doc. 101 pag. 20).

9.2.1.2 Sono invece state considerate senza ripercussione sulla capacità lavorativa le diagnosi di obesità (BMI ca. 34.5 kg/m²); dislipidemia; ipergli-

cemia; trombocitosi; sospetta ipertensione arteriosa (non trattata); progressiva decompressione del nervo ulnare bilateralmente a livello del solco cubitale bilaterale del 21 novembre 2014; stato da splenectomia; allergie a vari prodotti chimici (doc. 101 p. 20).

9.2.1.3 A seguito delle delucidazioni fornite tramite il SAM il 17 maggio 2018 dai periti in reumatologia e psichiatria, su richiesta del medico SMR, il dott. E._____, alla luce del rapporto del dott. F._____, che ne aveva sospettato l'esistenza, ha posto la diagnosi psichiatrica di sindrome somatoforme da dolore persistente (ICD-10: F 45.4), priva tuttavia di influo sulla capacità lavorativa (doc. 102, 104).

9.2.2 Nella valutazione del 31 gennaio 2018 (allegata al doc. 101) il dott. G._____, specialista in neurologia ha rilevato che dall'esame neurologico (esame elettroencefalografico del 29 gennaio 2018) – reperto oggettivo non dipendente dalla collaborazione del paziente – è emerso un trofismo e un tono muscolare nella norma, con riflessi osteotendinei simmetrici. I test di forza muscolare non hanno dal canto loro presentato reperti indicativi di una sicura paresi di origine organica. Al riguardo il perito ha notato che l'assicurato "tende a risparmiare tutta la muscolatura dell'emicorpo destro sotto sforzo per cui la valutazione oggettiva risulta difficoltosa, ma è in grado di sviluppare una forza almeno a tratti nella norma per gran parte dei gruppi muscolari". Riferendo dell'esito degli ulteriori test eseguiti, come pure di quello delle valutazioni specialistiche eseguite in Italia, il dott. G._____ ha indicato che tutti i documenti a disposizione concordano nell'affermare che gli accertamenti eseguiti sono normali e che non vi siano elementi che permettano di diagnosticare una patologia neurologica organica sottostante. Sulla base dell'esame clinico condotto egli ha quindi riscontrato un'importante discrepanza tra i sintomi lamentati e il grado di sofferenza dell'assicurato e tutti gli esami eseguiti, risultati nella norma. Il perito ha quindi escluso l'esistenza di una patologia neurologica organica, affermando che "tutti i sintomi in ambito neurologico dimostrati sono di origine funzionale e, alla luce di quanto affermato e dimostrato, vi è il sospetto che vi sia anche una esagerazione dei sintomi".

Dal punto di vista strettamente neurologico, ha quindi concluso che l'assicurato è interamente abile al lavoro, esprimendo una prognosi favorevole e non avanzando alcuna proposta terapeutica.

9.2.3 Nella valutazione del 13 febbraio 2018 il dott. E._____, specialista in psichiatria e psicoterapia (allegata al doc. 101), ha riferito che l'assicurato non ha mai manifestato sintomi psichiatrici tali da necessitare un aiuto specialistico o una particolare terapia psichiatrica. Al riguardo egli ha infatti

sottolineato che l'interessato "ha mostrato buone capacità di adattamento e di sopportazione sul piano del suo equilibrio psicologico, sia in occasione della riqualifica professionale nel 2000 e soprattutto dal 2014 quando si è sviluppata l'attuale sintomatologia neurologica. Non ha mai mostrato cedimenti, né ha sviluppato una sintomatologia psicopatologica ansiosa depressiva reattiva, come in genere ci si aspetta da un cambiamento di vita così importante". Il perito ha quindi escluso l'esistenza di diagnosi attive dal profilo psichiatrico, pur riservandosi di ritornare sulla propria valutazione al termine degli accertamenti diagnostici pluridisciplinari in atto (si cfr. in proposito consid. 9.2.1.3).

Il dott. E. _____ ha quindi concluso che l'assicurato è abile a svolgere, da subito, in qualsiasi attività nella misura del 100%, senza alcuna limitazione funzionale, né alcuna controindicazione per l'esecuzione di eventuali provvedimenti d'integrazione professionale (cfr. consid. 9.2.1.3).

9.2.4 Nella perizia del 19 febbraio 2018 (allegata al doc. 101) il dott. F. _____, specialista in medicina interna e in malattie reumatiche, ha ritenuto l'interessato molto dimostrativo nel manifestare i suoi dolori/disturbi e descritto un esame reumatologico reso difficile dalla mancata collaborazione dell'assicurato. Dalla documentazione specialistica agli atti il perito ha riscontrato che "gli innumerevoli trattamenti farmacologici già provati nel corso degli anni non hanno mai portato ad alcun miglioramento dei suoi disturbi", ha inoltre sottolineato il fatto che "non siano mai state eseguite delle corrette riabilitazioni fisiatriche, anche perché mal tollerate dall'assicurato, che non sopporta alcun tipo di terapia attiva". In particolare ha segnalato che dai vari esami neurologici e neuroradiologici non è emersa alcuna patologia di rilievo, in particolare la colonna vertebrale è priva di compressione delle strutture neurali o di patologie degenerative. Il perito ha quindi riferito che l'assicurato presenta una sindrome algica cronica diffusa non riconducibile ad alcuna chiara patologia ortopedico-reumatologia, né una "semplice" sindrome fibromialgica, ritenendo piuttosto trattarsi di "una sindrome somatoforme in un paziente con un disturbo di personalità" (si cfr. anche consid. 9.2.1.3).

Per quanto concerne la capacità lavorativa il dott. F. _____ ha quindi ritenuto che "l'assicurato presenti una capacità dell'80% per qualsiasi tipo di attività, sia leggera che pesante, in assenza di chiare patologie ortopedico-reumatologiche. Il 20% di incapacità lavorativa è considerato quale riconoscimento di una sindrome del dolore cronico e non tanto motivato da reali patologie reumatologiche. Questa incapacità lavorativa è verosimilmente presente dal luglio 2014, quando egli ha interrotto la sua attività lavorativa". Esprimendo una prognosi incerta, in ragione dell'assenza di un'adeguata

risposta alle terapie intraprese nel corso degli anni il perito si è astenuto dal proporre consigli terapeutici, se non una corretta presa a carico psichiatrica.

9.2.5 Valutando congiuntamente il caso, i periti hanno attestato un'incapacità lavorativa totale dal 29 giugno 2014 a fine agosto 2014 in ragione del problema alla mano sinistra (infezione conseguente alla presunta puntura d'insetto e successivi accertamenti) e degli accertamenti che ne sono seguiti. A partire dal mese di gennaio 2015, momento in cui lo stato di salute si è definitivamente stabilizzato, essi hanno quindi ritenuto che l'assicurato era capace al lavoro all'80% sia nell'attività di impiegato d'ufficio (contabile), che in attività sostitutiva e nelle attività domestiche, da intendersi quale presenza durante tutto il giorno ma con rendimento ridotto, a causa della sola patologia reumatologica (doc. 101 pp. 25-29).

9.2.6 Invitati dal medico SMR ha fornire ulteriori delucidazioni in relazione ai periodi di incapacità lavorativa (doc. 102, consid. 10.2.1.3), i periti hanno precisato quanto segue:

- Nelle osservazioni del 16 aprile 2018 il dott. G._____ ha segnalato che l'intervento di neurolisi del nervo ulnare ad entrambi i gomiti del 21 novembre 2014 non ha lasciato rilevanti conseguenze neurologiche e che per tale ragione ha ritenuto giustificata un'incapacità lavorativa del 100% dal 21 novembre 2014 alla fine di dicembre 2014 per la fase postoperatoria, non essendo successivamente insorte ulteriori problematiche di natura neurologica (doc. 104).
- Nelle osservazioni del 16 aprile 2018 riguardo alla capacità lavorativa dell'assicurato il dott. F._____ ha precisato: "avevo attestato un'inabilità di solo il 20% a partire da luglio 2014, quando egli aveva interrotto il lavoro. Evidentemente si deve però considerare un periodo di totale incapacità lavorativa dal 21 novembre 2014 per un periodo di almeno sei settimane a seguito dell'intervento di decompressione del nervo ulnare bilaterale. Concordo con te di fare perciò risalire la sua attestata capacità lavorativa dell'80% a partire da gennaio 2015".
- Nelle osservazioni del 26 aprile 2018 il dott. E._____ ha indicato: "Alla luce del rapporto del dott. F._____, ritengo opportuno integrare come diagnosi psichiatrica la sindrome somatoforme da dolore cronico persistente F45.4. Lascerei invece al collega stabilire

l'entità della ripercussione sulle capacità lavorative, avendo un'influenza soprattutto sul piano somatico; per contro invece non ravvedo nessuna influenza sul piano psicopatologico" (doc. 104).

9.3 Con rapporto finale SMR del 30 maggio 2018 il dott. H. _____ ha fatto proprie le conclusioni peritali. Egli ha riportato le diagnosi proposte nella perizia, elencando tutti i periodi in cui, dal giorno dell'infortunio l'assicurato è stato totalmente o parzialmente inabile al lavoro e meglio: al 100% dal 29 giugno al 31 agosto 2014, al 20% dal 1° settembre al 20 novembre 2014, al 100% dal 21 novembre al 31 dicembre 2014, al 20% dal 1° gennaio al 31 maggio 2015, al 100% dal 1° al 9 giugno 2015. Dal 10 giugno 2015 ha quindi attestato una capacità lavorativa dell'80% (intesa come riduzione del rendimento) nell'attività abituale di contabile come pure in un'attività sostitutiva adeguata e nelle mansioni consuete, senza alcuna limitazione funzionale (doc.106).

10.

10.1 Alla luce dello statuto di lavoratore a tempo parziale, l'amministrazione ha quindi incaricato l'assistente sociale, I. _____, di svolgere presso il domicilio dell'assicurato l'inchiesta economica per le persone che si occupano dell'economia domestica. Nel rapporto del 14 dicembre 2018 quest'ultima ha ritenuto sussistere una percentuale di invalidità del 74% per le attività domestiche rilevando che "dal punto di vista pratico non è possibile negare le difficoltà descritte dall'assicurato nei vari ambiti che mi riservo ad ogni modo di rivedere se dovesse cambiare la valutazione medica" (doc. 128 p. 8).

10.2 Invitati dal medico SMR ad esprimersi riguardo alla suddetta inchiesta e alle valutazioni dell'assistente sociale (doc. 130) i periti del SAM hanno segnalato quanto segue (doc. 133):

- Dott. G. _____ (osservazioni del 22 marzo 2019): "La valutazione si basa sulle affermazioni soggettive dell'assicurato che, essendo stato abbandonato dalla moglie, si è trovato senza il sostegno di quest'ultima. Come discusso nella valutazione neurologica del gennaio 2018 le difficoltà anche motorie presentate dall'assicurato non erano spiegabili da una patologia neurologica organica e d'altronde esami estesi eseguiti già anche in precedenza non avevano mai messo in evidenza patologie oggettive neurologiche. Ritengo dunque di poter confermare, anche alla luce della nuova documentazione, le conclusioni a cui ero giunto nel gennaio 2018,

anche per quel che riguarda la capacità lavorativa come casalingo” (vale a dire una capacità piena, cfr. rapporto allegato al doc. 101).

- Dott. F._____ (osservazioni del 22 marzo 2019): “Nel suo dettagliato rapporto la signora I._____ riferisce di una lunga serie di limitazioni soggettivamente riferite dall’assicurato e causate dagli importanti diffusi dolori muscolo-scheletrici. Si riferisce in modo particolare di dolori e disturbi di sensibilità al braccio ed alla mano destra, a causa dei quali fa fatica ad eseguire qualsiasi tipo di attività, anche se fisicamente leggera. Come avevo già avuto modo di sottolineare nella mia perizia reumatologica del 19 febbraio 2018 il signor A._____ presenta un complesso quadro algico, difficilmente riconducibile ad una ben precisa patologia ortopedico-reumatologica. Allora non avevo riscontrato alcuna patologia che potesse né spiegare i suoi disturbi/dolori né tanto meno motivare un’incapacità lavorativa. Non mi sembra che in quest’ultimo anno siano insorte nuove chiare patologie che possano modificare la mia valutazione peritale. I dati riferiti dalla signora I._____ sono riconducibili unicamente alle affermazioni soggettive dell’assicurato. È pensabile che la recente separazione dalla moglie abbia ulteriormente aggravato lo stato psico-fisico dell’assicurato, con conseguente peggioramento delle sue funzioni. Non ritengo comunque che vi siano oggettive patologie ortopedico-reumatologiche che possano giustificare o spiegare i suoi disturbi”.
- Dott. E._____ (osservazioni del 9 maggio 2019): “Per ciò che concerne la valutazione della Signora I._____, avvenuta a domicilio dell’assicurato in data 22 novembre 2018, ritengo esserci una evidente discrepanza tra quanto lamentato dall’assicurato nel corso dei due colloqui con il sottoscritto e quanto emerso dalla valutazione domiciliare, dove l’assicurato dichiara di non poter fare nulla. Ribadisco dunque che dalla mia valutazione (anche il Dr. Med L._____, psichiatra di (...), nel febbraio del 2016 e il Dr. Med. M._____, FMH in psichiatria e psicoterapia, nella valutazione del mese di settembre 2016, giungevano alle medesime conclusioni) non si evidenziano altre patologie psichiatriche, rimanendo la sindrome somatoforme da dolore cronico persistente F45.4 l’unico elemento diagnostico attestabile”.

10.3 Con annotazione del 24 maggio 2019, il dott. N._____, specialista in psichiatria e psicoterapia, ha quindi confermato il rapporto finale SMR del 30 maggio 2018 (doc. 134).

10.4 Con annotazione del 24 giugno 2019, l'assistente sociale, preso atto delle osservazioni peritali e del fatto che la percentuale scaturita dall'indagine domestica non è stata ritenuta condivisibile dal punto di vista medico, ha adeguato la propria valutazione in ambito domestico al 20% (doc. 135).

11.

11.1 Nell'ambito delle osservazioni al progetto di decisione del 25 giugno 2019 (doc. 136), il ricorrente ha prodotto la seguente documentazione:

- Rapporto medico della Commissione per l'accertamento della capacità globale ai fini del collocamento mirato del 15 settembre 2017, attestante un'invalidità con permanente riduzione della capacità lavorativa del 75% dal 29 febbraio 2016 per fibromialgia polidistrettuale invalidante, esiti d'intervento di liberazione del nervo ulnare bilaterale a livello transcubitale, poliallergia a composti chimici, esiti di splenectomia (doc. 139 all.4, cfr. anche all. 3).
- Rapporto reumatologico del 5 settembre 2018 della dott.ssa O. _____ che, avendo riscontrato all'esame clinico un buon compenso cardiorespiratorio, l'assenza di artrosinovite, addome piano trattabile non dolente alla palpazione e l'assenza di tender point, ha prescritto della tachipirina 1000 al bisogno e proposto un ricovero ospedaliero per proseguire accertamenti e cure (doc. 139 all. 5).

11.2 Le osservazioni del ricorrente e la suddetta documentazione sono state sottoposte al SAM (doc. 141 e 142) che, nel rapporto del 15 ottobre 2019, sulla base delle indicazioni del perito psichiatra (doc. 143), ha reputato necessario procedere a una "rivalutazione in ambito psichiatrico associando approfondimenti testistici di personalità e anche eventualmente dal punto di vista reumatologico e neurologico" (doc. 142 p. 10).

11.3 L'amministrazione ha quindi ordinato l'esecuzione di una perizia pluridisciplinare di decorso (doc. 151, 154, 156) in ambito internistico (rapporto del 9 aprile 2020 della dott.ssa P. _____), psichiatrico e psicoterapico (rapporto del 16 marzo 2020 del dott. E. _____), reumatologico (rapporto del 2 marzo 2020 del dott. F. _____) e neurologico (rapporto del 6 marzo 2020 del dott. G. _____), oltre che l'esecuzione di test psicodiagnostici (rapporto del 6 marzo 2020 dello psicologo Q. _____).

11.3.1 La valutazione globale esposta nella perizia pluridisciplinare del 9 aprile 2020 ha messo in evidenza la diagnosi con influsso sulla capacità

lavorativa di “panalgia di origine funzionale somatoforme, sindrome somatoforme da dolore persistente (ICD-10 F45.4)”. La sindrome fibromialgica primaria è stata menzionata unicamente nella perizia reumatologica (allegato al doc. 156 pag. 5). Sono state inoltre rilevate le seguenti dianosi senza ripercussioni sulla capacità lavorativa: “sindrome algica cronica diffusa più pronunciata all’emicorpo destro con disturbi motori non di origine organica, probabilmente una componente funzionale; ipertensione arteriosa non trattata; esiti di splenectomia post-traumatica; iperlipidemia non trattata; obesità di primo grado (BMI 30.22 kg/m²)” (doc. 156 pp. 42-43).

11.3.2 I periti hanno constatato delle limitazioni funzionali correlate alla diagnosi psichiatrica (contrariamente a quanto indicato nella precedente perizia), nel senso che l’aspetto sintomatologico “interferisce lievemente sulla performance lavorativa, sulla capacità di sopportare e sui tempi di recupero, sulla costanza degli obiettivi da perseguire e sulla capacità di tradurre in atto i propri propositi, con riduzione della caricabilità psichica e della resistenza”.

Dal lato reumatologico all’assicurato è stata riconosciuta una capacità lavorativa ridotta del 20% quale riconoscimento di una sindrome da dolore cronico, mentre dal punto di vista neurologico ed internistico non sono state riscontrate limitazioni funzionali (doc. 156 p. 43).

11.3.3 Dal punto di vista lavorativo l’assicurato è stato ritenuto abile a svolgere nella misura dell’80% sia l’attività abituale di contabile che un’attività sostitutiva adeguata. I periti hanno precisato che tale percentuale è dovuta all’integrazione della capacità lavorativa in ambito reumatologico (80%) e in ambito psichiatrico (80%), che si giustifica “in quanto le limitazioni presentate dall’assicurato in ambito psichiatrico interferiscono con il quadro reumatologico e viceversa” ed essendo il dolore cronico il sintomo principalmente lamentato (doc. 156 pag. 45).

Dal punto di vista reumatologico vi è capacità lavorativa all’80% dal mese di luglio 2014. In seguito non sono stati documentati peggioramenti delle patologie ortopedico-reumatologiche tali da giustificare un incremento dell’inabilità lavorativa. Dal punto di vista psichiatrico la riduzione della capacità lavorativa è presente da settembre 2018 (doc. 156 pp. 44-45).

La medesima riduzione del rendimento del 20% è stata ritenuta valida anche per le attività domestiche, nel cui ambito i periti hanno nuovamente escluso il tasso d’incapacità lavorativa ritenuto in un primo momento dall’assistente sociale (cfr. consid. 10.1; doc. 156 pp. 46-47).

11.3.4 Benché la valutazione peritale non abbia evidenziato disturbi della personalità rilevanti, alla luce della tendenza ad esagerare i sintomi, ai limiti della simulazione, della mancanza di capacità introspettive e psicologiche in generale, oltre che dello stress causato dalla procedura di separazione dalla moglie, dal punto di vista psichico è stata consigliata una presa a carico psichiatrica integrata (farmacoterapia e psicoterapia) di lunga durata. Dal punto di vista neurologico non è stata formulata nessuna proposta terapeutica, mentre dal punto di vista reumatologico consigliata una regolare attività fisica. Dal punto di vista internistico è stato ritenuto auspicabile l'impostazione di una terapia antiipertensiva (doc. 156 p. 43 e 45).

11.4 Con rapporto finale SMR del 24 aprile 2020 il dott. H. _____ ha quindi riassunto le valutazioni peritali facendole proprie e, considerando esservi un quadro clinico-valetudinario ormai stabilizzato, ha confermato le conclusioni già esposte in precedenza (doc. 158).

Con annotazione del 27 maggio 2020 il dott. H. _____ ha ulteriormente confermato la propria posizione, rammentando che la valutazione dell'invalidità da parte del diritto italiano si fonda su criteri differenti rispetto a quella prevista dal diritto svizzero (doc. 162).

12.

12.1 Alla luce di quanto sopra esposto emerge che, in esecuzione della sentenza di rinvio, l'amministrazione ha dato seguito alla richiesta del TAF di fornire un quadro pluridisciplinare completo e aggiornato dello stato di salute dell'assicurato. Al riguardo si rileva che la perizia del 15 marzo 2018 (cfr. consid. 9) e quella di decorso del 9 aprile 2020 (cfr. consid. 11.3), nonché le valutazioni specialistiche che le compongono – dalle quali è emersa una situazione valetudinaria attuale stabile, sostanzialmente sovrapponibile a quella esistente al momento dell'interruzione dell'incapacità lavorativa (eccezion fatta per alcuni transitori peggioramenti dello stato di salute e per il riconoscimento, dal mese di settembre 2018, dell'influsso dell'affezione psichica sulla capacità lavorativa, benché limitato e in relazione con la problematica reumatologica) – si fondano su informazioni fornite dalla persona esaminata e dai medici curanti, sull'esame del quadro clinico e delle risultanze della visita dell'insorgente, nonché sulla documentazione medica agli atti così come sugli accertamenti strumentali e di laboratorio ordinati dai periti (esami ematologico, ematochimico, screening tiroideo, urine e strisca reattiva, elettroencefalografico, nonché test SIMS e MMPI-2-RF [doc. 101 e 156]). I rapporti peritali contengono un'introduzione, un elenco degli atti e delle

informazioni tratte dall'incarto, un'anamnesi dettagliata, le indicazioni soggettive del ricorrente e le constatazioni obbiettive, la diagnosi, la discussione nonché le conclusioni sulla capacità lavorativa residua. Dalla valutazione psichiatrica è inoltre desumibile un esame degli indicatori standard, conformemente alla giurisprudenza del TF in caso di disturbi da dolore somatoforme (cfr. consid. 7.6). Tali referti possono pertanto essere considerati perlomeno da un punto di vista formale un mezzo probatorio idoneo ai fini della valutazione dello stato di salute del ricorrente e dell'esigibilità dell'esercizio di un'attività lavorativa e delle mansioni domestiche.

12.2

12.2.1 Le diagnosi esposte nella perizia pluridisciplinare del 15 marzo 2018 (doc. 101 p. 20), riconfermate per quanto riguarda le affezioni con influsso sulla capacità lavorativa nella perizia di decorso del 9 aprile 2020 (doc. 156, pp. 42-43), concordano sostanzialmente con quelle ritenute da tutti gli specialisti consultati dall'assicurato e da quelle a suo tempo esposte dal perito dell'C._____ (cfr. rapporti del dott. R._____ del 31 agosto e del 9 novembre 2015 [doc. 221, 229], sui quali si era inizialmente fondato il SMR [doc. 59, 61]).

Tutti i medici sono infatti concordi nel descrivere l'indicazione soggettiva di parestesie, disturbi della sensibilità a livello motorio e di forza e più in generale un quadro algico di natura somatoforme, cronicizzato, senza origine organica, indentificato da taluni come sindrome fibromialgica (dott.i D._____ [doc. 36], Aa._____ [doc. 41], Ee._____ [doc. 44], S._____ [doc. 48], Cc._____ [doc. 60 p. 20], L._____ [doc. 60 p. 3], T._____ [doc. 60 p. 5]), da altri come sindrome somatoforme di somatizzazione (dott. M._____ [doc. 79 all. B]) o ancora descritto come "parestesia e ipoestesia" (dott.ssa O._____, che dal canto suo aveva escluso nel rapporto reumatologico del 5 settembre 2018 la presenza di tender points attivi [doc. 139 all. 5]). La diagnosi di "panalgia di probabile origine funzionale-somatoforme, sindrome somatoforme da dolore persistente (ICD-10 F45.4)" ritenuta dall'autorità inferiore, concorda per altro con quella ritenuta dagli enti previdenziali italiani nella constatazione dell'invalidità civile dell'assicurato ai sensi del diritto italiano (fibromialgia polidistrettuale invalidante, cfr. doc. 63, 139 all. 4).

12.2.2 Dal profilo psichiatrico il dott. E._____ aveva dapprima escluso nel rapporto del 13 febbraio 2018 (doc. 101) la presenza di diagnosi attive

e in attesa degli accertamenti da parte degli altri periti aveva ritenuto prematuro escludere sindromi dissociative da conversione o altre sindrome somatoformi tali da giustificare la sintomatologia presentata. Nelle delucidazioni del 26 aprile 2018 (doc. 104) alla luce di quanto emerso dagli accertamenti e dichiarato dal dottor F. _____, aveva quindi integrato la diagnosi psichiatrica di sindrome somatoforme da dolore cronico persistente (ICD-10 F45.4, consid. 10.2.1.3), mentre nell'ambito della perizia di decorso, come già era stato il caso nella presa di posizione complementare del 9 maggio 2019 (doc. 133), egli ha negato l'insorgenza di altre patologie psichiatriche, o di comorbidità, precisando che "la modica sintomatologia ansioso depressiva insorta in relazione al divorzio, non raggiunge un'intensità sufficiente da configurare una diagnosi attiva" (rapporto del 16 marzo 2020, doc. 156). Tali conclusioni a ben vedere concordano con quelle espresse dagli psichiatri ai quali si era rivolto il ricorrente (rapporto dott. L. _____ [doc. 60 p. 3] e del dott. M. _____ [doc. 79 all. B]).

12.2.3 Al di fuori delle diagnosi esposte non vi sono elementi che consentano di ritenere che l'assicurato sia portatore di altre affezioni suscettibili di influire durevolmente sullo stato di salute e sulla capacità lavorativa di quest'ultimo. Al riguardo giova precisare che i periti hanno constatato che l'assicurato, al di fuori dell'assunzione per un breve periodo nel 2015 di duloxetine, non si è mai sottoposto ad alcuna specifica terapia (antiipertensiva o volta ad alleviare il dolore e i disturbi lamentati). Benché l'assicurato riferisca di un progressivo peggioramento della situazione valetudinaria, i periti hanno fatto notare che quest'ultimo non ha svolto nessun particolare accertamento di natura ortopedica, reumatologica o neurologica volto a migliorare il suo stato di salute e alleviare i dolori. Dal punto di vista reumatologico risulta che l'assicurato non ha mai patito alcuna sindrome infiammatoria, né ha mai sofferto di alcuna affezione di rilievo. Dal punto di vista neurologico nessuna patologia organica è stata riscontrata. Pure dal profilo psichiatrico, è stata ribadita l'assenza di particolari affezioni (al di fuori della sindrome somatoforme da dolore cronico persistente connessa alle problematiche di reumatologiche) e comorbidità ed è anzi stato precisato che l'assicurato ha sempre dimostrato un buon equilibrio psichico, non necessitando fino al 2018 (in concomitanza con il divorzio) di alcun particolare sostegno psicologico (doc. 101, 104, 133, 156).

12.3

12.3.1 Per quanto concerne l'evoluzione dello stato di salute i complementi istruttori eseguiti nell'ambito del rinvio hanno permesso di meglio definire la sintomatologia lamentata dall'assicurato e chiarire che, contrariamente

all'opinione di alcuni medici curanti, le patologie da cui è affetto non comportano, né hanno mai comportato alcuna particolare limitazione funzionale dal punto di vista fisico/somatico. I periti hanno sostanzialmente constatato uno stato di salute invariato rispetto alla situazione in essere al momento dell'interruzione della capacità lavorativa nel luglio 2014. Ciò è senz'altro il caso per quanto concerne gli aspetti neurologici e internistici. In occasione della perizia del 2018 al ricorrente era stata consigliata la presa a carico dell'obesità, della dislipidemia ed iperglicemia onde prevenire malattie cardiovascolari e diminuire il carico sul rachide e gli arti inferiori. Tali suggerimenti, solo in parte seguiti (fra le due perizie è stata infatti constatata una sensibile riduzione ponderale [12 kg]), sono stati ribaditi nella perizia di decorso del 2020, nella quale, pur negando la presenza di limitazioni funzionali di sorta, i periti avevano consigliato l'esecuzione di esercizio fisico regolare per cercare di migliorare la vascolarizzazione dei tessuti, la tonicità muscolare e soprattutto l'autostima.

Nel rapporto del 22 marzo 2019 (doc. 133) il dott. F. _____, ha ipotizzato che la recente separazione dalla moglie potesse aggravare ulteriormente lo stato psico-fisico dell'assicurato, con conseguente peggioramento delle sue funzioni. Ha tuttavia ribadito di non constatare oggettive patologie ortopedico-reumatologiche che possano giustificare o spiegare i suoi disturbi, sottolineando che la professione abituale di contabile non era e non è tuttora gravosa a tal punto da poter scatenare i dolori lamentati dall'assicurato, essendo un'attività che può considerarsi fisicamente leggera. Dal punto di vista reumatologico, la riduzione del rendimento invariata dal mese di luglio 2014, si giustifica unicamente quale riconoscimento di una sindrome da dolore cronico (doc. 156).

12.3.2 Dal punto di vista psichiatrico, per contro, un'evoluzione nella situazione valetudinaria è stata constatata, in particolar modo in occasione della perizia di decorso del 2020. Pur rimanendo invariata la diagnosi principale di sindrome somatoforme da dolore persistente (ICD-10 F45.4), dal 2018, ossia in concomitanza con il divorzio dalla moglie, il perito ha constatato l'insorgere di una modica sintomatologia ansioso depressiva, considerata comunque di intensità insufficiente per configurare una diagnosi a sé stante. D'altro canto, sempre dal 2018, il corteo sintomatologico aspecifico che accompagna la sindrome somatoforme da dolore persistente (descritto dal perito nella perizia di decorso, come tendenza all'esagerazione dei sintomi), è stato ritenuto suscettibile di interferire "lievemente sulla performance lavorativa, sulla capacità di sopportare e sui tempi di recupero, sulla costanza degli obiettivi da perseguire e sulla capacità di tradurre in atto i

propri propositi, con riduzione della caricabilità psichica e della resistenza” (doc. 156 p. 43). A mente del perito l’avvio di una presa a carico psichiatrica integrata (farmacoterapia e psicoterapia) prolungata di tali aspetti – determinanti una leggera riduzione della capacità lavorativa – permetterebbe di migliorare la prognosi e le possibilità d’integrazione dell’assicurato (doc. 156).

12.4

12.4.1 Un aspetto a più riprese evidenziato dai periti è la tendenza del ricorrente ad accentuare i sintomi.

Il dott. G. _____ al riguardo ha riferito di “notevoli discrepanze tra i sintomi presentati dal paziente, il suo atteggiamento estremamente sofferente e l’esame neurologico clinico che non mostra, almeno per quel che riguarda i reperti indipendenti dalla collaborazione del paziente, alterazioni patologiche. A ciò corrisponde anche quanto è stato già riferito nell’ambito di precedenti valutazioni neurologiche. Da rilevare che il paziente è stato sottoposto anche ad estese indagini neuroradiologiche ed elettrofisiologiche, tutte risultate nella norma. Sottolineo inoltre ancora la discrepanza tra quanto riferisce il paziente per quel che concerne ciò che gli è stato comunicato e ciò che è stato scritto nei documenti a nostra disposizione, dove si parla di reperti neurologici normali e di fibromialgia, mentre il paziente parla di diagnosi quali sclerosi multipla, sclerosi laterale amiotrofica e distrofia muscolare, tutte assolutamente non riportate in alcun documento” (doc. 101).

Dal canto suo il dott. F. _____ – che già in occasione della perizia e nelle delucidazioni del 2018 (doc. 101, 104) riferiva di un “paziente molto sofferente e dimostrativo”, sul quale non era stato possibile svolgere un corretto esame reumatologico a causa di una COMPLIACE e di una manifestazione algica inadeguata – ha confermato in occasione della perizia di decorso tale circostanza, non riscontrando per altro alcun elemento medico teso a confermare un reale e oggettivo peggioramento dello stato di salute dell’assicurato (doc. 156).

Lo psicologo incaricato di svolgere i test psicodiagnostici ha ulteriormente confermato quanto appena esposto. Dall’analisi delle risposte date al SIMS, è infatti emerso che l’assicurato ha mostrato una marcata accentuazione della sintomatologia in particolar modo sul versante dei disturbi mnemonici, dei dolori e del tono dell’umore. L’analisi delle scale di validità dell’MMPI-2-RF conferma la tendenza dell’assicurato all’esagerazione di

alcuni sintomi di natura medica, riferendo un ampio numero di sintomi fisici e mnestici. L'analisi globale dei risultati ai test, unitamente al colloquio, fanno ipotizzare che ci sia, comunque, una situazione generale di malessere nell'assicurato, dovuta a diversi fattori (cfr. doc. 156 pp. 31-32). Al riguardo il dott. E. _____ ha riferito che la tendenza all'enfaticizzazione – ai limiti della simulazione – emersa dai testi psicologici andrebbe contestualizzata all'interno di un setting terapeutico di fiducia, garantito unicamente da una presa a carico psichiatrica integrata, che consentirebbe di prevenire ulteriori peggioramenti (doc. 156).

12.4.2 Tale tendenza ad accentuare i sintomi, ha avuto, agli occhi dei periti, un chiaro influsso sulla valutazione della coerenza.

Al riguardo il dott. G. _____ ha riferito: "Come già discusso più sopra si trovano varie discrepanze all'esame clinico. Il paziente si mostra estremamente sofferente, non riesce ad eseguire vari test neurologici. Tutto ciò che non dipende dalla sua collaborazione risulta comunque nella norma. Da notare inoltre che il paziente inizialmente all'esame clinico indica una anestesia alla guancia destra, testando però con occhi chiusi e pungendo leggermente la cute fa un vero e proprio sobbalzo sul lettino d'esame, indicando chiaramente che la sensibilità è ben presente. Inoltre anche la marcia presenta caratteristiche di tipo piuttosto funzionale e non spiegabili da una problematica organica neurologica" (doc. 156). Il dott. G. _____ riferisce inoltre che l'assicurato si è recato alla visita peritale guidando la propria auto, cosa che alla luce dei dolori e delle limitazioni evocate da quest'ultimo non sarebbe stata verosimilmente possibile.

Dal canto suo il dott. F. _____ ha riferito che i dolori cronici e i disturbi lamentati dal paziente non possono essere spiegati dalla presenza di reali patologie ortopedico-reumatologiche (doc. 156).

Il dott. E. _____, infine, che esaminando dapprima gli aspetti della personalità (non ritenendo che l'assicurato mostrasse buone capacità introspettive e psicologiche in generale, essendo fortemente identificato nei deficit neurologici e non accettando i responsi negativi dei vari accertamenti), i fattori di stress (evidenziandone l'assenza di particolarmente acuti) e delle risorse (riscontrando lo sviluppo progressivo dei "deficit/sintomi neurologici, che nell'impossibilità di trovare una spiegazione tangibile hanno precipitato l'assicurato in un circolo vizioso di esasperazione dei sintomi, come confermato dai test psicologici), ha indicato, sotto il profilo della coerenza, di aver avuto l'impressione di una tendenza ad enfaticizzare ed esagerare la descrizione dei sintomi di pertinenza soprattutto somatica (doc. 156).

12.5

12.5.1 Il ricorrente contesta infine la valutazione globale dell'incapacità lavorativa sia per quanto concerne l'attività salariata che per quanto riguarda le attività domestiche. Egli critica l'importante discrepanza in essere fra le valutazioni dell'ente previdenziale italiano (che ha riconosciuto un'invalidità civile pari al 75%) e la valutazione dell'assistente sociale (che aveva ritenuto una percentuale d'inabilità pari al 74%) e quella riconosciuta complessivamente dai periti del SAM (20%).

12.5.2 Secondo il Tribunale federale il grado di incapacità lavorativa complessivo va stabilito in base ad una valutazione globale, un semplice cumulo dei gradi essendo inammissibile (sentenza del TF 9C_295/2013 del 20 giugno 2013 consid. 4.4). Inoltre, sempre secondo l'Alta Corte, la questione di sapere se i singoli gradi di inabilità lavorativa vadano sommati, e, se del caso, in quale misura, è una problematica squisitamente medica, che, di principio, il giudice non rimette in discussione (sentenza del TF 9C_362/2014 del 19 agosto 2014 consid.7, 9C_400/2011 del 20 marzo 2012 che rinvia alla sentenza del Tribunale federale delle assicurazioni I 338/01 del 4 settembre 2001, pubblicata in R DAT I-2002 n. 72 pag. 485 consid. 2b; anche sentenza 9C_721/2012 del 24 ottobre 2012 consid. 4.2; anche sentenza I 606/03 del 19 agosto 2005 consid. 5.4.1 e 5.4.2).

12.5.3 Per quanto riguarda la somma dei gradi di invalidità i periti hanno chiarito in maniera convincente il motivo per il quale l'incapacità lavorativa riscontrata in ambito reumatologico (20%) e in ambito psichiatrico (20%) non vadano sommate ma debbano essere integrate una all'altra. Come ha avuto modo di spiegare il dott. E. _____ le limitazioni riscontrate in ambito psichiatrico (riduzione della caricabilità psichica e della resistenza, con influsso sulla performance lavorativa, sulla capacità di sopportare e sui tempi di recupero, sulla costanza degli obiettivi da raggiungere) derivano dal corteo sintomatologico ascrivibile alla diagnosi di sindrome somatoforme da dolore persistente. Il progressivo sviluppo di tale patologia e dei deficit a livello somatico ad essa correlati, l'identificazione con la sintomatologia e i disturbi, inspiegabili a dire dell'assicurato che non accetta i responsi negativi dei vari accertamenti, hanno precipitato quest'ultimo in un circolo vizioso di esasperazione dei sintomi, al limite della simulazione (rapporto del 16 marzo 2020 p. 39-42 [doc, 156]). Dal tenore della perizia e sulla scorta della documentazione medica versata agli è lecito ritenere che le problematiche di natura psichiatrica e reumatologica siano strettamente connesse una all'altra, scaturendo entrambe dal dolore cronico, ossia il sintomo principale dell'assicurato. Parimenti appare corretto considerare le

limitazioni funzionali riscontrate sotto il profilo psichiatrico quale manifestazione del dolore cronico che da tempo affligge l'assicurato e non quale deficit a sé stante determinante una distinta inabilità lavorativa. È pertanto a giusto titolo che i periti ritengono giustificata l'integrazione delle due incapacità lavorative, dal momento che vi è un'interferenza reciproca fra le limitazioni riscontrate in ambito psichiatrico e il quadro reumatologico (per il quale, si rammenta, non è stata prescritta alcuna limitazione funzionale).

In punto all'incapacità lavorativa i periti sono stati molto chiari ed hanno confermato a più riprese la propria valutazione. Il dott. F. _____ aveva da subito precisato che il 20% di incapacità lavorativa era da considerarsi quale riconoscimento di una sindrome del dolore cronico e non tanto da patologie reumatologiche, ritenendo tale stato sussistere sin dal 1° luglio 2014. Pur ritenendo utile, dal punto di vista diagnostico e terapeutico, svolgere ulteriori indagini in ambito internistico – come ad esempio un aggiornamento degli esami ematochimici (doc. 156 p. 31), già eseguiti in occasione della perizia pluridisciplinare del 2018 (cfr. doc. 101 p. 18), non avendo l'assicurato da allora più svolto alcun accertamento o terapia volta a chiarire la situazione clinica e a migliorare i disturbi soggettivamente lamentati – la dott. P. _____ ha attestato una piena capacità lavorativa in qualsiasi professione e nelle attività domestiche senza limitazioni funzionali né riduzione del rendimento (doc. 156 p. 34). Analogamente al dott. G. _____ per gli aspetti neurologici, quest'ultima non ha infatti ritenuto sussistere alcun tipo d'inabilità dal punto di vista internistico. Il dott. E. _____, dal canto suo, benché nella prima valutazione peritale non avesse considerato vi fossero affezioni suscettibili di influire sulla capacità lavorativa si è poi ricreduto riconoscendo a partire dal mese di settembre 2018 – momento in cui la sindrome somatoforme è stata meglio inquadrata e contestualizzata – un'incapacità del 20% in qualsiasi attività.

12.5.4 Di avviso contrario, alcuni fra i medici curanti hanno ritenuto sussistere un grado d'incapacità lavorativa superiore. Si veda in particolare il dott. D. _____ che nel rapporto E213 e nel rapporto medico del 17 aprile 2015 ha attestato un'incapacità lavorativa del 100% a partire dal 1° luglio 2014. A seguito del rinvio operato dal TAF, nonostante esplicita richiesta da parte dell'autorità inferiore quest'ultimo non si è tuttavia più espresso sull'evoluzione dello stato di salute e della capacità lavorativa dell'assicurato. Vi è inoltre il dott. S. _____ che nel rapporto dell'8 ottobre 2015 (doc. 48) parla di una "grave riduzione dell'attività quotidiana" senza tuttavia meglio specificare di che entità si tratti. In maniera altrettanto generica si è espresso il dott. L. _____ nel rapporto del 9 febbraio 2016 riferendo di una patologia invalidante. Vi è infine il dott. T. _____ che nel rapporto del

10 marzo 2016 (doc. 60 p. 5) attesta un'incapacità lavorativa del 100%, ma unicamente per l'attività abitualmente svolta. Orbene tali valutazioni benché esposte anche da medici specialisti, non possono essere seguite, non essendo sufficientemente motivate, né supportate da validi elementi oggettivi.

Non va oltretutto dimenticato che in ragione della diversità dell'incarico assunto (a scopo di trattamento anziché di perizia), in caso di divergenza non ci si può di regola fondare sulla posizione del medico curante, anche se specialista (cfr., tra le tante, sentenza TF 9C_151/2011 del 27 gennaio 2012 consid. 5.1 con riferimenti; 9C_721/2012 del 24 ottobre 2012, consid. 4.4; I 1102/06 del 31 gennaio 2008; I 701/05 del 5 gennaio 2007 consid. 2), poiché alla luce del rapporto di fiducia esistente con il paziente, il medico curante attesterà, in caso di dubbio, in favore del suo paziente (DTF 125 V 353 consid. 3b)cc; DTF 124 I 175 consid. 4; DTF 122 V 161; Sentenza del TF 8C_828/2007 del 23 aprile 2008; R. SPIRA, *La preuve en droit des assurances sociales*, in *Mélanges en l'honneur de Henri-Robert Schüpbach*, Basilea 2000, p. 269s.). D'altro canto, il solo fatto che uno o più medici curanti esprimano un'opinione contraddittoria non è sufficiente a rimettere in discussione una perizia ordinata dal giudice o dall'amministrazione e a imporre nuovi accertamenti (STF 9C_710/2011 del 20 marzo 2012 consid. 4.5 e 9C_9/2010 del 29 settembre 2010 consid. 3.4, entrambe con i rinvii giurisprudenziali ivi menzionati).

Neppure soccorre il ricorrente il riconoscimento dell'invalidità civile e l'eventuale attribuzione di una prestazione da parte degli enti previdenziali italiani, poiché il sistema italiano è fondato su presupposti completamente diversi da quello svizzero (ciò di cui il ricorrente è consapevole [cfr. ricorso pag. 13 e 18]).

12.5.5 Quanto alla capacità lavorativa relativa alle attività domestiche, la critica del ricorrente è mal riposta, dal momento che l'assistente sociale – che in un primo tempo aveva effettivamente riconosciuto un'inabilità pari al 74% – ha subito corretto la valutazione esposta nel rapporto del 14 dicembre 2018 sull'inchiesta economica per le persone che si occupano dell'economia domestica, allineandosi completamente alle conclusioni proposte dai periti e meglio attestando un'incapacità del 20% (cfr. doc. 135). Tale grado d'incapacità lavorativa è stato nuovamente ribadito, in maniera convincente, in occasione della perizia di decorso. Vale inoltre la pena di rilevare che tale conclusione non è stata contraddetta da nessun medico curante.

12.5.6 Non vi è pertanto fondato motivo per discostarsi dalla valutazione sull'incapacità lavorativa proposta dai periti, in particolare per quanto concerne il momento in cui essa è stata riscontrata, sull'evoluzione della stessa nel corso del tempo e sulla sua entità nel contesto della professione abituale, di una sostitutiva adeguata, nonché delle mansioni domestiche.

12.6

12.6.1 Alla luce di quanto precede, occorre concludere che il caso dell'assicurato è stato oltremodo indagato sia da parte di medici fiduciari (dott. R._____, dott. U._____, dott. F._____, dott. G._____, dott. E._____, dott.ssa V._____, dott.ssa P._____) che da medici curanti (dott. D._____, dott.ssa Z._____, dott.ssa Aa._____, dott.ssa Bb._____, dott. S._____, dott. Cc._____, dott. L._____, dott. T._____, dott.ssa Dd._____, dott. M._____, dott.ssa O._____) specializzati nei differenti ambiti della medicina rilevanti per l'esame della fattispecie.

12.6.2 A seguito del rinvio, l'autorità inferiore ha esperito tutti gli accertamenti che le erano stati richiesti da questo Tribunale, sottoponendo il caso addirittura quattro volte ai periti del SAM e raccogliendo tutte le indicazioni mediche utili per valutare la fattispecie. In sede giudiziaria, d'altro canto, con la sola eccezione del certificato della commissione medica per la conferma della patente di guida di (...) del 25 giugno 2020 (doc. TAF 8 all. H), l'assicurato non ha prodotto alcun atto medico nuovo, che non fosse già stato precedentemente esaminato dal SMR (cfr. doc. TAF 1 e 8). Il suddetto certificato medico, attestante l'idoneità alla guida dell'assicurato senza alcuna prescrizione, come rettamente segnalato dal dott. H._____ nell'annotazione SMR del 15 dicembre 2020 (allegata al doc. TAF 10), non soltanto non apporta alcun elemento nuovo, ma neppure appare rilevante per valutare la presente fattispecie.

13.

13.1 In definitiva questa Corte non ha fondato motivo di scostarsi dalle valutazioni peritali raccolte, apparendo non solo la situazione reumatologica, neurologica, internistica, ma anche quella psichiatrica sufficientemente approfondita, motivata e concludente, motivo per cui non è necessario far esperire una nuova perizia psichiatrica.

13.2 In conclusione risulta quindi provato, con il grado della verosimiglianza preponderante valido nelle assicurazioni sociali, che dal 1° luglio

2014 lo stato di salute del ricorrente, così come le conseguenze sulla capacità lavorativa hanno subito un peggioramento, per poi migliorare – quand’anche non più ai livelli precedenti l’evento infortunistico (persistendo una riduzione del rendimento in qualsiasi attività del 20% per ragioni reumatologiche) – a partire dal 1° settembre 2014. Un ulteriore peggioramento protrattosi fino a fine dicembre 2014, è intervenuto a partire dal 21 novembre 2014, in occasione del ricovero per intervento di neurolisi bilaterale del nervo ulnare al gomito. A decorrere dal 1° gennaio 2015, lo stato di salute del ricorrente è risultato sostanzialmente stabile, con la sola eccezione del temporaneo peggioramento registrato tra il 1° e il 9 giugno 2015, in occasione del ricovero per accertamenti specialistici. A partire da tale momento, da un punto di vista reumatologico, neurologico, internistico e psichiatrico una ripresa lavorativa nell’attività abituale, in attività sostitutive semplici, come pure nelle attività domestiche, è stato ritenuto esigibile nella misura dell’80%, inteso come rendimento ridotto sull’arco di un’intera giornata, senza alcuna limitazione funzionale, se non quelle di ordine psichiatrico, considerate a partire dal mese di settembre 2018, benché non suscettibili di aggravare ulteriormente l’incapacità lavorativa.

14.

Da quanto esposto consegue che il ricorso, destituito di fondamento, non merita tutela e la decisione impugnata va confermata.

15.

15.1 Visto l’esito della procedura, le spese processuali di fr. 800.-, sono poste a carico del ricorrente (art. 63 cpv. 1 e cpv. 5 PA nonché art. 3 lett. b del regolamento del 21 febbraio 2008 sulle tasse e sulle spese ripetibili nelle cause dinanzi al Tribunale amministrativo federale [TS-TAF, RS 173.320.2]). Esse vengono compensate con l’anticipo spese, di identico ammontare, versato dall’insorgente il 28 agosto 2020 (doc. TAF 4).

15.2 Al ricorrente, soccombente, non spetta altresì alcuna indennità per spese ripetibili della sede federale (art. 64 PA in combinazione con l’art. 7 cpv. 1 e 2 TS-TAF a contrario).

Peraltro, le autorità federali, quand’anche vincenti, non hanno di principio diritto a un’indennità a titolo di ripetibili (art. 7 cpv. 3 TS-TAF), salvo eccezioni non ravvisabili nel caso concreto (v., fra l’altro, DTF 127 V 205).

Per questi motivi, il Tribunale amministrativo federale pronuncia:

1.

Il ricorso è respinto.

2.

Le spese processuali di fr. 800.-, già anticipate dal ricorrente, sono poste a suo carico e vengono compensate con l'acconto già versato.

3.

Non si riconoscono indennità per spese ripetibili.

4.

Comunicazione a:

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

La presidente del collegio:

Il cancelliere:

Michela Bürki Moreni

Luca Rossi

(i rimedi giuridici si trovano alla pagina seguente)

Rimedi giuridici:

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

Data di spedizione: