



Corte III
C-1134/2017

Sentenza del 1° ottobre 2018

Composizione

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

Parti

A. _____, (Italia),
ricorrente,

contro

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

Oggetto

Assicurazione per l'invalidità, nuova domanda di rendita
(decisione del 3 febbraio 2017).

Fatti:**A.**

A._____, cittadino italiano, nato il (...) 1956, coniugato con figli, ha lavorato in Svizzera nel 1974, 1980, 1981, 1982 e dal 1983 al 31 luglio 2006, solvendo regolari contributi all'assicurazione svizzera per la vecchiaia, i superstiti e l'invalidità (doc. 138 dell'incarto dell'Ufficio dell'assicurazione per l'invalidità per gli assicurati residenti all'estero, in seguito UAIE). Dal 1° agosto 1996 al 31 luglio 2006 l'assicurato era alle dipendenze della ditta B._____ di (...) in qualità di saldatore. Ha interrotto l'attività il 23 maggio 2006 e in seguito al licenziamento (doc. 31 e 153) è rientrato in Italia e non ha più lavorato (doc. 3, 124 e 135).

B.

B.a In data 7 marzo 2008, per il tramite dell'Istituto Nazionale di Previdenza Sociale (INPS), l'interessato ha depositato alla Cassa svizzera di compensazione una prima domanda volta al conseguimento di prestazioni dell'assicurazione svizzera per l'invalidità (doc. 4).

B.b Sulla base dei referti medici trasmessi, con rapporto finale del 16 gennaio 2009 (doc. 34), la dr.ssa C._____ del Servizio medico regionale (SMR), la cui specializzazione non è nota, ha posto le diagnosi con effetto sulla capacità lavorativa di cervicalgie con radicolopatia C5-C6 e disturbi degenerativi C3-C4, C5-C6, C6-C7 e lombalgia con disturbi degenerativi L2-L3, L3-L4, L5-S1, considerando l'assicurato totalmente inabile al lavoro nell'attività precedentemente esercitata di saldatore a partire dal 7 marzo 2008 e abile al 100% in attività adeguate.

B.c Con decisione del 15 aprile 2009 (doc. 50), l'UAIE ha respinto la domanda di prestazioni avendo accertato un grado di invalidità del 23% (doc. 47).

B.d Con sentenza del 3 maggio 2011 il Tribunale amministrativo federale (TAF) ha respinto il ricorso interposto contro la decisione dell'UAIE del 15 aprile 2009 (doc. 72).

C.

C.a In data 24 febbraio 2012 l'assicurato ha inoltrato una seconda richiesta di prestazioni dell'assicurazione per l'invalidità (doc. 75), producendo i for-

mulari E204 (doc. 74) e E207/E205 (doc. 73), la perizia medica particolareggiata E213 della dr.ssa J. _____ dell'11 luglio 2012 (doc. 78) e diversi referti medici (doc. 86 e segg.).

C.b Fondandosi sul rapporto finale del 18 ottobre 2012 della dr.ssa C. _____ del SMR (doc. 116), con decisione del 6 novembre 2012 (doc. 117), l'autorità inferiore ha concluso che la nuova documentazione medica non aveva reso plausibile un cambiamento della capacità di lavoro e di non aver dunque potuto esaminare la nuova domanda in virtù dell'art. 87 cpv. 3 OAI.

C.c Con sentenza del 5 novembre 2013, il Tribunale amministrativo federale ha respinto il gravame dell'assicurato (doc. 124), mentre con sentenza dell'8 gennaio 2014, il Tribunale federale ha dichiarato inammissibile il ricorso (doc. 127).

D.

D.a In data 9 maggio 2016 (doc. 133) l'assicurato ha trasmesso all'amministrazione una terza domanda di prestazioni corredata dai formulari E204 (doc. 134) ed E205 (doc. 135), mentre il 1° settembre 2016, l'INPS ha inoltrato all'UAIE la perizia particolareggiata E213 del 9 agosto 2016 redatta dalla dr.ssa D. _____, specializzata in igiene e medicina preventiva (doc. 145 e 146).

D.b In seguito alla richiesta dell'UAIE del 9 settembre 2016 (doc. 151), l'INPS ha trasmesso il questionario per l'assicurato UE (doc. 153) e diversa documentazione medica, in particolare relativa agli esami cardiologici, ortopedici e reumatologici, neurologici e oculistici eseguiti in Italia dal 2009 in avanti (doc. 157 a 179 e consid. 12.1).

D.c L'UAIE ha sottoposto la nuova documentazione al dr. E. _____ del SMR, specialista in medicina interna generale ed esperto medico SIM (Swiss Insurance Medicine). Quest'ultimo, nell'annotazione del 25 ottobre 2016 (doc. 182), ha ritenuto che nessuna delle nuove patologie attestate nei documenti trasmessi, era suscettibile di influire durevolmente sulla capacità lavorativa o giustificare nuove limitazioni funzionali. Di conseguenza, l'autorità inferiore, con progetto di decisione del 2 novembre 2016 (doc. 183), ha respinto la domanda di prestazioni dell'assicurazione per l'invalidità.

D.d Con decisione del 3 febbraio 2017 (doc. 190), l'autorità inferiore ha confermato il progetto di decisione del 2 novembre 2016.

E.

E.a Contro tale provvedimento l'interessato è insorto il 15 febbraio 2017 presso il Tribunale amministrativo federale, trasmettendo un breve scritto in cui affermava che l'incapacità al lavoro nell'ultima attività esercitata, così come in attività leggere, era del 100% poiché le patologie conosciute si erano ulteriormente aggravate. Egli ha anche allegato diversi referti medici, di cui si dirà, se del caso, in seguito (doc. TAF 1).

E.b Il richiesto anticipo di CHF 800.-, corrispondente alle presumibili spese processuali, è stato versato in data 14 marzo 2017 (doc. TAF 2 e 3).

F.

Invitata a prendere posizione, con risposta del 9 maggio 2017, l'autorità inferiore, fondandosi anche sull'allegato parere del medico SMR del 25 aprile 2017, ha in sostanza ribadito le proprie motivazioni, proponendo la reiezione del gravame e la conferma della decisione impugnata (doc. TAF 8).

G.

Con replica del 16 giugno 2017 l'assicurato ha ribadito il peggioramento delle proprie condizioni di salute, allegando nuovi referti medici, di cui si dirà in seguito (doc. TAF 11).

H.

Duplicando, in data 3 agosto 2017 l'UAIE, ha riproposto la reiezione del ricorso e la conferma della decisione impugnata (doc. TAF 13).

I.

I.a Con osservazioni del 31 agosto 2017, il ricorrente ha nuovamente affermato la propria posizione, allegando la relazione ortopedica datata 31 agosto 2017 del dr. F._____, ortopedico (doc. TAF 16).

I.b In data 17 novembre 2017, l'insorgente ha trasmesso a questo Tribunale ulteriore documentazione medica, in particolare l'ecografia tiroidea del 9 agosto 2017 della dr.ssa G._____, (doc. TAF 18).

I.c Invitata a rispondere, l'autorità inferiore ha mantenuto le proprie conclusioni, evidenziando che i documenti ulteriormente prodotti dal ricorrente non fornivano nuovi elementi (doc. TAF 20).

I.d Con scritto del 22 dicembre 2017, il ricorrente ha trasmesso il rapporto dell'esame radiologico del 19 dicembre 2017 del dr. H. _____, radiologo (doc. TAF 22).

J.

Su richiesta di questo Tribunale, in data 19 marzo 2018, l'autorità inferiore ha prodotto le basi di calcolo dell'invalidità (doc. TAF 25 e 27), che sono state trasmesse al ricorrente. Quest'ultimo non ha preso posizione in merito (doc. TAF 28).

Diritto:

1.

1.1 In virtù dell'art. 31 LTAF (RS 173.32), questo Tribunale giudica i ricorsi contro le decisioni ai sensi dell'art. 5 PA (RS 172.021), emanate dalle autorità menzionate all'art. 33 LTAF, riservate le eccezioni di cui all'art. 32 LTAF. In particolare, le decisioni rese dall'UAIE concernenti l'assicurazione per l'invalidità possono essere impugnate davanti al Tribunale amministrativo federale (TAF) conformemente all'art. 69 cpv. 1 lett. b LAI (RS 831.20). Di conseguenza questo Tribunale è competente a giudicare il presente ricorso.

1.2 Secondo l'art. 3 lett. d^{bis} PA, a cui rinvia l'art. 37 LTAF, la procedura in materia di assicurazioni sociali non è disciplinata dalla PA, nella misura in cui è applicabile la LPGGA (RS 830.1). In conformità con l'art. 2 LPGGA, le disposizioni di tale 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 LPGGA sono applicabili all'assicurazione per l'invalidità (art. 1a-26^{bis} e 28-70), sempreché la LAI non deroghi alla LPGGA.

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 LPGGA, nonché l'art. 52 cpv. 1 PA). L'anticipo delle spese processuali è stato inoltre tempestivamente saldato (doc. TAF 3).

2.

2.1

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).

2.2 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.

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

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

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

2.6 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).

2.7 Nell'evenienza concreta sono applicabili le modifiche legislative di cui alla 6a revisione della LAI in vigore dal 1° gennaio 2012 (RU 2011 5659; FF 2010 1603), pur non comportanti cambiamenti rispetto al diritto precedente in merito alla valutazione dell'invalidità, così come eventuali modifiche entrate in vigore successivamente fino alla data della decisione impugnata del 3 febbraio 2017 (doc. 190). La richiesta di prestazioni risale infatti al 16 novembre 2015 (ricevuta dall'AI in data 9 maggio 2016), mentre il diritto a eventuali prestazioni di invalidità sarebbe sorto al più presto il 1° maggio 2016 (art. 29 cpv. 1 LAI).

3.

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

4.

4.1 Oggetto del contendere, è il diritto di A. _____ di percepire una rendita d'invalidità. Ritenuto che una prima domanda di prestazioni era stata respinta e che l'autorità inferiore non era entrata nel merito della seconda domanda (consid. C e D), va esaminato se la situazione di salute, rispettivamente la capacità lavorativa, sono peggiorate in misura tale da giustificare l'assegnazione di una rendita d'invalidità.

4.2 Al riguardo, l'insorgente evidenzia che le affezioni di cui soffre, suffragate da diversi referti medici (doc. 157 e segg. e doc. TAF 1 e segg.), comportano numerose limitazioni, ragione per cui sarebbe totalmente impossibilitato di svolgere la precedente attività lavorativa, così come lavori leggeri.

4.3 Dal canto suo l'autorità inferiore sostiene che i documenti medici agli atti sono comprensibili e concludenti (cfr. segnatamente doc. TAF 8), mentre la documentazione sanitaria prodotta non apporta per contro alcun elemento nuovo o suscettibile di modificare le conclusioni già tratte (cfr. doc. 182, doc. TAF 8, 13 e 20).

5.

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).

6.

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.

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

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

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 quando l'assicurato è cittadino dell'UE (DTF 130 V 253 consid. 2.3). Dopo l'entrata in vigore dei nuovi regolamenti (CE) n. 883/2004 e n. 987/2009, i cittadini svizzeri e dell'Unione europea che presentano un grado d'invalidità del 40% almeno, hanno diritto ad un quarto di rendita in applicazione dell'art. 28 cpv. 1 LAI indipendentemente dal loro domicilio e residenza (art. 4 del regolamento [CE] n. 883/04).

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).

6.5 La nozione d'invalidità di cui all'art. 4 LAI e 8 LPGA è un concetto di carattere economico-giuridico e non medico (v., fra le tante, le 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 LPGA, 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.

7.

7.1 Giusta 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.

7.2 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).

7.3 Se inoltre, nell'ambito di una prima domanda, la rendita è 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]). Peraltro, se l'autorità inferiore è entrata nel merito

di una domanda di rendita il giudice non deve esaminarne la legittimità (DTF 133 V 108 consid. 5.2):

7.4 Per valutare questo aspetto occorre confrontare la situazione di fatto vigente al momento del provvedimento litigioso (in concreto al 3 febbraio 2017, doc. 190) con quella esistente al momento dell'ultima decisione cresciuta in giudicato (nel caso concreto il 15 aprile 2009, doc. 50, confermata dal TAF con sentenza del 3 maggio 2011, doc. 72) che è stata oggetto di un esame materiale del diritto alla rendita dopo contestuale accertamento pertinente dei fatti, apprezzamento delle prove e determinazione del grado d'invalidità (DTF 133 V 108 consid. 5 e 130 V 71 consid. 3.2.3).

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).

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).

8.

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 permettono di giungere ad un giudizio attendibile sulle pretese giuridiche litigiose.

8.2 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 (sentenza del TF 8C_153/2007 del 7 maggio 2008; DTF 125 V 351 consid. 3a pag. 352; 122 V 157 consid. 1c pag. 160; HANS-JAKOB MOSIMANN, Zum Stellenwert ärztlicher Beurteilungen, in: Aktuelles im Sozialversicherungsrecht, 2001, pag. 266).

8.3 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 351consid. 3b/aa pag. 353 con rinvii).

8.4 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).

8.5 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).

8.6 Non va infine dimenticato che se vi sono 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 (SVR 2000 UV no. 10 pag. 35 consid. 4b).

9.

9.1 Nella procedura avviata il 7 marzo 2008 è stata trasmessa la perizia medica particolareggiata E213 del 3 aprile 2008, in cui il dr. AA._____ aveva diagnosticato un'avanzata spondiloartrosi cervicale e lombosacrale con sofferenza radicolare C5-C6 bilaterale cronica e L5-S1 bilateralmente di grado discreto più marcata a sinistra, come pure un'ipertensione arteriosa in trattamento (doc. 1). L'istruttoria aveva poi permesso di stabilire, sulla base segnatamente del rapporto del 16 gennaio 2009 stilato dalla dr.ssa C._____, del SMR, la presenza di cervicalgie con radicolopatia C5-C6 e disturbi degenerativi C3-C4, C5-C6, C6-C7 e lombalgia con disturbi degenerativi L2-L3, L3-L4, L5-S1. Sono stati altresì diagnosticati l'ulcera duodenale, la colelitiasi, lo stato dopo meniscectomia sinistra e l'ipertensione arteriosa, senza ripercussioni sulla capacità lavorativa. Conseguentemente il medico SMR ha attestato un'incapacità lavorativa del 100% nella precedente attività a decorrere dal 7 marzo 2008, ma, sempre da tale data, una capacità al lavoro completa in un'attività sostitutiva leggera confacente al suo stato di salute che consenta di cambiare posizione, di non sollevare pesi superiori ai 15 kg, un movimento limitato e non includa di salire su piani inclinati e scale, che si svolga al riparo da umidità e freddo (doc. 34 e 49), quali per esempio quella di portinaio, sorvegliante di parcheggi o di musei, venditore per corrispondenza, riparazione di piccoli elettrodomestici, cassiere, venditore di biglietti, registrazione / classificazione, accettazione, standardista, registrazione di dati.

9.2 Nell'ambito della procedura ricorsuale conclusasi il 3 maggio 2011 (doc. 72) sono state confermate le conclusioni tratte dal medico SMR, dr. C._____ condivise dal dr. I._____, precisando che anche la problematica cardiaca, peraltro di data posteriore alla decisione impugnata, visti i valori nella norma dopo l'intervento di maggio 2009, non permetteva di ritenere un'incapacità lavorativa in attività adeguate.

10.

Nell'ambito invece della seconda domanda di prestazioni del 24 febbraio 2012 (doc. 75 e segg.), il ricorrente ha trasmesso una nuova perizia E213 sottoscritta dalla dr.ssa J._____, la quale ha diagnosticato un "ima senza sopra slivellamento sinistro; coronaropatia monovasale. Aneurisma

dell'aorta toracica ascendente. Sindrome radicolare C5-C6, L5-S1 con lesione meniscale del ginocchio destro ed artrosi diffusa con deficit funzionale. Note di ats polidistrettuale. Poliposi della colecisti e colelitiasi". Inoltre, essa ha constatato che, nonostante le condizioni dell'assicurato fossero peggiorate, egli era in grado di svolgere regolarmente lavori leggeri (doc. 78). I rapporti del medico del SMR, del 23 agosto 2012 (doc. 83) e 18 ottobre 2012 (doc. 116), hanno rilevato che i referti trasmessi in seguito alla prima domanda non comprovavano una modifica delle condizioni di salute del ricorrente, ribadendo un'assenza di incapacità lavorativa in attività adeguate. In particolare con riferimento all'aneurisma dell'aorta, conseguente al infarto miocardico del agosto 2009, il medico del SMR ha indicato che esso "ne contreindique pas une activité légère et sédentaire" e che il contrario non risulta da alcuno dei documenti versati agli atti dal ricorrente (doc. 116, pag. 11).

11.

11.1 In occasione della terza domanda di prestazioni del 16 novembre 2015, oggetto delle presente procedura, (doc. 133 e segg.), l'assicurato ha trasmesso ulteriore documentazione medica, in particolare:

- il rapporto di dimissione del 30 maggio 2009 del dr. K. _____, cardiologo, in seguito al ricovero presso l'Ospedale L. _____ di (...) per infarto acuto del miocardio senza sopralivellamento di S-T, coronopatia monovasale trattata con impianto diretto di stent sulla discendente anteriore, ipertensione arteriosa (doc. 157);
- il referto del 25 maggio 2010 del dr. M. _____, radiologo, in merito alla risonanza magnetica cervicale e lombare (doc. 158);
- il referto del 25 gennaio 2011 del dr. M. _____ relativo alla risonanza magnetica del ginocchio destro (doc. 159);
- diversi certificati della dr.ssa Y. _____, neurologa, da cui si evince che a partire dal gennaio 2014, l'assicurato soffriva di un disturbo d'ansia (cfr. doc. 160, 162, 164);
- il rapporto del 13 ottobre 2015, del dr. N. _____, specialista in ortopedia e traumatologia, in cui figura la diagnosi di "cervicobrachialgia parestesica in conflitto disco radicolare C5-C6 e lombosciatalgia destra in conflitto disco radicolare L4-L5-S1 gonalgia dx cronico persistente in frattura del mm (...)" (doc. 169);

- il timpanogramma del 22 ottobre 2015 eseguito dal dr. O. _____ (doc. 168, p. 3 e 4);
- il referto oculistico del 27 novembre 2015 (doc. 172);
- la perizia medica particolareggiata E213 del 9 agosto 2016, in cui la dr.ssa D. _____ ha posto la diagnosi di “ipertensione Arteriosa, IMA, Coronopatia, Discopatia, Spondiloartrosi, Ernia jatale” e indicato che l'assicurato non era in grado di esercitare alcuna attività lavorativa (doc. 146);
- il referto della visita cardiologica del dr. P. _____, specialista in cardiologia, del 29 settembre 2016 (doc. 179);
- diversi rapporti medici che segnalano una multinodularità tiroidea (doc. 161, 165, 170, 174, 175, 176, p. 2, doc. 178);
- referti relativi a svariati esami di diagnostica per immagini quali ecodoppler TSA del 24 marzo 2014 del dr. Z. _____, ecografista (doc. 161), esame MOC densitometrico del 12 settembre 2014 della dr. Q. _____, reumatologa (doc. 166), TC del torace del 12 novembre 2015 del dr. M. _____ (doc. 170), ecografia completa dell'addome del 9 febbraio 2016 della dr.ssa R. _____, specialista in radiodiagnostica (doc. 173), ecografia tiroidea dell'8 luglio 2016 (doc. 176 p. 2), ecocardiogramma mono-2D-color doppler del 14 luglio 2016 (doc. 176, p. 1).

11.2 L'autorità inferiore ha sottoposto i referti menzionati al dr. E. _____, medico SMR, il quale, nella presa di posizione del 25 ottobre 2016 (doc. 182) ha diagnosticato con effetto sulla capacità lavorativa la presenza di affezioni degenerative multiple della colonna cervicale e lombare (ICD M47.93 e M47.96) e di lesioni degenerative del ginocchio destro. Quali diagnosi senza incidenza sulla capacità lavorativa ha menzionato i noduli alla tiroide, l'osteopenia lombare, lo stato dopo infarto miocardico acuto nel 2009, i non meglio precisati disturbi d'ansia, la dilatazione aneurismale dell'aorta toracica, la ciste al rene destro, l'ipertensione arteriosa, la presbiacusia bilaterale e la retinopatia ipertensiva. Il medico ha pertanto concluso che i documenti trasmessi contenevano effettivamente dei fatti nuovi, ma che nessuno di essi giustificava nuove limitazioni funzionali rispetto ai precedenti pareri del SMR del 2012 o comportava un impatto durevole sulla capacità lavorativa.

11.3 Nell'ambito della procedura ricorsuale, il ricorrente ha inoltre prodotto segnatamente:

- il certificato del 13 marzo 2013 del dr. S. _____, endocrinologo, con cui lo specialista ha confermato la diagnosi di ipertiroidismo subclinico da adenoma tossico del lobo sinistro paraistmico (doc. TAF 11);
- il rapporto medico relativo all'ecografia tiroidea del 7 agosto 2014 con cui il dr. T. _____ (doc. TAF 1), ha confermato le formazioni nodulari nella tiroide, in particolare nel lobo destro;
- l'audiogramma del 15 ottobre 2015 ed il timpanogramma del 25 ottobre 2015 (doc. TAF 1);
- la relazione dettagliata relativa alla visita medica del 24 novembre 2016 del dr. U. _____ (doc. TAF 1), specialista in ortopedia e traumatologia, redatta su mandato dell'assicurato, il quale ha confermato l'esigibilità di lavori sedentari (p. 7 e 8);
- il rapporto dell'ecardiogramma mono-2D-color Doppler del 17 luglio 2016 eseguito dal dr. V. _____, cardiologo (doc. TAF 1);
- il rapporto dell'ecografia tiroidea del 9 agosto 2017, allestito dalla dr.ssa G. _____, specialista in endocrinologia e malattie del ricambio, con cui viene confermata la presenza di formazioni nodulari nella tiroide e ritenuto, in conclusione, un "gozzo multinodulare, con nodulo prevalente in sede paristmica destra scintigraficamente iperfissante" (doc. TAF 18);
- il certificato del 25 ottobre 2017 del dr. W. _____, pneumologo, in cui lo specialista esprime il sospetto di bronchite asmatiche (doc. TAF 18).

11.4 L'amministrazione ha sottoposto anche la nuova documentazione ai medici del SMR, che con presa di posizione del 25 aprile 2017 del dr. E. _____ (doc. TAF 8) e rapporti finali del 19 luglio 2017 (doc. TAF 13) e del 30 novembre 2017 (doc. TAF 20) del dr. X. _____, medico generalista, hanno ribadito che dagli atti inoltrati non emergeva nessun fatto nuovo suscettibile di mettere in dubbio le precedenti valutazioni in merito alle limitazioni funzionali del caso ed alla capacità lavorativa intera in attività adeguate.

12.

12.1 Nel caso di specie occorre dunque esaminare se, alla data della decisione impugnata, doveva essere ammesso un peggioramento dello stato di salute rispetto alla situazione al 15 aprile 2009 (doc. 50), con conseguente impossibilità di svolgere, almeno in parte, anche un'attività adeguata alle sue limitazioni funzionali e se lo stesso era tale da giustificare l'assegnazione di una rendita per invalidità oppure ancora se, l'istruttoria di causa non era sufficiente per statuire.

12.2

12.2.1 Da un punto di vista ortopedico/reumatologico, va rilevato che nell'ambito della prima domanda di prestazioni erano già state prese in considerazione le affezioni cervicali e lombari di cui soffriva l'assicurato (cervicalgie con radicolopatia C5-C6 e disturbi degenerativi C3-C4, C5-C6, C6-C7 e lombalgia con disturbi degenerativi L2-L3, L3-L4, L5-S1), motivo per cui era stata ritenuta un'incapacità lavorativa del 100% nella precedente attività a decorrere dal 7 marzo 2008, ma una capacità lavorativa del 100% in attività leggere rispettose dei limiti funzionali elencati (doc. 34). Nel corso della seconda domanda di prestazioni erano state confermate la precedenti diagnosi e attestato che la situazione valetudinaria non era peggiorata (cfr. doc. 103 e 116). Inoltre, il medico SMR aveva pure indicato che le modifiche degenerative del menisco, nel quadro dell'artrosi diffusa del ginocchio destro, non giustificavano ulteriori limitazioni funzionali (doc. 116).

12.2.2 A tal riguardo, nel corso della terza domanda di prestazioni, l'assicurato ha trasmesso segnatamente i certificati del dr. M. _____ del 25 maggio 2010 (doc. 158) e del 25 gennaio 2011 (doc. 159) ed il rapporto del 13 ottobre 2015 del dr. N. _____ (doc. 169). Con tali referti, i medici hanno in sostanza confermato le note diagnosi relative al rachide cervicale ed il ginocchio destro, senza tuttavia esprimersi sui limiti funzionali o sulla conseguente incapacità lavorativa. Il dr. U. _____ invece, nella relazione di visita medica del 24 novembre 2016 (doc. TAF 1), nel suo ambito di competenza, ha indicato che "al presente, il quadro clinico a livello della colonna lombare è caratterizzato da ipertono su base antalgica dei muscoli lunghi del dorso, da riduzione della lordosi fisiologica, da limite della funzione (-1/2 rispetto alla norma) e da dolenzia locale alle sollecitazioni subliminali ed alle comuni manovre semeiologiche". Egli ha aggiunto che "dal punto di vista neurologico, da notare la positività a destra (a 70° circa) della manovra di distensione delle radici del nervo sciatico. A livello cervicale la malattia si esprime in limite della mobilità attiva con dolore locale ed irradiato il quale si accentua alle sollecitazioni funzionali sub-liminali. In questo

contesto, da menzionare la osteoporosi della colonna, quale è stata messa in evidenza al recente esame di densitometria ossea (eseguito in data 12.09.2014, cfr. referto); questa condizione patologica, in quanto tale, enfatizza la rachialgia ed i limiti della funzione dovuti all'artrosi e, comunque, espone il paziente a fratture vertebrali anche per insulti traumatici minori". Egli ha quindi concluso che "le manifestazioni soggettive menzionate sopra, le alterazioni neurologiche obiettive ed i deficit della funzione presenti a livello della colonna, considerati nel loro complesso, comportano sicuramente un significativo danno alle capacità lavorative del peritendo A. _____ al quale potrebbero essere consentiti solo lavori sedentari" (p. 6 e 7).

Il medico si è espresso pure in merito alla problematica delle ginocchia, spiegando "che essa trae origine dalla deviazione in varo dell'asse articolare cui successivamente si sono aggiunti gli esiti di una meniscectomia artroscopica eseguita nel 1993. Attualmente in anamnesi viene riportata gonalgia bilaterale associata a modica limitazione della funzione. Il danno lavorativo che deriva da questa patologia, è pur degno di menzione nell'economia della odierna valutazione" (p. 7).

Il perito ha inoltre ribadito la propria valutazione riguardante l'esigibilità di un impiego in attività adeguate anche tenuto conto dell'effetto congiunto delle diverse affezioni, ritenendo che "c'è da dire che le infermità menzionate (in particolare quelle dell'apparato locomotore e dell'apparato cardiocircolatorio), anche per il concorso fra di loro, si rendono permanentemente responsabili di un severo danno biologico e di un notevole danno lavorativo in **qualsiasi attività che esuli dai lavori sedentari**" (grassetto ripreso dal testo originale, p. 8 e 9).

12.2.3 Le citate valutazioni coincidono con il parere dei medici SMR, i quali, in particolare nella presa di posizione del 25 ottobre 2016 (doc. 182 ma cfr. anche doc. TAF 8, 13 e 20) hanno rilevato che "les IRM cervicale et lombaire du 25.05.2010 confirment la présence de lésions dégénératives étagées, lombaires et cervicales, du même ordre de gravité que celles que l'on s'attendrait à trouver chez la plupart des contemporains de notre assuré" et que "l'IRM du genou D du 25.01.2011 montre des lésions su cartilage et des ménisques déjà connues et pour lesquelles la Dresse C. _____ avait déjà proposé, en octobre 2012, une activité épargnant le genou D" (doc. 182).

12.2.4 Da quanto precede risulta che diversi specialisti (segnatamente i dr. i M. _____ e N. _____), i medici SMR e pure il perito di parte sono concordi nell'affermare che la situazione, al momento della decisione impugnata, in relazione alle problematiche suesposte di natura ortopedica/reumatologica/neurologica, si presentava invariata – perlomeno per quel che concerne i limiti funzionali e l'effetto sulla capacità lavorativa – rispetto a quanto constatato nella decisione del 15 aprile 2009, confermata nella sentenza del TAF del 3 maggio 2011 (doc. 72).

12.3

12.3.1 Dal punto di vista cardiologico, questo Tribunale rileva che già nel corso della prima procedura era stato tenuto conto di un'ipertensione arteriosa in trattamento (cfr. doc. 1, p. 7). I problemi cardiaci si sono poi accentuati quando l'assicurato, nel mese di maggio 2009 ha subito un infarto miocardio, senza sopralivellamento sinistro, al quale ha fatto seguito un periodo di degenza presso l'Ospedale L. _____ di (...) per un intervento con impianto di stent (cfr. doc. 95).

Al riguardo va rilevato che nella richiesta di prestazioni del 16 novembre 2016, l'interessato si è limitato a riprodurre la documentazione cardiologica del 2009, in particolare relativa all'intervento per infarto miocardico (cfr. doc. 157), il referto di visita cardiologica del 29 settembre 2009 del dr. P. _____ (doc. 179), in cui lo specialista ha diagnosticato una "cardiopatía ischemica asintomatica, aneurisma stabile dell'aorta ascendente, ipertensione arteriosa ben controllata e dislipidemia", ed il rapporto dell'ecardiogramma mono-2D-color Doppler del 17 luglio 2016 eseguito dal dr. V. _____ (doc. TAF 1), in cui il cardiologo ha concluso ritenendo una cardiopatía ischemica con funzione sistolica globale nei limiti della norma, aneurisma dell'aorta ascendente, ectasia della radice aortica e arco aortico, insufficienza aortica, mitralica e tricuspidalica lievi.

Nondimeno, dato il buon esito dell'intervento di maggio 2009, i medici hanno avuto modo di precisare che le problematiche cardiache non erano suscettibili di giustificare una modifica della capacità lavorativa in attività adeguate in misura rilevante per il diritto alle prestazioni. Ciò che è stato ribadito sia nelle precedenti procedure (cfr. doc. 63 e 69 e decisione del 6 novembre 2012, doc. 117, ciò che è poi anche stato confermato dal TAF con decisione del 5 novembre 2013, doc. 124), sia nell'ambito della presente domanda di prestazioni, in cui il medico SMR ha rilevato che l'infarto del 2009 non ha avuto conseguenze sulla funzione cardiaca, che i fattori di rischio cardio-circolatorio non hanno alcun impatto sulla capacità lavorativa

e che l'aneurisma dell'aorta è asintomatico, necessitante unicamente una sorveglianza al fine di evitare una rottura (doc. 182).

12.3.2 Dal canto suo, il dr. U. _____, nella perizia del 24 novembre 2016 (doc. TAF 1) ha posto le diagnosi di spondilo-discoartrosi cervicale e lombare con importante deficit funzionale, osteoporosi vertebrale, gonartrosi ed in esiti di meniscectomia mediale - modesto deficit, cardiopatia ipertensiva, pregresso IMA ed aneurisma dell'aorta ascendente, disturbo d'ansia, ipoacusia, nodulo tiroideo. Il medico ha inoltre indicato che "la patologia dell'apparato cardio-circolatorio rappresenta sicuramente l'aspetto più importante e maggiormente invalidante nell'ambito del complesso quadro patologico appena descritto. La stessa si caratterizza per gli esiti di un infarto miocardico sofferto nel 2009. In occasione di quell'episodio, il paziente si è sottoposto a angioplastica coronarica con posizionamento di stent; il trattamento eseguito pare aver conseguito i risultati sperati e, ai controlli specialistici eseguiti da allora, non risultano registrati altri episodi stenocardici", concludendo poi – come già ricordato più sopra – che anche tale affezione, pur in concorso con le altre, non impediva al ricorrente di svolgere un lavoro sedentario.

Pertanto, i medici concordano per quel che concerne la buona riuscita dell'intervento del 2009, sugli attuali valori nella norma della funzione cardiaca e sull'assenza di effetto invalidante in attività adeguate. Ragione per cui la tesi dell'assicurato secondo cui, anche in questo ambito, è intervenuto un notevole aggravamento del quadro clinico e funzionale non trova riscontro negli atti di causa.

12.4

12.4.1 Inoltre, il ricorrente lamenta diversi altre affezioni, ed in particolare un disturbo d'ansia (senza indicazione di alcun codice ICD; cfr. doc. 160, 162, 164), multinodularità tiroidea (doc. 161, 165, 170, 174, 175, 176, p. 2, doc. 178), bronchite asmatiche (doc. TAF 18) e problemi d'udito (doc. TAF 1).

12.4.2 Tuttavia, nessuno dei medici che ha analizzato tali disturbi ha attestato un effetto invalidante sulla capacità lavorativa. Al contrario, il dr. U. _____ ha ritenuto che "la sindrome ansiosa non è grave ed incide poco più che marginalmente nel causare danno alle capacità lavorative del signor A. _____; la stessa, comunque, non può essere del tutto sconosciuta in questo contesto. Da ultimo, da riferire della patologia della tiroide di recente esordio; si tratta, comunque, della presenza di un nodulo tiroideo

con iperincrezione che al momento è controllata con l'adozione di terapia farmacologica. La ipoacusia pare del tutto indifferente nella economia della odierna valutazione" (p. 7).

12.4.3 Al riguardo, pure i medici SMR hanno a più riprese confermato che nessuno dei nuovi fatti medici risultanti dalla documentazione trasmessa nell'ambito della terza richiesta di prestazioni ha avuto un impatto durevole sulla capacità lavorativa e che nessuno di essi giustifica dei nuovi limiti funzionali rispetto a quelli evidenziati dalla dr.ssa C. _____ nella sua presa di posizione del 2012 (cfr. doc. 182, doc. TAF 8, 13 e 20), che ha in pratica confermato la situazione esistente nel 2009, per quanto riguarda le conseguenze sulla capacità lavorativa.

12.5 D'altro canto, un'incapacità lavorativa in attività adeguate è stata attestata unicamente dalla dr.ssa D. _____. Nella perizia particolareggiata E213 del 9 agosto 2016 (doc. 146), essa si è limitata a confermare le note diagnosi ed indicare che l'assicurato non era in grado di svolgere nessuna attività lavorativa. Si tratta tuttavia di una conclusione immotivata, in contrasto con la vasta documentazione medica agli atti e contraddittoria, perché la dottoressa stessa ha ritenuto l'assicurato totalmente inabile al lavoro nonostante abbia riscontrato che le sue condizioni erano migliorate rispetto alla precedente visita, allorquando nella previa perizia E213 dell'11 luglio 2012 (doc. 78), la dr.ssa J. _____ aveva ritenuto che il paziente fosse in grado di svolgere regolarmente lavori leggeri. Pertanto, si tratta di un referto a cui non può essere attribuito valore probatorio, non essendo sufficientemente sostanziato, contraddittorio, divergente dal parere univoco dei vari specialisti che si sono chinati sul caso dell'assicurato e pertanto inconcludente.

13.

13.1 Alla luce degli atti medici che precedono, emerge che il parere del perito di parte e degli altri specialisti consultati concorda sostanzialmente con quanto concluso dai medici SMR nelle prese di posizione del 25 ottobre 2016 (doc. 182), del 25 aprile 2017 (doc. TAF 8), del 19 luglio 2017 (doc. TAF 13) e del 30 novembre 2017 (doc. TAF 20): ossia che pur essendo intervenute delle nuove affezioni posteriormente alla decisione del 15 aprile 2009 (doc. 50), esse non sono suscettibili di avere un effetto durevole sulla capacità lavorativa e che delle limitazioni funzionali riconducibili ai problemi ortopedici è già stato tenuto debitamente conto, circoscrivendo le attività esigibili a lavori sedentari leggeri, con facoltà di alternare la posizione, il cui sollevamento pesi sia limitato ad un massimo di 15 kg, i

cui movimenti siano limitati, e non implicino la salita di piani inclinati, scale o sporgenze, siano al riparo da umidità e freddo, che non comportino la rotazione del tronco e posizioni in cui può essere sollecitata la colonna vertebrale o il ginocchio destro (cfr. doc. 116).

13.2 In definitiva, in virtù delle considerazioni appena esposte, occorre riconoscere che questa Corte non ha fondato motivo di scostarsi dalle conclusioni convergenti a cui sono giunti gli specialisti che si sono chinati sul caso; in particolare il dr. U. _____, in veste di perito di parte dell'assicurato, e dei dr.i E. _____ e X. _____, in qualità di medici SMR. Da tali valutazioni non emergono infatti contraddizioni di sorta e tra i documenti agli atti non vi è alcun referto medico suscettibile di mettere in dubbio le conclusioni complete ed esaustive tratte dai periti riguardo alle affezioni lamentate dall'assicurato e alle conseguenze delle stesse sulla capacità lavorativa.

14.

In conclusione, in simili circostanze risulta quindi provato con il grado di verosimiglianza preponderante valido nelle assicurazioni sociali che il grado di invalidità del ricorrente non ha subito modifiche rilevanti dopo la pronuncia della decisione del 15 aprile 2009 (cfr. a tal riguardo anche il doc. TAF 27).

Pertanto, l'autorità inferiore ha correttamente ritenuto non essere adempiuti i presupposti di cui all'art. 28 cpv. 1 lett a e b LAI, negando a giusto titolo un diritto alla rendita d'invalidità.

Da quanto esposto, consegue che il ricorso, destituito di fondamento, non merita tutela e la decisione impugnata del 3 febbraio 2017 (doc. 190) va confermata.

15.

15.1 Visto l'esito della procedura le spese processuali di CHF 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 14 marzo 2017 (cfr. doc. TAF 2 e 3).

15.2 Al ricorrente, interamente 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).

15.3 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 (cfr. fra l'altro, DTF 127 V 205).

Per questi motivi, il Tribunale amministrativo federale pronuncia:

1.

Il ricorso è respinto.

2.

Le spese processuali, di CHF 800.-, sono poste a carico del ricorrente e vengono compensate con l'anticipo spese versato in data 14 marzo 2017.

3.

Non si attribuiscono spese ripetibili.

4.

Comunicazione a:

- ricorrente (raccomandata con avviso di ricevimento),
- autorità inferiore (n. di rif. [...]; raccomandata),
- AB. _____ Pensionskasse (raccomandata),
- Ufficio federale delle assicurazioni sociali (raccomandata).

I rimedi giuridici sono menzionati alla pagina seguente.

La presidente del collegio:

Il cancelliere:

Michela Bürki Moreni

Oliver Engel

Rimedi giuridici:

Contro la presente decisione può essere interposto ricorso in materia di diritto pubblico al Tribunale federale, Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerna, entro un termine di 30 giorni dalla sua notificazione (art. 82 e segg., 90 e segg. e 100 LTF). Gli atti scritti devono contenere le conclusioni, i motivi e l'indicazione dei mezzi di prova ed essere firmati. La decisione impugnata e – se in possesso della parte ricorrente – i documenti indicati come mezzi di prova devono essere allegati (art. 42 LTF).

Data di spedizione: