



Corte III
C-953/2019

Sentenza del 17 febbraio 2021

Composizione

Giudici Vito Valenti (presidente del collegio),
Daniel Stufetti, Madeleine Hirsig-Vouilloz,
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 intera limitata nel tempo
(decisione del 25 gennaio 2019).

Fatti:**A.**

A.a A. _____ (di seguito: assicurato, interessato, ricorrente o insorgente) – cittadino italiano, nato il (...) 1963, coniugato, con figli – ha lavorato in Svizzera a più riprese. Dal 1° gennaio 2003 al 31 agosto 2015 è stato alle dipendenze dell' B. _____ SA di (...) (C. _____) in qualità di magazziniere, solvendo regolari contributi all'assicurazione svizzera per la vecchiaia, i superstiti e l'invalidità (doc. 50 e 153 e dell'incarto dell'autorità inferiore [di seguito doc. A 50 e 153]).

A.b Prima domanda di rendita AI

A.b.a Il 22 novembre 2006, l'assicurato ha formulato una prima richiesta volta all'ottenimento di una rendita dell'assicurazione svizzera per l'invalidità (doc. A 4).

A.b.b Dalle carte processuali risulta che il 21 maggio 2003, l'assicurato è stato vittima di un incidente della circolazione mentre viaggiava in motocicletta ed è stato ricoverato d'urgenza all'Ospedale di (...), dove sono state poste le diagnosi di frattura del femore, ferita lacero contusa al mento e diastasi del bacino. Egli è stato sottoposto ad un intervento di osteosintesi del femore destro e di riduzione della diastasi alla sinfisi pubica. A seguito del menzionato incidente è stata aperta una procedura da parte dell'assicuratore contro gli infortuni, nella fattispecie la D. _____ SA. A partire dal 5 dicembre 2003, l'interessato ha peraltro ripreso completamente la precedente attività lavorativa (doc. 1 e segg., segnatamente doc. 27 dell'incarto dell'assicuratore infortuni [di seguito doc. B 1 segg., segnatamente doc. B 27]).

A.b.c Il 16 giugno 2006, all'assicurato è stato diagnosticato un tumore follicolare tiroideo (doc. A 12), con conseguenti interventi di lobectomia della tiroide il 5 luglio 2006 e di radicalizzazione chirurgica con emittiroidectomia sinistra il 30 luglio 2006. È poi stato sottoposto ad un trattamento di radio-iodioterapia. A partire da inizio dicembre 2006 è stato dichiarato nuovamente abile al lavoro a tempo pieno (doc. A 44 e doc. 1 e segg. dell'incarto dell'assicuratore malattia [di seguito doc. C 1 e segg.]).

A.c Con decisione del 27 agosto 2007, l'UAIE ha respinto la richiesta di prestazioni, ritenuto che l'assicurato non avrebbe presentato un'incapacità al lavoro almeno del 40% in media durante un anno senza interruzione

notevole. L'autorità inferiore ha pure indicato che la malattia di cui ha sofferto l'interessato sarebbe insorta il 16 giugno 2006, ma che il 14 dicembre 2006 egli ha ripreso al 100% l'attività lavorativa (doc. A 24). Questa decisione è cresciuta in giudicato.

B. Seconda domanda di rendita AI

B.a Il 3 marzo 2015, l'interessato ha formulato una seconda domanda volta all'ottenimento di prestazioni dell'assicurazione svizzera per l'invalidità (doc. A 25).

B.b Dalle carte processuali risulta, da un lato, che dal 3 marzo 2014 l'interessato è stato dichiarato inabile al lavoro a causa di lombalgia con ernie discali multiple, e che, dall'altro lato, il 9 aprile 2014 è stato sottoposto ad un intervento di discectomia L4/L5. A partire dal 2 giugno 2014 è stato dichiarato nuovamente abile al lavoro (doc. A 44; doc. B 5 e segg.; così come doc. C 15 e segg.). A decorrere dal 1° dicembre 2014, l'interessato è stato nuovamente ritenuto totalmente inabile al lavoro a causa di gonalgia destra riconducibile a postumi mal stabilizzati dell'infortunio del 21 maggio 2003 (doc. B 71 e segg.). Il 25 febbraio 2015, si è sottoposto ad un impianto di protesi totale al ginocchio destro (doc. B 70 e segg.). Inoltre, a partire da inizio 2015 ha sofferto di una riacutizzazione delle algie lombari (doc. A 58 e segg.).

B.c Con progetto di decisione del 17 marzo 2015, l'UAI-C. _____ ha prospettato all'interessato una decisione di non entrata nel merito della nuova richiesta di prestazioni in quanto non avrebbe reso credibile una modifica rilevante delle circostanze posteriore alla decisione del 27 agosto 2007 (doc. A 27).

B.d Tuttavia, con annotazione del Servizio medico regionale (SMR) del 7 maggio 2015 – successivo all'inoltro di documentazione medica da parte dell'interessato – il dott. E. _____, medico generico, ha ritenuto giustificata l'entrata in materia della nuova/seconda domanda di rendita in ragione di nuovi eventi patologici (intervento di asportazione di ernia discale lombare L4-L5 e protesi del ginocchio destro), ritenuta la necessità dell'acquisizione di atti medici completi (doc. A 30).

B.e A causa di persistenti dolori al ginocchio destro, il 24 gennaio 2017, l'interessato si è sottoposto ad un intervento di sostituzione totale della protesi presso la F. _____ di (...) (doc. B 121 e segg.).

B.f Con valutazione del 18 agosto 2017, a seguito dell'esame peritale eseguito su incarico dell'assicuratore infortuni il 16 agosto 2017, il dott. G._____, specialista in medicina interna e medico perito assicurativo, ha confermato le note diagnosi ed evidenziato uno stato di salute stabilizzato. Il perito ha dunque attestato, dal profilo dell'assicurazione contro gli infortuni, una totale e continua incapacità lavorativa nella precedente attività di magazziniere ed una piena capacità lavorativa in attività adeguate (doc. B 170).

B.g Con decisione del 22 agosto 2017, l'assicuratore infortuni ha ritenuto che a decorrere dal 16 agosto 2017 lo stato di salute dell'assicurato si era stabilizzato e che a partire da tale data egli presentava un grado di invalidità nullo. Per conseguenza, non sussisteva alcun diritto alla rendita. L'assicuratore infortuni ha inoltre ritenuto una menomazione dell'integrità fisica pari al 20%. Il 20 settembre 2017, l'interessato si è opposto a tale decisione dell'assicuratore infortuni, contestando tuttavia unicamente la valutazione concernente l'integrità fisica (doc. A 102).

B.h A partire dal 1° gennaio 2018, l'assicurato ha intrapreso un tentativo di ripresa lavorativa al 30% come impiegato di pulizia presso la H._____
SA di (...) (C.______). Tale rapporto di lavoro è stato interrotto dal datore di lavoro dopo neppure due mesi (doc. A 107 e 113).

B.i Con rapporto finale SMR del 21 febbraio 2018, il dott. E._____ ha posto le diagnosi con influsso sulla capacità lavorativa di: esiti di sostituzione PTG destro il 24.01.2017; esiti di PTG destro il 25.02.2015; esiti di trauma da caduta dalla motocicletta il 21.05.2003 (con contusioni multiple, frattura sopracondilica del femore e diastasi della sinfisi pubica e trattamento con chiodo endomidollare del femore il 23.05.2003 ed esiti di rimozione del chiodo e plastica LCA il 29.03.2005) e sindrome lombare cronica di origine degenerativa con esiti di discectomia L4-L5 il 07.04.2014 con attuale recidiva. Egli ha inoltre attestato una perdurante incapacità lavorativa nella precedente attività a partire dal 1° dicembre 2014. In attività adeguate, il medico ha invece attestato una totale incapacità a partire dal 1° dicembre 2014 ed una piena capacità lavorativa a decorrere dal 16 agosto 2017 (doc. A 109).

B.j Con progetto di decisione del 19 ottobre 2018, l'UAI-C._____ ha prospettato all'interessato il riconoscimento di una rendita intera dal 1° dicembre 2015 (ovvero alla scadenza dell'anno di attesa), al 30 novembre 2017, ossia fino a tre mesi dopo il miglioramento dello stato di salute (intervento/constatato il 16 agosto 2017 [doc. A 138]).

B.k Con osservazioni del 14 novembre 2018 e del 17 dicembre 2018, l'assicurato ha contestato il progetto di decisione del 19 ottobre 2018 ed ha chiesto un ulteriore riesame alla luce della documentazione medica allegata, in particolare del parere medico legale del 12 dicembre 2018 del dott. I._____, specialista in medicina legale e delle assicurazioni (doc. A 142 a 149).

B.l Con annotazione SMR del 9 gennaio 2019, il dott. E._____ ha indicato che il parere del dott. I._____ non apportava né novità diagnostiche oggettivamente né elementi clinici nuovi rispetto a quanto già noto e valutato nei precedenti referti del SMR (doc. A 151).

B.m Con decisione del 25 gennaio 2019, l'UAIE ha dunque assegnato all'assicurato una rendita intera d'invalidità dal 1° dicembre 2015 al 30 novembre 2017. A decorrere dal 16 agosto 2017 (data dell'ultima visita peritale in ambito infortunistico), l'autorità inferiore ha considerato il ricorrente abile al lavoro al 100% in attività adeguate. L'amministrazione ha in particolare addotto che la documentazione medica acquisita all'incanto oggettiva una totale incapacità lavorativa unicamente fino al 15 agosto 2017 e che le osservazioni dell'assicurato e i documenti da lui prodotti non sono suscettibili di modificare tale conclusione (doc. A 153).

C.

C.a Il 22 febbraio 2019, l'interessato ha inoltrato ricorso contro la summenzionata decisione dell'UAIE dinanzi al Tribunale amministrativo federale (TAF). Ha chiesto l'annullamento della decisione impugnata e il riconoscimento di un grado di invalidità (recte: incapacità lavorativa) del 100% nella sua precedente attività e non inferiore al 50% in attività adeguate a partire dal 1° dicembre 2017. Il ricorrente ha censurato in particolare un insufficiente accertamento dei fatti giuridicamente rilevanti dal profilo medico ed un errato calcolo del grado d'invalidità. In quest'ultimo contesto si è doluto (implicitamente) della mancata applicazione del parallelismo dei redditi e ha chiesto una deduzione giurisprudenziale del 25% sul reddito da invalido. L'insorgente ha altresì formulato una domanda di assistenza giudiziaria, nel senso della dispensa dalle spese processuali (doc. TAF 1 e 5).

C.b Nella risposta al ricorso del 15 aprile 2019, l'UAIE ha proposto la reiezione del gravame e la conferma del provvedimento impugnato. Rinviando al preavviso dell'UAI-C._____ dell'11 aprile 2019, l'autorità inferiore ha osservato che dal profilo medico, tenuto conto anche dei referti trasmessi

dal ricorrente, la documentazione agli atti non forniva elementi che permettessero di ritenere in maniera convincente ed oggettivamente l'esistenza di un'incapacità lavorativa superiore a quella accertata o che giustificasse l'effettuazione di ulteriori indagini. Per quel che attiene all'aspetto economico, l'UAI-C. _____ ha indicato che – avendo l'assicurato lavorato per oltre dieci anni presso lo stesso datore di lavoro senza che abbia mai ricercato un'occupazione meglio remunerata – era lecito ritenere che si fosse accontentato del salario percepito presso l'ultimo datore di lavoro senza che fosse dunque necessario operare un parallelismo dei redditi. Inoltre, ha pure confermato la correttezza della riduzione giurisprudenziale del 5%, non essendo presenti altri fattori di riduzione oltre a quello legato al fatto di poter svolgere unicamente attività leggere (doc. TAF 6).

C.c Con replica del 28 maggio 2019 (doc. TAF 8), poi trasmessa per conoscenza all'autorità inferiore (doc. TAF 9), il ricorrente si è riconfermato nel proprio gravame. Ha fatto valere che i documenti medici già allegati ed inviati in sede di ricorso, segnatamente il rapporto medico redatto dal dott. I. _____, suggellano le richieste ricorsuali.

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 LPGA (RS 830.1). 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), sempre che la LAI non deroghi alla LPGA.

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 LPGA e art. 48 cpv. 1 PA), il ricorso – interposto tempestivamente

(art. 60 LPGA e art. 50 cpv. 1 PA) e rispettoso dei requisiti previsti dalla legge (art. 60 LPGA 52 PA) – è pertanto ammissibile.

2.

2.1 Il ricorrente è cittadino di uno Stato membro della Comunità europea, è domiciliato in Italia e sussiste un nesso transfrontaliero (DTF 143 V 81, in particolare consid. 8.1), per cui è di principio applicabile al caso di specie l'ALC (RS 0.142.112.681).

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

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

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

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

3.

3.1 Dal profilo temporale sono applicabili le disposizioni in vigore al momento della realizzazione dello stato di fatto che deve essere valutato giuridicamente o che produce conseguenze giuridiche (DTF 136 V 24 consid. 4.3; 130 V 445 consid. 1.2 e relativi riferimenti; 129 V 1 consid. 1.2). Se è intervenuto un cambiamento delle norme legislative nel corso del periodo sottoposto ad esame giudiziario, il diritto eventuale alle prestazioni si determina secondo le vecchie disposizioni per il periodo anteriore e secondo le nuove a partire dalla data della loro entrata in vigore (applicazione pro rata temporis; DTF 130 V 445).

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 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; 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 (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.

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

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

4.3 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%.

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

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

4.6 L'assicurazione svizzera per l'invalidità risarcisce pertanto, e di principio, soltanto la perdita economica che deriva da un danno alla salute fisica o psichica dovuto a malattia o infortunio, non la malattia o la conseguente incapacità lavorativa.

5.

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

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). Il rapporto medico deve altresì essere redatto da medici che dispongono delle qualifiche specialistiche richieste nel singolo caso (DTF 137 V 210 consid. 3.1; sentenza del TF 9C_855/2017 del 22 novembre 2017 consid. 3.1 e 9C_826/2009 del 20 luglio 2010 consid. 4.2).

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 Per quel che riguarda le perizie di parte, esse contengono considerazioni specialistiche che possono contribuire ad accertare i fatti, da un punto di vista medico. Malgrado esse non abbiano lo stesso valore probatorio di una perizia giudiziaria, il giudice deve valutare se questi referti medici sono atti a mettere in discussione la perizia giudiziaria oppure quella ordinata dall'amministrazione. Giova altresì rilevare come debba essere considerato con la necessaria prudenza l'avviso dei medici curanti, i quali possono tendere a pronunciarsi in favore del proprio paziente a dipendenza dei particolari legami che essi hanno con gli stessi (DTF 137 V 210 consid. 1.3.4; 134 V 231 consid. 5.1; 125 V 351 consid. 3b con rinvii).

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

7.

7.1 Per poter determinare se l'amministrazione abbia a giusto titolo, da un lato, accordato all'insorgente una rendita intera con versamento a decorrere dal 1° dicembre 2015 e, dall'altro lato, l'abbia soppressa con effetto al 30 novembre 2017 – considerando come dimostrato un miglioramento dello stato di salute, che sarebbe intervenuto il 16 agosto 2017, con residua capacità lavorativa del 100% in attività adeguate – occorre esaminare se e da quando vi è stato un miglioramento rilevante/significativo (e che perduri) dello stato di salute del ricorrente. Ciò presuppone, prima dell'emanazione della decisione impugnata, che l'autorità inferiore – cui incombe l'onere della prova (secondo il grado della verosimiglianza preponderante valido nelle assicurazioni sociali) dell'intervenuto miglioramento dello stato di salute legittimante una soppressione della rendita – abbia proceduto ad un sufficiente accertamento dei fatti giuridicamente rilevanti (stato di salute e residua capacità lavorativa che ne deriva).

7.2 Diagnosi e documenti su cui si fonda la decisione di riconoscimento di una rendita intera limitata nel tempo da parte dell'UAIE

7.2.1 A tal proposito, giova osservare che la decisione impugnata si fonda, essenzialmente, sulle diagnosi e valutazioni della capacità lavorativa esperite su incarico dell'assicuratore infortuni, ed in particolare sulla menzionata valutazione del dott. G._____ del 18 agosto 2017 (doc. B 171).

7.2.2 Il dott. G._____ ha posto le seguenti diagnosi:

Diagnosi infortunistica:

In data 21.05.2003 caduta dalla motocicletta con

- contusioni multiple con ferita lacerocontusa al mento, suturata e guarita senza reliquiari
- trauma diretto all'arto inferiore destro ed al bacino con riscontro di frattura sopracondilica del femore e diastasi della sinfisi pubica in data 23.05.2003 osteosintesi del femore mediante chiodo retrogrado (Zimmer) in scorretta posizione con conseguente accorciamento del femore di 2cm e deviazione in varo con conseguente sovraccarico del compartimento mediale e diastasi della sinfisi pubica rimasta invariata.

- in data 29.03.2005 rimozione del chiodo endomidollare e plastica del LCA
- in sviluppo di gonartrosi in data 25.02.2015 impianto di protesi totale bicompartimentale
- per instabilità mediale della flessione in sbilanciamento legamentario si procede in data 24.01.2017 a cambio della protesi totale

Diagnosi non infortunistica:

Dal 2010 sindrome lombare cronica su disturbi degenerativi plurisegmentali

- in data 7.04.2014 discectomia L4-L5 con attuale recidiva (vedi RMI del 7.2.2015) oltre a protrusioni ed ernie discali su altri segmenti adiacenti
- sofferenza neurogena periferica di tipo cronico in territorio L3-L4-L5 destro (vedi ENMG del 17.06.2015) con ipostenia relativa
- tumore follicolare tiroideo operato nel 2006, radio-iodio studio, sostituzione ormonale regolare (Eltroxin).

Per quel che attiene alla recidiva delle ernie discali, il dott. G. _____ – rinviando alla visita neurologica del 27 agosto 2015 (L. _____ di (...)) – ha evidenziato che non vi erano difetti neurologici, ritenuto che era indicato un trattamento cortisonico ed antiinfiammatorio e prescritto una scintigrafia ossea (doc. B 171 pag. 338).

7.2.3 Dal profilo infortunistico è quindi stata ritenuta una totale e continua incapacità lavorativa nella precedente attività di magazziniere, ma una completa capacità lavorativa in attività sostitutive adeguate a decorrere dal giorno dell'esame (effettuato il 16 agosto 2017 [doc. B 171 pag. 343 e seg.]).

7.3 Valutazione d'insieme in ambito AI da parte dell'UAIE (in particolare del SMR), quindi compreso il lato extra-infortunistico

7.3.1 Con rapporto finale SMR del 21 febbraio 2018, il dott. E. _____ ha posto le diagnosi con influsso sulla capacità lavorativa di:

“Esiti di sostituzione PTG destro il 24.01.2017;

Esiti di PTG destro il 25.02.2015;

Esiti di trauma da caduta dalla motocicletta il 21.05.2003 con:

- contusioni multiple, frattura sopracondilica del femore e diastasi della sinfisi pubica e trattamento con chiodo endomidollare del femore il 23.05.2003;
- esiti di rimozione del chiodo e plastica LCA il 29.03. 2005;

Sindrome lombare cronica di origine degenerativa su/con:

- esiti di discectomia L4-L5 il 07.04.2014 con attuale recidiva”.

Il medico SMR ha poi attestato una perdurante incapacità lavorativa nella precedente attività a partire dal 1° dicembre 2014. In attività adeguate, ha invece ha attestato una totale incapacità a partire dal 1° dicembre 2014 ed una piena capacità lavorativa a decorrere dal 16 agosto 2017 (doc. A 109).

7.3.2 Con referto del 24 maggio 2018, il dott. M._____ ha rilevato che l’esito dell’intervento di sostituzione della protesi del ginocchio destro è stato favorevole e che l’insorgente non necessitava di ulteriori trattamenti da parte sua (doc. A 121).

7.3.3 Con referto del 13 giugno 2018, il dott. N._____ del Centro di Neuroradiologia dell’O._____ (a [...]) ha indicato che dalla risonanza magnetica del rachide cervicale risultava “diffusa trazione degenerative spondilodiscoartrosiche con multipli appuntamenti osteofitosici margino-somatici posteriori nel tratto C3-C7 condizionante impronte sul sacco durale. Alterazioni iperintense del segnale in STIR a carico dei somi di C5 e C6 a significato degenerativo recente. Non patologiche alterazioni del segnale RM del midollo cervicale. I metameri vertebrali cervicali sono correttamente allineati; rettilineizzata la fisiologica lordosi; sono nei limiti i diametri del canale rachideo cervicale. Regolari risultano i rapporti articolari della cerniera occipito-atlo-assiale“ (doc. A 124 pag. 308).

7.3.4 Con referto del 20 luglio 2018, il dott. P._____ del centro di radiologia dell’O._____, a seguito di una radiografia della colonna vertebrale, ha attestato: “ridotta la lordosi cervicale. Conservati l'altezza dei metameri cervicali e l'allineamento del muro somatico posteriore. Segni di artrosi cervicale con osteofitosi somatomarginale di tipo reattivo a livello di C3, C4, C5, C6 e C7” (doc. A 126).

7.3.5 Con parere del 7 agosto 2018, il dott. M._____ ha indicato di non avere più in cura l'assicurato e che a suo modo di vedere era esigibile un'attività da seduto con deambulazione intermittente e senza porto di pesi (doc. A 130).

7.3.6 Con annotazione SMR del 10 settembre 2018, il dott. E._____ ha indicato che dalla documentazione medica trasmessa non emergevano elementi in grado di modificare le conclusioni del rapporto finale del 21 febbraio 2018 (doc. A 132).

7.3.7 Il 17 settembre 2018, nel suo rapporto finale, il consulente AI ha ritenuto che nell'attività di magazziniere non vi era più alcuna capacità lavorativa, mentre in un'attività sostitutiva adeguata, di tipo leggera/semplice/ripetitiva, vi era una capacità lavorativa del 100% con determinate limitazioni funzionali (adeguata sarebbe un'attività che non comprenda il sollevamento di pesi superiori a 10 kg, che non preveda il mantenimento di una posizione eretta, anche deambulando, per tutta la giornata con regolari spostamenti oltre 200 metri, specialmente su terreni sconnessi [doc. 133]).

7.3.8 Con parere medico-legale del 12 dicembre 2018, il dott. I._____, specialista in medicina legale e delle assicurazioni, ha riassunto la documentazione medica agli atti e indicato che "orbene, dettagliata la storia clinica post-traumatica dell'ass.to in oggetto devo sostenere che dal punto di vista medico legale gli esiti anatomico-chirurgici dell'incidente del traffico del 2003 (l'accorciamento dell'arto inf.re dx., il varismo del ginocchio dx. ed il basculamento del bacino rx. documentato) giustificano, come concausa s'intende, per la conseguente alterazione statico dinamica della colonna vertebrale divenuta insufficiente sotto il profilo funzionale l'insorgenza della patologia degenerativa disco-somatica lombare, conclamata circa sei anni più tardi, trattata chirurgicamente poi con cure fisiche; la patologia vertebrale non può essere a mio parere esclusa ma valutata in via equitativa e modulare, nel computo della menomazione dell'integrità fisica dell'assicurato". Quest'ultimo "ha riportato nell'incidente del traffico del 21.05.2003 trauma al bacino con diastasi della sinfisi pubica e frattura distale sovracondiloidea di femore dx., patologie trattate con terapia farmacologica, conservativa, chirurgica e riabilitativa; sappiamo che dopo qualche anno di reinserimento lavorativo e relativo benessere gli esiti post-traumatici del ginocchio dx. hanno condizionato ulteriori atti chirurgici con impianto di protesi totale di ginocchio e più recente sostituzione protesica a dx.; sappiamo inoltre che per l'instaurarsi di insufficienza vertebrale lombare da zoppia da caduta a dx. sia stato sottoposto ad intervento chirurgico di asportazione

di ernia discale lombare L4-L5 dx. nel 2014 con attuale persistenza di discopatie multiple a dx., protrusione erniaria postero mediana L5-S1 e sofferenze radicolari periferiche di tipo cronico nel territorio di L3-L4-L5 di dx. che, come dicevamo poc'anzi, sono concausalmente correlabili al politrauma del 2003; in base all'attuale stato di salute, in termini sintomatologico-obiettivi, il anno all'integrità fisica del ricorrente deve essere complessivamente valutato nella misura non inferiore al 60 (sessanta)%; preso atto dell'inidoneità totale allo svolgimento della sua precedente attività di lavoro di magazziniere dal 2015 ne deriva che la capacità lavorativa residua finalizzata al reinserimento lavorativo sia dell'ordine del 40% in attività a lui confacenti, esigibili, in riferimento al mercato del lavoro e conseguente recupero della capacità di guadagno, minore rispetto alla precedente; il ricorrente ha una scolarità primaria, ha svolto in passato attività di pizzaiolo, ha effettuato corsi anche per svolgere attività di gelataio ma in riferimento alle attuali condizioni di salute queste attività non sono per lui idonee non solo per l'oggettiva difficoltà ma per evitare l'ulteriore usura delle articolazioni in preda alla patologia degenerativa, in specie a carico della colonna lombare e delle articolazioni dell'arto inf.re dx.; potendo esercitare solo attività di lavoro in posizione seduta, con le mani in avanti, ruotare da seduto è logico pensare che potrebbe essere impiegato come custode, portinaio, muletta o corriere con consegna di colli il cui peso sia nell'ambito di kg. 10; devono essere infatti evitate attività in cui è richiesto il mantenimento della stazione eretta prolungata, la movimentazione di carichi oltre i kg. 10 anche vicini al corpo, il camminare per qualche centinaio di metri su pavimentazioni non pianeggianti, salire scale, impalcature, situazioni in cui è richiesto equilibrio prolungato, stare in ginocchio od a lungo accosciato ecc.; i suggerimenti appena delineati finalizzati ad un proficuo reinserimento lavorativo dovrebbero permettere al ricorrente di recuperare un'attività sempre nell'ambito del lavoro operaio generico, meno qualificante in termini di guadagno reale rispetto al passato, il cui reddito teorico di sicuro inferiore potrebbe determinare o far scaturire dal confronto con quello di magazziniere una rendita tra il 40 ed il 50%" (doc. A 148 pag.2 e 3).

7.3.9 Con annotazione SMR del 9 gennaio 2019, il dott. E. _____ ha rilevato che il parere medico-legale del dott. I. _____ del 12 dicembre 2018, non apportava novità diagnostiche oggettivabili né elementi clinici nuovi rispetto a quanto noto e già valutato in ambito SMR. Egli ha inoltre precisato che i limiti funzionali definiti nel rapporto finale SMR del 21 febbraio 2018 sono ampiamente rispettosi dello stato fisico generale dell'assicurato, ma soprattutto risultano essere sovrapponibili a quelli definiti dal dott. I. _____. Motivo per cui la capacità lavorativa residua del 40% atte-

stata da quest'ultimo, non essendo supportata da nuove oggettivazioni clinico-strumentali, non può che rappresentare una diversa valutazione del medesimo stato di salute (doc. A 151).

8. Valutazione da parte di questo Tribunale

8.1 Questo Tribunale rileva preliminarmente che è incontestato – né ad un esame d'ufficio degli atti di causa emergono elementi suscettibili di mettere seriamente in dubbio tale circostanza – che dal 1° dicembre 2014 al 15 agosto 2017 il ricorrente era totalmente inabile al lavoro in qualsiasi attività in virtù delle affezioni di natura infortunistica al ginocchio destro con susseguenti interventi di protesi e sostituzione della stessa (doc. B 170). Per conseguenza, può essere ritenuta anche in questa sede processualmente dimostrata, nel senso della probabilità preponderante, un'incapacità lavorativa del 100% dal 1° dicembre 2014 al 15 agosto 2017.

8.2

8.2.1 Quanto alla residua capacità lavorativa a decorrere dal 16 agosto 2017, il SMR e l'UAIE – fondandosi essenzialmente su quanto appurato in dall'assicuratore infortuni – hanno ritenuto che l'insorgente era nuovamente abile a svolgere un'attività lavorativa sostitutiva ed adeguata a tempo pieno. Ora, tali conclusioni potrebbero essere condivise qualora venissero considerate, come ha sostanzialmente fatto l'assicuratore infortuni, unicamente le affezioni di natura infortunistica di cui al ginocchio destro, per le quali anche gli specialisti curanti, ed in particolare il dott. M. _____ (specialista in ortopedia), hanno attestato un miglioramento dello stato di salute con conseguente pieno recupero della capacità lavorativa in attività adeguate già a decorrere da maggio 2017. Tuttavia, il ricorrente soffre anche di affezioni extra-infortunistiche, segnatamente (dal 2010) una sindrome lombare cronica su disturbi degenerativi plurisegmentali. In data 7 aprile 2014 è stata effettuata una discectomia L4-L5 con attuale recidiva evidenziata da una RMI del 7 febbraio 2015. Inoltre, da una ENMG del 17 giugno 2015 è stata evidenziata anche una sofferenza neurogena periferica di tipo cronico in territorio L3-L4-L5 destro con ipostenia relativa. Tale affezione extra-infortunistiche (sindrome lombare cronica su disturbi degenerativi plurisegmentali) non è mai stata esaminata da uno specialista al fine della corretta determinazione della diagnosi e soprattutto di un'eventuale incapacità lavorativa. Può essere in particolare fatto riferimento in tale contesto, all'esame RM lombosacrale del 23 luglio 2015 del dott. Q. _____, da cui si evince che l'insorgente soffre di ernia discale posteriore paramediana ds al passaggio D12-L1, protrusione discale posteriore

circonferenziale al passaggio L2-L3, voluminosa ernia discale espulsa in sede pre-foraminale ds al passaggio L4-L5 e protrusione erniaria discale posteriore mediana al passaggio L5-S1 (doc. B 90). Inoltre, in precedenza, il dott. R. _____ aveva già attestato una lieve sofferenza neurogena periferica di tipo cronico nel territorio L3-L4-L5 a destra, con concomitanti segni EMG da ipostenia e/o da reclutamento di tipo centrale (doc. B 88). Tali problematiche sono state rilevate anche dal dott. G. _____, che in entrambe le valutazioni peritali eseguite per l'assicuratore infortuni le ha confermate (doc. B 101 e doc. B 170), senza tuttavia prendere esplicitamente e motivatamente posizione in merito al loro influsso sulla residua capacità lavorativa né tanto meno indicare quando sarebbe intervenuto un miglioramento della menzionata affezioni extra-infortunistica permettesse nuovamente l'esercizio di un'attività lavorativa sostituitiva adeguata a tempo pieno e in cosa consisterebbe tale miglioramento. Nel rapporto finale del 21 febbraio 2018, il medico SMR, dott. E. _____, si è limitato a menzionare nella diagnosi con influsso sulla capacità lavorativa, la sindrome lombare cronica di origine degenerativa, quindi non infortunistica, su/con esiti di discectomia L-4-L5 il 7 aprile 2014 con attuale recidiva, (doc. B 170), senza tuttavia richiedere un approfondimento della situazione medica dal profilo neurologico e reumatologico, benché non vi fossero agli atti attestazioni specialistiche recenti e debitamente motivate al riguardo. A giusto titolo il ricorrente si è pertanto doluto di un insufficiente accertamento dei fatti giuridicamente rilevanti dal profilo medico, fermo restando che l'esame peritale del dott. G. _____ dell'agosto 2017, così come il rapporto finale SMR di febbraio 2018, si fondano su documentazione medica datata e per la quale, fino alla decisione impugnata, non è mai stato richiesto un aggiornamento. Il medico SMR, nella sua sommaria valutazione di febbraio 2018, non ha altresì ulteriormente approfondito tale aspetto. Al contrario, pur avendo classificato la sindrome lombare come diagnosi con influenza sulla capacità lavorativa, egli non ha spiegato per quale motivo la stessa sarebbe migliorata al punto tale da consentire nuovamente una piena capacità lavorativa in un'attività sostitutiva adeguata, limitandosi a confermare le valutazioni del dott. G. _____ (che non uno specialista né in neurologia né in reumatologia), per quanto attiene alle problematiche infortunistiche.

8.2.2 Inoltre, con referti del 13 giugno 2018 del dott. N. _____ e del 20 luglio 2018 del dott. P. _____, il ricorrente ha trasmesso ulteriore documentazione medica attestante una problematica artrosica cervicale, in particolare segni di artrosi cervicale con osteofitosi somatomarginale di tipo reattivo a livello di C3, C4, C5, C6 e C7, impronte sul sacco durale, alterazioni iperintense del segnale in STIR a carico dei somi di C5 e C6 a significato degenerativo recente (doc. A 124 e 126).

8.2.3 Dal canto suo, pur confrontato con tali referti, su cui non si è peraltro espresso neppure il medico dell'assicuratore infortuni, il dott. E. _____ del SMR (annotazione del 10 settembre 2018 [doc. A 132]), non si è chinato sulla questione e non ha compiutamente preso posizione in merito alla nuova problematica alla colonna cervicale, essendosi limitato a genericamente osservare che dalla documentazione medica trasmessa, peraltro con particolare riferimento unicamente ai rapporti di visita del dott. M. _____, non emergono elementi in grado di modificare le conclusioni del rapporto finale del 22 (recte: 21) febbraio 2018. Da quanto precede risulta dunque che il medico SMR, che peraltro come già indicato non è uno specialista in ambito neurologico e reumatologico, non ha richiesto alcun esame specialistico né spiegato per quale motivo una siffatta istruttoria non sarebbe stata necessaria prima di concludere ad un'assenza di effetti sulla residua capacità lavorativa dell'insorgente, tenuto in particolare anche conto dell'eventuale effetto congiunto con le ulteriori affezioni di cui soffre il ricorrente. Al contrario, ha qualificato d'irrilevanti, non è dato sapere in virtù di quali considerazioni, le affezioni cervicali. Neppure la successiva presa di posizione del SMR del 9 gennaio 2019, sempre estremamente generica, pone rimedio alle succitate lacune nell'accertamento dei fatti giuridicamente rilevanti. Ciò premesso, doveva risultare e risulta evidente la necessità di far eseguire al riguardo ulteriori accertamenti medici interdisciplinari – neurologici e reumatologici – da parte di specialisti. Stante anche la citazione, da parte del dott. G. _____, nel suo rapporto del 18 agosto 2017 (doc. B 170), di un'altra patologia extra infortunistica, ossia il tumore follicolare tiroideo operato nel 2006, radio-iodio studio, sostituzione ormonale regolare (Eltroxin), la partecipazione di un'internista appare indispensabile.

8.3 Stante quanto precede, l'autorità inferiore non ha accertato in maniera sufficiente, nel senso della probabilità preponderante, i fatti giuridicamente rilevanti per poter affermare che a decorrere dal 16 agosto 2017 vi è stato un miglioramento duraturo dello stato di salute dell'insorgente suscettibile di giustificare una capacità lavorativa in attività adeguate del 100% (con conseguente soppressione di una qualsivoglia rendita a partire dal 1° dicembre 2017). In simili condizioni, non risulta possibile per questo Tribunale determinarsi, con il grado della verosimiglianza preponderante valido nelle assicurazioni sociali, sullo stato di salute del ricorrente e sulla residua capacità a decorrere dal 16 agosto 2017. Precisato inoltre, che il ricorrente non può essere seguito laddove adduce un'incapacità lavorativa di minimo 50% in attività adeguate sulla base della del parere medico-legale del dott. I. _____, medico non specializzato delle branche della medicina rilevanti nel caso in esame, che attesta un'incapacità lavorativa nell'ordine del 60%

in attività adeguate, senza che tali conclusioni siano, da un lato, motivate in modo intelligibile ed esauriente, nonché, dall'altro lato, supportate da rapporti medico-specialistici oggettivi e concludenti (secondo i criteri giurisprudenziali rilevanti per il diritto svizzero [segnatamente quelli di cui alla DTF 141 V 281 per quanto attiene alle sindromi da dolore somatoforme persistente e affezioni assimilabili, come quella di cui soffre il ricorrente {sindrome lombare cronica}]) che si esprimano sulla residua capacità lavorativa.

9.

9.1 Da quanto esposto, discende che la decisione impugnata, fondata su un accertamento insufficiente dei fatti giuridicamente rilevanti incorre nell'annullamento. Gli atti di causa vanno pertanto rinviati all'autorità inferiore affinché la stessa proceda al necessario completamento dell'istruttoria – con segnatamente una perizia interdisciplinare internistica, neurologica e reumatologica volte a chiarire le affezioni di cui soffre il ricorrente e le relative conseguenze sulla capacità lavorativa – riservato ogni ulteriore esame che pure l'evoluzione nel tempo dello stato di salute dell'insorgente dovesse ancora rendere necessario, ed emani una nuova decisione. Va peraltro precisato che la perizia interdisciplinare, da effettuarsi in Svizzera da parte di specialisti cogniti delle esigenze giurisprudenziali in materia (v. in particolare consid. 8.3 del presente giudizio), deve tener conto, in particolare, anche dell'eventuale effetto congiunto delle diverse patologie di cui è afflitto il ricorrente.

9.2 Stante l'esito della lite, non vi è motivo di esaminare le ulteriori censure sollevate dal ricorrente con riferimento al calcolo del raffronto dei redditi (parallelismo dei redditi) e all'eventuale riduzione giurisprudenziale da effettuare. Questo tribunale si limita a rilevare che, secondo i risultati degli ulteriori accertamenti medici, l'UAIE dovrà pronunciarsi nuovamente sull'entità della riduzione giurisprudenziale richiesta nella fattispecie dalle specifiche circostanze personali e professionali, così come sulla sfruttabilità dell'eventuale residua capacità lavorativa medico-teorica. In merito al parallelismo dei redditi, ed in particolare alla questione se l'assicurato "si sia accontentato" del salario percepito prima dell'invalidità (come sostenuto dall'UAIE nella risposta di causa [doc. TAF 6]) va rilevato che, secondo giurisprudenza, non vi è una presunzione in tal senso (cfr. sentenza del TF 9C_21/2014 del 2 aprile 2014 consid. 4.2 con rinvii) ed incombe all'Ufficio AI incaricato dell'istruttoria di esaminare se l'assicurato si sia effettivamente accontentato di una retribuzione più modesta di quella che avrebbe potuto pretendere (sentenza del TF 9C_409/2009 dell'11 dicembre 2009 consid.

3.3). Questa circostanza deve essere appurata con il grado di verosimiglianza preponderante valido nelle assicurazioni sociali (sentenza del TF 9C_21/2014 del 2 aprile 2014 consid. 4.2 con rinvii). Basti ancora rilevare che non può essere di regola e a priori ammesso che, in ragione del semplice statuto di frontaliere o della semplice durata di un rapporto di lavoro, si debba o possa senz'altro presumere che il lavoratore si sia accontentato spontaneamente della retribuzione ricevuta.

9.3 Peraltro, stante le premesse, nulla – neppure la più recente giurisprudenza del Tribunale federale di cui a DTF 137 V 210 (cfr. segnatamente il consid. 4.4.1.4) – si oppone al rinvio della causa all'autorità inferiore per completamento dell'istruttoria. In effetti, in assenza di tali accertamenti complementari 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 sua 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 minimamente 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, il consid. 8 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 (cfr. sentenza del TF 9C_162/2007 del 3 aprile 2008 consid. 2.3 con rinvii).

9.4 Occorre infine 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 dinanzi all'autorità inferiore, la rendita intera d'invalidità accordata dal 1° dicembre 2015 al 30 novembre 2017 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 ritenute dall'autorità inferiore fino al 15 agosto 2017, fermo restando la necessità di un complemento peritale interdisciplinare per acclarare l'evoluzione successiva (cfr. consid. 9.1 del presente giudizio). 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 novembre 2017 (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).

10.

10.1 Visto l'esito della procedura, non sono prelevate delle spese processuali (art. 63 PA).

10.2 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. 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 completamento 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 (cfr., sulla questione del diritto a ripetibili da parte del Patronato, le sentenze del TF 9C_301/2009 del 14 aprile 2010 consid. 4.3 e I 382/04 del 18 ottobre 2005 consid. 3, nonché fra le tante la sentenza del TAF C-4019/2019 del 24 novembre 2020 consid. 11.2 con rinvio). L'indennità per ripetibili è posta a carico dell'UAIE.

10.3 La domanda di assistenza giudiziaria, nel senso della dispensa dalle spese processuali (cfr. doc. T, pag. 4), è pertanto divenuta priva di oggetto (cfr. sulla questione, fra le tante, la sentenza del TAF C-4019/2019 del 24 novembre 2020 consid. 11.3 con rinvio).

(dispositivo alla pagina seguente)

Per questi motivi, il Tribunale amministrativo federale pronuncia:

1.

Il ricorso è accolto nel senso che la decisione del 25 gennaio 2019 è annullata, nella misura in cui è stato soppresso il diritto del ricorrente ad una rendita successivamente al 30 novembre 2017, 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.

2.1 Non si prelevano spese processuali.

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

3.

La domanda di assistenza giudiziaria, nel senso della dispensa dalle spese processuali, è divenuta priva d'oggetto.

4.

Comunicazione a:

- rappresentante del ricorrente (Atto giudiziario),
- 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 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: