



Corte III
C-229/2022, C-230/2022

Sentenza del 15 agosto 2023

Composizione

Giudici Christoph Rohrer (presidente del collegio),
Regina Derrer, Viktoria Helfenstein,
cancelliere Luca Rossi.

Parti

A. _____, (Italia),
rappresentato dal Patronato INAS, c/o OCST,
ricorrente,

contro

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

Oggetto

assicurazione invalidità, rendite limitate nel tempo
(decisioni del 22 novembre 2021).

Fatti:**A.**

A. _____, cittadino italiano, nato il (...) 1964, domiciliato a B. _____ (IT), ha lavorato in Svizzera come frontaliere in qualità di aiuto gessatore per differenti datori di lavoro solvendo regolari contributi all'assicurazione svizzera per la vecchiaia, i superstiti e l'invalidità (cfr. sentenza del TAF C-955/2019 del 20 giugno 2019 consid. A).

B.

B.a In data 14 luglio 2016, A. _____ ha formulato all'Ufficio AI del Canton C. _____ (UAI-C. _____) una domanda volta al conseguimento di prestazioni dell'assicurazione svizzera per l'invalidità, in ragione dell'infortunio non professionale subito il 16 dicembre 2015, preso al carico dalla SUVA e a partire dal quale è stata attestata un'inabilità lavorativa al 100% (cfr. sentenza del TAF C-955/2019 del 20 giugno 2019 consid. B.a).

B.b In relazione ai postumi dell'infortunio la SUVA ha ritenuto non più ammissibile la ripresa in misura completa dell'attività abituale, contrariamente a un'attività sostitutiva considerata interamente esigibile. Con scritto del 22 marzo 2017 ha quindi decretato la chiusura del caso per il 1° aprile 2017 – ritenendo non sussistere oltre tale data alcuna possibilità di miglioramento dello stato di salute (doc. 128 dell'incarto dell'autorità inferiore [di seguito doc. UAIE]) – e con decisione su opposizione del 9 agosto 2017, ha negato il diritto alla rendita, essendo l'assicurato incapace al guadagno al 6% (doc. UAIE 81-82, 113).

B.c Dall'istruttoria, nella quale sono confluiti anche gli atti dell'incarto della SUVA, sono emerse distinte patologie di origine infortunistica e non, segnatamente il trauma distorsivo/contusivo al ginocchio sinistro con rottura del menisco riportata a seguito dell'infortunio 16 dicembre 2015, per cui è stato eseguito l'intervento di meniscectomia e shaving rotuleo del 31 marzo 2016, la necrosi condilo femorale mediale diagnosticata il 24 ottobre 2016 e infine la lombalgia persistente per la quale il 15 novembre 2017 è stato eseguito l'intervento chirurgico di stabilizzazione lombare posteriore mediante impianto di quattro viti transpeduncolari e due barre longitudinali a livello L4-L5 su lombalgia con discopatia L4-L5 (doc. UAIE 78, 103).

B.d Con decisione del 18 gennaio 2019 l'UAIE ha respinto la richiesta di prestazioni, avendo constatato che dal 21 febbraio 2017 l'assicurato era in grado di esercitare al 100% un'attività lavorativa sostitutiva adeguata e

riscontrato di conseguenza un grado d'invalidità non pensionabile (doc. UAIE 3, 156).

B.e Il 22 febbraio 2019 l'interessato ha interposto ricorso dinanzi al Tribunale amministrativo federale (TAF), che dando seguito alla proposta dell'autorità inferiore ha annullato la decisione impugnata e rinviato gli atti all'amministrazione al fine di completare l'istruttoria, tramite l'esperimento di una perizia pluridisciplinare in ambito psichiatrico, neurologico e reumatologico, come indicato dal SMR nell'annotazione del 22 marzo 2019 (doc. UAIE 14), prima di emanare una nuova decisione sul diritto alla rendita del ricorrente (cfr. sentenza del TAF C-955/2019 del 20 giugno 2019).

C.

C.a In esecuzione del suddetto giudizio l'assicurato è stato convocato presso il Servizio Accertamento Medico di (...) (SAM) per l'esecuzione di una perizia pluridisciplinare negli ambiti summenzionati (doc. UAIE 220). Ai periti è stata pure sottoposta la nuova documentazione medica prodotta dall'assicurato (doc. UAIE 238-275). Nel referto dell'11 marzo 2021, di cui si dirà nel dettaglio nei considerandi in diritto, gli specialisti del SAM hanno constatato un alternarsi di periodi di abilità-inabilità lavorativa a partire dal 16 dicembre 2015, data dell'infortunio al ginocchio sinistro. A partire dal 15 novembre 2017 (data del primo intervento alla colonna lombare) hanno ritenuto l'assicurato non più abile a svolgere l'abituale attività di gessatore/muratore, mentre da giugno 2019 (ossia a circa tre mesi dal secondo intervento alla colonna lombare) hanno considerato possibile l'esercizio di un'attività sostitutiva rispettosa dei limiti funzionali al 70% (da intendere come riduzione del rendimento). Le limitazioni funzionali e l'incapacità lavorativa, sono sostanzialmente riconducibili alle diagnosi in ambito reumatologico e in minima parte a quelle di natura neurologica. Non è per contro mai esistita alcuna riduzione della capacità lavorativa dal punto di vista psichiatrico. I periti non hanno formulato proposte terapeutiche, ritenendo la situazione di salute fondamentalmente stabilizzata (doc. UAIE 281 pp. 65-78).

C.b Con rapporto finale del 19 aprile 2021 il Servizio medico dell'UAIE ha fatto proprie le conclusioni peritali attestando i seguenti periodi di incapacità lavorativa (doc. UAIE 289):

- In attività abituale: 100% dal 16 dicembre 2015, 0% dal 1° aprile 2017, 30% dal 1° giugno 2017, 100% dal 15 novembre 2017;

- In attività sostitutiva: 100% dal 16 dicembre 2015, 0% dal 1° aprile 2017, 10% dal 1° giugno 2017, 100% dal 15 novembre 2017, 30% dal 1° giugno 2019.

C.c Con progetto di decisione del 9 luglio 2021 l'UAIE ha quindi prospettato il riconoscimento del diritto a una rendita intera a partire dal 16 dicembre 2016, da versare a partire dal 1° gennaio 2017, in ragione della tardività della domanda di prestazioni (art. 29 cpv. 1 LAI), fino al 30 giugno 2017, ossia tre mesi dopo il miglioramento dello stato di salute (art. 88a cpv. 1 OAI). Dal 1° novembre 2017 ha pure prospettato l'attribuzione di una rendita intera limitata al 31 agosto 2019, non persistendo oltre tale data un grado d'invalidità pensionabile (doc. UAIE 296).

C.d Preso atto delle osservazioni del 13 novembre 2018 (doc. UAIE 301) e del rapporto del 2 settembre 2021 del dott. D._____, specialista in cardiologia e in medicina del lavoro (doc. UAIE 300), nonché del parere del 21 ottobre 2021 della dott.ssa E._____, specialista in medicina interna generale del Servizio medico dell'UAIE (doc. UAIE 303), con due decisioni del 22 novembre 2021 l'amministrazione ha confermato il progetto di decisione e disposto il riconoscimento di una rendita intera limitata nel tempo per i periodi compresi fra il 1° gennaio 2017 e il 30 giugno 2017 e fra il 1° novembre 2017 e il 31 agosto 2019 (doc. UAIE 310, 311).

D.

D.a Contro i citati provvedimenti in data 17 gennaio 2022 (doc. TAF 1) A._____, rappresentato dal patronato INAS di Mendrisio, è nuovamente insorto dinanzi al TAF con un duplice ricorso (cause C-229/2022 e C-230/2022), lamentando un accertamento inesatto e incompleto dei fatti rilevanti e meglio in relazione alle conclusioni peritali su cui si è fondata l'amministrazione. Egli ha quindi chiesto l'annullamento della decisione impugnata e il riconoscimento di una rendita con grado AI pari ad almeno il 50% anche dopo il 31 agosto 2019, producendo, a suffragio delle proprie allegazioni, due referti medici inediti. Ha inoltre chiesto la dispensa dal pagamento delle spese giudiziarie. Dei motivi addotti si dirà se necessario nei considerandi in diritto (doc. TAF 1).

D.b Con ordinanza del 20 gennaio 2022 la giudice dell'istruzione ha decretato la congiunzione delle cause C-229/2022 e C-230/2022 (doc. TAF 2).

D.c Con decisione incidentale dell'8 marzo 2022 (doc. TAF 7) la domanda di assistenza giudiziaria è stata respinta. Il ricorrente è stato invitato a versare un anticipo di Fr. 800.-, corrispondente alle presumibili spese processuali, saldato in tre rate (doc. TAF 13, 15, 17, 18, 21, 25).

D.d Con risposta dell'8 agosto 2022 l'UAIE, facendo riferimento alla presa di posizione del servizio medico del 30 giugno 2022, ha confermato la correttezza e la completezza degli accertamenti medici svolti ed ha proposto la reiezione del gravame e la conferma della decisione impugnata (doc. TAF 27).

D.e Con memoriale di replica del 7 settembre 2022 (doc. TAF 31) e di duplice del 10 ottobre 2022 (doc. TAF 34), le parti si sono riconfermate nelle proprie posizioni. Quanto al nuovo referto medico del 31 agosto 2022 prodotto dall'assicurato, con annotazione del 27 settembre 2022 il Servizio medico dell'UAIE ha ritenuto che lo stesso non apportasse alcun elemento nuovo (allegato al doc. TAF 31 e 34).

Diritto:

1.

Il TAF è competente a trattare il presente ricorso (art. 31, 32 e 33 lett. d LTAF [RS 173.32]; art. 69 cpv. 1 lett. b LAI [RS 831.20]). Il ricorrente è toccato dalla decisione impugnata ed ha un interesse degno di protezione al suo annullamento o alla sua modifica. Per conseguenza, l'insorgente è legittimato a ricorrere nel caso in esame (art. 59 LPGGA [RS 830.1]; art. 48 cpv. 1 PA [RS 172.021]). Il ricorso è stato interposto tempestivamente e rispetta i requisiti previsti dalla legge (art. 60 LPGGA; art. 50 cpv. 1 e art. 52 cpv. 1 PA). L'anticipo spese è stato corrisposto entro il termine accordato (art. 63 cpv. 4 PA). Pertanto, il ricorso è ammissibile.

2.

2.1 L'oggetto impugnato (DTF 131 V 164 consid. 2.1) è rappresentato dalle decisioni dell'UAIE del 22 novembre 2021 mediante le quali è stato riconosciuto al ricorrente il diritto a due rendite limitate nel tempo.

2.2 Contestato è unicamente il diritto a una (mezza) rendita AI anche dopo il 31 agosto 2019, negato dall'amministrazione in ragione del miglioramento dello stato di salute riscontrato a partire dal 1° giugno 2019, che ha determinato un grado d'invalidità non più pensionabile.

3.

Nell'ambito delle assicurazioni sociali, la procedura è retta dal principio inquisitorio (art. 43 cpv. 1 LPGGA). Il Tribunale amministrativo federale applica il diritto d'ufficio, senza essere vincolato dai motivi del ricorso (art. 62 cpv. 4 PA) o dai considerandi della decisione impugnata. In altri termini, il ricorso potrebbe essere accolto per ragioni diverse da quelle addotte dal ricorrente o respinto in virtù d'argomenti che la decisione impugnata non ha preso in considerazione (DTF 134 III 102 consid. 1.1; 133 V 515 consid. 1.3; DTAF 2013/46 consid. 3.2). Il Tribunale accerta i fatti determinanti per la soluzione della controversia, assume le prove necessarie e le valuta liberamente (art. 12 PA; DTF 136 V 376 consid. 4.1.1). Sempre che la legge non disponga diversamente, il Tribunale statuisce secondo il grado di prova della verosimiglianza preponderante. Deve ritenere un fatto provato, soltanto quando è convinto della sua esistenza (DTF 138 V 218 consid. 6). Le parti sono tenute a cooperare all'accertamento dei fatti (art. 13 PA) e a motivare il ricorso (art. 52 PA). L'autorità di ricorso si limita, di principio, ad esaminare le censure sollevate, mentre le questioni di diritto non invocate dalle parti solo nella misura in cui gli argomenti delle parti o l'esame dell'incarto ne diano sufficiente motivo (DTF 122 V 157 consid. 1a; 121 V 204 consid. 6c).

4.

4.1 Dal profilo temporale, con riserva di disposizioni particolari di diritto transitorio, sono applicabili le disposizioni in vigore al momento della realizzazione dello stato di fatto che deve essere valutato giuridicamente o che produce conseguenze giuridiche (DTF 146 V 364 consid. 7.1; 144 V 210 consid. 4.3.1; 143 V 446 consid. 3.3; 139 V 335 consid. 6.2, 138 V 475 consid. 3.1).

4.2 Nel caso in esame si applicano di principio le disposizioni legali nella loro versione in vigore fino al 22 novembre 2021, data delle decisioni impugnate. Le modifiche del 19 giugno 2020 della LAI e della LPGGA (Ulteriore sviluppo dell'AI; RU 2021 705; FF 2020 4951; Messaggio del Consiglio federale del 15 febbraio 2017 [FF 2017 2191]) e le modifiche del 3 novembre 2021 dell'OAI (RU 2021 706), entrate in vigore al 1° gennaio 2022, non sono applicabili al caso concreto, conto tenuto che il diritto alla rendita è limitato al 31 agosto 2019 ed è nato il 1° gennaio 2017.

5.

Il potere cognitivo di questo Tribunale è delimitato dalla data della decisione impugnata. Il giudice delle assicurazioni sociali esamina infatti la decisione

impugnata sulla base della situazione di fatto esistente al momento in cui essa è stata resa (DTF 132 V 215 consid. 3.1.1; 130 V 445 consid. 1.2). Tiene tuttavia conto dei fatti verificatisi dopo tale data quando essi possano imporsi quali elementi d'accertamento retrospettivo della situazione anteriore alla decisione stessa (DTF 129 V 1 consid. 1.2; 121 V 362 consid. 1b), in altri termini se gli stessi sono strettamente connessi all'oggetto litigioso e se sono suscettibili di influire sull'apprezzamento del giudice al momento in cui detta decisione litigiosa è stata pronunciata (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).

6.

Il ricorrente è cittadino di uno Stato membro della Comunità europea, è domiciliato in Italia e sussiste un nesso transfrontaliero, avendo egli lavorato in Svizzera (DTF 145 V 231 consid. 7.1, 143 V 354 consid. 4, 143 V 81, in particolare consid. 8.1, nonché 141 V 521 consid. 4.3.2), per cui è applicabile, di principio, l'Accordo del 21 giugno 1999 tra la Confederazione svizzera e la Comunità europea ed i suoi Stati membri sulla libera circolazione delle persone (ALC, RS 0.142.112.681) ed il relativo Allegato II che regola il coordinamento dei sistemi di sicurezza sociale. L'allegato II ALC prevede in particolare che le parti contraenti applicano tra di loro, dal 1° aprile 2012, il regolamento (CE) n. 883/2004 del Parlamento europeo e del Consiglio del 29 aprile 2004 (RS 0.831.109.268.1) relativo al coordinamento dei sistemi di sicurezza sociale, con le relative modifiche, e il regolamento (CE) n. 987/2009 del Parlamento europeo e del Consiglio del 16 settembre 2009 (RS 0.831.109.268.11) che stabilisce le modalità di applicazione del regolamento (CE) n. 883/2004 (art. 1 cpv. 1 Allegato II ALC in relazione con la Sezione A dell'Allegato II ALC). Il Regolamento (CE) n. 883/2004 è stato ulteriormente modificato dai regolamenti (UE) n. 1244/2010 (RU 2015 343), n. 465/2012 (RU 2015 345) e n. 1224/2012 (RU 2015 353), applicabili nelle relazioni tra la Svizzera e gli Stati membri dell'Unione europea a decorrere dal 1° gennaio 2015. Tuttavia, anche in seguito all'entrata in vigore dell'ALC, l'organizzazione della procedura come pure l'esame delle condizioni di ottenimento di una rendita d'invalidità svizzera, sono regolate dal diritto interno svizzero (art. 46 cpv. 3 del Regolamento n. 883/2004 in relazione con l'Allegato II del regolamento medesimo; DTF 130 V 253 consid. 2.4).

7.

7.1 L'invalidità ai sensi della LPGa e della LAI è l'incapacità al guadagno totale o parziale presumibilmente permanente o di lunga durata che può

essere conseguente a infermità congenita, malattia o infortunio (art. 8 LPGA e art. 4 cpv. 1 LAI). L'invalidità è considerata insorgere quando, per natura e gravità, motiva il diritto alla singola prestazione (art. 4 cpv. 2 LAI). La nozione d'invalidità di cui all'art. 4 LAI e 8 LPGA è un concetto di carattere economico-giuridico e non medico (DTF 116 V 246 consid. 1b; sentenze del TF 9C_318/2014 del 10 settembre 2014 consid. 3.1 e 8C_636/2010 del 17 gennaio 2011 consid. 3). Secondo l'art. 7 cpv. 1 LPGA, è considerata incapacità al guadagno la perdita, totale o parziale, della possibilità di guadagno sul mercato del lavoro equilibrato che entra in considerazione, provocata da un danno alla salute fisica, mentale o psichica e che perdura dopo aver sottoposto l'assicurato alle cure e alle misure d'integrazione ragionevolmente esigibili. Per valutare la presenza di un'incapacità al guadagno sono considerate esclusivamente le conseguenze del danno alla salute. Inoltre, sussiste un'incapacità al guadagno soltanto se essa non è obiettivamente superabile (art. 7 cpv. 2 LPGA). Secondo l'art. 6 LPGA, è considerata incapacità al lavoro qualsiasi incapacità, totale o parziale, derivante da un danno alla salute fisica, mentale o psichica, di compiere un lavoro ragionevolmente esigibile nella professione o nel campo d'attività abituale. In caso d'incapacità al lavoro di lunga durata, possono essere prese in considerazione anche le mansioni esigibili in un'altra professione o campo d'attività. L'assicurazione svizzera per l'invalidità risarcisce pertanto, e di principio, soltanto la perdita economica che deriva da un danno alla salute fisica o psichica dovuto a malattia o infortunio, non la malattia o la conseguente incapacità lavorativa (DTF 116 V 246 consid. 1b).

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

7.3 Giusta l'art. 28 cpv. 2 LAI, l'assicurato ha diritto ad un quarto di rendita se è invalido per almeno il 40%, ad una mezza rendita se è invalido per almeno la metà, a tre quarti di rendita se è invalido per almeno il 60% e ad una rendita intera se è invalido per almeno il 70%.

7.4 L'art. 29 cpv. 1 LAI prevede che il diritto alla rendita nasce al più presto dopo sei mesi dalla data in cui l'assicurato ha rivendicato il diritto alle prestazioni conformemente all'art. 29 cpv. 1 LPGA (riservate altresì le

condizioni dell'art. 28 cpv. 1 LAI; DTF 142 V 547 consid. 3.2), ma al più presto a partire dal mese seguente il compimento dei 18 anni. L'art. 29 cpv. 3 LAI precisa altresì che la rendita è versata all'inizio del mese in cui nasce il diritto.

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 L'art. 88a cpv. 1 OAI (RS 831.201) prevede che se la capacità al guadagno dell'assicurato o la capacità di svolgere le mansioni consuete migliora oppure se la grande invalidità o il bisogno di assistenza o di aiuto dovuto all'invalidità si riduce, il cambiamento va considerato ai fini della riduzione o della soppressione del diritto a prestazioni dal momento in cui si può supporre che il miglioramento constatato perduri. Lo si deve in ogni caso tenere in considerazione allorché è durato tre mesi, senza interruzione notevole, e che presumibilmente continuerà a durare. Detta norma si applica anche in caso di assegnazione retroattiva di una rendita scalare o limitata nel tempo (sentenze del TF 9C_837/2009 del 23 giugno 2010 consid. 2, 9C_443/2009 del 19 agosto 2009 consid. 5, I 727/02 del 21 luglio 2005 consid. 5 nonché I 297/03 del 3 maggio 2005 consid. 1 e relativi riferimenti; cfr. pure sentenza del TAF C-1446/2011 del 27 giugno 2013 consid. 6.5 e relativi riferimenti).

8.3 In caso d'assegnazione retroattiva di una rendita scalare o limitata nel tempo la data di modifica del diritto deve essere stabilita conformemente all'art. 88a OAI (sentenze del TF 9C_837/2009 del 23 giugno 2010 consid. 2, 9C_443/2009 del 19 agosto 2009 consid. 5, I 727/02 del 21 luglio 2005 consid. 5 nonché I 297/03 del 3 maggio 2005 consid. 1 e relativi riferimenti; cfr. pure sentenza del TAF C-1446/2011 del 27 giugno 2013 consid. 6.5 e relativi riferimenti). Inoltre, il termine di attesa di tre mesi dell'art. 88a OAI non può iniziare a decorrere prima della nascita del diritto ad una rendita (cfr. sentenza del TF 9C_110/2014 del 13 giugno 2014).

8.4 Assegnando retroattivamente una rendita d'invalidità decrescente/crecente e/o limitata nel tempo, l'autorità amministrativa disciplina un

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

9.

9.1 Al fine di poter graduare l'invalidità, all'amministrazione (o al giudice in caso di ricorso) è necessario disporre di documenti che devono essere rassegnati dal medico o eventualmente da altri specialisti. Benché l'invalidità sia una nozione economico-giuridica, le certificazioni mediche possono costituire importanti elementi per apprezzare il danno invalidante e per determinare quali lavori siano ancora ragionevolmente esigibili dall'assicurato (DTF 132 V 93 consid. 4). Il compito del medico consiste 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 quali lavori siano ancora ragionevolmente esigibili dall'assicurato (DTF 140 V 193 consid. 3.2; 132 V 93 consid. 4). Affinché il giudizio medico acquisti valore di prova rilevante, esso deve essere completo in merito ai temi sollevati, deve fondarsi, in piena conoscenza della pregressa situazione valetudinaria (anamnesi), su esami approfonditi e tenere conto delle censure sollevate dal paziente, per poi giungere in maniera chiara a fondate, logiche e motivate deduzioni. Determinante quindi per stabilire se un rapporto medico ha valore di prova non è né la sua origine né la sua denominazione, ad esempio, quale perizia o rapporto, ma il suo contenuto (DTF 134 V 231 consid. 5.1; 125 V 351 consid. 3a). Il rapporto medico deve altresì essere redatto da medici che dispongono delle qualifiche specialistiche richieste nel singolo caso (sentenze del TF 9C_555/2017 del 22 novembre 2017 consid. 3.1, 9C_745/2010 del 30 marzo 2011 consid. 3.2 e 9C_826/2009 del 20 luglio 2010 consid. 4.2).

9.2 Il giudice delle assicurazioni sociali deve esaminare in maniera obiettiva tutti i mezzi di prova, indipendentemente dalla loro provenienza, e poi decidere se i documenti messi a disposizione permettono di giungere ad un giudizio attendibile sulle pretese giuridiche litigiose (DTF 125 V 351

consid. 3a). Il Tribunale federale ha però ritenuto conforme al principio del libero apprezzamento delle prove definire delle direttive in relazione alla valutazione di determinate forme di rapporti e perizie (DTF 125 V 351 consid. 3b). In particolare, le perizie affidate dagli organi dell'amministrazione a medici esterni oppure a un servizio specializzato indipendente, che fondano le proprie conclusioni su esami e osservazioni approfondite, dopo aver preso conoscenza dell'incarto, e che giungono a risultati concludenti, dispongono di forza probatoria piena, a meno che non vi siano indizi concreti idonei a mettere in discussione la loro attendibilità (DTF 135 V 465 consid. 4.4; 125 V 351 consid. 3b/bb; sentenza del TF 9C_542/2014 del 5 febbraio 2015 consid. 5.2). Per quel che riguarda le perizie di parte, esse contengono considerazioni specialistiche che possono contribuire ad accertare i fatti, da un punto di vista medico. Malgrado esse non abbiano lo stesso valore probatorio di una perizia giudiziaria, il giudice deve valutare se questi referti medici sono atti a mettere in discussione la perizia giudiziaria oppure quella ordinata dall'amministrazione. Giova altresì rilevare come debba essere considerato con la necessaria prudenza l'avviso dei medici curanti, anche se specialisti, i quali possono tendere a pronunciarsi in favore del proprio paziente a dipendenza dei particolari legami che essi hanno con gli stessi (sentenza del TF I 655/05 del 20 marzo 2006 consid. 5.4; DTF 125 V 351 consid. 3b/cc). Ai rapporti allestiti da medici alle dipendenze di un'assicurazione può essere attribuito pieno valore probatorio, a condizione che essi si rivelino concludenti, compiutamente motivati e privi di contraddizioni e che, inoltre, non sussistano minimi dubbi sull'affidabilità e sulla coerenza degli stessi (sentenza del TF 8C_148/2022 del 27 ottobre 2022 consid. 5.2 con riferimenti ivi menzionati). Il solo fatto che il medico consultato si trovi in un rapporto di dipendenza con l'assicuratore non permette di metterne in dubbio l'oggettività e l'imparzialità. Devono piuttosto sussistere delle circostanze particolari che permettono di ritenere come oggettivamente fondati i sospetti circa la parzialità dell'apprezzamento (DTF 135 V 465 consid. 4.4; 125 V 351 consid. 3b/ee).

9.3

9.3.1 In ragione della diversità dell'incarico assunto, in caso di controversia occorre considerare con la necessaria prudenza le opinioni esposte dal medico curante, anche se specialista, a causa del rapporto di fiducia che lo lega al paziente (DTF 125 V 351 consid. 3b/cc), come pure in relazione allo scopo di trattamento del curante rispetto a quello di un medico perito, per cui, secondo esperienza comune, il medico curante tende generalmente, in caso di dubbio, a pronunciarsi in favore del proprio paziente (DTF 135 V 465 consid. 4.5; sentenze del TF 9C_275/2022 del 6 settembre 2022

consid. 4.2; 8C_673/2021 del 24 marzo 2022 consid. 3.3). Tuttavia, il semplice fatto che un certificato od una perizia siano redatti dal medico curante non costituisce di per sé un motivo per metterne in dubbio l'attendibilità (DTF 125 V 351 consid. 3b/dd). Il medico curante proprio perché segue da più tempo il paziente può fornire importanti indicazioni quanto all'accertamento dei fatti da un punto di vista medico (sentenza del TF 8C_278/2011 del 26 luglio 2011 consid. 5.3). I suoi rapporti possono essere atti a mettere in dubbio l'affidabilità e la concluzione dei pareri medici interni (DTF 135 V 465 consid. 4.5).

9.3.2 Peraltro, conto tenuto della differenza esistente, a livello probatorio, tra un mandato di cura ed un mandato peritale, il solo fatto che uno o più medici curanti esprimano un'opinione contraddittoria non è sufficiente a rimettere in discussione una perizia ordinata dal giudice o dall'amministrazione e ad imporre nuovi accertamenti. Sono riservati i casi in cui un completamento dell'accertamento medico o addirittura un altro giudizio si rendono necessari poiché i medici curanti sollevano aspetti importanti che non erano noti o che non sono stati valutati nell'ambito della perizia medica e che appaiono sufficientemente fondati da mettere in discussione le conclusioni peritali (sentenze del TF 9C_338/2016 del 21 febbraio 2017 consid. 5.5, 9C_615/2015 del 12 gennaio 2015 consid. 6.2 e 9C_240/2013 del 22 ottobre 2013 consid. 4.1.4).

9.4

9.4.1 In presenza di malattie psichiche, in particolare di disturbi da dolore somatoforme, di disturbi derivanti da affezioni psicosomatiche assimilate a questi ultimi (DTF 140 V 8 consid. 2.2.1.3) oppure di disturbi depressivi di grado da leggero a medio (DTF 143 V 409; 143 V 418), la capacità lavorativa esigibile di una persona che soffre di tali disturbi deve essere valutata sulla base di una visione d'insieme, nell'ambito di una procedura d'accertamento dei fatti strutturata fondata su indicatori atti a stabilire, da un lato, i fattori invalidanti e, dall'altro, le risorse della persona (DTF 141 V 281 consid. 2, 3.4-3.6 e 4.1; 145 V 361 consid. 3.1).

9.4.2 Un tale procedimento è superfluo se l'incapacità lavorativa è negata sulla base di rapporti con forza probante allestiti da medici specialisti (si veda DTF 125 V 351) e se eventuali valutazioni contrarie non hanno valenza probatoria, perché i referti provengono da medici senza qualifica specialistica o per altre ragioni (DTF 143 V 409 consid. 4.5).

10.

10.1 Nell'ambito della procedura conclusasi con la sentenza di rinvio del TAF C-955/2019 del 20 giugno 2019, il dott. F._____ aveva dichiarato nell'annotazione SMR del 22 marzo 2019 di ritenere sussistere delle patologie extrainfortunistiche, che seppur note prima dell'intervento del 13 febbraio 2019 alla colonna lombare non erano state considerate suscettibili di influire sulla capacità lavorativa dell'assicurato. Onde valutare tale influsso prima e dopo la suddetta operazione il medico aveva quindi proposto di eseguire una valutazione pluridisciplinare, non potendo confermare le conclusioni a cui era giunto nel rapporto finale del 6 novembre 2018 (cfr. sentenza citata consid. 3.2).

10.2 Alla luce della proposta formulata dall'UAIE pendente causa di ricorso il TAF ha pertanto accolto la proposta dell'amministrazione di annullare la decisione impugnata e rinviarle gli atti per completare l'accertamento dei fatti giuridicamente rilevanti con riferimento allo stato di salute del ricorrente e ai fini di verificare la sua capacità di lavoro residua da un punto di vista complessivo, segnatamente psichiatrico, neurologico e reumatologico, tramite l'esperimento di una perizia pluridisciplinare in Svizzera (cfr. sentenza citata consid. 4.3).

Secondo il TAF la documentazione esibita sia in sede amministrativa che pendente ricorso, ha infatti reso manifeste le lacune nell'istruttoria eseguita prima dell'emissione della decisione impugnata, in particolare la mancata considerazione rispettivamente l'approfondimento della rilevanza delle affezioni extrainfortunistiche (cfr. sentenza citata consid. 4.2).

11.

11.1 In esecuzione della sentenza di rinvio l'amministrazione ha quindi raccolto la perizia medica particolareggiata E213 del 24 novembre 2020 del dott. G._____, la cui specializzazione non è nota (doc. UAIE 234) e chiesto all'assicurato un aggiornamento della documentazione medica relativa agli esami clinici e strumentali nel frattempo eseguiti per le varie patologie da cui è affetto (doc. UAIE 238-275). Dei vari referti prodotti, in parte agli atti in parte inediti, si dirà per quanto necessario nei considerandi che seguono.

11.2 L'amministrazione ha in seguito incaricato il SAM di eseguire una perizia pluridisciplinare.

11.2.1 Nel rapporto dell'11 marzo 2021, nel quale sono confluite le valutazioni di natura internistica della dott.ssa H. _____ (doc. UAIE 281), psichiatrica del dott. I. _____ (doc. UAIE 280), reumatologica del dott. J. _____ (doc. UAIE 279) e neurologica del dott. K. _____ (doc. UAIE 278), è stata posta la diagnosi con influsso sulla capacità lavorativa di:

- Iniziale gonartrosi del compartimento interno più che a quello esterno, nonché iniziale artrosi femoropatellare del ginocchio sinistro in stato dopo lesione complessa del menisco mediale, nonché condropatia di III grado, lesione del legamento crociato anteriore per trauma distorsivo del ginocchio sinistro in data 16 dicembre 2015; stato dopo intervento artroscopico con meniscectomia mediale e regolarizzazione del menisco laterale.
- Sindrome lombovertebrale cronica in stato dopo intervento chirurgico di fissazione intersomatica L4-L5 in data 15 novembre 2017, nonché revisione del sistema di stabilizzazione lombare in data 13 febbraio 2019 con rimozione delle precedenti barre e viti in L4-L5 e posizionamento di viti transpeduncolari L4, L5 e S1 bilateralmente solidarizzate con due barre.
- Lieve radicolopatia cronica L5 e S1 bilaterale con:
 - Lieve sintomatologia deficitaria sensitiva associata, intermittente sintomatologia algica corrispondente;
 - Stato dopo fissazione lombare posteriore mediante quattro viti transpeduncolari e due barre longitudinali per instabilità L4-L5 il 15 novembre 2017 e rimozione delle precedenti barre e viti con posizionamento di viti transpeduncolari L4-L5 e S1 bilaterale il 13 febbraio 2019.

Sono invece state considerate senza ripercussione sulla capacità lavorativa le diagnosi di “leggera periartropatia omeroscapolare tendinopatica della spalla sinistra con interessamento soprattutto del tendine del bicipite; iniziale poliartrosi delle dita delle mani; tendenza allo sviluppo di un reumatismo delle parti molli; probabile minima radicolopatia C6 destra residuale con ipoestesia senza sintomatologia algica (nota dal 2010); ipertensione arteriosa in trattamento con CMP ipertensiva; esiti di tiroidectomia per struma multinodulare (dicembre 2010) in terapia sostitutiva con Levotiroxina in discreto controllo; verosimile iniziale diabete mellito tipo 2; obesità di classe II (BMI 35.76 kg/m²); dislipidemia in trattamento; ateromasia dei tronchi sovraortici senza stenosi critiche; lieve stato ansioso depressivo (ICD-10 F41.2); dubbia infezione delle vie urinarie; gastropatia cronica ed

ernia iatale; pregressa gastrite da Helicobacter Pylori (2010); allergia ai pollini; esiti di colecistomia (2010)".

11.2.2 Nella valutazione del 1° ottobre 2020 il dott. K. _____, specialista FMH in neurologia, dopo averne esposto nel dettaglio la storia clinica, ha ritenuto i disturbi lamentati dall'assicurato coerenti e plausibili. Ha quindi riferito di "sintomi e segni compatibili con una problematica cronica L5-S1 bilaterale, non migliorati dopo gli interventi neurochirurgici", che hanno peggiorato l'irradiazione agli arti inferiori, pur precisando che a prevalere è la sintomatologia algica lombare. Ritenendo difficile valutare le capacità e le risorse dell'assicurato, il perito ha ritenuto adeguata la terapia farmacologica seguita e si è astenuto dal suggerire altre misure terapeutiche dal profilo neurologico. Da questo punto di vista il dott. K. _____ ha considerato che, a partire da giugno 2017 (data dell'esame ENG in cui è stata descritta l'irradiazione radicolare), l'assicurato è abile al lavoro al 70% nella professione abituale, mentre in un'attività sostitutiva adeguata lo è al 90%, da intendere, in entrambe le attività, quale impiego sull'arco di una giornata intera ma con rendimento ridotto (doc. UAIE 278).

11.2.3 Nella valutazione del 6 ottobre 2020 il dott. J. _____, specialista FMH in reumatologia e riabilitazione, ha constatato che gli interventi chirurgici al ginocchio sinistro (21 marzo 2016) e alla colonna lombare (15 novembre 2017 e 13 febbraio 2019) non sono stati risolutivi e soddisfacenti. Malgrado i due interventi alla colonna lombare persistono dolori lombari nell'ambito di una sindrome lombo-spondilogeno che a volte irradiano fino al piede sinistro, difficoltà nei movimenti e rigidità. A livello di colonna vertebrale i dolori lamentati dall'assicurato e la limitata mobilità sono secondo il perito compatibili con gli interventi chirurgici subiti. A livello cervicale i disturbi sono invece riconducibili a delle alterazioni degenerative non particolarmente invalidanti. Il perito ha inoltre osservato una *"tendenza allo sviluppo di un reumatismo delle parti molli con dei dolori a carattere piuttosto diffuso all'apparato muscolo scheletrico, in parte comprensibili con le alterazioni degenerative e lo stato dopo interventi chirurgici"*. A livello di ginocchio sinistro, il perito ha ritenuto ancora valide le limitazioni funzionali emerse in ambito infortunistico e descritte dal medico della SUVA nella valutazione conclusiva del 21 febbraio 2017, non ritenendo da allora esservi stata alcuna sostanziale modifica. La patologia alla colonna lombare determina una limitazione per le attività non ergonomiche, per il mantenimento della posizione (eretta o seduta), per i movimenti ripetitivi di flessione e rotazione del tronco e per il sollevamento e il trasporto di pesi. Secondo il dott. J. _____ le due patologie – alla colonna lombare e al ginocchio sinistro – rendono più difficile la possibilità di un reinserimento professionale

e la messa a frutto della residua capacità lavorativa. Per il periodo precedente il 15 novembre 2017, sia nell'attività abituale che in una adeguata, il perito rimanda all'incapacità lavorativa attestata dalla SUVA. Dal 15 novembre 2017 l'assicurato è considerato completamente inabile nella professione abituale in ambito edile, come pure in un'attività sostitutiva adeguata. Dal 1° giugno 2019 (ossia a tre mesi di distanza dal secondo intervento alla colonna lombare) egli è ritenuto in grado di esercitare nella misura del 70% un'attività sostitutiva adeguata. Il perito precisa che tale incapacità, determinata soprattutto dalla patologia alla colonna lombare, in minima parte per la problematica al ginocchio sinistro, è da intendersi quale rendimento ridotto sull'arco di una giornata intera di lavoro (doc. UAIE 279).

11.2.4 Nella valutazione del 21 ottobre 2020 il dott. I. _____, specialista FMH in psichiatria e psicoterapia, dopo aver esposto l'anamnesi e le constatazioni oggettive, ha riferito degli esami psicologici effettuati il 22 settembre 2020 con lo psicologo FSP Roberto Corradi (doc. UAIE 276), segnatamente l'esame SIMS che ha evidenziato *“la presenza di una relativa tendenza ad amplificare la portata della sintomatologia”*, nonché il test MMPI-2-RF che *“pur non evidenziando criticità palesabili del settore delle disfunzioni del pensiero o comportamentali riporta per contro la presenza di una condizione di malessere emotivo caratterizzato da una certa deflessione dell'umore e da uno stato ansioso che in certe situazioni può diventare predominante comportando lo sviluppo di sintomi fisici in risposta allo stress percepito”*. Dal punto di vista diagnostico il dott. I. _____ ha ritenuto non sussistere alcuna patologia suscettibile di incidere sulla capacità lavorativa, classificando il lieve stato ansioso depressivo (ICD-10 F41.2) a diagnosi senza influsso sulla capacità lavorativa. Tale affezione, secondo il perito, è insorta a seguito di una serie di eventi infortunistici e post-operatori che hanno determinato una cocente disattesa delle sue aspettative di riuscita personale e professionale, non potendo più riprendere ad esercitare l'attività lavorativa in cui si era distinto e nella quale riponeva le proprie aspettative di crescita professionale. Circostanza che ha impedito all'assicurato *“di continuare ad assaporare come prima le medesime sensazioni di benessere e soddisfazione legate al raggiungimento dei suoi obiettivi”*. Il perito ha constatato che da circa un anno l'assicurato non è più seguito a livello specialistico e ha fatto notare che pure in passato l'osservazione psichiatrica si è limitata a due visite nel 2015 e nel 2016. Ha espresso una prognosi favorevole sul decorso della malattia, considerando adeguata la terapia farmacologica già in atto. Il dott. I. _____ ha inoltre segnalato che, pur possedendo una buona dotazione di risorse e di capacità, l'assicurato *“mostra una tendenza allo sviluppo di sintomi fisici in risposta allo stress percepito”*. Precisando di non aver ravvisato particolari incoerenze con

quanto esposto dall'assicurato rispetto a quanto emerso dalla documentazione agli atti, il perito ha quindi ritenuto non esservi mai stata, sotto il profilo psichiatrico, alcuna incapacità lavorativa in nessuna attività (doc. UAIE 280).

11.2.5 Nella valutazione dell'11 marzo 2021 la dott.ssa H. _____, specialista FMH in medicina interna, preso atto della copiosa documentazione medica a disposizione e dei risultati degli esami di laboratorio del 23 settembre 2020 (doc. UAIE 277), ha rilevato che in ambito internistico l'assicurato è seguito sia dal medico curante che dalla cardiologa di riferimento per l'ipertensione e la dislipidemia, con controllo soddisfacente sia dei valori pressori che dei valori di colesterolemia. Ha per contro constatato che non vi è una gestione del problema dell'obesità e dell'iperglicemia, problematiche per le quali sarebbe opportuna una presa a carico specialistica al fine di ridurre i fattori di rischio cardiovascolare, di alleggerire il carico sul rachide e gli arti inferiori oltre che per prevenire ulteriori complicanze. Ciò posto, la dott.ssa H. _____ ha indicato che dal punto di vista internistico, al di fuori dei periodi di ricovero e delle successive convalescenze per gli interventi al ginocchio sinistro e al rachide lombare, non vi è mai stata alcuna prolungata riduzione della capacità lavorativa, ragione per cui occorre ritenere che l'assicurato, da sempre, dispone di una capacità lavorativa totale per qualsiasi attività (doc. UAIE 281).

11.2.6

11.2.6.1 Nella valutazione congiunta i periti hanno ritenuto le seguenti limitazioni funzionali. Dal punto di vista reumatologico e in relazione alla patologia al ginocchio sinistro, l'assicurato può di rado mantenere la posizione inginocchiata che comporti la flessione delle ginocchia; può camminare per tratti superiori ai 50m talvolta per tratti più lunghi; non può camminare su terreni accidentati e solo talvolta può salire scale a pioli. In relazione alla patologia alla colonna lombare, l'assicurato è limitato in attività non ergonomiche per la colonna lombare in particolar modo nel mantenere posizioni statiche anche di breve durata; può mantenere la posizione seduta, come pure la posizione in piedi cambiando appoggio per al massimo un'ora; la deambulazione per quanto riguarda la sola colonna lombare in piano è possibile per 30 minuti; non può svolgere movimenti ripetitivi di flessione e rotazione del tronco; è inoltre limitato nel sollevare pesi tra i 5 e i 10 kg dalla propria altezza e trasportarli per un breve tragitto, non può per contro sollevare pesi piegandosi e sollevandoli dal pavimento.

Dal punto di vista neurologico, sono adeguati i lavori che non richiedono sforzi fisici maggiori, da poter effettuare in condizioni ergonomiche per la

colonna lombare, con possibilità di frequenti cambiamenti di postura, senza necessità di dover inclinare il tronco ed effettuare degli sforzi in rotazione del tronco stesso.

Dal punto di vista internistico e psichiatrico, non sono stati per contro riscontrati limiti funzionali (doc. UAIE 281, p. 74-75).

11.2.6.2 In relazione all'evoluzione delle distinte patologie riscontrate, i periti hanno stabilito un'incapacità lavorativa totale nella professione abituale di aiuto gessatore/muratore dal 16 dicembre 2015 al 31 marzo 2017 a causa dell'infortunio al ginocchio sinistro. Da giugno 2017 al 14 novembre 2017 un'incapacità lavorativa del 30%, intesa come rendimento ridotto a causa delle patologie neurologiche. Dal 15 novembre 2017, cioè dal primo intervento alla colonna lombare, un'incapacità lavorativa totale e continua per le problematiche reumatologiche.

In una professione sostitutiva adeguata i periti hanno ritenuto un'incapacità lavorativa totale dal 16 dicembre 2015 al 20 febbraio 2017 a causa dell'infortunio al ginocchio sinistro. Da giugno 2017 al 14 novembre 2017 un'incapacità lavorativa del 10%, intesa come rendimento ridotto a causa delle affezioni neurologiche. Dal 15 novembre 2017, cioè dal primo intervento alla colonna lombare, al 31 maggio 2019 un'incapacità lavorativa totale per le problematiche reumatologiche. A partire dal 1° giugno 2019, momento in cui lo stato di salute si è completamente stabilizzato, i periti hanno invece attestato un'incapacità lavorativa del 30%, a causa della patologia reumatologica, che si sovrappone all'incapacità lavorativa del 10% constatata dal neurologico essendo fondata sui medesimi limiti funzionali. L'incapacità lavorativa è da intendersi quale riduzione del rendimento su una giornata intera di lavoro (doc. UAIE 281, p. 75-76).

11.3 Nell'avviso SMR del 19 aprile 2021 la dott.ssa L. _____, specialista FMH in medicina fisica e di riabilitazione e il dott. M. _____, specialista in psichiatria e psicoterapia, hanno fatto proprie le conclusioni peritali, ritenendo che il rapporto pluridisciplinare disponga del giusto valore probante. Essi hanno elencato tutti i periodi in cui, dal giorno dell'infortunio l'assicurato è stato totalmente o parzialmente inabile al lavoro, correggendo la valutazione dei periti unicamente in punto all'incapacità lavorativa conseguente all'infortunio al ginocchio, che è stata ritenuta sussistere in misura completa sia per l'attività abituale che per l'attività adeguata fino al 31 marzo 2017 (doc. UAIE 289).

12.

12.1 Alla luce di quanto sopra esposto emerge che, in esecuzione della sentenza di rinvio, l'amministrazione ha dato seguito alla richiesta del TAF di fornire un quadro pluridisciplinare completo e aggiornato dello stato di salute dell'assicurato. Al riguardo si rileva che la perizia pluridisciplinare dell'11 marzo 2021 nonché le valutazioni specialistiche che la compongono (cfr. consid. 11.2) – nelle quali è descritta l'evoluzione dello stato di salute dall'infortunio del 16 dicembre 2015 e dalle quali è emersa una situazione valetudinaria attuale stabile, per quanto concerne le principali affezioni al ginocchio sinistro e alla colonna lombare aventi influsso sulla capacità lavorativa – si fondano su informazioni fornite dalla persona esaminata e dai medici curanti, sull'esame del quadro clinico e delle risultanze della visita dell'insorgente, nonché sulla documentazione medica agli atti così come sugli accertamenti strumentali e di laboratorio ordinati dai periti (esami ematologico, ematochimico, screening tiroideo, delle urine e in relazione a colesterolo, emoglobina e coagulazione, nonché test SIMS e MMPI-2-RF [doc. UAIE 276, 277]). I rapporti peritali contengono un'introduzione, un elenco degli atti e delle informazioni tratte dall'incarto, un'anamnesi dettagliata, le indicazioni soggettive del ricorrente e le constatazioni obiettive, la diagnosi, la discussione nonché le conclusioni sulla capacità lavorativa residua. Dalla valutazione psichiatrica è inoltre desumibile un esame degli indicatori standard, conformemente alla giurisprudenza del TF in caso di disturbi psichici o da dolore somatoforme (cfr. consid. 9.4). Tali referti possono pertanto essere considerati perlomeno da un punto di vista formale un mezzo probatorio idoneo ai fini della valutazione dello stato di salute del ricorrente e dell'esigibilità dell'esercizio di un'attività lavorativa e delle mansioni domestiche.

12.2

12.2.1 Le diagnosi esposte nella perizia pluridisciplinare (doc. UAIE 281 pp. 72-73) concordano sostanzialmente con quelle poste dai medici e dagli specialisti consultati dall'assicurato (cfr. perizia medica particolareggiata E213 del 24 gennaio 2017 e rapporto medico del 26 aprile 2018 del dott. N._____, specialista FMH in medicina interna [doc. UAIE 79, 91 pp. 1-6]; rapporto del 18 febbraio 2019 del dott. O._____, specialista in medicina legale delle assicurazioni [doc. UAIE 103]; perizia medica particolareggiata E213 del 24 novembre 2020 dott. G._____[doc. UAIE 234]; i certificati del 21 marzo e del 18 maggio 2019, redatti a mano dal dott. P._____, la cui specializzazione non è nota, attestanti una non meglio definita incapacità lavorativa [doc. UAIE 268, 272]; il rapporto

cardiologico del 5 agosto 2020 della dott.ssa Q. _____ [doc. UAIE 273]; il rapporto del 2 settembre 2021 e del 3 gennaio 2022 del dott. D. _____, specialista in cardiologia e in medicina del lavoro [doc. UAIE 300; allegato al doc. TAF 1]; il rapporto del 28 dicembre 2021 del dott. R. _____, specialista in ortopedia e traumatologia [allegato al doc. TAF 1]; nonché nei numerosi referti, anche datati prodotti nell'ambito del rinvio [doc. UAIE 238-275]) e da quelle a suo tempo esposte dal dott. S. _____, specialista in chirurgia e medico fiduciario della SUVA per quanto attiene alla patologia al ginocchio sinistro esistenti all'epoca del rapporto finale del 20 marzo 2017 (doc. UAIE 78), sui cui si era inizialmente fondato il SMR (doc. UAIE 104, 105).

12.2.2 Al di fuori delle diagnosi esposte non vi sono elementi che consentano di ritenere che l'assicurato soffra di altre affezioni suscettibili di influire durevolmente sullo stato di salute e sulla sua capacità lavorativa. Come è stato per altro fatto notare anche dalla dott.ssa E. _____ nell'avviso SMR del 21 ottobre 2021 (doc. UAIE 303) e ancora in quello del 30 giugno 2022, i rapporti del 2 settembre 2021 e del 3 gennaio 2022 del dott. D. _____, né tantomeno quello del 28 dicembre 2021 del dott. R. _____ apportano elementi nuovi non precedentemente considerati dai periti nella loro valutazione. Certo, essi si esprimono in modo differente riguardo alla tipologia di diagnosi che essi ritengono avere influsso sulla capacità lavorativa, ma in ultima analisi ciò va considerato alla stregua di un'opinione differente riguardo alla medesima fattispecie e non permette di mettere in dubbio le conclusioni peritali confermate dal SMR.

Neppure l'esame cardiologico del 5 agosto 2020 (doc. UAIE 273), eseguito dalla dott.ssa Q. _____, permette di giungere a una conclusione differente, tenuto conto del fatto che quest'ultima non ha posto alcuna particolare diagnosi di rilevanza cardiaca e che dagli ulteriori accertamenti del sangue e dal test ergometrico, sono emersi risultati considerati nella norma (doc. UAIE 274-275).

12.2.3 Non si può invece tener conto della critica mossa dal dott. D. _____ nel rapporto del 2 settembre 2021 nei confronti della valutazione peritale della dott.ssa H. _____. Quest'ultimo lamenta che tutta una serie patologie, segnatamente le affezioni osteoarticolari, le lombosciatalgie così come la gonartrosi, non siano state debitamente considerate da parte della dott.ssa H. _____ nel proprio rapporto. Al riguardo, allineandosi a quanto indicato dalla dott. E. _____ nell'avviso SMR del 21 ottobre 2021 (doc. UAIE 303), si osserva che tali affezioni non hanno nessuna rilevanza dal punto di vista internistico e pertanto è a giusto titolo che la

dott.ssa H._____ non ne faccia menzione. Tali malattie, di competenza dei periti in reumatologia e neurologia, sono invece state non soltanto enunciate ma pure esaminate nel dettaglio nel contesto della valutazione consensuale della cui redazione si è occupata la stessa dott.ssa H._____ (cfr.doc. UAIE 281 pp. 65 segg.). Ne consegue che la critica del dott. D._____ è mal riposta e non permette di considerare lacunoso o meno valido il rapporto pluridisciplinare.

12.3

12.3.1 Per quanto concerne l'evoluzione dello stato di salute, i complementi istruttori eseguiti nell'ambito del rinvio hanno senz'altro permesso di meglio definire la sintomatologia lamentata dall'assicurato e di chiarire in che modo le patologie da cui è affetto comportano, o hanno comportato delle particolari limitazioni funzionali dal punto di vista fisico. I periti hanno sostanzialmente esaminato in che modo le differenti patologie sono evolute a partire dall'infortunio al ginocchio sinistro del 16 dicembre 2015, riscontrando il graduale insorgere di altre problematiche come ad esempio quelle di origine neurologica a partire da giugno 2017 e quelle lombari da novembre dello stesso anno. Nel mentre altre affezioni "minori" si sono manifestate e sono state tenute in debito conto dai periti, nonostante queste potessero essere temporanee o comunque non avere particolare importanza dal punto di vista medico-assicurativo, non cagionando particolari limitazioni funzionali e non influenzando quindi la capacità lavorativa (si pensi, ad esempio, alla problematica alle spalle, a quella del tunnel carpale, piuttosto che all'ipertensione arteriosa, agli esiti da tiroidectomia e di colecistectomia, o ancora alla minima radicolopatia C6 e alla gonartrosi tibiotar-sica).

12.3.2 Il dott. J._____ ha riferito di un assicurato in buone condizioni generali con una lieve cifosi nella zona toracale e scoliosi destroconvessa. Ha riscontrato una riduzione della mobilità della colonna cervicale e della colonna lombare, con dolori nella fase di movimento come pure alla palpazione delle zone d'irritazione ed ha riferito di un disco intervertebrale L3-L4 in buone condizioni senza segno di alterazioni significative della statica lombare. Ha notato una mobilità nella norma delle spalle bilateralmente, senza segni di lesione della cuffia dei rotatori, pur essendovi zone dolenti alla palpazione. Per quanto concerne il ginocchio sinistro ha precisato di non ritenere esservi delle modifiche sostanziali rispetto alla valutazione finale della SUVA del 21 febbraio 2017, riscontrando una buona mobilità delle ginocchia bilateralmente senza segni di sinoviti o gonfiori articolari nonostante qualche dolore alla palpazione e alla mobilitazione della rotula

sinistra. Ha quindi fatto notare che l'assicurato, che fino al 2019 si era sottoposto a sedute di fisioterapia ambulatoriali sia per la colonna lombare che per il ginocchio sinistro, al momento della visita peritale non seguiva nessuno specifico trattamento (doc. UAIE 279 pp.11-14).

12.3.3 Il dott. K. _____, dal canto suo, ha indicato che dal punto di vista neurologico vi sono dei sintomi e dei segni compatibili con una problematica cronica L5-S1 bilaterale, non migliorati dopo gli interventi chirurgici. A livello degli arti superiori egli ha riferito di un'ipoestesia in una zona corrispondente alla radice C6 destra, nota da oltre 10 anni e da allora stabile e non accompagnata da disturbi maggiori, né da dolore locale o deficit di forza. A livello di arti inferiori è stata descritta l'ipoestesia sulla parte laterale di entrambe le cosce, senza deficit di forza a livello delle gambe. Per quanto concerne la colonna lombare il dott. K. _____ riferisce di un referto attuale sostanzialmente sovrapponibile a quello del 2017, in cui veniva descritta una lieve sofferenza cronica L4-L5, stabile a destra e lievemente peggiorato a sinistra (doc. UAIE 278 pp. 26-29).

12.3.4 Dal punto di vista psichiatrico, il dott. I. _____ ha riferito che l'assicurato si era rivolto per la prima volta nel 2015 al Centro Psicosociale di T. _____, dove era stata posta la diagnosi di sindrome ansiosa generalizzata e gli era stata prescritta una terapia farmacologica. L'assicurato era stato visitato in altre due occasioni, nel 2016 e 2017, da uno specialista presso l'Ospedale Sant'Anna di U. _____ dove era stato posto un quadro clinico compatibile con la prima diagnosi ed era stata prescritta una nuova terapia farmacologica. Da quando si è trasferito in V. _____, nel 2019, l'insorgente non è più stato visitato da alcun medico ed ha interrotto la terapia farmacologica in precedenza prescritta (doc. UAIE 280 p. 6). Da allora il perito ha constatato una situazione sostanzialmente immutata non riscontrando l'emergenza di disturbi riconducibili ad aspetti di personalità con carattere patologico e considerando intatte le risorse dell'assicurato. Lo stato d'ansia e le preoccupazioni sono legate a suo dire al proprio stato di salute che non migliora e alla situazione economica precarizzata, circostanza che secondo il perito ha determinato una cocente disattesa delle sue aspettative di riuscita personale e professionale, non potendo più svolgere il lavoro nel quale si identificava e grazie al quale poteva proiettarsi nel futuro ed assaporare le sensazioni di benessere e appagamento legate al conseguimento dei propri obiettivi (doc. UAIE 280 pp. 10-16).

12.3.5 Nella valutazione congiunta i periti hanno espresso una prognosi positiva sotto il profilo internistico e psichiatrico, mentre hanno ritenuto ormai stabilizzato lo stato di salute dell'assicurato sotto il profilo neurologico

e soprattutto reumatologico, non essendovi particolari possibilità di miglioramento. Secondo il dott. J. _____ infatti a distanza di tre mesi dal secondo intervento (13 febbraio 2019) la situazione alla colonna lombare può considerarsi stabile, pur persistendo la sintomatologia algica (doc. UAIE 279 pp. 9 e 16). A tal proposito il dott. D. _____ ha confermato un decorso nella norma a seguito del suddetto intervento (doc. UAIE 300 p. 9) e anche il dott. R. _____, pur non precisando a partire da quando, ha confermato che la situazione clinica generale è ormai da considerarsi stabilizzata e non suscettibile di miglioramento (allegato al doc. TAF 1).

12.4

12.4.1 Sotto il profilo delle limitazioni funzionali si riscontra ugualmente una certa concordanza fra la valutazione dei periti e quella degli specialisti consultati dall'assicurato.

12.4.2 Sia il dott. R. _____ che il dott. D. _____ (cf. allegati al doc. TAF 1) descrivono una limitazione funzionale dei movimenti degli arti inferiori (soprattutto a livello di ginocchia) e di quelli superiori (soprattutto a livello di spalle). Dal dott. R. _____ viene inoltre descritta una limitazione funzionale di tutti i movimenti del rachide cervicale e dorsale, oltre che un'anchilosi del rachide lombare. Tali limitazioni, esposte posteriormente alla decisione impugnata, oltre a non contraddire quelle considerate dai periti nel rapporto pluridisciplinare, neppure chiariscono in che misura e da quando delle attività sostitutive possano ancora essere esigibili.

12.4.3 Dal canto suo il dott. G. _____, nella perizia E213 del 24 novembre 2020 (doc. UAIE 234), ha segnalato non soltanto uno stato di salute migliorato, ma ha pure ritenuto l'assicurato in grado di svolgere attività pesanti, di lavorare a uno schermo, in maniera autonoma sia sul posto di lavoro che a domicilio, esprimendo pertanto, a tratti, una valutazione più severa di quella degli stessi periti e in ultima analisi dall'amministrazione.

12.5

12.5.1 Particolarmente contestata dal ricorrente è la valutazione globale dell'incapacità lavorativa per quanto concerne in particolare un'attività sostitutiva adeguata e meglio il miglioramento dello stato di salute e della capacità lavorativa a partire dal 1° giugno 2019. Sulla scorta della documentazione medica prodotta in sede di ricorso, come pure in precedenza, egli ritiene sussista, anche posteriormente a tale data, un'incapacità lavorativa di almeno 50%.

12.5.2 Secondo il Tribunale federale il grado di incapacità lavorativa complessivo va stabilito in base ad una valutazione globale, un semplice cumulo dei gradi essendo inammissibile (sentenza del TF 9C_295/2013 del 20 giugno 2013 consid. 4.4). Inoltre, sempre secondo l'Alta Corte, la questione di sapere se i singoli gradi di inabilità lavorativa vadano sommati, e, se del caso, in quale misura, è una questione squisitamente medica, che, di principio, il giudice non rimette in discussione (sentenza del TF 9C_362/2014 del 19 agosto 2014 consid. 7, 9C_400/2011 del 20 marzo 2012 che rinvia alla sentenza del Tribunale federale delle assicurazioni I 338/01 del 4 settembre 2001, pubblicata in RDAT I-2002 n. 72 pag. 485 consid. 2b; anche sentenza 9C_721/2012 del 24 ottobre 2012 consid. 4.2; anche sentenza I 606/03 del 19 agosto 2005 consid. 5.4.1 e 5.4.2).

12.5.3 Per quanto riguarda la somma dei gradi di invalidità i periti hanno chiarito in maniera convincente il motivo per il quale l'incapacità lavorativa riscontrata in ambito reumatologico (30%) e in ambito neurologico (10%) non vadano sommate ma debbano essere integrate una all'altra. Sebbene l'irradiazione radicolare che ha determinato una riduzione della capacità lavorativa sotto il profilo neurologico sia presente da giugno 2017, i periti hanno avuto modo di spiegare, nella valutazione consensuale, che essa provoca delle limitazioni funzionali sovrapponibili a quelle scaturite dalla problematica di ordine reumatologico, che ha determinato a partire dal mese di novembre dello stesso anno un'incapacità lavorativa totale (doc. UAIE 281 p. 75). Il dott. K._____, aveva per altro rilevato che l'irradiazione si era cronicizzata ed era addirittura peggiorata a seguito degli interventi chirurgici alla colonna lombare, pur precisando che nel complesso prevaleva comunque nettamente la sintomatologia algica lombare. Dal tenore della perizia e sulla scorta della documentazione medica versata agli è lecito ritenere che le patologie di natura reumatologica e neurologica siano strettamente connesse una all'altra. È pertanto a giusto titolo che i periti ritengono giustificata l'integrazione delle due incapacità lavorative, dal momento che poggiano entrambe sulle medesime limitazioni funzionali riscontrate sia in ambito reumatologico che neurologico.

12.5.4 In punto all'incapacità lavorativa i periti sono stati chiari e la loro valutazione è stata ripresa dal SMR, sebbene con il minimo correttivo – favorevole all'assicurato – relativo alla durata dell'incapacità lavorativa a seguito dell'infortunio al ginocchio sinistro. Il SMR ha infatti ritenuto sussistere un'incapacità lavorativa in qualsiasi professione fino al 31 marzo 2017, prolungando in tal modo anche per le attività sostitutive tale periodo la cui ripresa era stata ritenuta esigibile dai periti già al 20 febbraio 2017, data della visita medica di chiusura della SUVA. Tale modifica apportata

dal SMR risulta giustificata dal fatto che il rapporto conclusivo del dott. S._____, al quale rimandano i periti e nel quale è stato constatato che l'assicurato era abile nella misura massima possibile (nel rispetto delle limitazioni indicate), è datato 20 marzo 2017 (doc. UAIE 78). Sulla scorta di tale referto, la SUVA aveva decretato la chiusura del caso e l'interruzione dell'indennità giornaliera a partire dal 1° aprile 2017, momento a partire dal quale aveva considerato accertato il miglioramento dello stato di salute (doc. UAIE 128). A tale constatazione occorre attenersi anche in questa sede, tantopiù che non vi sono motivi oggettivi agli atti che consentano di giustificare la fissazione di un momento differente per la ripresa dell'attività abituale o di un'attività sostitutiva, ma anzi vi siano indizi contrari che attestano un'inabilità totale in qualsiasi attività fino ad inizio aprile 2017 (cfr. perizia medica particolareggiata E213 del 24 gennaio 2017 del dott. N._____, [doc. UAIE 79]).

Per il periodo successivo è stato appurato ed è per altro incontestato che l'inabilità lavorativa totale è iniziata il 15 novembre 2017, in occasione del primo intervento alla colonna lombare e si è protratta senza interruzione fino al mese di giugno 2019, momento a partire dal quale i periti hanno considerato essere intervenuto un miglioramento dello stato di salute. Il dott. J._____ in particolare ha ritenuto lo stato di salute stabilizzatosi a distanza di tre mesi dall'intervento di revisione alla colonna lombare, avvenuto a febbraio 2019. Nel referto peritale è stato chiarito che l'incapacità lavorativa residua in un'attività sostitutiva rispettosa delle limitazioni funzionali, pari al 30%, è riconducibile unicamente alle patologie neurologiche e soprattutto reumatologiche (cfr. consid. 12.5.3). Dal punto di vista internistico la dott. H._____ ha attestato una piena capacità lavorativa in qualsiasi professione e nelle attività domestiche senza limitazioni funzionali né riduzione del rendimento. Allo stesso modo pure il dott. I._____, per gli aspetti psichiatrici, non ha ritenuto sussistere, né essere mai esistita, alcun tipo d'inabilità lavorativa.

12.5.5 Di avviso contrario, alcuni fra i medici curanti che pur ammettendo esservi stato un miglioramento dello stato di salute (benché non indichino da quando) che è ormai da considerarsi stabilizzato (concordando in tal senso con il dott. J._____), hanno ritenuto sussistere un grado d'incapacità lavorativa superiore rispetto a quello attestato dai periti. Si tratta dei dott. D._____ e dott. R._____ che in maniera piuttosto generica ritengono sia data un'incapacità lavorativa del 50% almeno anche posteriormente al 1° giugno 2019. Entrambi stabiliscono tale grado d'incapacità in maniera piuttosto apodittica, senza indicare in che modo le limitazioni funzionali possono influire maggiormente sulla possibilità di mettere a frutto la

residua capacità lavorativa e in definitiva senza neppure prendere posizione compiuta riguardo alla differente valutazione peritale su tale aspetto. A ben vedere, pur concordando con il fatto che un miglioramento dello stato valetudinario sia effettivamente intervenuto e che non sia quindi più giustificabile un'inabilità lavorativa totale in ogni attività, essi non si esprimono riguardo al momento in cui tale cambiamento è effettivamente intervenuto, né tantomeno contraddicono in maniera convincente la valutazione del dott. J. _____ su tale punto.

Il dott. N. _____, dal canto suo, nella perizia medica particolareggiata E213 del 24 gennaio 2017 concorda sostanzialmente con il periodo di incapacità lavorativa del 100% fino ad aprile 2017 per poi attestare una non meglio specificata inabilità lavorativa – rispetto alle norme italiane – del 50% (cfr. doc. UAIE 79 p. 10). Lo stesso medico, nel rapporto del 26 aprile 2018 (doc. UAIE 91 pp. 1-6) attesta un'incapacità lavorativa del 100%, ma unicamente per l'attività abitualmente svolta di gessatore, senza prendere posizione rispetto alle attività sostitutive esigibili. Vi sono infine i certificati del 21 marzo e del 18 maggio 2019, redatti a mano dal dott. P. _____, attestanti una non meglio definita incapacità lavorativa (doc. UAIE 268, 272) che tuttavia non apportano maggiore chiarezza in merito.

Orbene tali valutazioni benché esposte anche da medici specialisti, non possono essere seguite, non essendo sufficientemente motivate, né supportate da validi elementi oggettivi.

Non aiuta maggiormente la tesi dell'assicurato il rapporto del dott. O. _____, dal momento che quest'ultimo si esprime unicamente fino alla data del proprio rapporto, ossia il 18 febbraio 2019. Inoltre da tale rapporto non emerge chiaramente a cosa si riferisce il medico quando esprime un grado percentuale, intercambiando e confondendo quest'ultimo i termini di incapacità lavorativa, incapacità di guadagno e invalidità. Allo stesso modo neppure il dott. G. _____, nella perizia E213, fornisce maggiore consistenza alla tesi del ricorrente. In modo piuttosto contraddittorio, quest'ultimo ritiene da un lato che l'assicurato è ancora abile a svolgere a tempo pieno la professione abituale, come pure un'attività sostitutiva adeguata alle sue condizioni, pur segnalando che, secondo le disposizioni del diritto italiano, quest'ultimo debba essere considerato parzialmente invalido per l'ultimo lavoro svolto, nella misura del 70%.

Non va oltretutto dimenticato che il solo fatto che uno o più medici curanti esprimano un'opinione contraddittoria non è sufficiente a rimettere in discussione una perizia ordinata dal giudice o dall'amministrazione e a

imporre nuovi accertamenti (STF 9C_710/2011 del 20 marzo 2012 consid. 4.5 e 9C_9/2010 del 29 settembre 2010 consid. 3.4, entrambe con i rinvii giurisprudenziali ivi menzionati).

12.5.6 Giova infine precisare, sebbene non evocato dal ricorrente, che è ininfluente, ai fini del diritto a delle prestazioni AI, il riconoscimento dell'invalità civile e l'eventuale attribuzione di una prestazione da parte degli enti previdenziali italiani, poiché il sistema italiano è fondato su presupposti completamente diversi da quello svizzero.

12.5.7 In definitiva, dalla perizia pluridisciplinare, emerge in modo convincente un miglioramento dello stato di salute a partire dal mese di giugno 2019, ossia a tre mesi di distanza dal secondo intervento alla colonna lombare, a seguito del quale l'assicurato, pur continuando ad essere inabile al 100% nell'attività abituale, poteva essere considerato abile nella misura del 70% in un'attività sostitutiva adeguata.

12.6

12.6.1 A titolo di provvedimenti sanitari volti a migliorare ulteriormente la capacità lavorativa nessun'indicazione è giunta dal punto di vista neurologico, essendo la situazione ormai consolidata e irreversibile. In ambito reumatologico è invece consigliata la ripresa della fisioterapia ambulatoriale.

12.6.2 Una serie di misure terapeutiche è stata consigliata dal punto di vista internistico, più in vista di migliorare la prognosi ed evitare l'aggravarsi di patologie esistenti o l'insorgere di nuove affezioni. In particolare al paziente è stata consigliata una riduzione ponderale, come pure un monitoraggio della funzione tiroidea. A fronte degli esami del sangue e delle urine, è stata inoltre suggerita una presa a carico da parte del medico curante e da un endocrinologo per riportare i valori nella norma e per eventualmente trattare l'insorgere di un'infezione alle vie urinarie.

12.6.3 Sotto il profilo psichiatrico non vi è nessun'indicazione formulata da uno specialista riguardante la necessita di una particolare presa a carico terapeutica. A tal proposito il dott. I. _____, ha consigliato la continuazione del trattamento farmacologico per trattare il lieve stato ansioso-depressivo – conseguente alla perdita della possibilità di esercitare la propria professione abituale in cui l'assicurato eccelleva e in generale di assaporare il medesimo livello di benessere – esprimendo nondimeno una prognosi favorevole.

12.7

12.7.1 Alla luce di quanto precede, occorre concludere che il caso dell'assicurato è stato oltremodo indagato sia da parte di medici fiduciari che da medici curanti specializzati nei differenti ambiti della medicina rilevanti per l'esame della fattispecie.

12.7.2 A seguito del rinvio, l'autorità inferiore ha esperito tutti gli accertamenti che le erano stati richiesti da questo Tribunale, incaricando i periti del SAM, raccogliendo tutte le indicazioni mediche utili per valutare la fattispecie e sottoponendo il caso al proprio servizio medico. In sede giudiziaria, d'altro canto, l'assicurato ha prodotto i due rapporti del dott. D. _____ e del dott. R. _____ che tuttavia non hanno apportato alcun elemento nuovo non precedentemente considerato dai periti ed esaminato dal SMR (cfr. doc. TAF 1 e 8).

13.

13.1 In definitiva questa Corte non ha fondato motivo di scostarsi dalle valutazioni peritali raccolte, apparendo non solo la situazione reumatologica, neurologica, internistica, ma anche quella psichiatrica sufficientemente approfondita, motivata e concludente, motivo per cui non è necessario far esperire ulteriori accertamenti sotto il profilo medico.

13.2 In conclusione risulta quindi provato, con il grado della verosimiglianza preponderante valido nelle assicurazioni sociali, che a partire dal 16 dicembre 2015 lo stato di salute del ricorrente ha subito un peggioramento, a causa dell'infortunio al ginocchio sinistro, per poi migliorare a partire dal 1° aprile 2017, permettendo all'assicurato di ritrovare la piena capacità lavorativa in qualsiasi attività. Un ulteriore peggioramento è quindi intervenuto dapprima in maniera lieve, a causa di affezioni neurologiche a partire dal 1° giugno 2017. In seguito dal 15 novembre 2017 per ragioni principalmente reumatologiche, in occasione dell'intervento chirurgico alla colonna lombare. A decorrere dal 1° giugno 2019, lo stato di salute del ricorrente è risultato essersi stabilizzato. Da tale momento, da un punto di vista reumatologico, neurologico, internistico e psichiatrico è stato ritenuto possibile l'esercizio di un'attività sostitutiva rispettosa delle limitazioni funzionali, come pure nelle attività domestiche, nella misura del 70% inteso come rendimento ridotto sull'arco di un'intera giornata.

14.

14.1 Sebbene non sia oggetto di contestazione da parte del ricorrente, vale la pena di esporre alcune precisazioni riguardo al tasso d'invalidità calcolato dall'autorità inferiore secondo la quale, a seguito del miglioramento dello stato di salute intervenuto a partire da fine maggio 2019, corrisponde al 28%.

14.1.1 Nel caso di un assicurato esercitante attività lucrativa, il grado d'invalidità deve essere determinato, in virtù dell'art. 16 LPGa in combinazione con l'art. 28a cpv. 1 LAI, sulla base di un confronto dei redditi. 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, in una situazione equilibrata del mercato del lavoro (reddito da invalido) è confrontato con il reddito che egli avrebbe potuto ottenere se non fosse diventato invalido (reddito da valido). Per procedere al raffronto bisogna di regola esprimere il più esattamente possibile in cifre questi redditi e confrontarli, la differenza tra i due importi permettendo di calcolare il grado d'invalidità (metodo generale del confronto dei redditi; DTF 137 V 20 consid. 5.2.3.2; DTF 130 V 343 consid. 3.4.2; sentenza del TF 8C_536/2017 del 5 marzo 2018 consid. 5.1).

14.1.2 Nel contesto di una rendita scalare o limitata nel tempo, occorre di principio procedere a un duplice raffronto dei redditi: dapprima per stabilire l'esistenza e l'ammontare del diritto alla rendita, in seguito per valutare se il cambiamento delle circostanze comporta una riduzione o una soppressione della stessa. Nel primo caso, il momento determinante per il raffronto dei redditi, è quello in cui al più presto potrebbe nascere il diritto alla rendita. Nel secondo caso quello in cui dovrebbe essere ridotta o soppressa la rendita (cfr. CR LPGa- MARGIT MOSER-SZELESS, art. 16 LPGa, N 41).

In concreto, ritenuto che la soppressione della rendita, a seguito del miglioramento dello stato di salute, è intervenuta con effetto dal 31 agosto 2019, vanno applicati i dati relativi all'anno 2019, di cui l'autorità inferiore poteva già disporre al momento dell'emanazione delle decisioni impugnate, il 22 novembre 2021.

14.1.3 I redditi con e senza invalidità devono essere determinati sulla base delle indicazioni salariali o statistiche, valide per lo stesso anno (sentenza del TF I 471/05 del 11 maggio 2006 consid. 3.2) tenendo conto delle modifiche riguardanti tali redditi e suscettibili di influire sul diritto alla rendita fino all'emissione della decisione dell'autorità competente (DTF 129 V 222

consid. 4.1 e i riferimenti ivi citati; 128 V 174 consid 4.a; MICHEL VALTERIO, Droit de l'assurance-vieillesse et survivants (AVS) e de l'assurance-invalidité (AI), Commentaire thématique, ed. Schulthess, Ginevra/Zurigo/Basilea 2011, p. 548, N. 2063-2064). Nel caso ci si fonda sui dati statistici, sono determinanti quelli pubblicati al momento della decisione impugnata (sentenza del TF 9C_699/2015 del 6 luglio 2016 consid. 5.2 e riferimenti; cfr. anche MICHEL VALTERIO, Commentaire de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité [LAI], ad. art. 28a LAI, N. 35).

14.1.4 Il confronto dei redditi determinanti, nel caso di un assicurato domiciliato all'estero, deve essere fatto sullo stesso mercato del lavoro, posto che la disparità della remunerazione e del costo della vita da un paese all'altro non permette di procedere a una comparazione oggettiva dei redditi in questione (DTF 137 V 20 consid. 5.2.3.2).

14.2

14.2.1 Orbene, nella scheda "valutazione del grado d'invalidità" (doc. UAIE 290) l'amministrazione ha correttamente stabilito il reddito da valido sulla base delle indicazioni fornite dall'ultimo datore di lavoro, secondo il quale, nel 2016, l'assicurato in qualità di aiuto gessatore avrebbe potuto percepire un salario mensile di fr. 5'089.-. Avendo appurato che tale reddito era inferiore alla media dei salari per un'attività equivalente nel settore economico nel quale il ricorrente lavorava, l'amministrazione ha altresì giustamente proceduto a una parallelizzazione dello stesso, ottenendo così un reddito da valido per il 2016 di fr. 5'415.70 mensili.

14.2.2 L'autorità inferiore ha tuttavia ommesso di indicizzare tale dato salariale al 2019, anno determinante per il raffronto dei redditi (cfr. consid. 14.1.2). Sulla scorta dell'indice dei salari nominali valido per gli uomini fra il 2011-2019 (T1.1.10, settore costruzioni [41-43], pubblicata il 26 settembre 2020), ne risulta quindi un reddito da valido indicizzato al 2019 pari a fr. 5'513.70 (= fr. 5'415.70 + 0.3% + 0.5% + 1%).

14.3

14.3.1 Per stabilire il reddito da invalido, difettando indicazioni economiche effettive, l'amministrazione si è inoltre correttamente riferita ai dati statistici risultanti dall'inchiesta svizzera sulla struttura dei salari (ISS; DTF 139 V 592 consid. 2.3; sentenza del TF 9C_205/2011 del 10 novembre 2011 consid. 7), relativi alle attività semplici e ripetitive, categoria totale (1-96), livello di competenze 1, uomini.

Dal momento che all'epoca dell'emanazione delle decisioni impugnata, l'UAIE poteva già disporre dei valori statistici validi per il 2019, essa avrebbe dovuto fare uso dei dati risultanti dalla TA1 2018 (pubblicata il 30 aprile 2020) e, analogamente a quanto fatto con il salario da valido, indicizzare poi i dati ottenuti al 2019 (sulla base dell'indice dei salari nominali, uomini, 2011-2019, categoria totale [05-96] – T1.1.10).

Ne discende che da invalido l'assicurato, svolgendo un'attività semplice e ripetitiva al 70%, avrebbe potuto percepire nel 2019 un salario medio mensile di fr. 3'826.- ($\{5'417.- [TA1 2018, \text{livello 1, uomini}] + 0.9\% [T1.1.10, \text{settore totale}]\} \times 70\%$), che riportato su un orario usuale di 41.7 ore settimanali corrisponde a un salario mensile di fr. 3'988.65.

14.3.2 Questo reddito può essere ridotto, al massimo del 25%, per tenere conto dei fattori professionali e personali del caso (DTF 126 V 75).

Se e in quale misura, nel singolo caso, i salari fondati su dati statistici debbano essere ridotti dipende dall'insieme delle circostanze personali e professionali concrete (limitazione addebitabile al danno alla salute, età, anni di servizio, nazionalità e tipo di permesso di dimora, grado di occupazione), criteri che l'amministrazione è tenuta a valutare globalmente. La deduzione non è automatica, ma deve essere valutata di caso in caso e complessivamente, non separatamente, in maniera schematica, sommando i singoli fattori di deduzione, tenendo conto di tutte le circostanze del singolo caso (sentenza del TF 9C_751/2011 del 30 aprile 2012 consid. 4.2.1 e DTF 126 V 75 consid. 5b/aa in fine). Va da sé che i fattori estranei all'invalidità di cui è già stato tenuto conto con il parallelismo dei redditi non possono essere presi in considerazione una seconda volta nell'ambito della deduzione per circostanze personali e professionali (DTF 135 V 297; 134 V 322).

14.3.3 Nel caso in esame, l'UAIE aveva in un primo tempo operato una riduzione del 5% dovuta alla necessità di svolgere unicamente attività leggere (doc. UAIE 156). A seguito del rinvio da parte di questo Tribunale e dei nuovi accertamenti, l'amministrazione ha ritenuto che il grado d'esigibilità per attività leggere (70%; cfr. consid. 11.2.6.2 e 12.5.3 supra) tenesse già conto degli effetti vincolanti del danno alla salute e che pertanto non fosse necessario procedere ad alcuna ulteriore riduzione dal salario da invalido (doc. UAIE 290).

Tenuto dell'ampio potere d'apprezzamento che quest'ultima dispone su questo aspetto e della prudenza che il Tribunale deve dimostrare nel valutare l'estensione della riduzione evitando di sostituire il proprio

apprezzamento a quello dell'autorità inferiore (DTF 137 V 71 consid. 5.2; sentenze del TF 9C_273/2011 del 27 gennaio 2012 consid. 1.3, 9C_280/2010 del 12 aprile 2011 consid. 5.2 in fine) e rilevato che una deduzione del 5% non permetterebbe comunque di giungere a un grado d'invalidità pensionabile, non vi è pertanto motivo di discostarsi dalle conclusioni della decisione impugnata su questo specifico punto.

14.4 Dal confronto fra il reddito da valido di 5'513.70 (cfr. consid. 14.2.2) e quello da invalido di fr. 3'988.65 (cfr. consid. 14.3.1) risulta dunque un grado di invalidità del 27.65% ($\frac{5'513.70 - 3'988.65}{5'513.70} \times 100$), che pur arrotondato al 28% (ai sensi della DTF 130 V 121, consid. 3.2) risulta comunque insufficiente per giustificare il diritto a prestazioni AI.

15.

15.1 Alla luce di quanto esposto sopra e del raffronto dei redditi che ne scaturisce, stabilito conformemente al diritto federale, sebbene con i correttivi riportati sopra, risulta pertanto corretto ritenere, come fatto dall'amministrazione, che a partire dal 1° settembre 2019 il ricorrente presenta un grado di invalidità non pensionabile.

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

16.

16.1 Visto l'esito della procedura, le spese processuali di fr. 800.-, sono poste a carico del ricorrente (art. 63 cpv. 1 e cpv. 5 PA nonché art. 3 lett. b del regolamento del 21 febbraio 2008 sulle tasse e sulle spese ripetibili nelle cause dinanzi al Tribunale amministrativo federale [TS-TAF, RS 173.320.2]). Esse vengono compensate con l'anticipo spese, di identico ammontare, saldato in diverse rate (doc. TAF 13, 15, 17, 18, 21, 25).

16.2 Al ricorrente, soccombente, non spetta altresì alcuna indennità per spese ripetibili della sede federale (art. 64 PA in combinazione con l'art. 7 cpv. 1 e 2 TS-TAF a contrario).

Peraltro, le autorità federali, quand'anche vincenti, non hanno di principio diritto a un'indennità a titolo di ripetibili (art. 7 cpv. 3 TS-TAF), salvo eccezioni non ravvisabili nel caso concreto (v., fra l'altro, DTF 127 V 205).

Il dispositivo è menzionato alla pagina seguente.

Per questi motivi, il Tribunale amministrativo federale pronuncia:

1.

Il ricorso, nelle procedure unite, è respinto.

2.

Le spese processuali di fr. 800.-, già anticipate dal ricorrente, sono poste a suo carico e vengono compensate con l'acconto già versato.

3.

Non si riconoscono indennità per spese ripetibili.

4.

Questa sentenza è comunicata al ricorrente e all'autorità inferiore.

I rimedi giuridici sono menzionati alla pagina seguente.

Il presidente del collegio:

Il cancelliere:

Christoph Rohrer

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 (art. 82 e segg., 90 e segg. e 100 LTF). Il termine è reputato osservato se gli atti scritti sono consegnati al Tribunale federale oppure, all'indirizzo di questo, alla posta svizzera o a una rappresentanza diplomatica o consolare svizzera al più tardi l'ultimo giorno del termine (art. 48 cpv. 1 LTF). Gli atti scritti devono contenere le conclusioni, i motivi e l'indicazione dei mezzi di prova ed essere firmati. La decisione impugnata e – se in possesso della parte ricorrente – i documenti indicati come mezzi di prova devono essere allegati (art. 42 LTF).

Data di spedizione: