

# **BVGer C-4322/2019 vom 7. Oktober 2020**

Bundesverwaltungsgericht, 2020-10-07, IT

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bvger\\_C-4322\\_2019](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bvger_C-4322_2019)

FR: TAF C-4322/2019 du 7 octobre 2020

IT: TAF C-4322/2019 del 7 ottobre 2020

## **Regeste**

Valutazione dell'invalidità

## **Erwägungen**

### **E. 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.

### **E. 1.2**

Secondo l'art. 3 lett. dbis 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-26bis e 28-70), sempreché la LAI non deroghi alla LPGA.

### **E. 1.3**

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

## **E. 2**

Nell'ambito delle assicurazioni sociali, la procedura è retta dal principio inquisitorio (art. 43 cpv. 1 LPGA). 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).

### **E. 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).

### **E. 3.1.2**

Nel caso in esame, essendo contestata la concessione di una rendita limitata nel tempo fino al 31 maggio 2015, che sarebbe sorta il più presto il 1° luglio 2014 (art. 29 cpv. 1 e 3 LAI), salvo indicazione contraria, si applicano di principio le disposizioni della 6a revisione della LAI entrate in vigore il 1° gennaio 2012 e le successive (RU 2011 5659; FF 2010 1603), entrate in vigore fino alla data della decisione impugnata.

### **E. 3.2**

Il potere cognitivo di questo Tribunale è delimitato dalla data della decisione impugnata, ossia il 21 giugno 2019. 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 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).

### **E. 4**

Il ricorrente è cittadino di uno Stato membro della Comunità europea, vi è inoltre un elemento transfrontaliero, avendo l'interessato, residente in Italia, 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 aliud, 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).

### **E. 5.1**

Oggetto del contendere, nel caso in esame, è la mancata assegnazione in favore di A. \_\_\_\_\_ di una rendita intera d'invalidità anche dopo il 31 maggio 2015.

### **E. 5.2**

Al riguardo si rammenta che l'incarto era stato rinviato all'istanza inferiore essendo l'accertamento dei fatti rilevanti da un punto di vista medico lacunoso in più punti (cfr. sentenza del TAF C-7910/2015, consid. 13.1, 15). Era stata riscontrata, in primo luogo, l'assenza di una valutazione psichiatrica volta a determinare l'esistenza o meno della sindrome ansioso depressiva riportata dal dott. F. \_\_\_\_\_ e dal dott. G. \_\_\_\_\_ e, se del caso, il momento in cui questa si era manifestata per la prima volta oltre che l'eventuale influsso della stessa sulla capacità lavorativa dell'assicurato (sentenza del TAF C-7910/2015, consid. 13.1.1). In secondo luogo era stato ritenuto non dimostrato con il grado della verosimiglianza preponderante il momento in cui secondo l'UAIE l'assicurato avrebbe recuperato in tutto o in parte la propria abilità lavorativa a seguito dell'intervento alla spalla destra e della recrudescenza dei problemi all'anca destra (sentenza del TAF C-7910/2015, consid. 13.1.2 e 13.2). Era risultata infine carente l'indicazione sull'evoluzione dello stato di salute dell'assicurato dall'ultima decisione del 24 aprile 2013, in particolare riguardo all'influsso delle problematiche all'anca destra e alla spalla destra prima dell'intervento chirurgico del 22 ottobre 2014 (sentenza del TAF C-7910/2015, consid. 13.2). Il TAF aveva quindi invitato l'amministrazione a chiedere al dott. F. \_\_\_\_\_ un complemento peritale volto ad appurare, a partire da quale data, dopo l'intervento, egli ritenesse l'assicurato interamente abile in un'attività adeguata al danno alla salute e ai limiti funzionale. Aveva rilevato la necessità di sottoporre il ricorrente a un approfondimento peritale in ambito ortopedico e neurologico e inoltre preteso l'allestimento di una perizia psichiatrica, volta a valutare la sospetta sindrome ansioso depressiva, il momento della sua insorgenza e l'influsso della stessa sulla capacità lavorativa (sentenza del TAF C-7910/2015, consid. 14.1.1). Il TAF aveva quindi auspicato che dai nuovi accertamenti - in ambito reumatologico, psichiatrico ed eventualmente neurologico e ortopedico - si potesse dedurre in modo chiaro l'evoluzione dello stato di salute dall'ultima decisione del 24 aprile 2013 e la misura della capacità lavorativa residua (sentenza del TAF C-7910/2015, consid. 14.1.2). Avendo riscontrato che il reddito da valido percepito dall'insorgente risultava nettamente inferiore alla media dei salari per un'attività equivalente, l'amministrazione è stata inoltre invitata a valutare se, nel caso concreto, fossero dati i presupposti per una parallelizzazione dei redditi nell'ambito del calcolo del discapito economico (sentenza del TAF C-7910/2015, consid. 16.2). Riguardo alla decorrenza dell'eventuale diritto alla nuova rendita, l'autorità inferiore è stata infine resa attenta al fatto che, giusta l'art. 29bis OAI, nel caso in cui una precedente rendita era stata soppressa in ragione dell'abbassamento del grado d'invalidità e nel successivo periodo di tre anni l'assicurato presenta di nuovo un grado d'invalidità suscettibile di far nascere il diritto alla rendita per incapacità al lavoro della stessa origine (come parveva essere il caso nella fattispecie), il periodo precedente la prima erogazione dovrà essere dedotto dal periodo d'attesa imposto dall'art. 28 cpv. 1 let. b LAI (sentenza del TAF C-7910/2015, consid. 17).

### **E. 5.3**

Alla luce degli accertamenti complementari l'UAIE, giunto alla conclusione che il danno alla salute aveva avuto conseguenze invalidanti limitate al periodo compreso fra il 22 ottobre 2014 e il 22 febbraio 2015, ha riconosciuto il diritto a una rendita intera limitata nel tempo dal 1° ottobre 2014 al 31 maggio 2015, ossia tre mesi dopo il constatato miglioramento dello stato di salute.

### **E. 5.4**

L'insorgente, dal canto suo, ha contestato gli accertamenti medici su cui si è fondata l'autorità inferiore, considerando gli stessi contraddittori, incompleti e inconcludenti e non ritenendo che essi fossero stati eseguiti in conformità con quanto richiesto dal TAF.

#### **E. 5.4.1**

Nella misura in cui il ricorrente chiede il riconoscimento di un adeguato indennizzo a titolo di torto morale (ritenendo che a causa delle omissioni dell'amministrazione, sia precedenti che posteriori alla sentenza di rinvio del TAF, avrebbe subito ingenti danni materiali e morali, non beneficiando più dal 1° giugno 2015 di alcuna rendita, né di altri sussidi, pur essendo impossibilitato a svolgere qualsiasi attività lavorativa), il ricorso è irricevibile, non essendo questa la sede adeguata per accertare e far valere pretese. Una tale richiesta esula infatti dal potere di cognizione giudiziaria di questo Tribunale. Oggetto impugnato è infatti unicamente il diritto ad una rendita di invalidità e a provvedimenti integrativi. Qualora si sentisse danneggiata dall'operato dell'amministrazione, la parte ricorrente è tenuta ad avviare, presso le opportune sedi, un'azione in responsabilità contro la Confederazione svizzera (si cfr. a tal proposito la sentenza del TAF C-3092/2011 dell'11 aprile 2012, consid. 13.1).

#### **E. 5.4.2**

Non essendo stato per contro contestato il rifiuto dei provvedimenti integrativi, le conclusioni circa tale rapporto giuridico possono considerarsi passate in giudicato.

### **E. 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).

### **E. 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).

### **E. 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%.

### **E. 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.

### **E. 6.5**

Giusta l'art. 29bis OAI se una precedente rendita è stata soppressa a causa dell'abbassamento del grado d'invalidità e l'assicurato, nel susseguente periodo di tre anni, presenta di nuovo un grado d'invalidità suscettibile di far nascere il diritto alla rendita per incapacità al lavoro della stessa origine, il periodo precedente la prima erogazione verrà dedotto dal periodo d'attesa impostogli dall'art. 28 cpv. 1 lett. b LAI.

### **E. 7.1**

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 modificazione.

### **E. 7.2**

L'art. 88a cpv. 1 OAI (RS 831.201) prevede che se la capacità al guadagno dell'assicurato o la capacità di svolgere le mansioni consuete migliora oppure se la grande invalidità o il bisogno di assistenza o di aiuto dovuto all'invalidità si riduce, il cambiamento va

considerato ai fini della riduzione o della soppressione del diritto a prestazioni dal momento in cui si può supporre che il miglioramento constatato perduri. Lo si deve in ogni caso tenere in considerazione allorché è durato tre mesi, senza interruzione notevole, e che presumibilmente continuerà a durare. Detta norma si applica anche in caso di assegnazione retroattiva di una rendita scalare (sentenze del TF 9C\_837/2009 del 23 giugno 2010 consid. 2, 9C\_443/2009 del 19 agosto 2009 consid. 5, I 727/02 del 21 luglio 2005 consid. 5 nonché I 297/03 del 3 maggio 2005 consid. 1 e relativi riferimenti; cfr. pure sentenza del TAF C-1446/2011 del 27 giugno 2013 consid. 6.5 e relativi riferimenti).

### **E. 7.3**

Per quanto attiene alle regole che reggono la procedura di nuova domanda di rendita, va rilevato che qualora, nell'ambito di una prima domanda, la rendita sia stata negata perché il grado d'invalidità era insufficiente, una nuova domanda è riesaminata soltanto se l'assicurato rende verosimile che il grado d'invalidità si è modificato in misura rilevante per il diritto alle prestazioni (art. 87 cpv. 2 e 3 OAI).

### **E. 7.4**

Secondo il principio dell'onere probatorio materiale, la situazione giuridica precedente deve permanere se una modifica rilevante della fattispecie non è dimostrabile con il grado di verosimiglianza preponderante (v. sentenza del Tribunale federale 9C\_158/2012 del 5 aprile 2013 consid. 3; SVR 2012 IV n. 18 pag. 81, 9C\_418/2010, consid. 3.1; 9C\_32/2012 consid. 2).

### **E. 7.5**

In caso d'assegnazione retroattiva di una rendita scalare la data di modifica del diritto deve essere stabilita conformemente all'art. 88a OAI (sentenze del TF 9C\_837/2009 del 23 giugno 2010 consid. 2, 9C\_443/2009 del 19 agosto 2009 consid. 5, I 727/02 del 21 luglio 2005 consid. 5 nonché I 297/03 del 3 maggio 2005 consid. 1 e relativi riferimenti; cfr. pure sentenza del TAF C-1446/2011 del 27 giugno 2013 consid. 6.5 e relativi riferimenti). Inoltre, il termine di attesa di tre mesi dell'art. 88a OAI non può iniziare a decorrere prima della nascita del diritto ad una rendita (cfr. sentenza del TF 9C\_110/2014 del 13 giugno 2014).

### **E. 7.6**

Assegnando retroattivamente una rendita d'invalidità decrescente/crescente e/o limitata nel tempo, l'autorità amministrativa disciplina un rapporto giuridico suscettibile, in caso di contestazione, di essere oggetto della lite e dell'impugnativa. Qualora sia contestata solo la riduzione o la soppressione delle prestazioni, il potere cognitivo del giudice non è limitato nel senso che egli debba astenersi dallo statuire circa i periodi per i quali il riconoscimento di prestazioni non è censurato (DTF 125 V 413 consid. 2.2 et 2.3 confermato in 131 V 164). Va ricordato che nel caso in cui la prestazione sia accordata con effetto retroattivo - ma limitata nel tempo, aumentata oppure ridotta - esiste un'unica relazione giuridica. Ciò vale anche se l'assegnazione della rendita d'invalidità graduata e/o limitata nel tempo è stata comunicata mediante più decisioni (DTF 131 V 164 consid. 2.2 e 2.3).

### **E. 8.1**

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. Quanto alla valenza probatoria di un rapporto medico, determinante, secondo la giurisprudenza, è che i punti litigiosi importanti siano stati oggetto di uno studio approfondito, che il rapporto si fondi su esami completi, che consideri parimenti le censure espresse, che sia stato approntato in piena conoscenza dell'incarto (anamnesi), che la descrizione del contesto medico sia chiara e che le conclusioni del perito siano ben motivate. Determinante quindi per stabilire se un rapporto medico ha valore di prova non è tanto né l'origine del mezzo di prova, né la denominazione, ad esempio, quale perizia o rapporto (DTF 140 V 356 consid. 3.1, 134 V 231 consid. 5.1; DTF 125 V 351 consid. 3a; 122 V 157 consid. 1c).

## **E. 8.2**

Per quanto concerne le perizie giudiziarie la giurisprudenza ha statuito che il giudice non si scosta senza motivi imperativi dalla valutazione degli esperti, il cui compito è quello di mettere a disposizione del tribunale le proprie conoscenze specifiche e di valutare, da un punto di vista medico, una certa fattispecie. Ragioni che possono indurre il giudice a non fondarsi su un tale referto sono ad esempio la presenza di affermazioni contraddittorie nella perizia oppure l'esistenza di altri rapporti in grado di inficiarne la concludenza. In tale evenienza, la Corte giudicante può disporre una superperizia oppure scostarsi, senza necessità di ulteriori complementi, dalle conclusioni del referto peritale giudiziario (DTF 125 V 351 consid. 3b/aa pag. 353 con rinvii).

## **E. 8.3**

Una valutazione medica completa, comprensibile e concludente che, considerata a sé stante in occasione di un'unica (prima) valutazione del diritto alla rendita, andrebbe ritenuta probante, non assurda a prova attendibile in caso di revisione, se non attesta in modo sufficiente in che modo rispettivamente in che misura ha avuto luogo un effettivo cambiamento nello stato di salute. Sono tuttavia riservati i casi evidenti (SVR 2012 IV n. 18 pag. 81 consid. 4.2). Dalla perizia deve quindi emergere chiaramente che i fatti con cui viene motivata la modifica sono nuovi o che i fatti preesistenti si sono modificati sostanzialmente per quanto riguarda la loro natura rispettivamente la loro entità. L'accertamento di una modifica dei fatti è in particolare sufficientemente comprovata se i periti descrivono quali aspetti concreti nell'evoluzione della malattia e nell'andamento dell'incapacità lavorativa hanno condotto alla nuova valutazione diagnostica e alla stima dell'entità dei disturbi. Le summenzionate esigenze devono trovare riscontro nel tenore delle domande poste al perito (sentenza del TF 9C\_158/2012 del 5 aprile 2013; SVR 2012 IV pag. 81 consid. 4.3). 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).

### **E. 8.4.1**

Con la sentenza 9C\_492/2014 del 3 giugno 2015, pubblicata in DTF 141 V 281, il Tribunale federale ha stabilito degli indicatori per la valutazione del carattere invalidante delle affezioni psicosomatiche (DTF 141 V 281 consid. 4.1.3).

### **E. 8.4.2**

In seguito, nelle DTF 143 V 409 e DTF 143 V 418, il Tribunale federale ha ritenuto che la procedura sviluppata nell'ambito dei disturbi da dolore somatoforme deve essere applicata in presenza di qualsiasi malattia psichica, in particolare anche ai disturbi depressivi di grado

da leggero a medio, che devono quindi, di principio, essere valutati sulla base di una procedura d'accertamento dei fatti strutturata, ai sensi della DTF 141 V 281 (DTF 143 V 418 consid. 6 e 7), al fine di stabilire l'esistenza di un'incapacità al lavoro e di un'incapacità al guadagno.

#### **E. 8.4.3**

Si può tuttavia rinunciare ad effettuare la valutazione della capacità al lavoro di una persona nell'ambito di una procedura d'accertamento dei fatti strutturata fondata su indicatori, allorché questo esame non appaia necessario od appropriato. Tale è il caso, in particolare, quando dei rapporti medici chiari e ben motivati escludono la presenza di una qualsiasi incapacità al lavoro e quando, per mancanza di specializzazione da parte del medico che si pronuncia o per altri motivi, i pareri medici che esprimono un'opinione contraddittoria non appaiono sufficientemente fondati (DTF 143 V 418 consid. 7.1). Vi si può rinunciare pure allorché le limitazioni all'esercizio di un'attività risultano da un'esagerazione dei sintomi, o costellazioni simili, ciò che esclude l'esistenza di un danno alla salute suscettibile di cagionare un'invalidità (DTF 141 V 281 consid. 2.2 nonché sentenze del Tribunale federale 9C\_534/2015 del 1° marzo 2016 consid. 2.2.2 con rinvii e 8C\_562/2014 del 29 settembre 2015 consid. 8.4). Una valutazione della capacità al lavoro tramite il catalogo di indicatori non sarà altresì necessaria neppure quando i documenti medici agli atti certificano, secondo il grado della verosimiglianza preponderante, la presenza di una depressione leggera, che non può essere considerata cronica e che non è associata ad alcuna comorbidità psichica (DTF 143 V 409 consid. 4.5.3).

#### **E. 8.5**

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).

#### **E. 9**

Nel caso di specie, nell'ambito della prima domanda di prestazioni del 22 giugno 2011 (doc. 2), l'UAIE si era sostanzialmente fondata sugli accertamenti eseguiti dall'INSAI, non avendo riscontrato affezioni extra-infortunistiche aventi influsso sulla capacità lavorativa (cfr. consid. A.d), e meglio sulle valutazioni esposte dal dott. D. \_\_\_\_\_ nei rapporti di chiusura del 26 novembre 2012 (doc. 74 inc. LAINF) e del 27 marzo 2013 (allestito dopo gli accertamenti urologici - doc. 76 inc. LAINF), che aveva posto la seguente diagnosi: "Esiti da incidente della circolazione con motocicletta il 21.7.2010 con fratture costali multiple emitorace destro (da costale XI a costale IX a destra). Nello stesso infortunio fratture dislocate dei processi trasversi da L1 a L5 a destra, vedasi due esami RMI sopraccitati (del 24 agosto 2011 e del 10 gennaio 2012 [doc. 37 e 49 inc. LAINF], ndr.). Disfunzione erettile e mini-incontinenza urinaria da rivalutarsi, con problemi mai esistenti prima del trauma. Leggera contusione della caviglia sinistra risoltasi senza più problemi attuali a questo livello. Esiti da trauma contusivo braccio destro con contusione della spalla destra, vedasi RM sopraccitato (del 12 maggio 2012 [doc. 68 inc. LAINF], ndr.), non

constatazione di lesioni traumatiche." Pur non prescrivendo nessun particolare trattamento - in aggiunta alla terapia medicamentosa già in atto per i problemi erettili - il dott. D.\_\_\_\_\_ aveva indicato come non più esigibile l'attività di autista con mansioni di magazziniere in precedenza esercitata, in ragione dei limiti funzionali riscontrati in particolar modo nel sollevamento e nel trasporto di pesi (senza limitazione solo fino a 5-10kg, raro al di sopra dei 10kg e mai oltre i 25kg - doc. 74 p. 10 inc. LAINF). L'interessato era stato per contro ritenuto interamente abile, a partire dal 3 dicembre 2012, in attività adeguate allo stato di salute, quale ad esempio l'attività di autista senza mansioni di carico/scarico delle merci (doc. 74 p. 11 inc. LAINF).

### **E. 10.1**

Nell'ambito della nuova domanda del 10 gennaio 2014 il ricorrente ha trasmesso una serie di documenti attestanti l'insorgere di nuove problematiche suscettibili di influire sullo stato di salute e sulla capacità lavorativa (doc. 56, 71, 76, 77, 80, 84, 90). Alla luce di tali documenti il medico SMR ha ritenuto giustificata un'incapacità lavorativa totale per i quattro mesi successivi all'intervento del 22 ottobre 2014, dopodiché ha considerato ristabilito lo status quo ante (incapacità del 100% come autista-magazziniere, 0% in attività adeguate, cfr. doc. 85 e 92). Di opinione contraria il dott. G.\_\_\_\_\_ che, nel rapporto del 23 luglio 2015, in qualità di medico curante, oltre alle problematiche note, ha evocato per la prima volta (indirizzandosi al legale dell'assicurato) dei sintomi compatibili con un disturbo di depressione ansiosa necessitante, a suo avviso, una specifica terapia (doc. 99), nonché il dott. H.\_\_\_\_\_, chirurgo e specialista in medicina legale e delle assicurazioni, che nel rapporto del 26 agosto 2015, ritenendo ormai stabilizzato lo stato di salute dell'assicurato, ha indicato sussistere un "danno permanente alla capacità lavorativa generica complessiva valutabile nella misura non inferiore al 30%" (doc. 101; si cfr. inoltre la sentenza menzionata, consid. 11.1-11.3).

### **E. 10.2**

Il dott. F.\_\_\_\_\_, dal canto suo, ha ritenuto nel rapporto peritale del 24 settembre 2015 le seguenti diagnosi con influsso sulla capacità lavorativa (doc. 102 pp. 6-7): Lombalgie ricorrenti su base posturale e post traumatica con: o stato dopo fratture costali multiple da AVI a XI a destra con versamento pleurico e versamento addominale senza lesione, frattura dislocate dei processi trasversi L1/L5 a destra nel luglio 2010. o stato dopo acromionplastica artroscopica per sindrome di conflitto subacromiale alla spalla destra. Sindrome ansioso depressiva. Pur non esprimendosi su quest'ultima diagnosi, esulando dal contesto reumatologico, il dr. F.\_\_\_\_\_ ha comunque consigliato l'esecuzione di una visita psichiatrica. Dal punto di vista puramente reumatologico il perito ha ritenuto l'assicurato inabile al 100% nell'attività precedente di autista magazziniere, essendo la stessa abbastanza pesante, implicando la posizione eretta, sovente con anteflessione, rotazione del tronco e il sollevamento di carichi superiori a quelli attualmente possibili (capacità ridotta a 10 kg). Per contro, senza specificare a partire da quando egli lo ha considerato abile al 100% con rendimento massimo in un'attività adeguata al suo stato di salute e alle sue risorse, che gli consenta di eseguire la maggior parte delle mansioni in posizione seduta, tralasciando il sollevamento di carichi (capacità ridotta a 10 kg) e con possibilità di pause supplementari (doc. 102 p. 7).

### **E. 10.3**

Dal canto suo il dr. E. \_\_\_\_\_, nel rapporto finale SMR del 2 ottobre 2015 ha indicato le seguenti diagnosi aventi influsso sull'abilità lavorativa (doc. 103): - Lombalgie ricorrenti su base posturale e post traumatica con: stato dopo fratture costali multiple con versamento pleurico, versamento addominale senza lesione, frattura dislocate dei processi trasversi L1/L5 a destra risalenti a luglio 2010. - Stato dopo acromionplastica artroscopica per sindrome di conflitto subacromiale alla spalla destra. Senza influsso sulla capacità lavorativa è stata diagnosticata una sindrome ansioso-depressiva. Egli ha dunque confermato quanto già esposto nell'annotazione del 23 aprile 2015 (doc. 92) riguardo al periodo di inabilità lavorativa e la successiva esigibilità di una ripresa lavorativa in un'attività adeguata, riferendosi ai limiti attestati dal perito (doc. 103 p. 2).

### **E. 11.1**

Nell'ambito del rinvio sono stati assunti agli atti i seguenti referti:

#### **E. 11.1.1**

Una serie di esami del sonno condotti tra marzo e aprile 2017 richiesti dal medico curante per sospette apnee notturne, dai quali sono emersi eventi apneici ipoapneici di grado lieve in soggetto obeso e russatore, per i quali è stato prescritto calo ponderale e cambiamento di postura a letto (doc. 121 pp. 2-11). Degli esami radiografici al torace, alla colonna lombare e dorsale del 22 giugno 2017 dai quali non è emersa nessuna particolare affezione (doc. 121 pp. 12-17). I suddetti documenti erano già stati prodotti nella precedente procedura ricorsuale (in allegato al doc. TAF 12).

#### **E. 11.1.2**

Il complemento alla perizia reumatologica redatto il 26 febbraio 2018 dal dott. F. \_\_\_\_\_, secondo il quale "l'assicurato può essere interamente considerato abile al lavoro adeguato dal 23 febbraio 2016 (recte, si tratta del 2015, ndr.) vale a dire quattro mesi dopo l'intervento alla spalla destra". Il perito ha inoltre ritenuto utile sottoporre l'interessato a una visita specialistica in ortopedia o in neurologia al fine di approfondire l'evoluzione dello stato di salute e della capacità lavorativa prima e dopo l'intervento alla spalla destra del 22 ottobre 2014 (doc. 125).

#### **E. 11.2.1**

L'UAIE ha quindi ordinato l'esecuzione di una perizia pluridisciplinare in ambito internistico, reumatologico, psichiatrico, neurologico e pneumologico redatta dal SAM il 7 agosto 2018 (doc. 137). I periti hanno in particolare posto le seguenti diagnosi con influsso sulla capacità lavorativa (doc. 137 p. 36): Sindrome toraco-/e lombovertebrale cronica con/su: o Disturbo di transizione lombosacrale con emisacralizzazione di L5 a sinistra, o Stato dopo frattura dislocata dei processi trasversi L1-L5 a destra (infortunio 21 luglio 2010), o Stato dopo fratture costali multiple a destra (infortunio 21 luglio 2010). Periartrite cronica all'anca destra con/su: o Stato dopo contusione con ferita lacerocontusa locale (infortunio 21 luglio 2010), o Assenza di significative patologie osteoarticolari né tanto meno delle parti molli agli esami MRI più volte ripetuti. Omalgia cronica con/su: o Stato dopo contusione e ferita lacerocontusa alla spalla (infortunio 21 luglio 2010), o Stato dopo acromionplastica per sindrome da conflitto subacromiale il 22 ottobre 2014. Nonché senza influenza sulla capacità di lavoro: Probabile sindrome somatoforme da dolore persistente (ICD-10 F45.4). Sindrome delle apnee ostruttive del sonno. Lieve ostruzione bronchiale. Obesità. Dislipidemia. Epatopatia. Sospetto trait talassemico. Pregressa eradicazione di Helicobacter pylori (gennaio 2018).

### **E. 11.2.2**

Dal punto di vista internistico, il dott. I.\_\_\_\_\_, specialista in medicina interna generale, ha dichiarato non sussistere alcuna limitazione della capacità lavorativa (doc. 137 pp. 31-33).

### **E. 11.2.3**

Dal punto di vista ortopedico-reumatologico, il dott. L.\_\_\_\_\_, specialista in reumatologia, descrivendo un paziente in buone condizioni generali, ha sottolineato che i molteplici esami radiologici e neuroradiologici eseguiti nel corso degli anni, dall'incidente del 2010, non hanno mai evidenziato delle significative patologie a carico della colonna vertebrale, della spalla destra o dell'anca destra (cfr. doc. 137 - perizia 4 giugno 2018, pt. 7.1). Pur ritenendo corrette le misure riabilitative intraprese a seguito dell'infortunio del 2010, il perito ha constatato il persistere della sintomatologia algica, per la quale l'assicurato, ormai da tempo, non segue alcun trattamento e meglio nessun tipo di fisioterapia, nessun'attività fisica, nessun particolare provvedimento volto a migliorare il suo generale stato psico-fisico. Soltanto l'intervento dell'ottobre 2014 ha sortito un parziale miglioramento dei dolori alla spalla destra (cfr. doc. 137 - perizia 4 giugno 2018, pt. 7.2, 7.4). Secondo il dott. L.\_\_\_\_\_ le "modiche patologie a carico della colonna lombare possono solo parzialmente spiegare i cronici dolori al rachide; non vi sono invece chiari motivi per la presenza dei citati dolori nelle gambe, non essendoci delle compressioni radicolari. Il tutto potrebbe avere un'origine spondilogenica (cioè determinato da alterazioni alla colonna vertebrale), soprattutto a destra, dove i dolori lamentati «nell'anca» non sono imputabili a una patologia dell'articolazione coxo-femorale ma piuttosto ad una problematica miotendinea periarticolare (periartropatia dell'anca), in assenza comunque di significative patologie muscolari, tendinee, né tantomeno di una borsite (vedi referto MRI dell'anca). Il quadro algico si è ormai cronicizzato, in presenza di una sindrome ansio-depressiva con verosimilmente una notevole componente funzionale-somatoforme che impedisce la corretta guarigione dei dolori ed il superamento dei disturbi attualmente lamentati" (cfr. doc. 137 - perizia 4 giugno 2018, pt. 7.3). A mente del perito, rispetto alla valutazione del dott. F.\_\_\_\_\_ del settembre 2015, non sono subentrate modifiche sostanziali dello stato di salute dell'assicurato. Il dott. L.\_\_\_\_\_ ha quindi confermato che dall'infortunio l'assicurato non è più idoneo a svolgere l'attività abituale di autista-magazziniere, pur precisando di non ritenere che, sotto l'aspetto puramente ortopedico-reumatologico, quest'ultimo presentasse delle patologie gravi a tal punto da giustificare tale conclusione. A partire da marzo 2015, in un'attività sostitutiva adeguata (fisicamente medio-leggera, che non richieda particolari sforzi per la colonna vertebrale [sollevamento ripetuto di pesi superiori ai 15kg, movimenti ripetitivi di flessione ed estensione del tronco, lavori prolungati in posizioni inergonomiche]), come pure nelle attività domestiche, l'assicurato è stato per contro ritenuto abile all'80% da intendersi quale rendimento ridotto nell'arco di un'intera giornata, riconducibile non tanto alle patologie ortopedico-reumatologiche, quanto piuttosto al riconoscimento di un dolore cronico (doc. 137 - perizia 4 giugno 2018, pt. 8).

### **E. 11.2.4**

Per quanto concerne gli aspetti psichiatrici, il dott. M.\_\_\_\_\_, specialista in psichiatria e psicoterapia, ha riferito di un assicurato che "non ha mai sofferto di una sintomatologia psichica particolarmente intensa, né ha necessitato di una presa a carico psichiatrica o psicologica". Secondo il perito è soltanto nel 2017 che il ricorrente, a seguito della

separazione dalla moglie, senza lavoro e dipendente dai genitori, ha sviluppato una modica sintomatologia ansioso depressiva, per cui è stato prescritto dal medico di famiglia un trattamento medicamentoso, che ha dato risultati soddisfacenti. Il dott. M. \_\_\_\_\_ ha quindi indicato non sussistere allo stato attuale, né tantomeno in passato - se non per brevissimi momenti - alcuna inabilità lavorativa per cause psichiatriche (cfr. doc. 137 - perizia 12 giugno 2018, pt. 7). Ha inoltre precisato che "alla luce delle risultanze delle visite reumatologiche è probabile che si sia nel tempo instaurata una sindrome somatoforme da dolore persistente", la quale non influisce tuttavia sulla capacità lavorativa dell'assicurato dal punto di vista psichiatrico (cfr. doc. 137 - perizia 12 giugno 2018, pt. 6.2). L'insorgente è stato pertanto ritenuto, da sempre, abile al 100% in qualsiasi attività lavorativa (doc. 137 - perizia 12 giugno 2018, pt. 8.1-8.2). Il perito ha quindi rilevato che pur non necessitando di alcun provvedimento specialistico psichiatrico, essendo la terapia medicamentosa in atto adeguata, un sostegno psicologico mirato potrebbe comunque aiutare l'assicurato a meglio integrare la percezione degli aspetti algici e disfunzionali (comunque ininfluenti dal punto di vista dell'abilità lavorativa; cfr. doc. 137 - perizia 12 giugno 2018, pt. 8.3)

#### **E. 11.2.5**

Dal punto di vista neurologico il dott. Bernasconi ha riferito di un esame assolutamente nella norma, in assenza di reperti indicativi di una lesione delle strutture nervose centrali o periferiche. Pure dagli esami strumentali (esami elettromiografico e radiografici) non emergono danni neurogeni agli arti inferiori o lesioni radicolari. L'assicurato è stato quindi ritenuto portatore di una sindrome lombovertebrale cronica senza patologie neurologiche associate (doc. cfr. doc. 137 - perizia 8 giugno 2018, pt. 6). Secondo il dott. Bernasconi l'assicurato è stato adeguatamente trattato e non vi sono attualmente proposte terapeutiche. Dal punto di vista neurologico non sussiste, né mai vi è stata in passato, alcuna inabilità lavorativa, né limitazione del rendimento (doc. cfr. doc. 137 - perizia 8 giugno 2018, pt. 7, 8).

#### **E. 11.2.6**

Dal punto di vista pneumologico, il dott. Domenighetti ha riscontrato una lieve ostruzione bronchiale, modificabile con inalazioni e sospensione del tabagismo che ne è la causa, oltre che un'importante broncopatia (indice di russamento 51%) che tuttavia non correla con una sintomatologia di ipersonnia diurna. Dal punto di vista respiratorio, il perito ha ritenuto non sussistere alcuna limitazione della capacità lavorativa, pur sconsigliando sforzi intensi e prolungati (doc. cfr. doc. 137 - perizia 20 giugno 2018, pt. 8).

#### **E. 11.2.7**

Complessivamente i periti hanno concluso che non vi sono aspetti della personalità rilevanti, né fattori di stress importanti che impediscano all'assicurato di intraprendere un'attività lavorativa. A partire dal 21 luglio 2010 essi hanno considerato l'assicurato completamente inabile nell'attività abituale di autista-magazziniere. Dal mese di marzo 2015, ossia a distanza di quattro mesi dall'intervento di acromioplastica alla spalla destra del 22 ottobre 2014, essi hanno per contro ritenuto l'interessato abile a svolgere un'attività sostitutiva, fisicamente medio-leggera che non richieda particolari sforzi per la colonna vertebrale (come ad esempio quella di autista senza mansioni di carico e scarico), nella misura dell'80%. I periti hanno precisato che l'incapacità lavorativa è dovuta unicamente alle patologie reumatologiche (doc. 137 pp. 37-38).

#### **E. 11.3.1**

Le conclusioni a cui sono giunti i periti del SAM, riguardo alle diagnosi, alla capacità lavorativa e alle limitazioni funzionali, sono state fatte proprie dal dott. E. \_\_\_\_\_, che, nel rapporto SMR del 9 agosto 2018 ha riferito di una situazione ormai stabilizzata (doc. 138). Nel rapporto SMR del 6 dicembre 2018 (doc. 148) il suddetto medico ha inoltre precisato nel dettaglio i periodi di abilità lavorativa nell'attività abituale (0% dal 21 luglio 2010 al 22 gennaio 2012, 100% dal 23 gennaio al 22 aprile 2012, 0% definitiva dal 23 aprile 2012) e in un'attività sostitutiva (0% dal 21 luglio 2010 al 22 gennaio 2012, 100% dal 23 gennaio al 22 aprile 2012, 0% dal 23 aprile al 22 novembre 2012, 100% dal 23 novembre 2012 al 21 ottobre 2014, 0% dal 22 ottobre 2014 al 22 febbraio 2015, 80% continuativa dal 23 febbraio 2015), confermando che il periodo di completa inabilità successivo all'operazione del 22 ottobre 2014, era riconducibile al risorgere dell'inabilità precedente (doc. 148).

### **E. 11.3.2**

Confrontati con le censure puntuali sollevate in sede di audizione dalla rappresentante del ricorrente, i periti del SAM si sono così espressi (doc. 162): Il dott. M. \_\_\_\_\_, nel rapporto del 28 marzo 2019, si è riconfermato nelle proprie conclusioni, escludendo la necessità di un approfondimento psicologico e sottolineando "la presenza di una sintomatologia ansioso depressiva, ma di entità non sufficiente da influenzare le capacità lavorativa, né da configurare una diagnosi". Egli ha inoltre spiegato il motivo per cui il suggerimento di una terapia non è in contrasto con l'assenza di un'incapacità lavorativa, ritenendo che "l'assicurato non necessita di nessun provvedimento sanitario specialistico psichiatrico; la terapia assunta è adeguata per lenire gli aspetti somatici, ma che comunque non hanno un impatto significativo sulle capacità lavorative". A suo modo di vedere "un sostegno psicologico mirato potrebbe aiutarlo a meglio integrare la percezione degli aspetti algici e disfunzionali". Il dott. L. \_\_\_\_\_, nel rapporto del 20 marzo 2019, ha chiarito di non aver ritenuto necessario procedere ad un nuovo esame artro-MRI della spalla non avendo lamentato l'assicurato particolari dolori alla spalla destra nel corso dell'esame clinico, non avendo notato particolari alterazioni dall'ultima radiografia del 22 maggio 2018, oltre che indizi attestanti una lesione della cuffia. Il fatto che l'assicurato non si sia più sottoposto ad alcuna particolare terapia volta ad attenuare i dolori alla spalla, a mente del perito è inoltre una dimostrazione del fatto che il problema non debba essere considerato di primaria importanza. Riconfermandosi nella precedente valutazione riguardo alla capacità lavorativa residua (80% in attività rispettose dei limiti funzionali), il dott. L. \_\_\_\_\_ ha inoltre precisato che, oltre alle attività che richiedono sollecitazioni della colonna vertebrale, sono da evitare anche quelle mansioni che richiedono l'utilizzo intensivo del braccio destro soprattutto in elevazione. Non ritenendo i rispettivi ambiti medici toccati dalle critiche del ricorrente, il dott. Domenighetti e il dott. Bernasconi, si sono riconfermati nelle proprie conclusioni nei rispettivi rapporti del 14 e 15 marzo 2019.

### **E. 11.3.3**

Con annotazione SMR del 7 maggio 2019 il dott. E. \_\_\_\_\_ ha spiegato che la valutazione esposta dal dott. L. \_\_\_\_\_ e dal dott. F. \_\_\_\_\_, riguardo al ripristino della capacità lavorativa a seguito dell'operazione alla spalla destra, risulta essere in sintonia con quanto esprime la letteratura medica in materia. Per il recupero da un tale intervento chirurgico occorrono infatti in media circa tre mesi fra il giorno dell'intervento e la guarigione completa con pieno recupero delle possibilità di movimento. A suo dire, i quattro mesi riconosciuti all'assicurato per ristabilirsi, risultano pertanto essere un periodo congruo. Il dott. E. \_\_\_\_\_ ha inoltre precisato che grazie alla perizia pluridisciplinare sono state

approfondite tutte le componenti patologiche da cui è affetto l'assicurato, anche in assenza di un consulto ortopedico, dal momento che il reumatologo dispone delle competenze adeguate per valutare le affezioni all'apparato osteo-articolare (doc. 164).

#### **E. 11.4**

Nell'ambito della procedura di ricorso avverso la decisione del 21 giugno 2019, sono stati assunti agli atti i seguenti referti degni di interesse:

##### **E. 11.4.1**

Gli esami RM del 27 settembre 2019 al rachide cervicale, lombare e all'anca destra, nonché gli esami del sangue e delle urine del 28 settembre 2019 (doc. L, allegato al doc TAF 3). Gli esami radiografici del 28 ottobre 2019 al piede sinistro e al piede destro e il rapporto ortopedico del 19 novembre 2019 attestante una rigidità articolare del rachide cervicale con dolore alla digitopressione in diversi punti (doc. L e M, allegati al doc. TAF 6).

##### **E. 11.4.2**

L'annotazione SMR del 20 dicembre 2019, nella quale il dott. E. \_\_\_\_\_, dopo aver preso visione delle nuove certificazioni mediche ha ribadito la validità delle conclusioni esposte nel rapporto SMR del 9 agosto 2018, non essendovi elementi clinici suscettibili di metterne in dubbio la validità (allegato al doc. TAF 8).

##### **E. 11.4.3**

Il rapporto della visita neurologica del 25 novembre 2019 della dott.ssa Cartini, stante il quale non vi è nessuna indicazione chirurgica (doc. S), il rapporto della visita fisiatrice del 13 dicembre 2019 nella quale si riferisce dell'insorgenza da circa sei mesi di algie ai piedi e della cervicalgia in protrusione C5-C6, trattata con FKT al rachide e onde d'urto (doc. T), il rapporto della visita ortopedica del 16 gennaio 2020 nel quale si riferisce di un lieve miglioramento della tallodinia con l'uso delle talloniere (doc. U, allegati al doc. TAF 11).

##### **E. 11.4.4**

L'annotazione SMR del 20 febbraio 2020, secondo cui dalla documentazione prodotta non si evincono elementi clinici che possano ulteriormente influire sulla capacità lavorativa dell'assicurato in un'attività confacente allo stato di salute. Il dott. E. \_\_\_\_\_ ha inoltre ribadito la correttezza della valutazione riguardante il momento a partire dal quale era nuovamente abile al lavoro, segnalando che la stessa si fonda non solo su dati medico teorici ma pure oggettivi (allegato al doc. TAF 14).

#### **E. 12.1**

Alla luce di quanto sopra esposto emerge che in esecuzione della sentenza di rinvio l'amministrazione ha dato seguito alla richiesta di fornire un quadro aggiornato e completo dello stato di salute dell'assicurato, ordinando gli accertamenti specialistici negli ambiti medici indicati dal TAF. Si rileva che la perizia pluridisciplinare del 7 agosto 2018 - ordinata dall'amministrazione a seguito del consulto complementare richiesto al dott. F. \_\_\_\_\_ (cfr. consid. 11.1.2) - e le valutazioni specialistiche che la compongono 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. I rapporti peritali contengono un'introduzione, un elenco degli atti e delle informazioni tratte dall'incarto, un'anamnesi dettagliata, le indicazioni soggettive della ricorrente e le constatazioni obiettive, la diagnosi, la discussione nonché le conclusioni in

punto alla capacità lavorativa residua. Tali referti possono pertanto essere - di principio - considerati perlomeno da un punto di vista formale un mezzo probatorio idoneo per la valutazione dello stato di salute del ricorrente e dell'esigibilità dell'esercizio di un'attività sostitutiva adeguata.

### **E. 12.2**

L'autorità inferiore ha inoltre correttamente proceduto all'allestimento di quegli accertamenti strumentali e radiologici che, secondo esperienza medica, il caso e l'evoluzione nel tempo dello stato di salute richiedevano. Nell'ambito della perizia pluridisciplinare sono infatti stati assunti gli esami di laboratorio del 22 maggio 2018 (ematologico, ematochimico, screening tiroideo, esame delle urine con striscia reattiva), gli esami radiologici del 22 maggio 2018 (radiografia della spalla destra, dell'anca destra, della colonna lombare ap e laterale, del piede destro e sinistro), l'esame neurologico del 7 giugno 2018 (elettromiografia) e gli esami pneumologici del 6 giugno 2018 (spirometria completa, poligrafia notturna). Nell'ambito della valutazione reumatologica sono stati inoltre considerati e raffrontati con gli attuali referti gli svariati esami MRI alla colonna lombare, all'anca destra, alla spalla destra eseguiti fra il 2011 e il 2016. Al di fuori dei suddetti accertamenti, né i periti del SAM, né tantomeno il medico SMR - che si rammenta ha la funzione di effettuare a beneficio dell'amministrazione una sintesi delle informazioni e degli esami medici di cui agli atti di causa e formulare delle raccomandazioni quanto al seguito da dare all'incarto da un punto di vista medico (sentenza del TF 9C\_542/2011 del 26 gennaio 2012 consid. 4.1) - hanno ritenuto utile o necessario procedere ad ulteriori indagini strumentali (si cfr. in tal senso anche il complemento alla perizia pluridisciplinare [doc. 162]). Non è pertanto corretto affermare, come fatto dal ricorrente, che l'amministrazione ha disatteso le indicazioni contenute nella sentenza di rinvio, poiché ciò non è evidentemente il caso.

### **E. 12.3**

Giova inoltre rilevare che la sentenza di rinvio non esigeva che il dott. F. \_\_\_\_\_ fosse coinvolto nell'ambito di una nuova perizia pluridisciplinare, ma soltanto che la sua valutazione reumatologica del 24 settembre 2015 fosse completata su alcuni specifici punti. Ciò è stato fatto, avendo chiarito il perito a partire da quale momento l'assicurato poteva essere considerato nuovamente abile in un'attività adeguata e che una valutazione specialistica "in ortopedia o in neurologia" avrebbero potuto essere utili per valutare l'evoluzione dello stato di salute dell'assicurato prima e dopo l'intervento alla spalla destra del 22 ottobre 2014 (doc. 125). Le critiche dell'insorgente su questo punto sono pertanto mal riposte.

### **E. 12.4**

Neppure può essere seguito il ricorrente laddove contesta un accertamento incompleto della fattispecie - oltre al mancato ossequio delle indicazioni della sentenza di rinvio - in ragione del fatto che il SAM non ha eseguito una valutazione ortopedica. A tal proposito si osserva che, secondo invalsa giurisprudenza del Tribunale federale, una valutazione da parte di uno specialista in ortopedia non è strettamente necessaria nei casi in cui oggetto dell'esame è il dolore (cronico) dell'apparato muscolo-scheletrico, materia di studio sia della reumatologia - in quanto sotto-disciplina della medicina interna - che dell'ortopedia (sentenze del TF 9C\_320/2015 del 25 agosto 2015 consid. 3.3.3; 9C\_203/2010 del 21 settembre 2010 E. 4.1; 9C\_270/2012 del 23 maggio 2012 consid. 4.2; 9C\_547/2010 del 26 gennaio 2011 consid.

4.1). Benché il dott. F. \_\_\_\_\_ avesse confermato di ritenere utile ai fini istruttori una valutazione ortopedica (o neurologica), alla luce di quanto esposto sopra, si può considerare che una valutazione reumatologica eseguita nell'ambito di una perizia pluridisciplinare come quella in concreto eseguita dal SAM consenta di fare luce in maniera esaustiva e soddisfacente riguardo alle problematiche di natura ortopedico-reumatologico lamentate dall'assicurato.

### **E. 13.1**

Riguardo agli specifici punti sui quali l'istruttoria prima del rinvio risultava carente, si rileva che i nuovi accertamenti hanno permesso di apportare maggiore chiarezza.

### **E. 13.2.1**

Questo Tribunale aveva innanzitutto criticato l'assenza di una valutazione psichiatrica, volta a valutare l'esistenza o meno della sospetta sindrome ansioso-depressiva menzionata dal dott. F. \_\_\_\_\_ (doc. 102) e dal dott. G. \_\_\_\_\_ (doc. 99), nonché l'influsso della stessa sulla capacità lavorativa dell'assicurato.

### **E. 13.2.2**

In esecuzione della sentenza di rinvio, il dott. M. \_\_\_\_\_ ha quindi visitato il 24 maggio e l'11 giugno 2018 l'assicurato, giungendo alla conclusione che al di fuori di una probabile sindrome somatoforme da dolore persistente (ICD10; F45.4), ininfluente dal punto di vista della capacità lavorativa, l'assicurato non presentava alcuna affezione psichica invalidante. Avendo appurato che l'assicurato non si era mai sottoposto ad alcuna terapia psichiatrica o psicologica (di cui l'interessato stesso ha dichiarato non aver mai sentito il bisogno) e alla luce dell'anamnesi raccolta, confermata dall'esame clinico, il perito si è detto persuaso del fatto che quest'ultimo non avesse mai sofferto di una sintomatologia psichiatrica particolarmente intensa. Per quanto invece riguarda la sospetta sindrome ansioso-depressiva, pur avendone riscontrato l'insorgenza in una forma molto lieve a partire dal 2017 (momento in cui trovandosi solo, senza lavoro e dipendente economicamente dai genitori) il dott. Pessoni ha ritenuto che la stessa non fosse suscettibile di influire sulla capacità lavorativa. Egli ha altresì precisato che era di entità talmente esigua da non configurare neppure una diagnosi, tanto più che grazie al solo ausilio dei medicinali prescritti dal medico curante (non psichiatra), è stato possibile trarre un rapido beneficio e contenere la sintomatologia.

### **E. 13.2.3**

A mente di questo Tribunale tale valutazione appare condivisibile e risulta in linea con la giurisprudenza del Tribunale federale, secondo cui i disturbi depressivi di grado da lieve a medio - siano essi ricorrenti o episodici - vanno ritenuti quali malattie invalidanti solo se sono resistenti alla terapia in modo significativo (cfr. fra tante, sentenza 9C\_434/2016 del 14 ottobre 2016 consid. 6.3 con riferimenti; DTF 140 V 193 consid. 3.3 pag. 197 con riferimenti). Solo in questa costellazione - infrequente, visto che dal punto di vista dell'esperienza psichiatrica consolidata questi disturbi sono generalmente trattati efficacemente dal profilo terapeutico - sono ossequiate le esigenze normative dell'art. 7 cpv. 2 seconda frase LPG, il quale richiede una valutazione dell'incapacità al guadagno il più possibile oggettiva (cfr. anche DTF 141 V 281 consid. da 3.7.1 fino a 3.7.3 pag. 295 seg.). L'invalidità può essere ritenuta solo se accertata secondo le regole della verosimiglianza preponderante in uso nelle assicurazioni sociali (DTF 142 V 435 consid. 1, pag. 438) e non può essere ammessa per il semplice motivo che non può essere esclusa. Inoltre la terapia

deve essere stata regolarmente seguita, nel senso che le possibilità di trattamento ipotizzabili ed esigibili dal punto di vista medico specialistico (sia di natura ambulatoriale che ospedaliera) devono essere state utilizzate in modo ottimale e costante da un paziente collaborativo (cfr. sentenze 9C\_841/2016 dell'8 febbraio 2017 consid. 3.1; 9C\_551/2016 del 5 dicembre 2016 consid. 5.3.1 e 9C\_233/2016 del 14 novembre 2016 consid.6.1). Tale non è il caso nell'evenienza concreta, in cui l'assicurato non si è mai sottoposto a un trattamento psichiatrico mirato (ad eccezione del trattamento medicamentoso), né ha mai ritenuto necessario farlo. D'altro canto, vale la pena rilevare che al di fuori dell'opinione esposta dal dott. G.\_\_\_\_\_, ripresa dal dott. F.\_\_\_\_\_, nessun medico specialista si è mai espresso riguardo all'esistenza di una problematica ansioso-depressiva, o di qualche altra forma di turba psichica. Invero, né prima, né dopo la sentenza di rinvio l'assicurato ha mai chiesto il consulto di uno psichiatra, né tantomeno vi è stato inviato dal medico curante.

#### **E. 13.2.4**

Ne consegue che dal profilo psichiatrico può essere conferita piena forza probatoria alle risultanze della perizia pluridisciplinare del SAM per quanto attiene all'inesistenza di patologie psichiatriche aventi influsso sulla capacità lavorativa perlomeno nel periodo determinante fino all'emanazione della decisione litigiosa. Al di fuori di generiche contestazioni, l'insorgente non indica neppure per quale motivo vi sarebbe ragione di dubitare della valutazione peritale del SAM in tale ambito. Come detto, agli atti non figura alcun rapporto psichiatrico che permetta di mettere in dubbio la valutazione del dott. M.\_\_\_\_\_, né tantomeno che ponga l'indicazione per l'esecuzione di esami psicologici o neuropsicologici (di cui il ricorrente, a torto, contesta la mancanza). Il fatto che il perito abbia indicato il 2017 come momento dell'insorgenza della sindrome ansioso-depressiva, mentre il dott. G.\_\_\_\_\_ e il dott. F.\_\_\_\_\_ si erano espressi in tal senso nel 2015, è irrilevante dal momento che tale patologia non influisce, né lo ha mai fatto, sulla capacità lavorativa e dal momento che i due medici citati neppure dispongono di una specializzazione in psichiatria che permetta loro di porre una diagnosi attendibile riguardo a delle affezioni in tale ambito medico. Peraltro - a fronte delle convincenti conclusioni peritali - non era neppure necessario che la perizia psichiatrica rispettasse i criteri di una procedura probatoria strutturata ai sensi della giurisprudenza di cui alla DTF 143 V 409 in combinazione con la DTF 141 V 281 (cfr., su questo punto, la DTF 143 V 418 consid. 7.1 con rinvii); il ricorrente d'altro canto, neppure ha sollevato una siffatta censura.

#### **E. 13.3.1**

Nell'ambito del rinvio, all'amministrazione era stato chiesto di documentare l'evoluzione dello stato di salute intercorso dall'ultima decisione cresciuta in giudicato del 24 aprile 2013 alla decisione impugnata del 21 giugno 2019.

#### **E. 13.3.2**

Se da un lato gli attuali referti attestano il persistere di problematiche conseguenti al sinistro del 21 luglio 2010 e meglio lo stato dopo le fratture ai processi trasversi L1-L5 e le fratture costali multiple a destra - per le quali l'assicurato lamenta soggettivamente il persistere invariato di disturbi e dolori, già riferiti dal dott. D.\_\_\_\_\_ (cfr. doc. 74, 76 inc. SUVA) - dall'altro non menzionano più diagnosi come la disfunzione erettile e la mini-incontinenza urinaria, nonché la sindrome ansioso depressiva evocata per la prima volta nel 2015 dal dott. G.\_\_\_\_\_, medico curante e riportata nel rapporto reumatologico dal dott. F.\_\_\_\_\_ (cfr. consid. 10.1-10.2). Per le considerazioni riguardo all'evoluzione delle affezioni

psichiatriche si rimanda a quanto detto al consid. 13.2.

### **E. 13.3.3**

Altre problematiche, come quella alla spalla destra già affetta da note degenerative al momento dell'infortunio (cfr. dott.ssa Ghiringhelli [doc. 80] e dott. H. \_\_\_\_\_ [doc. 101]), pur essendo già state riscontrate all'epoca, hanno subito nel corso del tempo un progressivo peggioramento dettato dall'insorgere della sindrome di conflitto sottoacromiale, per la quale si è reso necessario l'intervento chirurgico del 22 ottobre 2014. L'insorgere di tale problematica, stando agli atti medici, è stata documentata per la prima volta con l'esame RM alla spalla destra del 18 novembre 2013, dal quale è emersa la presenza di una tendinosi del sottoscapolare, per cui in occasione della visita ortopedica del 18 dicembre 2013 è stato prescritto uno specifico trattamento conservativo volto a lenire i dolori alla spalla e al braccio destro (cfr. doc. 57 e 71). Tale terapia, giustificata dall'assenza di fratture o di calcificazioni (si cfr. RX del 14 marzo 2013) è stata protratta anche a seguito della visita ortopedica di controllo del 1° aprile 2014, a seguito della quale l'assicurato è stato messo in lista d'attesa per l'intervento di artroscopia ed eventuale acromioplastica alla spalla destra (doc. 77, 80).

### **E. 13.3.4**

Gli attuali referti certificano infine la presenza di svariate nuove affezioni non riscontrate in occasione degli accertamenti svolti dal dott. D. \_\_\_\_\_ tra il 2012 e il 2013 e sui quali si era fondata l'amministrazione (cfr. consid. 9.1). Si veda in proposito le diagnosi con influsso sulla capacità lavorativa di "disturbo di transizione lombosacrale con emisacralizzazione di L5 a sinistra" - che va ad aggiungersi ai già noti disturbi al rachide lombare menzionati sopra - e di "periartropatia all'anca destra" - che riporta l'attenzione su di un'affezione che il dott. D. \_\_\_\_\_, alla luce degli accertamenti dell'epoca, riteneva essere completamente guarita. Vi sono inoltre delle diagnosi senza influsso sulla capacità lavorativa, segnatamente la sospetta "sindrome somatoforme da dolore persistente", quelle correlate alle problematiche respiratorie e quelle consecutive alle abitudini alimentari e allo stile di vita.

### **E. 13.3.5**

Per quanto concerne le affezioni di natura fisica, nella perizia reumatologica del 4 giugno 2018 il dott. L. \_\_\_\_\_, in esito all'esame clinico, ha quindi riferito di un paziente in buone condizioni generali, sottolineando il fatto che "i molteplici esami radiologici e neuroradiologici eseguiti a più riprese nel corso degli ultimi otto anni non hanno mai evidenziato delle significative patologie né a carico della colonna vertebrale né tantomeno della spalla destra o dell'anca destra". In definitiva, il dott. L. \_\_\_\_\_ ha ritenuto sussistere - al termine della convalescenza consecutiva all'operazione alla spalla destra - una situazione stabile e analoga a quella riscontrata nel 2015 dal dott. F. \_\_\_\_\_ (si cfr. consid. 11.2.3, 11.3.2). Il dott. Bernasconi ha descritto la situazione come favorevole, ritenendo che dal punto di vista neurologico l'assicurato non ha mai presentato affezioni invalidanti. Egli ha rilevato che i disturbi principali lamentati dall'assicurato riguardavano il rachide lombare e gli arti inferiori, dal momento che - a detta dell'interessato - dall'intervento ortopedico alla spalla non ha più manifestato rilevanti problemi al braccio destro. In tal senso il perito ha riferito che l'esame RM alla colonna lombare eseguito il 27 febbraio 2016 è perfettamente sovrapponibile al precedente di gennaio 2012, mentre l'elettromiografia agli arti inferiori del 7 giugno 2018 non mostra particolari segni di danno neurogeno acuto o cronico. In tal

senso, pare dimostrato che dal punto di vista neurologico la situazione è sostanzialmente stabile e priva di ulteriori complicazioni. Sotto il profilo pneumologico, infine, non sono emerse particolari affezioni suscettibili di influire sulla capacità lavorativa, conclusione che per altro neppure è stata criticata da parte del ricorrente, né contraddetta da alcun referto medico agli atti.

#### **E. 13.3.6**

A giudizio di questo Tribunale la situazione valetudinaria e la sua evoluzione appare chiara. La documentazione assunta agli atti dall'amministrazione in adempimento della sentenza di rinvio, consente di documentare tale aspetto in maniera affidabile e completa. Anche dal profilo somatico, come da quello psichiatrico, può essere quindi conferita piena forza probatoria alle valutazioni contenute nella perizia pluridisciplinare del SAM del 7 agosto 2018.

#### **E. 13.4.1**

Nella sentenza di rinvio era stato infine chiesto all'amministrazione di chiarire quale fosse l'incidenza sulla capacità lavorativa delle varie patologie prima e dopo l'operazione del 22 ottobre 2014 e di precisare il momento esatto in cui l'assicurato poteva nuovamente essere considerato, in tutto o in parte, abile al lavoro in un'attività sostitutiva.

#### **E. 13.4.2**

Dal momento che la nuova domanda di rendita era stata depositata il 10 gennaio 2014, occorre infatti determinare se fra tale data e quella dell'operazione del 22 ottobre 2014, fosse già presente un'inabilità lavorativa sulla cui base riconoscere all'assicurato il diritto a una rendita - che potrebbe insorgere al più presto a partire dal 1° luglio 2014 (ex art. 29 cpv. 1 LAI). Orbene, alla luce di quanto emerso dall'istruttoria condotta dall'amministrazione nell'ambito del rinvio, tale non risulta essere il caso. Per quanto concerne le problematiche al braccio, si rileva che fino alla data dell'operazione, non figura agli atti alcuna attestazione di incapacità lavorativa. Sebbene numerosi accertamenti siano stati condotti sin dal mese di novembre 2013, nessun medico curante ha mai attestato l'esistenza di un'inabilità lavorativa durante tale periodo. È infatti soltanto dopo l'intervento alla spalla destra che il dott. H. \_\_\_\_\_ ha indicato sussistere un'incapacità lavorativa del 30% in attività sostitutive adeguate (cfr. rapporto allegato al doc. 110). Neppure per le affezioni alla schiena e per le patologie di nuova insorgenza figurano referti attestanti particolari limitazioni al lavoro, benché sia presumibile una breve e temporanea inabilità lavorativa - non rilevante ai fini del presente giudizio - in occasione della polmonite batterica contratta all'inizio del 2015 e trattata con antibiotici (cfr. rapporto del dott. G. \_\_\_\_\_ del 23 luglio 2015 allegato al doc. 110). Dal punto di vista psichiatrico, infine, risulta assodato che l'assicurato non ha mai sofferto di alcuna patologia incapacitante (cfr. consid. 13.2). In definitiva, non essendovi alcun indizio che permetta di sospettare l'esistenza di un'incapacità lavorativa precedente l'operazione alla spalla destra, né d'altro canto essendo mai stata una tale circostanza pretesa dal ricorrente, questo Tribunale ritiene di poter seguire l'indicazione posta dal SMR nel rapporto del 6 dicembre 2018 (doc. 148) e considerare l'interessato completamente abile al lavoro in attività adeguate fino alla data dell'intervento alla spalla.

#### **E. 13.4.3**

Nel complemento del 26 febbraio 2018 il dott. F. \_\_\_\_\_ ha precisato di ritenere l'interessato completamente abile al lavoro in un'attività adeguata a 4 mesi dall'intervento alla spalla destra ossia dal 23 febbraio 2015 (erroneamente indicando 2016). Alla medesima

conclusione è giunto pure il dott. L.\_\_\_\_\_, che nella perizia reumatologica del 4 giugno 2018, confermata dal complemento del 20 marzo 2019, ha ritenuto l'assicurato in grado di riprendere a svolgere un'attività adeguata durante l'intero arco della giornata ma con un rendimento ridotto del 20% a partire da circa quattro mesi dall'intervento di acromionplastica alla spalla destra. A tale conclusione il perito era giunto dopo aver raccolto l'anamnesi (in tale occasione il ricorrente non si è mai lamentato di particolari dolori alla spalla, a suo dire scomparsi a seguito dell'intervento di ottobre 2014), esperito l'esame clinico (che ha permesso di constatare una mobilità completa di entrambe le spalle, lievemente dolente a destra in fase terminale, ma senza chiari segni per un conflitto sottoacromiale o cedimenti ai test di tenuta) ed esaminato i referti strumentali (mettendo a confronto la MRI alla spalla destra di novembre 2013 con la radiografia alla spalla destra del 22 maggio 2018, dalla quale emergevano unicamente delle minime alterazioni degenerative a carico dell'articolazione acromio-clavicolare). Pur ritenendo la situazione invariata rispetto a quella esaminata dal dott. F.\_\_\_\_\_, a differenza del collega il dott. L.\_\_\_\_\_ ha esposto una valutazione più conservativa riguardo alla capacità lavorativa residua, ritenendo l'assicurato abile all'80% (inteso come riduzione del rendimento) in un'attività che non richiede particolari sollecitazioni per la colonna vertebrale e l'utilizzo intensivo del braccio destro, soprattutto in elevazione. La valutazione dei periti su tale punto è stata confermata anche dal medico SMR nell'annotazione del 7 maggio 2019, in cui ha spiegato che la stessa è in sintonia con la letteratura medica in materia, giusta la quale il recupero da un tale intervento chirurgico richiede in media circa tre mesi (fra il giorno dell'intervento e la guarigione completa), con pieno recupero delle possibilità di movimento. Il dott. E.\_\_\_\_\_ ha quindi chiarito che "in mancanza di complicazioni maggiori, abbiamo reputato quattro mesi (un mese supplementare) come un periodo congruo per permettere all'assicurato di ristabilirsi dall'operazione alla spalla". A ben vedere il medico SMR era già giunto alle medesime conclusioni il 23 aprile 2015, allorquando aveva ritenuto che a quattro mesi dall'operazione alla spalla destra poteva considerarsi ristabilito lo stato quo ante (doc. 92). Giova rilevare che il dott. H.\_\_\_\_\_ non ha espresso un'opinione contraria riguardo al momento in cui il ricorrente ha ritrovato l'abilità lavorativa. Nel rapporto del 26 agosto 2015 egli ha affermato in particolare che a seguito dell'operazione alla spalla destra la situazione valetudinaria risultava ormai stabilizzata e che un'attività adeguata alle limitazioni funzionali poteva essere svolta nella misura massima del 70% (cfr. doc. 101). Né il dott. G.\_\_\_\_\_, né altri medici interrogati espongono una diversa e attendibile valutazione su tale aspetto, come pure sull'entità della residua capacità lavorativa (si cfr. doc. 99, 121). Giova infine rilevare - come rettamente fatto dal SMR nell'annotazione del 20 febbraio 2020 (doc. 177), riferendosi alle visite fisiatriche riabilitative che sono succedute all'intervento chirurgico (in particolare quella del 3 febbraio 2015) - che a fronte dei blandi referti clinici e della terapia messa in atto (10 sedute di fisioterapia in 3 settimane) e in assenza inoltre di altri certificati medici immediatamente posteriori che riferissero di complicazioni intervenute, non vi erano elementi oggettivi che permettevano di riconoscere un'inabilità lavorativa totale o superiore a quella riconosciuta al di là del 23 febbraio 2015. In conclusione risulta quindi provato con il grado della verosimiglianza valido nelle assicurazioni sociali che, a partire dal 23 febbraio 2015, l'assicurato era in grado di riprendere a svolgere un'attività sostitutiva nella misura dell'80%.

#### **E. 14.1**

Per le ragioni appena esposte, questo Tribunale ritiene pertanto che la fattispecie, a seguito dei complementi istruttori approntati dall'amministrazione dopo il rinvio, sia stata sufficientemente acclarata dal profilo medico per quanto attiene alla situazione esistente fino al momento della pronuncia della decisione impugnata (determinante ai fini processuali). Da nuovi approfondimenti peritali - siano essi ordinati da questo Tribunale o dall'amministrazione - non vi sarebbe infatti da attendersi nuovi riscontri decisivi (sulla legittimità di una rinuncia a misure istruttorie complementari non necessarie, si cfr. la DTF 136 I 229 consid. 5.3 e la sentenza del TF 8C\_133/2019 del 20 agosto 2019 consid. 3.3 con rinvii). Giova a tal proposito rilevare che con complemento del 1° aprile 2019 il SAM ha preso posizione in modo dettagliato e convincente riguardo alle contestazioni mosse dal ricorrente in sede di audizione, che risultano sostanzialmente sovrapponibili a quelle sollevate pendente ricorso. A livello psichiatrico è stata in particolare esclusa la necessità di ulteriori approfondimenti psicologici e neuropsicologici - per altro neppure richiesti da questo Tribunale nell'ambito del rinvio - essendo stato ritenuto sufficiente l'esame clinico dell'assicurato.

#### **E. 14.2**

Sui documenti esibiti dal ricorrente in sede di ricorso ha inoltre avuto modo di esprimersi dettagliatamente il dott. E.\_\_\_\_\_, che nelle annotazioni SMR del 20 dicembre 2019 e del 20 febbraio 2020 ha chiarito il motivo per cui tali referti non erano suscettibili di mettere in dubbio le valutazioni peritali. Al riguardo, il medico SMR ha rilevato che dagli esami strumentali del 27 settembre 2019 e del 28 ottobre 2019, dagli esami di laboratorio del 28 settembre 2019, come pure dal referto ortopedico del 19 novembre 2019 non emerge alcun elemento clinico rilevante e influente sulla capacità lavorativa e sulla funzionalità in un'attività adeguata (al piede sinistro e destro, in particolare, non vi è nessuna evidente lesione, ma unicamente dei reperti degenerativi verosimilmente presenti da anni). Neppure dal referto neurologico del 25 novembre 2019, da quello fisiatrico del 13 dicembre 2019 e da quello ortopedico del 16 gennaio 2020 emergono elementi suscettibili di influire sulla decisione impugnata, evidenziando gli stessi unicamente la presenza di una protrusione discale C5-C6 senza conflitto radicolare e una tallodinia in miglioramento. 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).

#### **E. 15**

Malgrado l'aspetto non è contestato dal ricorrente occorre apportare alcuni correttivi al calcolo del tasso d'invalidità eseguito dall'amministrazione. Al riguardo va rilevato che

l'anno determinante per il raffronto dei redditi, trattandosi di una nuova domanda di rendita, non è il 2016, come ritenuto dall'autorità inferiore, bensì il 2014, anno della decorrenza del diritto alla rendita (sentenza del TF I 471/05 del 11 maggio 2006 consid. 3.2). Ne consegue che per stabilire il reddito da invalido occorre riferirsi alla tabella ISS 2014 (già pubblicata al momento dell'emanazione della decisione impugnata), secondo cui in attività semplici e ripetitive (categoria totale, livello 1, uomini, a un orario lavorativo usuale di 41.7 ore/settimanali) e conto tenuto della riduzione di rendimento (20%), l'assicurato avrebbe potuto conseguire nel 2014 un reddito di fr. 53'162.50. Va inoltre segnalato che, contrariamente a quanto richiesto nella sentenza di rinvio, l'amministrazione non ha parallelizzato il reddito da valido, nonostante nel caso concreto le condizioni per procedere in tal senso fossero date. Infatti, secondo le dichiarazioni del datore di lavoro (cfr. e-mail del 14 agosto 2018 [doc. 131]) il ricorrente avrebbe continuato a percepire, come nel 2010, anche per gli anni successivi un reddito di fr. 52'000.-. Conto tenuto del fatto che tale importo diverge in maniera importante rispetto a quello che egli avrebbe potuto percepire in un'attività equivalente secondo i dati statistici (cfr. tabella ISS 2014 che prevedeva, per un'attività semplice e non qualificata [livello 1, uomini] nel settore trasporto e magazzinaggio [49-53] un reddito mensile di fr. 5'481.- corrispondente ad annuali fr. 65'772.-), si sarebbe dovuto procedere a una parallelizzazione della parte percentuale eccedente la soglia del 5% (DTF 135 V 297 consid. 6.1.3), pari in concreto a 15.9%, ottenendo così un reddito da valido corrispondente a fr. 60'268.-. Nonostante i correttivi indicati sopra ed anche volendo riconoscere una riduzione giurisprudenziale massima dal reddito da invalido del 25% (le cui condizioni non sono comunque, di primo acchito, date nelle fattispecie), non si raggiungerebbe comunque un grado di invalidità sufficiente per riconoscere il diritto a una rendita AI ( $\{60'268 - [53'162.50 - 25\%]\} / 60'268 \times 100 = 33.8\%$ ). Anche sotto questo aspetto la decisione impugnata - pur con le correzioni di cui sopra - è pertanto meritevole di conferma.

#### **E. 16**

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

#### **E. 17.1**

Con decisione incidentale del 21 ottobre 2019, il Tribunale amministrativo federale ha accolto la domanda di assistenza giudiziaria, nel senso della dispensa dal versamento delle spese processuali, formulata nel gravame del 26 agosto 2019. Non sono pertanto prelevate delle spese processuali (art. 63 PA in combinazione con l'art. 6 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]).

#### **E. 17.2**

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

#### **E. 17.3**

L'insorgente è pure stato posto al beneficio del gratuito patrocinio. L'avv. Immacolata Iglione Rezzonico è stata nominata quale difensore d'ufficio nella presente procedura. L'assicurato ha quindi diritto alla concessione di un'indennità per spese di patrocinio (art. 12 TS-TAF in relazione con gli articoli da 8 a 11 TS-TAF).

### **E. 17.3.1**

Giusta l'art. 14 cpv. 1 TS-TAF, le parti che chiedono la rifusione di spese ripetibili e gli avvocati d'ufficio devono presentare al Tribunale, prima della pronuncia della decisione, una nota particolareggiata delle spese. Se non viene prodotta una nota spese particolareggiata, come nel caso concreto, il giudice fisserà un'indennità sulla base degli atti (art. 14 cpv. 2 TS-TAF).

### **E. 17.3.2**

Secondo giurisprudenza, nell'ambito del suo potere d'apprezzamento, il Tribunale di prima istanza determina l'onorario dell'avvocato in funzione dell'importanza e delle difficoltà della lite nonché dell'ampiezza del lavoro e del dispendio orario (cfr. sentenza del Tribunale federale 9C\_284/2012 del 18 maggio 2012 consid. 6).

### **E. 17.3.3**

Per valutare l'importanza del lavoro e del tempo consacrato, occorre tenere conto del fatto che la procedura in materia di assicurazioni sociali è retta dalla massima inquisitoria, ciò che, di solito, facilita il compito del mandatario. Quanto all'attività di quest'ultimo suscettibile di essere considerata, essa non può comprendere le azioni inutili o superflue. Inoltre, le iniziative intraprese prima della promozione della fase processuale non possono essere ritenute (cfr. sentenza del Tribunale federale I 452/05 del 27 novembre 2006 consid. 5.5 e relativi riferimenti).

### **E. 17.3.4**

Il caso in esame, pur essendo stato preceduto da una precedente procedura giudiziaria, non è particolarmente complesso dal punto di vista dei fatti, ritenuto che, in esecuzione della sentenza di rinvio, l'amministrazione ha per lo più raccolto i referti medici richiesti da questo Tribunale al fine di completare l'istruttoria. La nuova documentazione medica versata agli atti, non è eccessivamente voluminosa e la fattispecie non pone questioni in diritto di particolare difficoltà, né questioni che nell'ambito delle precedenti procedure amministrative e giudiziarie non erano già state affrontate. L'attività utile e necessaria dell'avvocato si è peraltro limitata alla stesura del ricorso (7 pagine) e dei brevi complementi (consid. E.a) e dell'atto di replica (consid. E.d). Le ulteriori osservazioni posteriori alla duplica non appaiono per contro di particolare rilevanza (consid. E.f). Stando così le cose, in assenza di una nota dettagliata, questa Corte ritiene adeguata un'indennità forfetaria di patrocinio di fr. 2'800.

### **E. 17.4**

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).