



Corte III
C-1585/2017

Sentenza del 30 ottobre 2018

Composizione

Giudici Michela Bürki Moreni (presidente del collegio),
Beat Weber, Vito Valenti,
cancelliere Luca Rossi.

Parti

A. _____,
rappresentato da Patronato INAS,
ricorrente,

contro

**Ufficio dell'assicurazione per l'invalidità per gli
assicurati residenti all'estero UAIE,**
Avenue Edmond-Vaucher 18, casella postale 3100,
1211 Ginevra 2,
autorità inferiore.

Oggetto

Assicurazione per l'invalidità, nuova domanda di rendita
(decisione del 15 febbraio 2017).

Fatti:**A.**

A._____, cittadino italiano, nato il (...) 1954, residente a B._____ (IT), ha lavorato in Svizzera come frontaliere, in qualità di muratore, da marzo 2009 a maggio 2013 alle dipendenze della C._____ e dal 25 marzo al 28 novembre 2014 per la ditta interinale D._____ di E._____, solvendo contributi all'assicurazione svizzera per la vecchiaia, i superstiti e l'invalidità durante tale periodo (doc. 2, 67, 81 e 200 dell'incarto dell'Ufficio dell'assicurazione per l'invalidità per gli assicurati residenti all'estero [UAIE]).

B.

B.a Il 22 maggio 2012 A._____ ha formulato all'attenzione dell'Ufficio dell'assicurazione invalidità del Cantone F._____ (in seguito UAI-F._____) una prima richiesta volta all'ottenimento di una rendita dell'assicurazione svizzera per l'invalidità, in ragione della persistente inabilità lavorativa (doc. 2).

B.b Dall'incarto è emerso che il 21 settembre 2011, nello svolgimento del proprio lavoro, l'interessato è inciampato in una sporgenza e, rovinando a terra, ha riportato un trauma alla spalla sinistra con lesione del tendine sovraspinato e una contusione al calcagno destro (doc. 41 e 184 p. 1). Il sinistro era stato prontamente annunciato all'INSAI (doc. 250), che ha preso a carico – fra le altre cose – l'intervento di artroscopia della spalla sinistra, ricostruzione del sovraspinato, tenodesi del capolungo del bicipite e decompressione sottoacromiale eseguito il 21 marzo 2012 presso la clinica Ars Medica (doc. 52 p. 3, 184 p. 1).

B.c In occasione della visita medica di chiusura del 26 marzo 2013 il dr. G._____, specialista in chirurgia ortopedica incaricato dall'INSAI, ha descritto una mobilità della spalla sinistra ottimale e praticamente nella norma, pur persistendo una sintomatologia algica residua. Considerando la situazione stabilizzata, il medico ha ritenuto l'interessato interamente abile al lavoro in una professione rispettosa dei limiti funzionali riscontrati (in particolare limiti di carico e sollevamento di pesi sopra l'altezza dei fianchi e del petto – doc. 184 p. 3).

B.d Con rapporto del 30 aprile 2013 (doc. 173), commissionato dall'Ufficio AI, il dr. H._____, specialista in medicina interna del Servizio Medico Regionale (SMR), ha fatto proprie le conclusioni del dr. G._____, non

ritenendo le diagnosi extra-infortunistiche (cfr. 173 p. 1 e 184 p. 2) suscettibili di influire sulla capacità lavorativa.

C.

C.a Con decisione del 27 giugno 2013 l'INSAI ha considerato l'assicurato interamente abile a svolgere un'attività leggera fino a medio-pesante nell'arco di un'intera giornata. Per i soli postumi infortunistici, a partire dal 1° maggio 2013, ha quindi riconosciuto all'assicurato una rendita d'invalidità LAINF del 22% (doc. 158 e 164).

Dal canto suo l'UAIE – constatando un grado d'inabilità lavorativa del 100% dal 21 settembre 2011 e del 50% dal 1° ottobre 2012 in qualsiasi attività e dello 0% dal 27 marzo 2013 in un'attività sostitutiva adeguata allo stato di salute – mediante decisioni del 23 luglio 2013 (doc. 156) ha accordato all'interessato il diritto a una rendita intera dal 1° novembre 2012 (ossia sei mesi dopo l'inoltro della domanda di prestazioni), poi ridotta a mezza rendita dal 1° febbraio 2013 fino alla sua interruzione il 30 giugno 2013 (trascorsi tre mesi dall'ulteriore miglioramento dello stato di salute – cfr. art. 88a cpv. 1 OAI). Dal raffronto dei redditi era infatti emerso che a partire dal mese di marzo 2013, mettendo a frutto la residua capacità lavorativa in un'attività sostitutiva adeguata, l'interessato subiva un discapito economico del 17%, insufficiente per riconoscere sia il diritto a una rendita che ai provvedimenti professionali (doc. 174). Entrambe le decisioni sono cresciute in giudicato.

D.

D.a Il 22 dicembre 2015, A. _____, per il tramite del patronato INAS, ha introdotto una nuova domanda volta al conseguimento di prestazioni dell'AI (doc. 28) producendo i formulari E213 del 28 dicembre 2015 (doc. 49), E204 del 24 febbraio e del 31 maggio 2016 (doc. 62, 74), E207 del 24 febbraio e del 31 maggio 2016 (doc. 63, 75), E205 del 22 aprile 2016 (doc. 67), nonché numerosi referti medici, di cui si dirà, se del caso, nei considerandi in diritto (doc. 31-42, 51-57, 71), riguardanti in particolare la problematica lombare che ha condotto all'intervento chirurgico del 12 aprile 2016 (intervento di decompressione osteolegamentosa lombare L3-L4 a sinistra, foraminotomia intra ed extra-foraminale L3-L4 a sinistra, asportazione di ernia discale lombare L3-L4 a sinistra intra ed extraforaminale presso l'ospedale I. _____).

Sono stati inoltre trasmessi i questionari per l'assicurato (doc. 70) e per il datore di lavoro (doc. 81), dai quali è emerso che dal 25 marzo al 28 novembre 2014 l'interessato aveva ripreso a svolgere per una ditta interinale la professione di muratore, sottacendo al datore di lavoro le pregresse affezioni (doc. 81 p. 2).

D.b Sulla scorta del rapporto SMR del 14 novembre 2016 del dr. J._____, medico perito SIM (Swiss Insurance Medicine) – secondo il quale un'attività sostitutiva leggera era interamente esigibile dall'assicurato a tre mesi dall'intervento alla colonna lombare, ossia al 12 luglio 2016 (doc. 83) – l'UAIE ha emesso il progetto di decisione del 13 dicembre 2016 con cui ha respinto la richiesta di prestazioni AI (doc. 86).

D.c Con osservazioni del 16 gennaio 2017 (doc. 87) il ricorrente ha chiesto un riesame del caso, ritenendo sussistere un'incapacità lavorativa non inferiore al 50%. A sostegno della propria tesi ha prodotto ulteriore documentazione medica in parte già agli atti, in parte nuova e di cui si dirà più avanti nel dettaglio (doc. 88-125).

D.d Passando in rassegna i nuovi referti medici il dr. J._____ ha indicato nell'avviso SMR del 7 febbraio 2017 di non riscontrare dagli stessi alcun elemento nuovo, non considerato in precedenza e suscettibile di mettere in dubbio la precedente valutazione (doc. 127).

D.e Mediante decisione del 15 febbraio 2017 l'autorità inferiore ha quindi interamente confermato il progetto del 13 dicembre 2016, non ritenendo adempite le condizioni poste dall'art. 28 LAI, e meglio non avendo riscontrato il persistere di un'incapacità lavorativa per un periodo sufficiente per accordare il diritto a una nuova rendita di invalidità (doc. 128).

E.

Contro la decisione dell'UAIE, in data 14 marzo 2017 (doc. TAF 1), A._____, sempre rappresentato dal patronato INAS, ha interposto ricorso dinnanzi al TAF, chiedendone l'annullamento e il contestuale riconoscimento di una mezza rendita AI – senza tuttavia specificare a decorrere da quale data – e protestando la rifusione delle spese (doc. TAF 1). Delle motivazioni, si dirà, se del caso, nei considerandi in diritto.

L'insorgente ha altresì formulato una domanda di assistenza giudiziaria (doc. TAF 1), trasmettendo in separata sede la documentazione volta a dimostrare la propria situazione finanziaria (doc. TAF 4, 6).

F.

Con risposta del 3 agosto 2017 (doc. TAF 13) – giunta dopo una richiesta di proroga (doc. TAF 11) e di delucidazione (doc. TAF 7) – l'UAIE ha proposto la reiezione del gravame e la conferma della decisione impugnata, ritenuta corretta sia dal punto di vista economico che medico. Rinviano all'avviso SMR del 30 giugno 2017 del dr. J. _____, sul quale si ritornerà nei considerandi in diritto, ha inoltre riferito non esservi alcun elemento nuovo atto a giustificare una differente interpretazione dello stato valetudinario (doc. TAF 13).

G.

Con decisione incidentale del 18 agosto 2017 (doc. TAF 14) la domanda di assistenza giudiziaria è stata respinta e il ricorrente è stato invitato a versare un anticipo di fr. 800.-, corrispondente alle presunte spese processuali, regolarmente saldato il 5 settembre 2017 (doc. TAF 16, 17).

H.

Invitato a replicare il ricorrente si è riconfermato nella propria posizione, riferendo di non disporre ulteriore documentazione medica (doc. TAF 18).

Diritto:**1.**

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

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

1.3 In concreto, il ricorso è ammissibile nella misura in cui è stato presentato tempestivamente e nel rispetto dei requisiti previsti dalla legge (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.

2.

2.1

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).

2.1.2 Nell'evenienza concreta, la decisione impugnata, con cui è stata respinta la nuova richiesta di prestazioni AI del 22 dicembre 2015, è stata emessa il 15 febbraio 2017. Ne consegue che sono applicabili le modifiche legislative di cui alla 6^a 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 2016 (ossia sei mesi dopo la presentazione della domanda di prestazioni ex art. 29 cpv. 1 LAI).

2.2 Giova altresì rilevare che il potere cognitivo di questo Tribunale è delimitato dalla data della decisione impugnata, in concreto il 15 febbraio 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).

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).

4.

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.

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).

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.

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).

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).

5.

5.1 Giusta l'art. 40 cpv. 1 lett. b OAI (RS 831.201), nel tenore in vigore dal 1° gennaio 2012, l'Ufficio AI per gli assicurati residenti all'estero è competente, fatti salvo il cpv. 2 e 2^{bis}, se gli assicurati sono domiciliati all'estero. Il cpv. 2 di tale norma stabilisce che per la ricezione e l'esame delle richieste dei frontalieri è competente l'Ufficio AI nel cui campo d'attività essi esercitano un'attività lucrativa; questa regola si applica anche ai vecchi frontalieri, a condizione che al momento della richiesta il loro domicilio abituale si trovi ancora nella zona di frontiera ed il danno alla salute risalga all'epoca della loro attività frontaliera. L'Ufficio AI per gli assicurati residenti all'estero notifica le decisioni. In caso di conflitto di competenza il cpv. 4 prevede che l'Ufficio federale delle assicurazioni sociali designa l'ufficio AI competente.

5.2 Nella specie, la problematica lombare da cui è affetto l'interessato – e per la quale è stata depositata la nuova richiesta di prestazioni – si è manifestata per la prima volta il 21 novembre 2014, allorquando il dr. K._____, medico chirurgo, ha prescritto quindici giorni di riposo domiciliare e cure (ossia di incapacità lavorativa) in ragione di una lombalgia acuta (doc. 32). Nel corso di tale periodo è assodato che l'assicurato stesse prestando servizio per la ditta interinale D._____ di E._____, alla

quale è rimasto legato contrattualmente fino al 28 novembre 2014, in qualità di frontaliere (cfr. doc. 70 e 81, cfr. anche le indicazioni riguardo alle condizioni a cui soggiace il rilascio del permesso G [per frontalieri]: https://www.sem.admin.ch/sem/it/home/themen/aufenthalt/eu_efta/ausweisa_g_eu_efta.html). Egli era (ed è) infatti domiciliato, nella zona di confine, e meglio a B._____ (doc. 28 e segg., cfr. anche doc. 2 [prima domanda di prestazioni del 2012]).

5.3 In simili circostanze, è dunque lecito chiedersi se l'UAIE fosse effettivamente competente – non solo per pronunciarsi sulla domanda di prestazioni del 22 dicembre 2015 – ma anche per esaminarla nel merito, o se invece avrebbe dovuto esserlo l'Ufficio AI nel cui campo d'attività l'assicurato esercitava l'attività lucrativa.

Sia quel che sia, la presenza o meno di un vizio formale nel senso indicato non verrà ulteriormente esaminato in questa sede, dal momento che l'esame materiale della decisione impugnata, come si avrà modo di illustrare nei considerandi che seguono, ha palesato delle carenze istruttorie che la pongono in contrasto con il diritto federale.

6.

Oggetto del contendere è il grado di incapacità lavorativa – così come il conseguente tasso d'invalidità – ritenuto dall'UAIE a seguito dell'insorgere delle nuove patologie lamentate dall'assicurato. In particolare va esaminato se dopo la soppressione della rendita con effetto dal 30 giugno 2013 è subentrato un peggioramento dello stato di salute e/o della capacità lavorativa tale da giustificare il diritto alla rendita.

6.1 Pur considerando inesigibile la ripresa della professione abituale, l'UAIE ha ritenuto l'assicurato pienamente abile a svolgere un'attività sostitutiva adeguata ai propri limiti funzionali. Essendovi stato unicamente un peggioramento transitorio dello stato di salute (dal 12 aprile al 13 luglio 2016) e non riscontrando al termine dello stesso un tasso di invalidità sufficiente a riconoscere il diritto a una rendita, la richiesta di prestazioni è stata respinta.

6.2 Il ricorrente, dal canto suo, fondandosi sulla documentazione prodotta, ritiene accertato un peggioramento persistente dello stato di salute, tale da determinare un'incapacità lavorativa in qualsiasi attività di almeno il 50%. Egli postula quindi per il riconoscimento di una mezza rendita di invalidità.

7.

7.1 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.

7.2 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 LPGA) almeno del 40% in media durante un anno senza notevole interruzione; e c. al termine di questo anno è invalido almeno al 40%.

7.3 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 LPGA), non è più applicabile se l'assicurato è cittadino dell'UE (DTF 130 V 253 consid. 2.3).

7.4 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 LPGA). L'incapacità al guadagno è definita all'art. 7 cpv. 1 LPGA 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 oggettivamente superabile (art. 7 cpv. 2 LPGA).

7.5 La nozione d'invalidità di cui all'art. 4 LAI e 8 LPGA è un concetto di carattere economico-giuridico e non medico (DTF 116 V 246 consid. 1b 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 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 (metodo generale del raffronto dei redditi).

8.

8.1 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.

8.2 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).

8.3 Per quanto attiene alle regole che reggono la procedura di nuova domanda di rendita, va rilevato che qualora, nell'ambito di una prima domanda, la rendita sia stata negata perché il grado d'invalidità era insufficiente, una nuova domanda è riesaminata soltanto se l'assicurato rende

verosimile che il grado d'invalidità si è modificato in misura rilevante per il diritto alle prestazioni (art. 87 cpv. 2 e 3 OAI [RS 831.201]).

8.4 Per valutare questo aspetto occorre confrontare la situazione di fatto vigente al momento del provvedimento litigioso (in concreto al 15 febbraio 2017) con quella esistente al momento dell'ultima decisione cresciuta in giudicato (nel caso concreto il 23 luglio 2013) 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 e 130 V 71 consid. 3.2.3; sentenza del TF I 759/06 del 5 settembre 2007).

8.5 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).

8.6 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).

8.7 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, rimasta sostanzialmente invariata, sia valutata in modo diverso (RCC 1987 p. 38 consid. 1a e 1985 pag. 336).

9.

9.1 Giusta il principio inquisitorio, che regge la procedura in materia di assicurazioni sociali (art. 43 LPG), l'amministrazione deve intraprendere d'ufficio gli accertamenti necessari e raccogliere le informazioni di cui ha bisogno. In particolare, deve ordinare una perizia allorquando è necessario per la valutazione medica del caso (DTF 117 V 282 consid. 4a).

9.2 Al fine di poter graduare l'invalidità, l'amministrazione (o il giudice in caso di ricorso) deve disporre di documenti rassegnati dal medico o eventualmente da altri specialisti, il compito del medico consistendo nel porre un giudizio sullo stato di salute, nell'indicare in quale misura e in quali attività l'assicurato è incapace al lavoro come pure nel fornire un importante elemento di giudizio per determinare quale sforzo si può ancora esigere da

un assicurato, tenuto conto della sua situazione personale (DTF 125 V 256 consid. 4 pag. 261; 115 V 133 consid. 2 pag. 134; 404 consid. 2; 114 V 310 consid. 3c pag. 314; 105 V 156 consid. 1 pag. 158).

9.3 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).

9.4 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; 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).

9.5 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).

9.6 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).

9.7 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).

10.

10.1 Nel caso concreto, per valutare la prima richiesta di prestazioni del 22 maggio 2012 (doc. 224), l'amministrazione cantonale si era fondata in larga misura sugli accertamenti svolti dall'INSAI (cfr. consid. B.c), in particolare sulle conclusioni esposte dal dr. G._____ nel rapporto di chiusura del 26 marzo 2013 (doc. 184), fatte proprie dal dr. H._____ nel rapporto finale SMR del 30 aprile 2013 (doc. 173).

10.1.1 Quest'ultimo aveva posto le seguenti diagnosi con influsso sulla capacità lavorativa (doc. 173 p. 1):

“Lussazione della spalla sinistra con frattura del collo della scapola e rottura della cuffia dei rotatori.

- Ricostruzione del sovraspinato, tenotomia/tenodesi del capo lungo del bicipite e decompressione sottoacromiale in artroscopia.”

Nonché le seguenti diagnosi estranee all'infortunio del 21 settembre 2011 (cfr. 184 p. 2) e senza influsso sulla capacità lavorativa (doc. 173 p. 1):

“Ipertensione arteriosa. Dolori al medio piede destro in presenza di alluce valgo e dita a martello IV e V iniziali”

A mente del dr. H._____, la sintomatologia algica al piede destro in presenza di alterazioni statiche era infatti da ricondurre a una problematica di scarpe idonee, piuttosto che a una limitazione funzionale (doc. 173 p. 3).

10.1.2 Alla luce della documentazione medica esaminata il dr. H._____ aveva tuttavia considerato il rendimento dell'assicurato nella precedente professione di muratore compromessa dalle conseguenze dell'infortunio e descritto i seguenti limiti funzionali (già esposti dal dr. G._____):

“L’assicurato non ha limiti nel sollevare e portare pesi fino a 5 kg fino all’altezza dei fianchi, può spesso sollevare pesi da 5 a 10 kg fino all’altezza dei fianchi, spesso pesi da 10 a 25 kg e di rado pesi da 25 ai 45 kg. L’assicurato non può più sollevare pesi superiori a 45 kg fino all’altezza dei fianchi, non ha limiti nel sollevare pesi fino a 5 kg oltre l’altezza del petto e di rado pesi superiori ai 5 kg oltre l’altezza del petto. L’assicurato non ha limiti nel maneggio di attrezzi leggeri di precisione, può molto spesso maneggiare attrezzi di media entità, di rado attrezzi pesanti o molto pesanti, la rotazione manuale non è impedita. L’assicurato può talvolta effettuare lavori al di sopra della testa, non ha limiti nell’effettuare la rotazione del tronco, non ha limiti nell’assumere la posizione seduta o in piedi/inclinata in avanti, non ha limiti nell’assumere la posizione inginocchiata e nemmeno nell’effettuare la flessione delle ginocchia, non ha limiti nell’assumere la posizione seduta o in piedi di lunga durata e non ha limiti negli spostamenti” (doc. 173 p. 2). 11).

10.2 Sulla scorta dei summenzionati atti medici, l’autorità inferiore aveva dunque ritenuto i seguenti periodi di inabilità lavorativa (doc. 156 p. 13):

Nell’abituale attività di muratore:

- 100% dal 21 settembre 2011 al 31 settembre 2012
- 50% dal 1° ottobre 2012 e continua (da intendere quale riduzione del rendimento)

In un’attività adeguata:

- 100% dal 21 settembre 2011 al 31 settembre 2012
- 50% dal 1° ottobre 2012
- 0% dal 27 marzo 2013

11.

11.1 Nell’ambito della nuova domanda di prestazioni del 22 dicembre 2015, oltre alla documentazione già agli atti riguardante le problematiche alla spalla sinistra (cfr. doc. 52 [= 98], 53 [=97], 57, 42 [=100], 114, 115), l’insorgente ha trasmesso numerosi referti medici relativi alle differenti patologie di recente insorgenza.

11.1.1 In relazione alla problematica lombare:

- La RM alla colonna lombosacrale del 4 maggio 2015 dalla quale è emersa la presenza di un’ernia discale intraforaminale sinistra a livello L3-L4, una protrusione discale circonferenziale a livello L4-L5 e a livello L5-S1 in canale ristretto (doc. 33 [=56, 72, 94, 113]).

- Il certificato dell'8 giugno 2015 della dr.ssa L._____, specialista in neurochirurgia e neurofisiologia clinica, secondo la quale da dicembre 2014 vi è stata la comparsa di una lombalgia irradiante ad entrambi gli arti inferiori, soprattutto a sinistra. È stato prescritto un trattamento farmacologico, nonché consigliato un calo ponderale (doc. 40 [=112]).
- I referti ambulatoriali attestanti gli interventi conservativi messi in atto, dapprima mediante trattamenti farmacologici, dai quali l'assicurato non ha tratto alcun giovamento (cfr. rapporti del 9 ottobre 2015 [doc. 39 =111] e del 26 ottobre 2015 [doc. 37 =110]), in seguito mediante infiltrazioni lombosacrale e peridurale (il 29 ottobre 2015 [doc. 36 =109], il 12 novembre 2015 [doc. 35 =107], il 30 novembre 2015 [doc. 34 =106]).
- Il rapporto del 9 novembre 2015 della dr.ssa L._____, che in assenza di miglioramenti con la terapia in atto ha ritenuto essere date le indicazioni per un intervento chirurgico sullo spazio L3/L4 a sinistra (doc. 38 [=55 e 108]).
- Il certificato medico INPS del 16 novembre 2015 redatto dalla dr.ssa U._____, medico chirurgo, che ha posto la diagnosi di "ernia discale sinistra L3-L4 e protrusioni discali multiple in canale lombare ristretto; Ipertrofia prostatica; Ipertensione arteriosa; Esiti di intervento nel 2012 per rottura sovraspinato spalla sinistra". Ha inoltre constatato l'assenza di beneficio dei trattamenti farmacologici e segnalato la terapia a base di infiltrazioni in atto (doc. 31).
- Il certificato del 21 novembre 2015 del dr K._____, che, rilevando la presenza di una lombalgia acuta, ha prescritto un'incapacità lavorativa di 15 giorni (doc. 32). Tale rapporto è stato successivamente trasmesso anche in corso di causa (allegato al doc. TAF 1 con delle annotazioni scritte a mano dal ricorrente).
- Il rapporto E213 del 28 dicembre 2015, nel quale il dr. M._____, la cui specializzazione non è nota, ha posto la diagnosi di: "Lombosciatalgia bilaterale di grado medio in ernia discale L3-L4 a sinistra e protrusioni discali multiple in canale lombare ristretto. Modesti esiti da riposizionamento in sedo-analgesia (settembre 2011) per contusione/lussazione della spalla sinistra e frattura extra-articolare del collo della scapola di sinistra da infortunio sul lavoro e successivo intervento (marzo 2012) per rottura del sovraspinato alla spalla

sinistra. Sinusite. Ipertensione arteriosa in buon controllo terapeutico. Ipertrofia". Il medico ha constatato un'eccedenza ponderale e riferito di una situazione nel complesso stazionaria, indicando che nuovi esami specialistici e strumentali non sarebbero stati necessari per approfondire la fattispecie. Egli ha quindi ritenuto esigibili dei lavori leggeri, riscontrando movimenti nella norma, pur con andatura cautelata. Egli ha pertanto considerato l'attività abituale di muratore non più esigibile, pur essendo l'interessato soltanto parzialmente incapacitato (50%). Ha invece considerato possibile l'esecuzione di un'attività sostitutiva adeguata nella misura del 50% (doc. 49).

- Il rapporto del 14 aprile 2016 del dr. N._____, specialista in neurochirurgia, relativo alla degenza presso l'ospedale I._____ dove il 12 aprile 2016 è stato eseguito l'intervento chirurgico di decompressione osteolegamentosa lombare L3-L4 sinistra, foraminotomia intra ed extra-foraminale L3-L4 sinistra, asportazione di ernia discale lombare L3-L4 sinistra intra ed extraforaminale. Il decorso post-operatorio è stato regolare (rimozione dei punti di sutura prevista per il 22 aprile 2016) e il 14 aprile 2016 l'interessato è stato dimesso al domicilio con prescrizione di un periodo di riposo e una terapia analgesica; è stata inoltre consigliata una valutazione fisiatrica per eventuale ciclo di fisiochinesiterapia e una rivalutazione neurochirurgica ambulatoriale a distanza di un anno (doc. 71 [=104]).
- Il referto ambulatoriale del 12 settembre 2016 del dr. O._____, specialista in neurochirurgia (doc. 92 [=103]), che constatando il persistere della sintomatologia algica a seguito dell'interruzione del trattamento medicamentoso e della fisiochinesiterapia, ha consigliato di evitare sforzi fisici o carichi a livello del rachide lombosacrale e proposto l'esecuzione di un RMN lombosacrale eseguita il 28 settembre 2016 (doc. 91 [=102]). Nella rivalutazione neurochirurgica eseguita il 5 ottobre 2016 il dr. O._____ ha quindi ritenuto sussistere delle alterazioni degenerative con conflitti radicolari multipli e bilaterali su base degenerativa oltre che una componente di tipo fibromialgico. È stata quindi consigliata terapia antalgica e una significativa riduzione ponderale (doc. 90 [=101]).
- Il rapporto del 7 dicembre 2016 del dr. P._____, specialista in ortopedia (doc. 88), che ha principalmente contestato la valutazione relativa al discapito economico ritenuta dall'INSAI (del 22%),

che non corrisponde a quella superiore calcolata dall'UAI (del 34%). Egli non ha per contro riferito di altre patologie, oltre a quelle già note, né ha preso posizione in punto all'esigibilità lavorativa dell'assicurato.

In un ulteriore rapporto del 27 dicembre 2016 il dr. P._____ ha quindi esposto i limiti funzionali di carico (fino a 5kg normale, fino a 10kg ridotto, mai 10-20kg), di manipolazione, di posizione e di spostamento, considerando l'attività di muratore non più esigibile. Egli ha per contro ritenuto che l'interessato: "potrebbe effettuare un lavoro leggero che non comporti sollevamenti di carichi se non molto modesti o un lavoro con al massimo le braccia all'altezza delle spalle o meno elevate. Inoltre senza necessità di spostamenti prolungati e con la possibilità di cambiare frequentemente posizione di lavoro. Il tutto però per periodo di lavoro che comporti pause di riposo e pertanto non per tempi continuati, con orario di lavoro non continuo e non a tempo pieno. Sarebbero proponibili: cassiere, addetto pompe di benzina, addetto edicola" (doc. 89 p. 3).

11.1.2 In relazione alla problematica urologica:

- Il rapporto della visita urologica del 28 febbraio 2014 nella quale è stata prescritta una terapia medicamentosa per problematica di disfunzione erettile e prostata fibrosa (doc. 121).
- L'ecografia transrettale del 23 maggio 2014 dal quale è emerso un aumento del volume prostatico (doc. 120).
- Il rapporto urologico del 13 gennaio 2015, nel quale è stato constatato il persistere dell'ipertrofia prostatica ed è stata prescritta un complemento al trattamento farmacologico già in atto (doc. 54).
- Il rapporto della visita urologica annuale del 6 aprile 2016 che ha confermato le problematiche note, per le quali è stata consigliata la continuazione del trattamento (doc. 118).
- L'ecografia apparato urinario del 15 giugno 2016 dalla quale, al di là dell'ipertrofia prostatica, è emersa una situazione nella norma (doc. 122).

11.1.3 In relazione ad altre problematiche:

- L'ECG + visita cardiologica del 26 maggio 2016 dalla quale non è emersa alcuna problematica cardiologica configurabile, al di fuori di

un'ipertensione arteriosa con iniziale cardiopatia secondaria priva di complicazioni. Il dr. Q._____, specialista in cardiologia, ha quindi prescritto periodici esami ematici e programmato un test sotto sforzo, di cui tuttavia non vi è traccia agli atti (doc. 117).

- Il rapporto ORL del 1° dicembre 2016 del dr. R._____, specialista in otorinolaringoiatria (doc. 124), il quale diagnosticando un eczema causante prurito auricolare a destra e la presenza di acufeni, ha consigliato una terapia medicamentosa, ugualmente prescritta in occasione della visita ambulatoriale del 5 dicembre 2016 (doc. 123).

11.2 Prima dell'emissione della decisione impugnata la documentazione medica prodotta dall'assicurato è stata sottoposta in due occasioni al dr. J._____ del SMR.

11.2.1 Nella prima annotazione del 14 novembre 2016 (doc. 83) il medico ha ritenuto la seguente diagnosi con influsso sulla capacità lavorativa:

- Lombosciatalgia bilaterale a sinistra (preponderante) e a destra;
- Status post decompressione lombare L3-L4 sinistra e trattamento di ernia discale del 12 aprile 2016.

Ha inoltre indicato come diagnosi non influenti sulla capacità lavorativa lo status post rottura della cuffia dei rotatori a sinistra operata il 21 marzo 2012 e l'obesità (102 kg per 177 cm, BMI 33kg/m²).

Il dr. J._____ ha quindi considerato giustificata una nuova incapacità lavorativa al 100% in attività adeguata dal 12 aprile al 12 luglio 2016, ossia nei tre mesi seguenti l'intervento al rachide lombare. Successivamente egli ha ritenuto non più esigibile l'attività di muratore (inabilità lavorativa al 100% a partire dal 2016), mentre ha considerato ripristinata una piena capacità lavorativa in un'attività sostitutiva, con posizione alternata, carichi massimi 5-10kg, non richiedente lavori pesanti, movimenti di rotazione del tronco e l'utilizzo di scale a pioli (doc. 83 p. 2).

11.2.2 Nella seconda annotazione SMR del 7 febbraio 2017, redatta dopo l'esame dei nuovi referti medici versati agli atti – in particolare i referti del dr. P._____ (doc. 88 e 89), i rapporti del dr. O._____ (doc. 90 [=101] e 92 [=103]), il rapporto ORL del dr. R._____ (doc. 124), il rapporto cardiologico del dr. Q._____ (doc. 117) e i referti urologici (doc. 118, 120, 121, 122) – il dr. J._____ si è riconfermato nelle precedenti conclusioni

del 14 novembre 2016, non ritenendo sussistere alcun elemento nuovo suscettibile di valutare differientemente la fattispecie.

11.3 In corso di causa, oltre ai referti già elencati, sono stati inoltre prodotti:

11.3.1 Il certificato del 6 settembre 2016 della dr.ssa S._____, specialista in oftalmologia, che prescrive la correzione ottica per problematiche correlate all'età e il certificato del 27 febbraio 2017 della dr.ssa T._____, specialista in dermatologia ambulatoriale, che ha prescritto un trattamento farmacologico per dermatite irritativa diffusa e xerosi cutanea (allegati al doc. TAF 1).

11.3.2 Il rapporto del 13 marzo 2017 della dr.ssa U._____, che dall'esame RM di settembre 2016 ha riscontrato dei residui di ernia discale L3-L4 con conflitto radicolare e alterazioni degenerative con conflitti radicolari multipli. Essa ha riferito del persistere di limitazioni funzionali ad entrambe le spalle, oltre che residuo dolore lombare, al gluteo e agli arti inferiori che non rispondono né alla terapia antalgica né a quella fisiochinesiterapica. Tali problematiche, a mente della dr.ssa U._____, causano all'assicurato un'incapacità a mantenere la posizione eretta per lunghi periodi, la necessità di cambiare frequentemente posizione, e una deambulazione difficoltosa e dolorosa. Ne risulta quindi una riduzione della capacità lavorativa in generale e l'impossibilità di svolgere la professione di muratore, nonché una limitazione nelle attività della vita quotidiana (allegato al doc. TAF 1).

11.3.3 Il verbale della "Commissione medica per l'accertamento dell'invalidità civile, delle condizioni visive e della sordità" del 13 gennaio 2017 nel quale, sulla base di reperti medici non meglio specificati, è stata posta la diagnosi di: "poliartrosi; esiti da intervento di decompressione L3-L4, ernia discale e foraminectomia; esiti di intervento cuffia dei rotatori spalla sinistra, ipertrofia prostatica".

Alla luce delle problematiche enunciate, l'assicurato è stato quindi valutato a partire dal 7 novembre 2016 invalido, con riduzione permanente della capacità lavorativa del 60% ai sensi del diritto italiano (allegato al doc. TAF 1).

11.4 Nell'avviso SMR del 30 giugno 2017 (allegato al doc. TAF 13) il dr. J._____ ha preso posizione riguardo al rapporto della dr.ssa U._____ del 13 marzo 2017, ritenendo che dallo stesso non emerge alcun deficit sensitivo o motorio, né una nuova valutazioni riguardo alla capacità medico

teorica dell'assicurato in un'attività leggera e adatta. Dal punto di vista della capacità lavorativa, egli ha inoltre chiarito che il rapporto dermatologico della dr.ssa T._____, così come pure quello oftalmologico della dr.ssa S._____ risultano essere irrilevanti. Valutando nuovamente la documentazione medica componente l'incarto dell'UAI-F._____ – relativa al solo danno alla spalla sinistra per il quale il dr. H._____, nel rapporto del 30 aprile 2013 (doc. 173), aveva ritenuto giustificata una ripresa completa dell'attività lavorativa in una professione sostitutiva rispettosa dei limiti funzionali indicati – il dr. J._____ ha quindi ritenuto la documentazione prodotta non suscettibile di apportare elementi nuovi che non fossero già stati attentamente vagliati in precedenza. Così stando le cose egli ha pertanto confermato la propria valutazione rimandando alle conclusioni esposte nell'avviso SMR del 14 novembre 2016 (doc. 83).

12.

12.1 L'art. 59 cpv. 2^{bis} LAI ricorda che i servizi medici regionali sono a disposizione degli uffici AI per valutare le condizioni mediche del diritto alle prestazioni, stabiliscono la capacità funzionale dell'assicurato – determinante per l'AI secondo l'art. 6 LPGA – di esercitare un'attività lucrativa o di svolgere le mansioni consuete in una misura ragionevolmente esigibile e sono indipendenti per quanto concerne le decisioni in ambito medico nei singoli casi. Scopo e senso dell'art. 59 cpv. 2^{bis} LAI, come pure dell'art. 49 OAI risiedono nella possibilità, per gli uffici AI, di fare capo ai propri medici per la valutazione degli aspetti sanitari del diritto alla rendita. Questi ultimi, grazie alle loro specifiche conoscenze medico-assicurative, sono quindi chiamati a valutare la capacità funzionale della persona assicurata. In questo modo è stata creata una chiara separazione di competenze tra medici curanti e assicurazione sociale. Sulla base delle indicazioni del SMR, l'UAI deve così decidere cosa si può ragionevolmente pretendere da un assicurato e cosa invece no (sentenza del TF 9C_9/2010 del 29 settembre 2010 consid. 2). Peraltro, i rapporti SMR hanno la funzione di effettuare una sintesi delle informazioni e degli esami medici di cui agli atti di causa e formulare delle raccomandazioni quanto al seguito da dare all'incarto da un punto di vista medico (sentenza del TF 9C_542/2011 del 26 gennaio 2012 consid. 4.1). Per poter loro attribuire pieno valore probatorio, i rapporti dei servizi medici regionali devono essere redatti da medici che dispongono delle qualifiche specialistiche richieste nel singolo caso di specie. Se ciò non è il caso, il loro valore probatorio è affievolito (sentenza del TF 9C_826/2009 del 20 luglio 2010 consid. 4.2).

12.2 I rapporti interni del SMR ai sensi dell'art. 49 cpv. 3 LAI non pongono autonomamente delle diagnosi, bensì apprezzano sotto l'aspetto medico i reperti esistenti. Il loro compito è di sintetizzare – a beneficio anche dell'amministrazione e dei tribunali che altrimenti non dispongono necessariamente di simili conoscenze specialistiche – la situazione medica. Non è dunque indispensabile che la persona assicurata venga visitata. Il SMR esegue direttamente esami medici solo se lo ritiene necessario. Negli altri casi rende la propria valutazione sulla base della documentazione esistente. L'assenza di propri esami diretti non costituisce, per invalsa giurisprudenza, un motivo per mettere in dubbio la validità di un rapporto SMR se esso soddisfa altrimenti le esigenze di natura probatoria generalmente riconosciute (SVR 2009 IV n. 56 pag. 174 [9C_323/2009] consid. 4.3.1 con riferimenti; cfr. pure sentenza 9C_294/2011 del 24 febbraio 2012 consid. 4.2; cfr. anche sentenza 9C_787/2012 del 20 dicembre 2012, consid. 4.2.1).

13.

13.1 Dalle considerazioni che precedono risulta che per negare il diritto alla rendita a A._____ l'amministrazione si è fondata sulle conclusioni espresse dal dr. J._____, che si è espresso nei due rapporti del 14 novembre 2016 e del 7 febbraio 2017. Sulla scorta dell'esame dei soli atti medici, il dr. J._____ ha formulato le proprie conclusioni – reiterate nel corso di causa dopo aver esaminato i certificati ulteriormente trasmessi (cfr. consid. 11.4) – senza ritenere opportuno né necessario esperire ulteriori accertamenti specialistici.

Orbene, le valutazioni del dr. J._____ non paiono condivisibili per molteplici ragioni.

13.2 Giova innanzitutto rammentare che a seguito della problematica alla spalla sinistra, il cui trattamento aveva determinato un prolungato periodo di incapacità lavorativa e il riconoscimento di una rendita del 22% da parte dell'INSAI (doc. 158) e di una rendita limitata nel tempo da parte dell'Al (doc. 156), l'assicurato aveva recuperato, a partire dal 1° ottobre 2012, la facoltà di esercitare nella misura del 50% la precedente professione di muratore e, a partire dal 27 marzo 2013, era stato ritenuto interamente abile a svolgere una professione sostitutiva rispettosa dei limiti funzionali allora riscontrati (cfr. consid. 10.1.2).

Contrariamente a quanto previsto dalla giurisprudenza nei casi in cui, a seguito dell'interruzione del diritto alla rendita, viene depositata una nuova

domanda (cfr. consid. 8.4), nel caso concreto non è stato fatto alcun confronto fra la situazione “attuale” e quella vigente all’epoca in cui sono state adottate le decisioni del 23 luglio 2013 (doc. 156); il dr. J._____, in particolare, nelle proprie valutazioni non ha mai fatto alcun riferimento esplicito all’evoluzione dello stato di salute e della capacità lavorativa dell’assicurato rispetto a quanto accertato in occasione dell’ultimo esame materiale del caso. Per le problematiche pregresse egli si è infatti limitato a rinviare al rapporto del dr. H._____ del 30 aprile 2013 (doc. 173), senza ulteriormente indagare la fattispecie a mezzo di una valutazione globale della situazione valetudinaria e omettendo così di specificare in che modo, rispettivamente in che misura ha avuto luogo un effettivo cambiamento nello stato di salute (cfr. consid. 9.5).

13.3 Ora, sebbene non vi sia agli atti alcun elemento oggettivo che attesti un peggioramento della problematica alla spalla posteriore al 30 giugno 2013 (data dell’interruzione del diritto alla mezza rendita AI – cfr. doc. 156 p. 14), è pur vero che posteriormente a tale data, e meglio nel corso del 2014, l’insorgente ha iniziato a lamentare dei nuovi disturbi, in particolare, a livello lombare.

13.3.1 L’insorgere della suddetta problematica è stato segnalato per la prima volta il 21 novembre 2014 dal dr. K._____, che ha prescritto un periodo di “riposo domiciliare e cure” (doc. 32). Pur non essendo stato prescritto alcun ulteriore periodo di incapacità lavorativa (presumibilmente non più richiesta dall’assicurato, rimasto dal 28 novembre 2014 senza attività lavorativa – doc. 81), nel corso del 2015 i disturbi lombari hanno continuato a peggiorare, nonostante le terapie medicamentose in atto (cfr. referto della dr.ssa U._____ del 16 novembre 2015 [doc. 31 p. 6], della dr.ssa L._____ dell’8 giugno 2015 [doc. 40], della dr.ssa V._____, la cui specializzazione non è nota, del 29 ottobre 2015 [doc. 36], del dr. P._____ del 27 dicembre 2016 [doc. 89]). Per tale motivo è stato predisposto il 4 maggio 2015 un esame RM alla colonna lombosacrale (doc. 33), sulla base del quale si è cercato di intervenire conservativamente mediante infiltrazioni lombosacrali e peridurali (doc. 34, 35, 36, 37, 39), che tuttavia non hanno apportato i risultati sperati (cfr. doc. 31 e 38). Proprio per questa ragione la dr.ssa L._____ il 9 novembre 2015 aveva posto l’indicazione per l’opzione chirurgica (doc. 38), poi eseguita il 12 aprile 2016 mediante intervento di decompressione osteolegamentosa lombare L3-L4 sinistra, foraminotomia intra ed extra-foraminale L3-L4 sinistra, asportazione di ernia discale lombare L3-L4 sinistra intra ed extraforaminale (doc. 71).

13.3.2 Tali sviluppi, iniziati nel novembre 2014, ed il relativo impatto sulla capacità lavorativa non sono stati né menzionati, né – parrebbe – considerati dal dr. J._____, che nei propri referti si limita ad attestare l'inabilità totale nell'attività di muratore a partire dal 2016, senza meglio specificare da quale mese (indicazione già di per sé troppo vaga per potersi determinare con sicurezza riguardo all'eventuale diritto a una rendita).

Benché le indicazioni dei medici che hanno visitato l'interessato nel corso del 2015 non permettano di definire con certezza quale influsso i disturbi lombari abbiano avuto sulla capacità lavorativa dell'assicurato (in tal senso, la dr.ssa U._____ riferisce soltanto di un peggioramento che limita le normali attività della vita quotidiana [doc. 31 p. 1 e 5] e la dr.ssa Meloni, specialista in fisioterapia, si limita a suggerire del riposo funzionale evitando movimenti di carico [doc. 39], mentre risulta contraddittoria la valutazione fornita dal dr. M._____ che nella perizia medica particolareggiata E213 considera il ricorrente non più abile a svolgere la professione di muratore [doc. 49, § 11.4], pur attestando per tale professione soltanto un'incapacità del 50% [doc. 49, §11.5]), è innegabile che nel corso del 2015 gli stessi hanno contribuito a degradare lo stato di salute dell'assicurato al punto da rendere necessario l'intervento chirurgico dell'aprile 2016.

Ne consegue che tale progressione non può essere semplicemente ignorata da parte del SMR, ma va affrontata, delucidata, valutata globalmente e – nel limite del possibile – determinato l'impatto della stessa sulla già ridotta capacità lavorativa nell'attività abituale, in ragione delle pregresse problematiche alla spalla, rispettivamente nell'attività sostitutiva (cfr. consid. 13.2).

Già solo per questi motivi, la valutazione del dr. J._____ appare incompleta, e pertanto non del tutto concludente e affidabile.

13.4

13.4.1 Oltre a ciò si osserva che, pur essendovi l'unanimità da parte di tutti i medici coinvolti riguardo all'impossibilità di riprendere l'esercizio dell'attività abituale di muratore (cfr. dr. O._____ [doc. 90, 92], dr. P._____ [doc. 89], dr.ssa U._____ [allegato al doc. TAF 1], dr. J._____ [doc. 83 e 127, allegato a doc. TAF 1]), non è stato accertato con esattezza a partire da quale momento tale inabilità lavorativa si sia effettivamente manifestata nella misura del 100%. L'indicazione fornita dal dr. J._____, secondo il quale l'inabilità totale nell'attività di muratore va fatta genericamente risalire

al 2016, non è infatti attendibile, in quanto non sufficientemente sostanziata, né supportata da alcun elemento oggettivo riscontrabile agli atti. Come detto sopra, l'interessato era già portatore, all'insorgere della problematica lombare il 21 novembre 2014, di un'incapacità lavorativa al 50% nell'attività di muratore. Come visto, inoltre, a partire da tale data la progressione degli eventi testimonia un progressivo e inesorabile deterioramento dello stato di salute, che non può – oggettivamente – non aver avuto influsso sulla capacità lavorativa nell'attività di muratore, che pertanto potrebbe essere effettivamente divenuta inesigibile ben prima del 2016. L'istruttoria su questo specifico punto, risulta tuttavia carente.

Tale aspetto, giova rammentarlo, è determinante per il conteggio dell'anno di attesa previsto dall'art. 28 cpv. 1 let. b LAI. Mancando un elemento essenziale per la determinazione del periodo di incapacità lavorativa, non risulta neppure possibile valutare l'eventuale diritto a una rendita.

13.4.2 Per quanto invece concerne la misura in cui il ricorrente potrebbe esercitata un'attività sostitutiva, le valutazioni dei medici non concordano.

Secondo l'opinione del dr. J. _____ a tre mesi dall'intervento chirurgico al rachide lombare, l'assicurato potrebbe essere interamente abile al lavoro. Orbene, il medico SMR non soltanto non ha argomentato e motivato tale lapidaria conclusione, ma neppure ha indicato sulla base di quali accertamenti essa si fonda. A ben vedere, posteriormente all'operazione del 12 aprile 2016 (descritta nel rapporto di dimissione del dr. N. _____ del 14 aprile 2016), figurano unicamente i rapporti del 12 settembre 2016 e del 5 ottobre del dr. O. _____ (doc. 90, 92), che dopo aver predisposto e visionato i risultati dell'esame RM lombosacrale, si è espresso con cautela riguardo alla possibile ripresa di un'attività lavorativa, sconsigliando “di svolgere attività fisiche prolungate e intense che comportino sollecitazioni sulla muscolatura paravertebrale” (doc. 90). Allo stesso modo, nel rapporto del 27 dicembre 2016 il dr. P. _____ ha, da un lato, ritenuto possibile l'esercizio di un'attività lavorativa leggera sostitutiva, dall'altro ha considerato la stessa esercitabile soltanto con un rendimento ridotto e a tempo parziale (senza tuttavia quantificare la misura della riduzione del tempo lavorativo – cfr. doc. 89). Dello stesso avviso infine la dr.ssa U. _____, che nel rapporto del 13 marzo 2017 ha chiarito che le affezioni di cui l'insorgente è portatore riducono in generale la sua capacità lavorativa (oltre ad impedire l'esercizio dell'attività di muratore). In buona sostanza tutti i medici curanti sono concordi nel ritenere sussistere una parziale incapacità lavorativa anche in una professione sostitutiva. Le indicazioni fornite dagli

stessi, contrariamente a quanto affermato dal dr. J._____, che non dispone del resto della specializzazione in neurochirurgia o ortopedia, non confermano, ma anzi insinuano dei dubbi riguardo alle conclusioni a cui quest'ultimo è giunto in punto alla capacità lavorativa.

È altresì inesatto sostenere come fa il dr. J._____ che la perizia medica particolareggiata E213 conferma la sua valutazione riguardo alla possibilità di svolgere un'attività leggera, dal momento che il dr. M._____ certifica un'incapacità al 50% anche in un'attività adeguata. Oltre a ciò, essendo stata redatta prima dell'intervento alla colonna lombare, la perizia E213 non può essere considerata, su questo punto, un referto affidabile per poter determinare la situazione "attuale" e meglio posteriore all'intervento chirurgico. A tale scopo l'amministrazione avrebbe dovuto predisporre una nuova perizia medica particolareggiata E213, o in alternativa convocare l'assicurato per procedere con l'esame clinico e gli ulteriori accertamenti necessari.

13.5

13.5.1 Va infine rilevato che il dr. O._____, nel proprio referto del 5 ottobre 2016 (cfr. doc. 90) aveva ipotizzato la presenza di una "componente di tipo fibromialgico". Nell'avviso SMR del 7 febbraio 2017, confrontato con il suddetto rapporto, il dr. J._____ si è limitato a rilevare che "les douleurs lombaires ne sont pas dues à l'atteinte lombaire et à l'operation lombaire mais sont d'origine fibromyalgique", ritenendo pertanto che la nuova documentazione prodotta non apportasse alcun elemento nuovo e riconfermandosi quindi nelle proprie conclusioni (doc. 127).

13.5.2 Al riguardo, questo Tribunale osserva che una perizia psichiatrica e reumatologica è, di regola, necessaria quando si tratta di pronunciarsi sull'incapacità lavorativa che i disturbi da dolore somatoforme rispettivamente le patologie assimilate a questi ultimi, quali la fibromialgia, sono in grado di causare (DTF 137 V 64 consid. 4 e 5; 130 V 353 consid. 2.2.2). Con sentenza 9C_492/2014 del 3 giugno 2015, pubblicata in DTF 141 V 281, il Tribunale federale ha stabilito che la capacità lavorativa esigibile di una persona che soffre di disturbi da dolore somatoforme oppure di un'affezione psicosomatica assimilata a questi ultimi (DTF 141 V 281 consid. 4.2) deve essere valutata sulla base di una visione d'insieme, nell'ambito di una procedura d'accertamento dei fatti normativa strutturata atta a stabilire, da un lato, i fattori invalidanti e, dall'altro, le risorse della persona (DTF 141 V 281 consid. 3.4, 3.5 e 3.6). Al riguardo, ha posto degli indicatori (DTF 141 V 281 consid. 4.1.3).

13.5.3 Nel caso in esame, agli atti non figura nessun accertamento psichiatrico volto a confermare o escludere la tesi posta dal dr. O. _____ secondo il quale l'interessato presenta una "componente di tipo fibromialgico". Alla luce di tali circostanze, vi erano pertanto gli estremi per selezionare in seno al servizio medico dell'AI o presso il SMR un medico specializzato in psichiatria al fine di indagare in maniera completa e dettagliata il caso. Così non è stato. Dal canto suo il dr. J. _____ – che non dispone, come detto, né di una specializzazione in neurochirurgia (come il dr. O. _____), né in psichiatria – dopo aver esaminato il referto in parola ha liquidato l'indicazione posta dal dr. O. _____ come una conferma delle proprie conclusioni, non conferendo alcuna rilevanza alla patologia fibromialgica. In definitiva, non resta che riconoscere che la valutazione del dr. J. _____ non risponde manifestamente ai criteri giurisprudenziali posti in essere nella sentenza DTF 141 V 281. Pertanto, da questo profilo, l'accertamento dei fatti esperito dall'autorità inferiore, nuovamente, si rileva insufficiente.

13.6 In definitiva, occorre, pertanto, riconoscere che la fattispecie non è stata sufficientemente chiarita, essendovi delle importanti lacune sia nell'accertamento dello stato valetudinario che della capacità lavorativa dell'assicurato.

13.7 Alla luce delle considerazioni che precedono, ne discende che il provvedimento querelato, che viola il diritto federale e poggia su di un accertamento insufficiente dei fatti giuridicamente rilevanti, va annullato.

14.

14.1 Gli atti sono pertanto rinviati all'autorità inferiore affinché, da un lato, verifichi la propria competenza ad esaminare la domanda di prestazioni, giusta l'art. 40 cpv. 2 OAI (cfr. consid. 5.3), dall'altro, proceda al completamento dell'istruzione e alla luce dei nuovi accertamenti emani una nuova decisione.

14.2 Il ricorrente, dovrà in particolare essere sottoposto a una perizia pluridisciplinare in neurologia e/o reumatologia, psichiatria, al fine anche di accertare o escludere l'esistenza della problematica fibromialgica e l'impatto della stessa sulla capacità lavorativa nell'ambito di una valutazione globale dello stato di salute dell'assicurato, conto tenuto di tutte le patologie riscontrate.

Dai nuovi accertamenti dovrà altresì emergere l'evoluzione dello stato di salute e della capacità lavorativa a far tempo dalle decisioni del 23 luglio 2013, in particolare dal mese di novembre 2014 data in cui si è manifestata l'affezione al rachide lombare (doc. 156).

14.3 In siffatte circostanze, non essendo stati chiariti aspetti medici determinanti – in particolare essendo stato tralasciato l'accertamento pluridisciplinare della fattispecie – neppure la giurisprudenza del Tribunale federale pubblicata in DTF 137 V 210 (segnatamente consid. 4.4.1.4; DTF 139 V 99 consid. 1) si oppone al rinvio della causa all'autorità inferiore per completamento dell'istruttoria, nel senso indicato da questo Tribunale.

15.

15.1 Visto l'esito della procedura non vengono prelevate spese processuali (art. 63 PA). Al ricorrente viene restituito l'anticipo delle spese processuali di fr. 800.- versato il 5 settembre 2017 (doc. TAF 17).

15.2 Ritenuto che l'insorgente è rappresentato in questa sede da mandatario professionale, si giustifica altresì l'attribuzione di spese ripetibili (art. 64 PA in combinazione con l'art. 7 segg. 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]). La stessa, in assenza di una nota dettagliata, è fissata d'ufficio (art. 14 cpv. 2 TS-TAF) in fr. 1'000.- (compresi i disborse ed esclusa l'imposta sull'IVA [cfr., fra le tante, sentenza del TAF C-3058/2015 del 23 maggio 2016 consid. 22.4.4 con rinvii]), tenuto conto del lavoro utile e necessario svolto dalla rappresentante del ricorrente. L'indennità per ripetibili è posta a carico dell'UAIE.

Per questi motivi, il Tribunale amministrativo federale pronuncia:

1.

Il ricorso è parzialmente accolto e la decisione impugnata è annullata. L'incanto è rinviato all'autorità inferiore per completare l'istruttoria ai sensi dei considerandi (cfr. consid. 14) ed emani una nuova decisione sul diritto alla rendita di A._____.

2.

Non si prelevano spese processuali. L'anticipo di fr. 800.-, già corrisposto

dal ricorrente, gli sarà restituito allorquando la presente sentenza sarà cre-
sciuta in giudicato.

3.

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

4.

Comunicazione a:

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

La presidente del collegio:

Il cancelliere:

Michela Bürki Moreni

Luca Rossi

Rimedi giuridici:

Contro la presente decisione può essere interposto ricorso in materia di
diritto pubblico al Tribunale federale, Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerna,
entro un termine di 30 giorni dalla sua notificazione, nella misura in cui sono
adempite le condizioni di cui agli art. 82 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 alle-
gati (art. 42 LTF).

Data di spedizione: