

BVGer C-5202/2017 vom 6. Februar 2019

Bundesverwaltungsgericht, 2019-02-06, IT

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bvger_C-5202_2017

FR: TAF C-5202/2017 du 6 février 2019

IT: TAF C-5202/2017 del 6 febbraio 2019

Regeste

Revisione della rendita

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) ed altresì l'anticipo relativo alle spese processuali è stato versato nel termine impartito.

E. 2.1.1

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

E. 2.1.2

Nell'evenienza concreta, la decisione impugnata, con cui è stata respinta la nuova richiesta di prestazioni AI del 4 dicembre 2012, è stata emessa il 3 luglio 2017. Ne consegue che sono applicabili le modifiche legislative di cui alla 6a revisione in vigore dal 1° gennaio

2012 e le successive modifiche (RU 2011 5659; FF 2010 1603), pur non comportanti cambiamenti rispetto al diritto precedente in merito alla valutazione dell'invalidità, entrate in vigore fino alla data della decisione impugnata, ritenuto che l'eventuale diritto alla rendita potrebbe sorgere al più presto il 1° giugno 2013 (ossia sei mesi dopo la presentazione della domanda di prestazioni ex art. 29 cpv. 1 LAI).

E. 2.2

Giova altresì rilevare che il potere cognitivo di questo Tribunale è delimitato dalla data della decisione impugnata, in concreto il 3 luglio 2017. Il giudice delle assicurazioni sociali esamina infatti la decisione impugnata sulla base della situazione di fatto esistente al momento in cui essa è stata resa (DTF 136 V 24 consid. 4.3). Tiene tuttavia conto dei fatti verificatisi posteriormente quando essi possono imporsi quali elementi d'accertamento retrospettivo della situazione anteriore alla decisione stessa (DTF 129 V 1 consid. 1.2 e 121 V 362 consid. 1b), in altri termini se gli stessi sono strettamente connessi all'oggetto litigioso e se sono suscettibili di influire sull'apprezzamento del giudice al momento in cui detta decisione litigiosa è stata resa (cfr. 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. 3

Il TAF applica il diritto d'ufficio, senza essere vincolato in nessun caso dai motivi del ricorso (art. 62 cpv. 4 PA). In virtù dell'art. 12 PA e dell'art. 19 PA in relazione con l'art. 40 della legge federale di procedura civile del 4 dicembre 1947 (PCF, RS 273), il Tribunale accerta i fatti determinanti per la soluzione della controversia, assume le prove necessarie e le valuta liberamente. Le parti sono tenute a cooperare all'accertamento dei fatti (art. 13 PA) ed a motivare il proprio ricorso (art. 52 PA). Ne consegue che l'autorità di ricorso adita si limita di principio ad esaminare le censure sollevate, mentre le questioni di diritto non invocate dalle parti solo nella misura in cui queste emergono dagli argomenti delle parti o dall'incarto (DTF 122 V 157 consid. 1a; 121 V 204 consid. 6c e sentenza del TAF C-6034/2009 del 20 gennaio 2010 consid. 2).

E. 4.1

Il ricorrente è cittadino di uno Stato membro della Comunità europea, per cui è applicabile, di principio, l'ALC (RS 0.142.112.681), entrato in vigore il 1° giugno 2002.

E. 4.2

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).

E. 4.3

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.

E. 4.4

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).

E. 4.5

Il regolamento (CE) n. 883/2004 è stato inoltre 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).

E. 5.1

Oggetto del contendere è il diritto di A. _____ di percepire prestazioni d'invalidità, segnatamente per il peggioramento dello stato di salute che sarebbe intervenuto dopo la soppressione, in data 29 giugno 2012, della rendita d'invalidità erogata fino al 31 gennaio 2012 (consid. C.c).

E. 5.2

Dal canto suo l'assicurato non pretende in modo esplicito l'erogazione di una rendita AI, ma contesta la valutazione operata dall'amministrazione dal punto di vista medico. Egli chiede quindi di annullare la decisione impugnata e di completare l'istruttoria tenendo conto dei nuovi rilevanti aspetti medici che pur essendo stati prodotti in sede di audizione, non sarebbero stati a suo dire considerati. Il ricorrente non ha per contro contestato gli accertamenti economici.

E. 5.3

Dal canto suo l'autorità inferiore, rilevando di aver già debitamente tenuto conto della nuova documentazione medica prodotta, la quale prima dell'emissione della decisione impugnata era stata sottoposta al SMR, ha indicato che dalla stessa non emergono elementi che permettano di ritenere in maniera convincente e oggettivamente l'esistenza di un'incapacità lavorativa superiore a quella accertata o che giustificano l'esecuzione di ulteriori indagini.

E. 6.1

In base all'art. 8 cpv. 1 LPGA è considerata invalidità l'incapacità al guadagno totale o parziale presumibilmente permanente o di lunga durata. L'art. 4 cpv. 1 LAI precisa che

l'invalidità può essere conseguente ad infermità congenita, malattia o infortunio; il cpv. 2 della stessa norma stabilisce che l'invalidità è considerata insorgere quando, per natura e gravità, motiva il diritto alla singola prestazione.

E. 6.2

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

E. 6.3

L'assicurato ha diritto ad una rendita intera se è invalido per almeno il 70%, a tre quarti di rendita se è invalido per almeno il 60%, ad una mezza rendita se è invalido per almeno la metà e ad un quarto di rendita se è invalido per almeno il 40% (art. 28 cpv. 2 LAI). In seguito all'entrata in vigore dell'Accordo bilaterale, la limitazione prevista dall'art. 29 cpv. 4 LAI, secondo il quale le rendite per un grado d'invalidità inferiore al 50% sono versate solo ad assicurati che sono domiciliati e dimorano abitualmente in Svizzera (art. 13 LPGGA), non è più applicabile se l'assicurato è cittadino dell'UE (DTF 130 V 253 consid. 2.3).

E. 6.4

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

E. 6.5

La nozione d'invalidità di cui all'art. 4 LAI e 8 LPGGA è un concetto di carattere economico-giuridico e non medico (DTF 116 V 246 consid. 1b e 110 V 273; v. pure sentenze del TF 8C_636/2010 del 17 gennaio 2011 consid. 3 e 9C_529/2008 del 18 maggio 2009). In base all'art. 16 LPGGA, applicabile per il rinvio dell'art. 28a cpv. 1 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). In altri termini, l'assicurazione svizzera per l'invalidità risarcisce 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 (metodo generale del raffronto dei redditi).

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 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

Secondo la giurisprudenza del Tribunale federale, 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 (sentenza del Tribunale federale I 870/05 del 2 maggio 2007; DTF 130 V 343 consid. 3.5). Peraltro, per procedere alla revisione di una rendita d'invalidità occorre che il grado d'invalidità abbia subito una notevole modifica (art. 17 cpv. 1 LPGA).

E. 7.4

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 [RS 831.201]).

E. 7.5

Se l'amministrazione entra nel merito della domanda deve esaminare la fattispecie da un punto di vista materiale e, in particolare, verificare se la modifica del grado di invalidità si è effettivamente realizzata (DTF 109 V 115).

E. 7.6

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. 7.7

In ogni caso la revisione della rendita è possibile unicamente se, posteriormente alla pronuncia della decisione iniziale, la situazione invalidante è effettivamente mutata. Non basta invece che una situazione, rima-sta sostanzialmente invariata, sia valutata in modo diverso (RCC 1987 p. 38 consid. 1a e 1985 pag. 336).

E. 8.1

Al fine di accertare se il grado di invalidità si è modificato in maniera tale da influire sul diritto alle prestazioni, si deve confrontare, da un lato, la situazione di fatto relativa all'ultima decisione cresciuta in giudicato che è stata sottoposta ad esame materiale tramite contestuale accertamento pertinente dei fatti, apprezzamento delle prove e confronto dei redditi, e, dall'altro lato, la situazione di fatto vigente all'epoca del provvedimento litigioso (sentenza del TF I 759/06 del 5 settembre 2007; DTF 133 V 108, 130 V 71 consid. 3.2).

E. 8.2

Alla luce della sentenza del 9 novembre 2015 (inc. C-5209/2013) con cui questo Tribunale aveva annullato la precedente decisione del 26 luglio 2013 e rinviato gli atti di causa all'UAIE per completare l'istruttoria (cfr. doc. 221), nell'evenienza concreta il periodo di riferimento nell'ambito della presente vertenza è quello intercorrente tra il 29 giugno 2012 (data della decisione con cui all'assicurato è stata assegnata una rendita limitata nel tempo fino al 31 gennaio 2012 [doc. 164]) e il 3 luglio 2017, data della decisione impugnata (doc. 262).

E. 9.1

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

E. 9.2

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; Hans-Jakob Mosimann, Zum Stellenwert ärztlicher Beurteilungen, in: Aktuelles im Sozialversicherungsrecht, 2001, pag. 266).

E. 9.3

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 conclusione. 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. 9.4

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 assurge 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).

E. 9.5

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. 9.6

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. 10.1

Nell'ambito della seconda domanda di prestazioni del 4 aprile 2011 (cfr. consid. C), l'UAIE si era fondato sostanzialmente sugli atti medici risultanti dalla pratica LAINF per attribuire

la rendita intera a tempo determinato dal 1° ottobre 2011 al 31 gennaio 2012 (in particolare sul rapporto del 15 novembre 2011 del dr. I. _____, specialista in chirurgia ortopedica [doc. 21 inc. INSAI]), così come sulle conclusioni del dr. J. _____, specialista in chirurgia ortopedica e traumatologia dell'apparato locomotore (rapporti del 31 agosto e del 19 dicembre 2011 [doc. 138 e 152]) e del dr. K. _____, specialista in chirurgia del SMR (rapporto finale del 20 settembre 2011 [doc. 139]).

E. 10.2

Gli specialisti avevano posto le seguenti diagnosi con influsso sulla capacità lavorativa (doc. 139 p. 1 e doc. 21 pp. 3-4 inc. INSAI): rottura massiva della cuffia dei rotatori, tendinopatia capo lungo del bicipite branchiale, borsite sotto acromiale della spalla sinistra in esiti di ricostruzione del sovra ed infraspinato (8 aprile 2010); stato dopo re-intervento spalla sinistra (luglio 2011); deficit funzionale completo di forza arto superiore destro; stato dopo intervento alla spalla destra di ricostruzione del tendine sovraspinato (30 maggio 2006). Riguardo ai limiti funzionali il dr. I. _____ aveva ritenuto l'assicurato in grado di portare fino all'altezza dei fianchi pesi molto leggeri fino a 5 kg senza limitazione, pesi leggeri da 5 kg a 10 kg spesso, pesi medi da 10 kg a 25 kg di rado e pesi oltre 25 kg mai; di sollevare di rado oltre l'altezza del petto pesi fino a 5 kg e mai oltre i 5 kg; di maneggiare attrezzi leggeri senza limitazione, attrezzi medi spesso, attrezzi pesanti talvolta e molto pesanti mai; di eseguire lavori di precisione senza limitazione, lavori manuali rozzi talvolta. Non erano state riscontrate limitazioni per la rotazione della mano e del tronco, per l'utilizzo delle due mani, per la posizione inginocchiata e per la flessione delle ginocchia, come pure per l'assunzione di posizione seduta, in piedi e inclinata in avanti, anche per lungo tempo; per contro solo di rado l'assicurato può eseguire lavori sopra la testa. L'interessato può infine camminare per lunghi tratti, anche su terreni accidentati senza limitazioni, solo talvolta può salire le scale a pioli (doc. 21 p. 5 inc. INSAI). Dal canto suo il dr. J. _____ aveva precisato che "per quanto riguarda la problematica legata alla spalla sinistra in stato dopo ricostruzione della cuffia e decompressione il paziente ha ottenuto un'articolarietà pressoché completa. La forza è ancora in progressione indicando che vi è ancora un margine di miglioramento, ma risulta comunque affaticabile per gli sforzi. Non è l'arto dominante. Al contrario dalla parte destra mostra un deficit completo della forza del sovraspinato in stato dopo ricostruzione (...). Il paziente risulta, come detto precedentemente, gessatore e la situazione globale non gli permette di poter affrontare nemmeno dal lato teorico tale professione (doc. 138 e 152).

E. 10.3

Nell'ambito della procedura AI il dr. K. _____ nel rapporto SMR del 20 settembre 2011 aveva quindi attestato un'incapacità lavorativa in qualsiasi professione dall'11 marzo 2010 al 30 agosto 2011, data oltre la quale l'assicurato avrebbe potuto svolgere una professione sostitutiva adeguata nella misura del 100%, ma non più quella di gessatore (doc. 139). In esito ai propri accertamenti l'INSAI aveva invece protratto l'incapacità lavorativa totale fino al 31 dicembre 2011 (doc. 149), chiudendo il caso a partire da tale data e considerando dal giorno successivo l'interessato completamente abile a svolgere un'attività sostitutiva (pur prendendo atto del fatto che quest'ultimo aveva ripreso a svolgere con un rendimento ridotto del 25-30% la precedente attività - doc. 163).

E. 11.1

Per valutare la terza richiesta di prestazioni del 4-5 dicembre 2012, l'autorità inferiore si è dapprima fondata sugli accertamenti svolti dall'assicuratore malattia E._____, in particolare sulla perizia del 19 febbraio 2013 del dr. F._____.

E. 11.1.1

Nel suddetto rapporto, il dr. F._____ aveva diagnosticato le seguenti patologie (doc. 10 p. 6 inc. E._____): Sindrome lombospondilogenica cronica a sinistra in/con: o turbe statiche modiche del rachide (ipercifosi toracale con raddrizzamento lombare); o alterazioni degenerative: L4/5 condrosi con protrusione discale e L4/S1 osteocondrosi, spondilosi e protrusione ad ampio raggio con restringimento foraminale bilaterale. Gonalgia destra di tipo meccanico senza limitazioni funzionali evidenti; ecografia del 18 settembre 2012: tendoperiostosi inerzionale del tendine del quadricipite nella rotula. Esiti da ricostruzione della cuffia dei rotatori della spalla sinistra per lesione tendinea post-traumatica (infortunio ed operazione nel 2010) con successiva revisione artroscopica per nuova rottura (2011), caso INSAI chiuso con assegnazione di una rendita di invalidità del 20%. Esiti da ricostruzione della cuffia dei rotatori della spalla destra per rottura degenerativa (2006) con disturbi algici e funzionali residuali nell'ambito di una probabile nuova rottura. Cardiopatia ischemica con stato dopo infarto miocardico (2000); successiva riformazione professionale tramite AI. Broncopatia cronica ostruttiva (dato anamnestico). Riguardo alle conseguenze sulla capacità lavorativa, il dr. F._____ ha riferito che "l'insieme dei disturbi lombari e degli arti inferiori non pregiudica la ripresa dell'attività lucrativa svolta di stuccatore a condizione che il paziente possa evitare l'alzare e spostare pesi maggiori di 15kg, limitazione già dettata dalle patologie di entrambe le spalle almeno dal 2011 (secondo la valutazione del 19 dicembre 2011 del dr. J._____); A._____ può quindi riprendere il suo lavoro a partire da subito nella misura della rendita SUVA concessa; è comunque ovvio che un'attività richiedente spesso se non addirittura prevalentemente lavori manuali sopra l'altezza della testa non è di certo ideale per le patologie presenti in entrambe le spalle (e ritenuta non più proponibile dal Dott. J._____ già nel 2011)". Il perito ha quindi valutato globalmente la capacità funzionale residuale dell'assicurato, precisando di aver tenuto conto anche della patologia ad ambo le spalle, nella maniera seguente (doc. 10 pp. 8-9 inc. E._____): sollevamento e/o nel trasporto di pesi molto leggeri fino a 5 kg normale, di pesi leggeri fino a 10 kg lievemente ridotta, di pesi medi fino a 25 kg molto ridotta e nulla per i pesi oltre 25 kg, sopra il piano delle spalle ridotta fino a 5 kg, nulla al di sopra; manipolazione di oggetti e attrezzi leggeri e di precisione normale, come pure per l'impiego delle due mani all'altezza di un tavolo, lievemente ridotta per quelli medi e molto ridotta o nulla per quelli pesanti o molto pesanti, come pure per l'esecuzione di movimenti ripetitivi delle braccia con un'abduzione e/o elevazione maggiore di 40°. La capacità di assumere determinate posizioni di lavoro è stata considerata normale per la posizione seduta e piegata in avanti (non oltre 1 ora senza interruzione) e con ginocchia in flessione, lievemente ridotta nella rotazione del tronco e nella posizione eretta e piegata in avanti (non oltre 2 ore senza interruzione), ridotta a braccia elevate. Normale è infine stata considerata la capacità di camminare per lunghi tratti, anche su terreni accidentati, come pure salire e scendere le scale (anche a pioli). Nel rispetto dei suddetti limiti funzionali, il dr. F._____ aveva quindi ritenuto esigibile l'esercizio in misura completa (per rendimento e presenza) di un'attività lavorativa sostitutiva, rammentando in proposito che l'interessato aveva già beneficiato di una riformazione professionale per un'attività lucrativa più confacente (aiuto meccanico di precisione).

E. 11.1.2

Pur avendo inserito le diagnosi di cardiopatia ischemica e di broncopatia cronica ostruttiva fra quelle senza influsso sulla capacità lavorativa, il dr. G._____ aveva fatto proprie le valutazioni peritali riguardanti la capacità lavorativa e le limitazioni funzionali nel rapporto finale SMR del 12 aprile 2014 (doc. 192) e le aveva confermate nelle annotazioni dell'8 e del 22 luglio 2013 (doc. 201 e 206).

E. 11.2

Chiamato a esprimersi sulla fattispecie, questo Tribunale aveva espresso delle perplessità riguardo alla completezza degli accertamenti svolti dall'autorità inferiore. Riguardo alla perizia del dr. F._____, eseguita per valutare innanzitutto i disturbi al rachide lombare, aveva considerato che la stessa non si fondasse su degli esami strumentali completi e aggiornati e non avesse esaminato a dovere le problematiche alle spalle (trattate nell'ambito della procedura LAINF e della precedente procedura AI). Oltre a ciò il Tribunale aveva ritenuto incomplete e inesatte le valutazioni del SMR riguardo alla documentazione medica prodotta in corso di causa: il peggioramento del quadro clinico attestato da tali documenti (insorgenza di un'ernia discale L4-L5 e di una protrusione discale L3-L4), avrebbe dovuto infatti indurre l'autorità inferiore ad indagare ulteriormente la fattispecie, ad esempio mediante una valutazione specialistica in ambito ortopedico/reumatologico/neurologico, onde accertare i fatti giuridicamente rilevanti (cfr. sentenza del TAF C-5209/2013 del 9 novembre 2015 consid. 15.1; doc. 221).

E. 12.1

Nell'ambito della nuova istruttoria avviata a seguito della suddetta sentenza, l'autorità inferiore ha chiesto un aggiornamento dell'incarto LAINF - nel quale figurano svariati rapporti del dr. L._____, specialista in chirurgia ortopedica e traumatologia dell'apparato locomotore, in relazione alla problematica alla spalla sinistra (doc. 91-92, 99, 101 inc. INSAI), il referto di artro-TAC alla spalla sinistra del 12 settembre 2013 (doc. 93 inc. INSAI) e l'apprezzamento medico del 12 febbraio 2014 della dr.ssa Netzer (doc. 104).

E. 12.2

Ha inoltre assunto agli atti la perizia pluridisciplinare del 15 settembre 2016 allestita dal dr. M._____ e dalla dr.ssa N._____, entrambi specialisti in medicina interna generale del SAM, e comprensiva delle valutazioni psichiatriche, reumatologiche, neurologiche, cardiologiche e pneumologiche (doc. 239).

E. 12.2.1

Dal rapporto peritale sono emerse le seguenti diagnosi con ripercussione sulla capacità lavorativa: Periartropatia omeroscapolare bilaterale con/su: o Sintomatologia di attrito bilaterale, o Rilevanti deficit funzionali, o Omartrosi e artrosi acromioclaveari bilaterali, o Lesioni delle cuffie rotatorie bilaterali, o Esiti da decompressione sottoacromiale con sutura della cuffia rotatoria, in artroscopia della spalla destra del 30 maggio 2006, o Esiti da ricostruzione del sovraspinato, decompressione sottoacromiale con acromioplastica, adesiolisi, in artroscopia della spalla destra del 23 marzo 2011, o Esiti da tenotomia del capo lungo del bicipite, sutura della cuffia rotatoria, in artroscopia alla spalla sinistra dell'8 aprile 2010, o Possibile minima lesione del plesso brachiale inferiore destro durante l'intervento alla spalla destra del 30 maggio 2006. Gonalgie anteriori a destra su nota gonartrosi. Sindrome cervicovertebrale cronica recidivante con/su: o Probabili alterazioni

degenerative plurisegmentali, o Disturbi statici del rachide (ipercifosi della dorsale alta con protrazione del capo). Sindrome lombospondilogenica cronica a destra con/su: o Alterazioni degenerative della colonna lombare (osteocondrosi L3-L4, L4-L5 con ernia discale L4-L5 foraminale ed extraforaminale a destra a contatto con la radice di L4 a destra, osteocondrosi L5-S1 con ernia discale L5-S1 foraminale a destra con compressione sulla radice di L5 a destra, spondilosi e spondilartrosi), o Disturbi statici del rachide (ipercifosi della dorsale alta con protrazione del capo, appiattimento della colonna dorsale intermedia, cadale e della colonna lombare, scoliosi sinistro-convessa dorsale, destro-convessa lombare), o Possibile lieve irritazione S1 a destra non deficitaria, o Decondizionamento e sbilanciamento muscolare. Le citate diagnosi sono state poste nel rapporto del 19 luglio 2016 (p. 8) del dr. O._____, specialista in reumatologia, e riprese alla lettera nell'ambito del referto pluridisciplinare (doc. 239 p. 25). Sono inoltre state riportate le seguenti diagnosi senza influsso sulla capacità lavorativa (doc. 239 p. 26): Ansia episodica parossistica (ICD-10 F 40.0). Cardiopatia ischemica con/su: o Pregresso infarto miocardico anteriore (marzo 2000), trattato con PTCA e stent a carico del RIVA, o FRCV (tabagismo, familiarità, dislipidemia). Aritmia parossistica sopraventricolare tipo AVNRT (tachicardie da rientro atrioventricolare di tipo nodale), con/su: o Trattamento con Flecainide, o Attualmente attacchi saltuari gestibili con manovra di Valsalva. Varicosi agli arti inferiori bilateralmente C2. Lieve trombocitopenia.

E. 12.2.2

Dal punto di vista reumatologico il dr. O._____ ha confermato la valutazione della capacità lavorativa stabilita dal dr. F._____ (doc. 10 inc. E._____) fino al 22 agosto 2013, momento in cui è stata prescritta dall'ortopedico curante, dr. L._____ un'incapacità lavorativa totale fino al 20 settembre 2013 (cfr. doc. 92 inc. INSAI). Oltre tale data, il perito ha ritenuto che l'assicurato presentasse una capacità lavorativa del 25% nell'attività abituale di gessatore (da intendersi come diminuzione del rendimento sull'arco di una normale giornata lavorativa di 8-9 ore), una capacità lavorativa dell'80% nelle attività domestiche e un'abilità lavorativa completa in un'attività sostitutiva adatta (cfr. rapporto peritale del 19 luglio 2016, p. 12). Riguardo ai limiti funzionali, il dr. O._____ ha ritenuto che l'assicurato fosse in grado di sollevare e portare fino all'altezza dei fianchi talvolta pesi fino a 3 kg, di rado pesi tra 3-5 kg, mai oltre 5 kg, né tantomeno sopra l'altezza del petto; di maneggiare molto spesso attrezzi di precisione, di rado attrezzi di media entità, mai attrezzi pesanti. Ha inoltre precisato che: "La rotazione manuale è normale. L'assicurato non può mai effettuare lavori sopra la testa, talvolta effettuare la rotazione del tronco, spesso assumere la posizione seduta ed inclinata in avanti, talvolta la posizione in piedi ed inclinata in avanti, talvolta assumere la posizione inginocchiata, molto spesso effettuare la flessione delle ginocchia, di rado assumere la posizione accovacciata. L'assicurato può assumere talvolta la posizione seduta di lunga durata, talvolta la posizione in piedi di lunga durata, dovendo avere la possibilità di alternare le posizioni corporee al bisogno da seduto ad eretto e viceversa, deve inoltre avere la possibilità di passare da attività tendenzialmente statiche ad altre svolte in movimento e viceversa, al bisogno. L'assicurato può spesso camminare fino a 50 metri, talvolta oltre i 50 metri, di rado camminare per lunghi tragitti, come pure talvolta camminare su terreno accidentato, può talvolta salire le scale, mai salire su scale a pioli".

E. 12.2.3

Dal punto di vista neurologico, per contro, l'assicurato è stato considerato totalmente abile al lavoro sia nella precedente attività che nello svolgimento delle mansioni casalinghe. Il perito ha inoltre precisato che in passato non risulta essere mai stata attestata un'inabilità lavorativa per motivi strettamente neurologici (cfr. rapporto peritale del 14 luglio 2016).

E. 12.2.4

Pure dal punto di vista pneumologico non è stata riscontrata alcuna limitazione né per la professione di gessatore, né per le attività domestiche, né tantomeno per qualsiasi attività leggera, moderata o medio-pesante, non essendovi nessuna patologia suscettibile di limitare la capacità lavorativa dell'interessato (cfr. rapporto peritale del 15 luglio 2016).

E. 12.2.5

Dal punto di vista cardiologico, la situazione dell'assicurato è stata ritenuta stabile e quest'ultimo è stato ritenuto abile al 100% in qualsiasi attività, compresa quella di gessatore (cfr. rapporto peritale del 22 luglio 2016).

E. 12.2.6

Infine, dal punto di vista psichiatrico l'assicurato è stato ritenuto da sempre abile al 100% in qualsiasi attività (cfr. rapporto peritale del 25 agosto 2016).

E. 12.2.7

Nella valutazione congiunta i periti hanno attestato un'incapacità lavorativa totale in qualsiasi professione dal 1° al 6 febbraio 2012 e in seguito nuovamente dal 15 settembre 2012 fino alla visita del dr. F._____ del 19 febbraio 2013 (doc. 239 p. 35). Essi hanno quindi confermato la bontà delle conclusioni tratte dal dr. F._____ in merito alla capacità lavorativa (cfr. consid. 11.1.1), quantomeno fino al 22 agosto 2013. A decorrere da tale data, conformemente a quanto indicato dal reumatologo sulla base delle indicazioni del dr. L._____, hanno considerato l'assicurato completamente inabile al lavoro (pp. 32-33). A partire dal 21 settembre 2013 i periti hanno dunque ritenuto che l'insorgente presentasse una capacità lavorativa come gessatore del 25%, da intendersi come riduzione del rendimento sull'arco di un'intera giornata di lavoro, riconducibile alle patologie alle spalle bilateralmente, al ginocchio destro e al rachide cervico-lombare (pp. 31-32). In un'attività sostitutiva rispettosa dei limiti funzionali elencati dal reumatologo, come pure in ambito domestico, sempre a partire dal 21 settembre 2013, l'assicurato è stato per contro considerato abile nella misura del 100% (p. 33).

E. 12.3

Le conclusioni a cui sono giunti i periti del SAM - ad eccezione di quella relativa all'abilità lavorativa nelle mansioni consuete (casalinghe) riprese direttamente dalla perizia reumatologica del dr. O._____ - sono state fatte proprie dal dr. H._____ nel rapporto finale SMR del 19 settembre 2016 (doc. 241).

E. 12.4

A seguito dell'emanazione del progetto di decisione del 27 aprile 2017 (doc. 250), il ricorrente ha prodotto con le osservazioni del 1° giugno 2017 (doc. 257) il rapporto del 28 aprile 2017 relativo al ricovero (dal 26 al 28 aprile) presso il reparto di cardiologia dell'ospedale P._____ in occasione del quale è stato svolto uno studio elettrofisiologico endocavitario e ablazione RF transcatetere volto a sanare la problematica di aritmia (tachicardia da rientro nodale atrioventricolare tipica), unitamente ai risultati delle analisi e

all'appuntamento per la visita cardiologica di controllo (prevista per il 26 ottobre 2017).

E. 12.5

In pendenza di ricorso, l'insorgente ha prodotto la medesima documentazione (doc. TAF 1), che prima dell'emanazione della decisione impugnata era stata valutata dal SMR.

Nell'annotazione del 8 giugno 2017 il dr. H. _____ aveva ritenuto che l'intervento documentato dalla suddetta documentazione, non giustificasse una prolungata incapacità lavorativa (al massimo poche settimane). Egli aveva pertanto considerato che l'attuale capacità lavorativa dell'assicurato corrispondesse a quella indicata dai periti del SAM (doc. 258).

E. 13.1

Nella fattispecie l'autorità inferiore ha respinto la domanda di prestazioni del 4-5 dicembre 2012 non avendo riscontrato né un peggioramento significativo dello stato di salute di A. _____ rispetto a quanto riscontrato in occasione della decisione del 29 giugno 2012 (doc. 164) né tantomeno un grado d'invalidità pensionabile.

E. 13.2

Nell'ambito dell'esame della nuova domanda di rendita del 4-5 dicembre 2012, a seguito del rinvio da parte di questo Tribunale (sentenza del TAF C-5209/2013 del 9 novembre 2015) il caso dell'assicurato è stato indagato dal punto di vista psichiatrico, reumatologico, neurologico, cardiologico e pneumologico. Oltre a ciò, in concomitanza con la valutazione pluridisciplinare, sono stati esperiti tutta una serie di nuovi esami di laboratorio, radiologici, neurologici, pneumologici e cardiologici (doc. 239 p. 22-23). L'autorità inferiore ha quindi senz'altro ottemperato all'ingiunzione del TAF, andando addirittura oltre nell'accertamento del caso.

E. 13.2.1

La perizia pluridisciplinare del 15 settembre 2016 ha permesso da un lato di confermare le conclusioni in punto all'abilità lavorativa dell'interessato del dr. F. _____, che dal punto di vista strettamente reumatologico aveva considerato l'interessato interamente abile al lavoro in una professione idonea a partire dal 19 febbraio 2013. Dall'altro hanno consentito di fare chiarezza su alcuni aspetti non valutati in precedenza. Al riguardo si constata che dal punto di vista psichiatrico, neurologico, cardiologico e pneumologico i periti del SAM hanno descritto una situazione rimasta sostanzialmente stabile nel corso degli anni in assenza di patologie giustificanti alcun'incapacità lavorativa.

E. 13.2.2

Per quanto riguarda in particolare le problematiche di natura cardiaca, giova rilevare che in occasione della procedura di confronto, avviata con domanda del 4 aprile 2011, esse neppure erano entrate in linea di conto (cfr. rapporto finale SMR del 20 settembre 2011 [doc. 139]); mentre nell'ambito della procedura ancora precedente, avviata con domanda del 4 aprile 2006 (cfr. consid. B.b), tali affezioni derivanti dall'infarto miocardico subito nel 2000 erano state ritenute da tempo prive di influsso sulla capacità lavorativa (cfr. rapporto finale SMR del 12 dicembre 2006 [doc. 108]). Sebbene la nuova documentazione prodotta in sede di audizione dall'assicurato attesti un intervento al cuore di recente esecuzione (doc. 257), questo Tribunale concorda con l'amministrazione nel ritenere che tale circostanza non muti le conclusioni peritali riguardo all'influsso delle patologie cardiache sulla capacità lavorativa (consid. 12.4-12.5). I referti prodotti, non attestano infatti alcun periodo di

inabilità lavorativa, né riferiscono di alcuna riduzione della capacità funzionale residuale. Neppure figura agli atti un certificato del medico curante o di uno specialista che giunga a conclusioni differenti rispetto a quelle esposte dal perito del SAM, o che induca a sospettare che a seguito della valutazione peritale sia intervenuto un sensibile e duraturo cambiamento dello stato di salute dell'assicurato. Non era pertanto necessario, nel caso concreto, rivolgersi nuovamente ai periti del SAM per chiedere conferma delle conclusioni esposte nella valutazione peritale del 22 luglio 2016 (annessa al doc. 239), essendo sufficiente un riscontro del SMR. Non vi è dunque motivo per discostarsi dal parere esposto dal dr. H. _____, laddove riferisce che l'intervento in parola ha permesso di trattare in modo curativo la problematica dell'aritmia e che alla luce del decorso regolare e senza complicazioni è possibile riconoscere unicamente un'incapacità lavorativa di alcune settimane. Visto quanto sopra, è dunque mal riposta la critica del ricorrente: da un lato la documentazione prodotta è stata prontamente esaminata dal SMR prima dell'emanazione della decisione impugnata, dall'altro, non avendo apportato alcun ulteriore elemento che oggettivasse una durevole inabilità lavorativa, l'amministrazione non aveva motivo per indagare ulteriormente la fattispecie.

E. 13.2.3

Quanto agli aspetti reumatologici, sebbene sia stato riscontrato un graduale e progressivo aggravamento delle limitazioni funzionali (cfr. consid. 10.2, 11.1.1 e 12.2.2), tale evoluzione non ha avuto alcun influsso sulla capacità lavorativa e di guadagno dell'assicurato, il quale, ad eccezione di brevi periodi di incapacità lavorativa totale (ad esempio quella attestata dal dr. L. _____) è stato ritenuto sempre in grado di esercitare nella misura del 100% un'attività adeguata allo stato di salute. La professione abituale di gessatore, per contro, è stata considerata esigibile soltanto al 25%, grado comunque superiore a quello attestato in precedenza dal dr. F. _____ e dal dr. I. _____, in occasione della valutazione conclusiva commissionata dall'INSAI e sulla quale l'UAIE si era basata per decidere la soppressione della rendita a partire dal 1° febbraio 2012 (doc. 164). Di transenna, questo Tribunale segnala che nell'ambito della valutazione peritale, il dr. O. _____ parrebbe avere considerato unicamente il primo certificato di incapacità lavorativa del dr. L. _____ (dal 22 agosto al 20 settembre 2013), allorché un secondo certificato aveva prolungato di un mese la suddetta inabilità (doc. 96 inc. INSAI). Ai fini del presente giudizio, tale circostanza risulta tuttavia irrilevante ed ha come unico effetto quello di posticipare al 20 ottobre, anziché il 20 settembre 2013, il momento in cui è nuovamente data la piena capacità lavorativa in una professione adeguata.

E. 13.2.4

Alla luce dei referti medici agli atti, possono quindi essere confermati i periodi di inabilità lavorativa ritenuti dall'autorità inferiore a partire dal febbraio 2012, per altro neppure contestati dal ricorrente. È quindi possibile ritenere che vi è stata un'incapacità lavorativa al 100% in qualsivoglia attività nei seguenti periodi: dal 1° al 6 febbraio 2012 (6 giorni), dal 19 giugno al 3 luglio 2012 (15 giorni), dal 15 settembre 2012 al 18 febbraio 2013 (156 giorni), dal 22 agosto al 20 settembre 2013 (30 giorni). A tali periodi va inoltre aggiunto quello intercorrente dal 20 settembre al 20 ottobre 2013, prolungamento dell'incapacità lavorativa già prescritta in precedenza dal dr. L. _____ (doc. 96 inc. INSAI) e, come detto, non considerato né nella perizia pluridisciplinare né dall'UAIE. Al di là di tale data, non figura nell'incarto alcun ulteriore attestazione di inabilità lavorativa (nonostante il dr. L. _____ avesse prospettato sul finire del 2013 l'eventualità di un nuovo intervento di

artroscopia con acromionplastica alla spalla sinistra, per finire mai eseguito [cfr. doc. 97 e 101 inc. INSAI]). Sulla scorta dell'annotazione SMR dell'8 giugno 2017 del dr. H._____ potrebbe eventualmente entrare ancora in linea di conto un'incapacità lavorativa totale di due settimane per l'intervento di ablazione tramite radiofrequenza del 27 aprile 2017, dunque per il periodo compreso tra il 26 aprile, giorno del ricovero, e il 10 maggio 2017.

E. 13.3.1

Eseguita conformemente ai criteri giurisprudenziali menzionati sopra la perizia pluridisciplinare appare senz'altro completa, concludente e attendibile. Alla luce di quanto esposto sopra e in assenza referti oggettivi dai quali emergano valutazioni contrastanti, questo Tribunale non vede alcun motivo per discostarsi dalle conclusioni dei periti del SAM e del SMR.

E. 13.3.2

Risulta quindi provato, con il grado della verosimiglianza preponderante valido nelle assicurazioni sociali, che nessun cambiamento significativo dello stato di salute è subentrato dall'ultima decisione cresciuta in giudicato che è stata sottoposta ad esame materiale. Da un punto di vista psichiatrico, reumatologico, neurologico, cardiologico e pneumologico una ripresa lavorativa in attività sostitutive, rispettose dei limiti funzionali riscontrati è pertanto esigibile nella misura del 100% a decorrere dal mese di ottobre 2013 (cfr. consid. 13.2.3). In tal senso dal consulente all'integrazione professionale sono stati indicati dei lavori non qualificati, ad esempio imballaggio e controllo in una fabbrica, di aiuto amministrativo, di vendita al dettaglio ad esempio in una stazione di benzina, ecc.; una riqualifica professionale che comporta l'apprendimento di nozioni teoriche, per contro, non è stata ritenuta proponibile (doc. 246).

E. 13.4

Dal raffronto dei redditi eseguito sulla base dei dati esposti dal consulente all'integrazione professionale - non contestati dall'assicurato - ne è quindi scaturito un discapito economico del 15%, corrispondente a quello calcolato nella decisione del 29 giugno 2012 sulla base dei dati statistici per attività leggere, generiche e non qualificate, di tipo semplice e ripetitivo sia nel settore secondario che terziario (cfr. doc. 164 p. 10). Allora come oggi, tale grado d'invalidità risulta troppo basso sia per l'attribuzione di una rendita AI, che per il riconoscimento di provvedimenti professionali, comunque scartati dal consulente all'integrazione professionale (doc. 246). Riguardo al tasso d'invalidità calcolato dall'amministrazione questo Tribunale non ha nulla da obiettare. Infatti neppure ammettendo che il reddito da valido ritenuto dall'autorità inferiore (fr. 62'769.00) sia inferiore alla media dei salari per un'attività equivalente nel settore economico nel quale lavorava l'interessato (fr. 67'941.82 - calcolato secondo i dati della tabella ISS-2012 redatta dall'Ufficio federale di statistica per delle attività non qualificate [livello 1, uomini], nel settore dell'edilizia [41-43], per 41.5 ore/settimana e indicizzato al 2013 [anno di riferimento per il raffronto dei redditi, mediante l'indice dei salari nominali valido per gli uomini fra il 2011-2015 {T1.1.10, settore costruzioni}]) e procedendo dunque ad un parallellismo della parte percentuale eccedente la soglia del 5% (DTF 135 V 297 consid. 6.1.3), pari in concreto a 2.61% (il reddito da valido corrisponderebbe a fr. 64'407.27), sarebbe possibile giungere a grado di invalidità sufficiente per riconoscere il diritto ad almeno un quarto di rendita.

E. 14

Da quanto esposto, ne consegue che il ricorso, manifestamente infondato, non merita tutela e la decisione impugnata, va confermata. Il giudice dell'istruzione, anteriormente o posteriormente a uno scambio di scritti, decide quale giudice unico, con motivazione sommaria, i ricorsi manifestamente infondati, pronunciandone la non entrata in materia o il rigetto (art. 85bis cpv. 3 LAVS in combinazione con l'art. 69 cpv. 2 LAI; cfr. anche la sentenza del TAF C-3936/2015 del 24 gennaio 2017 consid. 12; C-1257/2013 del 27 marzo 2013 consid. 4). Ne segue che la presente sentenza di rigetto del ricorso può essere resa a giudice unico.

E. 15.1

Visto l'esito della procedura, le spese processuali di fr. 800.-, sono poste a carico del ricorrente (art. 63 cpv. 1 e cpv. 5 PA nonché art. 3 lett. b del regolamento del 21 febbraio 2008 sulle tasse e sulle spese ripetibili nelle cause dinanzi al Tribunale amministrativo federale [TS-TAF, RS 173.320.2]). Esse vengono compensate con l'anticipo spese, di identico ammontare, versato dall'insorgente il 18 dicembre 2017 (doc. TAF 13).

E. 15.2

Al ricorrente, soccombente, non spetta altresì alcuna indennità per spese ripetibili della sede federale (art. 64 PA in combinazione con l'art. 7 cpv. 1 e 2 TS-TAF a contrario). Peraltro, le autorità federali, quand'anche vincenti, non hanno di principio diritto a un'indennità a titolo di ripetibili (art. 7 cpv. 3 TS-TAF), salvo eccezioni non ravvisabili nel caso concreto (v., fra l'altro, DTF 127 V 205).

Export aus OpenCaseLaw (CC0). Verbindlich ist allein der vom erlassenden Gericht veröffentlichte Originaltext. Quellen-URL siehe oben.