



Corte III
C-3618/2018

Sentenza del 13 gennaio 2020

Composizione

Giudici Michela Bürki Moreni (presidente del collegio),
Daniel Stufetti, Vito Valenti,
cancelliere Oliver Engel.

Parti

A. _____, (Italia)
rappresentato dal Patronato INAS,
ricorrente,

contro

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

Oggetto

Assicurazione per l'invalidità, grado d' invalidità
(decisioni del 22 maggio 2018).

Fatti:**A.**

A.a A._____, cittadino italiano, coniugato, con figli, nato il (...) 1965, ha lavorato in Svizzera, quale frontaliere presso la B._____ di (...), dal 22 maggio 2000 al 12 gennaio 2018, in qualità di muratore, solvendo regolari contributi all'assicurazione svizzera per la vecchiaia, i superstiti e l'invalidità (doc. 1, 10, 78 e 98 dell'incarto dell'UAI C._____ [di seguito UAI-C._____] e doc. TAF 20). Dal 1° marzo 2019 il datore di lavoro ha riassunto l'assicurato con un grado di occupazione del 50% e a condizioni particolari in relazione a flessibilità e limitazioni a livello fisico (cfr. doc. TAF 18).

A.b L'assicurato soffre fin dall'infanzia di crisi ansiose per le quali – a partire da novembre 2008 – è stato in cura da psicologi, specialisti in psichiatria e neurologia (doc. 62 e 84 UAI-C._____).

A.c Nel mese di settembre 2015, durante una visita medica, all'assicurato è stato riscontrato un ritmo cardiaco irregolare. Ulteriori accertamenti specialistici hanno permesso di porre la diagnosi di cardiopatia con ipertrofia eccentrica, frequentissima extrasistolia ventricolare e ridotta capacità funzionale, per cui l'interessato è stato dichiarato inabile al lavoro per malattia a partire dal 12 novembre 2015 (doc. 1 e segg. dell'incarto della cassa malati [di seguito Cassa malati]).

B.

B.a In data 11 marzo 2016 l'assicurato ha formulato all'Ufficio dell'assicurazione invalidità del Cantone C._____ (UAI-C._____) istanza volta all'ottenimento di prestazioni dell'assicurazione svizzera per l'invalidità (doc. 1 UAI-C._____, formulario pervenuto il 17 marzo 2016 [doc. 6 UAI-C._____]).

B.b Dal 1° ottobre al 31 dicembre 2016 l'interessato ha lavorato a titolo di prova presso il suo datore di lavoro, beneficiando di indennità giornaliera dell'assicurazione invalidità (doc. 39 a 60 UAI-C._____). Durante il colloquio svoltosi in data 19 dicembre 2016 con il consulente per l'integrazione professionale dell'UAI-C._____ ed i responsabili della B._____ è emerso che per tutto il periodo l'assicurato non è mai stato in grado di lavorare oltre il 50% e che non è più in grado di svolgere la precedente attività di muratore (doc. 59 UAI-C._____).

B.c In seguito, le affezioni cardiache e psichiche lamentate dall'interessato hanno fatto l'oggetto di diversi approfondimenti specialistici, di cui si dirà in dettaglio nei considerandi in diritto (cfr. consid. 9).

B.d Preso atto degli esami eseguiti, con rapporto finale del 6 novembre 2017, il dott. D. _____, medico generico del SMR, perito medico SIM e medico fiduciario SGV-SSMC, ha posto le diagnosi di cardiomiopatia dilatativa a coronarie indenni in buon compenso emodinamico con la terapia in atto, classe NYHA II-S, sindrome ansioso depressiva e accentuazione di tratti di personalità ansiosi, attestando un'incapacità lavorativa totale nell'attività abituale a partire dal 12 novembre 2015. In attività adeguate il medico ha invece ritenuto un'inabilità al 100% dal 12 novembre 2015 al 31 dicembre 2016 ed in seguito un'incapacità lavorativa per motivi psichici del 35%, intesa come riduzione del rendimento (doc. 83 UAI-C. _____).

B.e A seguito dell'aggravamento dell'affezione cardiaca riscontrato con vari accertamenti specialistici – di cui si dirà in seguito – dal 28 al 30 novembre 2017 l'assicurato è stato ricoverato presso l'Ospedale E. _____ di (...) per un impianto di defibrillatore sottocutaneo Boston Emblem MRI (doc. 87 UAI-C. _____).

B.f In data 24 gennaio 2018, l'UAI-C. _____ ha eseguito ulteriori accertamenti volti a determinare se l'intervento chirurgico del 29 novembre 2017 era suscettibile di modificare le conclusioni del rapporto finale SMR del 6 novembre 2017 (cfr. doc. 89 UAI-C. _____). Con annotazione del 25 gennaio 2018, il dott. D. _____ ha tuttavia confermato il menzionato rapporto finale, precisando che l'intervento in questione aveva comportato un'incapacità lavorativa totale in ogni attività solo per pochi giorni (doc. 90 UAI-C. _____).

B.g Nel progetto di decisione del 26 gennaio 2018, in applicazione dell'art. 88a OAI, l'amministrazione ha dunque prospettato il versamento di una rendita intera dal 1° gennaio 2017 (e non dal 1° dicembre 2016 avendo l'assicurato beneficiato di indennità giornaliera AI) al 30 marzo 2017 e di un quarto di rendita a decorrere dal 1° aprile 2017 (doc. 92 UAI-C. _____).

B.h Con scritto dell'INAS del 9 febbraio 2018 l'assicurato ha inoltrato una richiesta di riesame del progetto di decisione, contestando principalmente che fosse intervenuto un miglioramento dello stato di salute e chiedendo che gli venisse riconosciuto un grado di invalidità non inferiore al 50% (doc. 93 UAI-C. _____).

B.i Con rapporto finale SMR del 28 marzo 2018 il dott. D. _____ ha ritenuto che la documentazione inoltrata dall'assicurato giustificava un'ulteriore periodo di incapacità lavorativa totale dalla data dell'impianto del defibrillatore al 31 gennaio 2018, confermando per il resto il contenuto del precedente rapporto finale (doc. 94 UAI-C. _____).

B.j Con decisioni del 22 maggio 2018 l'UAIE ha quindi confermato il progetto di decisione, assegnando all'interessato una rendita intera dal 1° gennaio 2017 al 31 marzo 2017 (nr. 201802028514) ed un quarto di rendita a decorrere dal 1° aprile 2017 (nr. 201802028539), con corrispondenti rendite per figli (doc. 99 e 100 UAI-C. _____).

C.

C.a Il 21 giugno 2018, l'interessato ha inoltrato ricorso contro le summenzionate decisioni dinanzi al Tribunale amministrativo federale (TAF), mediante il quale ha chiesto l'annullamento dei provvedimenti impugnati ed il riconoscimento di un'inabilità lavorativa del 100% fino ad almeno il mese di giugno 2017 e successivamente di un grado di invalidità (recte incapacità lavorativa) superiore al 60% sia nell'abituale attività, sia in attività adeguate alle limitazioni funzionali. A sostegno delle proprie conclusioni, il ricorrente ha prodotto documentazione medica in parte già agli atti, e fatto valere un'errata determinazione del grado di incapacità lavorativa residua. Egli ha pure formulato una domanda di assistenza giudiziaria (doc. TAF 1).

C.b Durante un incontro del 12 luglio 2018 con i responsabili dell'UAI-C. _____ e della B. _____, l'assicurato ha espresso la volontà di tornare a lavorare in un'attività adeguata (doc. 103 UAI-C. _____). Di conseguenza, con convenzione dell'11 settembre 2018, l'UAI-C. _____ ha autorizzato un ulteriore periodo a titolo di prova della durata di tre mesi in cui è stato previsto un tasso di occupazione iniziale del 50% (dal 15 settembre al 15 dicembre 2018; doc. 107 – 110 UAI-C. _____).

C.c Con decisione incidentale del 19 luglio 2018 la domanda di assistenza giudiziaria è stata respinta (doc. TAF 4). L' anticipo spese richiesto con la medesima decisione, pari a CHF 800.-, è stato versato a rate in data 20 settembre e 23 ottobre 2018 (doc. TAF 6 a 12).

C.d Dal 15 settembre 2018 al 15 dicembre 2018 l'assicurato ha lavorato a titolo di prova per la B. _____ al 50%. Entrambe le parti coinvolte si sono dette soddisfatte ed il datore di lavoro ha proposto un nuovo contratto di lavoro al 50% prevedendo lo svolgimento di svariate attività di supporto

quali magazziniere, autista, e addetto alla preparazione materiale (cfr. doc. 106 e segg. UAI-C. _____ e allegato a doc. TAF 14).

C.e Con risposta di causa del 25 gennaio 2019, l'UAIE ha proposto la reiezione del gravame e la conferma del provvedimento impugnato. Rinviano al preavviso dell'Ufficio AI del Cantone C. _____ del 21 gennaio 2019, l'autorità inferiore ha allegato un corretto e sufficiente approfondimento dell'aspetto medico. Degli ulteriori motivi si dirà se necessario nei considerandi di diritto (doc. TAF 14).

C.f Con replica del 28 febbraio 2019 l'assicurato ha ribadito le proprie tesi e conclusioni ricorsuali (doc. TAF 16).

C.g Con duplica del 3 aprile 2019 l'UAIE ha mantenuto le proprie conclusioni, precisando che, alla luce del contratto di lavoro stipulato dal ricorrente con la ditta B. _____ a partire dal 1° marzo 2019, la pretesa incapacità lavorativa del 60% non poteva essere ammessa (doc. TAF 18).

C.h Il 13 giugno 2019 il ricorrente ha trasmesso le proprie osservazioni alla duplica, ribadendo sostanzialmente le proprie conclusioni ricorsuali e precisando di mantenere la richiesta di riconoscimento di un grado di invalidità superiore al 60% unicamente fino al giorno della ripresa dell'attività lavorativa (doc. TAF 20).

C.i In data 5 giugno 2019, l'amministrazione ha trasmesso le osservazioni dell'UAI-C. _____ del 29 maggio 2019, chiedendo la conferma della decisione impugnata (doc. TAF 22).

Diritto:

1.

1.1 Il Tribunale amministrativo federale esamina d'ufficio e con piena cognizione la sua competenza rispettivamente l'ammissibilità dei gravami che gli vengono sottoposti (art. 7 cpv. 1 PA; DTAF 2016/15 consid. 1; 2014/4 consid. 1.2).

1.2 Il Tribunale amministrativo federale giudica, in virtù dell'art. 31 LTAF in combinazione con l'art. 33 lett. d LTAF e l'art. 69 cpv. 1 lett. b LAI (RS 831.20), i ricorsi contro le decisioni, ai sensi dell'art. 5 PA, rese dall'Ufficio dell'assicurazione per l'invalidità per le persone residenti all'estero (UAIE).

1.3 La procedura dinanzi al Tribunale amministrativo federale è retta dalla PA, in quanto la LTAF non disponga altrimenti (art. 37 LTAF). In virtù dell'art. 3 lett. d^{bis} PA, la procedura in materia di assicurazioni sociali non è disciplinata dalla PA nella misura in cui è applicabile la LPGA (RS 830.1). Secondo l'art. 2 LPGA, le disposizioni della legge stessa 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), sempre che la LAI non deroghi alla LPGA. Secondo le regole generali del diritto intertemporale, si applicano le norme procedurali in vigore al momento dell'esame del ricorso (DTF 130 V 1 consid. 3.2).

1.4 Presentato da una parte direttamente toccata dalla decisione e avente un interesse degno di protezione al suo annullamento o alla sua modifica (art. 59 LPGA e art. 48 cpv. 1 PA), il ricorso è stato interposto tempestivamente (art. 60 LPGA e art. 50 cpv. 1 PA) e rispetta i requisiti previsti dalla legge (art. 52 cpv. 1 PA). L'anticipo spese è stato corrisposto entro il termine impartito (art. 63 cpv. 4 PA). Il ricorso è pertanto ammissibile.

2.

2.1 L'oggetto impugnato è rappresentato dalle decisioni dell'UAIE del 22 maggio 2018, mediante le quali l'autorità inferiore ha riconosciuto al ricorrente da un lato una rendita d'invalidità intera dal 1° gennaio 2017 al 31 marzo 2017 e dall'altro un quarto di rendita a decorrere dal 1° aprile 2017 (doc. 99 e 100 UAI-C._____).

2.2 L'oggetto litigioso è costituito dalla questione se il ricorrente abbia diritto, o meno, ad una rendita d'invalidità intera anche dopo il 1° aprile 2017 (e almeno fino al mese di giugno 2017) tenuto conto di un'incapacità lavorativa del 100%), segnatamente se a decorrere dal 1° gennaio 2017 la capacità lavorativa in attività adeguate sia del 65% come ritenuto dall'amministrazione ed in seguito come minimo del 60% fino al 1° marzo 2019 (data dell'entrata in vigore del nuovo contratto di lavoro al 50%), come indicato dal ricorrente.

3.

Nell'ambito delle assicurazioni sociali, la procedura è retta dal principio inquisitorio (art. 43 cpv. 1 LPGA). Il Tribunale amministrativo federale applica il diritto d'ufficio, senza essere vincolato dai motivi del ricorso (art. 62 cpv. 4 PA) o dai considerandi della decisione impugnata. In altri termini, il ricorso

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

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 143 V 446 consid. 3.3; 139 V 335 consid. 6.2; 138 V 475 consid. 3.1). Nel caso in esame, salvo indicazione contraria, si applicano di principio le disposizioni della 6a revisione della LAI entrate in vigore il 1° gennaio 2012 e le eventuali modifiche intervenute fino alla pronuncia della decisione impugnata.

4.2 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 resa (sentenze del TF 8C_278/2011 del 26 luglio 2011 consid. 5.5 nonché 9C_116/2010 del 20 aprile 2010 consid. 3.2.2; DTF 118 V 200 consid. 3a in fine).

4.3 Il ricorrente è cittadino di uno Stato membro della Comunità europea e risiede in Italia, 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).

5.

5.1 L'invalidità ai sensi della LPGGA 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 LPGGA e art. 4 cpv. 1 LAI). L'invalidità è considerata insorgere quando, per natura e gravità, motiva il diritto alla singola prestazione (art. 4 cpv. 2 LAI). Ai sensi dell'art. 8 cpv. 3 LPGGA, gli assicurati maggiorenni che prima di subire un danno alla salute fisica, mentale o psichica non esercitavano un'attività lucrativa e dai quali non si può ragionevolmente esigere che l'esercitino sono considerati invalidi se tale danno impedisce loro di svolgere le proprie mansioni consuete. La nozione d'invalidità di cui all'art. 4 LAI e 8 LPGGA è un concetto di carattere economico-giuridico e non medico (DTF 116 V 246 consid. 1b; sentenze del TF 8C_636/2010 del 17 gennaio 2011 consid. 3 e 9C_529/2008 del 18 maggio 2009). Secondo l'art. 7 cpv. 1 LPGGA, 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).

5.2 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).

5.3 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%.

6.

6.1 Per costante giurisprudenza, quando l'amministrazione con un'unica decisione attribuisce una rendita per un certo periodo e, contemporaneamente, la riduce o la sopprime per un periodo successivo, devono essere applicate per analogia le regole sulla revisione di decisioni amministrative ex art. 17 LPGA (DTF 131 V 164, 131 V 120, 125 V 143; SVR 2006 IV Nr. 13; STFA I 597/04 del 10 gennaio 2006; I 689/04 del 27 dicembre 2005; I 38/05 del 19 ottobre 2005; I 12/04 del 14 aprile 2005; I 528/04 del 24 febbraio 2005 e I 299/03 del 29 giugno 2004).

6.2 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 modifica.

6.3 Secondo la giurisprudenza del Tribunale federale, costituisce motivo di revisione della rendita d'invalidità ogni modifica rilevante delle circostanze di fatto suscettibile d'influire sul grado di invalidità e, quindi, sul diritto alla rendita. Ne consegue che la rendita può essere soggetta a revisione non soltanto in caso di modifica significativa dello stato di salute, ma anche quando detto stato è rimasto invariato, ma le sue conseguenze sulla capacità di guadagno hanno subito un cambiamento significativo (sentenza del TF I 870/05 del 2 maggio 2007; DTF 130 V 343 consid. 3.5).

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

7.

7.1 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. Affinché un rapporto medico acquisti valore di prova rilevante è determinante che esso sia completo in merito ai temi

sollevati, si fondi, in piena conoscenza della pregressa situazione valetudinaria (anamnesi), su esami approfonditi, tenga conto di tutte le affezioni di cui si lamenta l'assicurato e sia chiaro nell'esposizione delle correlazioni mediche o nell'apprezzamento della situazione medica; le conclusioni dell'esperto devono inoltre essere motivate. 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_855/2017 del 22 novembre 2017 consid. 3.1 e 9C_826/2009 del 20 luglio 2010 consid. 4.2).

7.2 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 atti a mettere in discussione la loro attendibilità (DTF 137 V 210 consid. 2.2.2; 135 V 465 consid. 4.4; 125 V 351 consid. 3b/bb). 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 degli indizi concreti suscettibili di far dubitare della loro attendi-

bilità. 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).

7.3 In ambito psichiatrico, la diagnosi deve essere espressa da uno specialista in psichiatria e fondata sui criteri posti da un sistema di classificazione riconosciuto scientificamente (DTF 141 V 281 consid. 2.1; 130 V 396 consid. 6.3; sentenza del TF 9C_815/2012 del 12 dicembre 2012 consid. 3). In presenza di disturbi psichici, 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), 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 nonché 143 V 418 consid. 6 segg.). Il Tribunale federale ha suddiviso gli indicatori per la valutazione della capacità lavorativa in due categorie (DTF 141 V 281 consid. 4.1.3), segnatamente categoria "gravità funzionale" (consid. 4.3) con i complessi "danno alla salute" (consid. 4.3.1; risultati e sintomi rilevanti per la diagnosi; successo od insuccesso del trattamento e della reintegrazione; comorbidità), "personalità" (sviluppo e struttura della personalità, funzioni psichiche [consid. 4.3.2] e contesto sociale [consid. 4.3.3]) nonché categoria "coerenza" (aspetti del comportamento [consid. 4.4] in rapporto alla limitazione uniforme dei livelli di attività in tutti gli ambiti della vita paragonabili [consid. 4.4.1] ed alla sofferenza dimostrata secondo l'anamnesi in vista di un trattamento o di una reintegrazione [consid. 4.4.2]).

7.4 Secondo le recenti sentenze pubblicate in DTF 143 V 409 e 418 è corretto e conforme al sistema sottoporre ad una procedura probatoria strutturata secondo la DTF 141 V 281 in linea di principio, tutte le malattie psichiche. È infatti erroneo qualificare come leggera un'affezione, per il motivo che la diagnosi non richiede un grado di gravità e già solo per questa ragione negare ogni limitazione rilevante della capacità lavorativa. Ciò vale a maggior ragione per il fatto che distinguere tra disturbi somatoformi oppure disturbi funzionali riconducibili a depressione crea spesso problemi in ambito peritale (DTF 143 V 409 consid. 4.5.).

7.5 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 perché vi sono altre ragioni (DTF 143 V 409 consid. 4.5).

8.

8.1 In relazione alla capacità lavorativa del ricorrente va in primo luogo rilevato che è incontestato – né appare esservi motivo per questo Tribunale di intervenire d'ufficio su questa questione – che a decorrere dal 12 novembre 2015 egli ha presentato un'incapacità lavorativa completa per motivi cardiologici in qualsiasi attività perlomeno fino al 31 dicembre 2016 e nuovamente dal 29 novembre 2017 al 31 gennaio 2018, in seguito all'intervento per inserimento del defibrillatore (cfr. doc. 95 UAI-C._____). Inoltre, nella precedente attività di muratore l'incapacità lavorativa completa ha continuato a sussistere anche dopo il 31 dicembre 2016 (cfr. doc. 95 UAI-C._____). Infine, questo Tribunale prende atto che a decorrere dal 1° marzo 2019 il ricorrente ha ripreso un'attività lavorativa adeguata al 50% presso il suo precedente datore di lavoro (doc. TAF 18).

8.2 Resta tuttavia da accertare il momento – che per l'UAIE corrisponde al 1° gennaio 2017, mentre per il ricorrente al più presto al 1° giugno 2017 – in cui il ricorrente va considerato capace al lavoro in attività sostitutive rispettose dei limiti funzionali e, in caso di risposta affermativa, in che misura. In particolare va accertato se dal 1° gennaio 2017 è subentrato un miglioramento tale da giustificare la riduzione della rendita intera a $\frac{1}{4}$ da aprile 2017 oppure se tale miglioramento è intervenuto solo da giugno 2017, giustificando l'attribuzione di una rendita di grado superiore.

9.

9.1 In seguito alla diagnosi di ritmo cardiaco irregolare di fine settembre 2015 e a svariati accertamenti specialistici (cfr. doc. 2 e segg. Cassa malati), con valutazione dell'11 gennaio 2016, il dott. F._____, specialista in cardiologia e medicina interna, su mandato dell'assicuratore malattia ha posto la diagnosi di cardiopatia di origine da determinare con: ipertrofia eccentrica del ventricolo sinistro moderatamente dilatato, frequentissima extrasistolia ventricolare e ridotta capacità funzionale. Il medico ha inoltre rilevato che risultava "giustificato mantenere l'inabilità lavorativa al 100% per il suo lavoro di muratore ma (...) se si accelerasse la diagnostica si potrebbe poi essere più mirati e quindi efficaci nella terapia di una patologia

cardiaca che ritengo possa avere una buona prognosi” (doc. 32 Cassa malati).

9.2 Dal 1° al 6 marzo 2016, l'assicurato è stato ricoverato presso l'Ospedale E. _____ per ulteriori accertamenti. Nella relazione di dimissione del 6 marzo 2016, la dott.ssa G. _____, cardiologa, ha posto la diagnosi di cardiomiopatia dilatativa con coronarie indenni, consigliando di proseguire la terapia medicinale impostata ed evitando sforzi fisici intensi (doc. 40 Cassa malati).

9.3 In data 13 giugno 2016, la dott.ssa H. _____, specialista dell'ambulatorio di fisiopatologia cardiovascolare e lavoro presso l'Ospedale E. _____ di (...), su richiesta del medico curante, ha effettuato un ECG ed ha diagnosticato una cardiomiopatia dilatativa a coronarie indenni, in buon compenso emodinamico con la terapia in atto, classe NYHA II-S, ed una sindrome ansioso depressiva. Essa ha inoltre posto i seguenti limiti funzionali: “in ambito lavorativo evitare attività che comportino sforzi fisici elevati e prolungati; in particolare evitare la movimentazione manuale non assistita, non occasionale, di carichi di peso superiori a kg 10. Evitare sforzi isometrici (i.e. utilizzo di martello pneumatico). Non attuali controindicazioni al lavoro in quota, con le adeguate misure di sicurezza (...) ed alla guida di automezzi (...). Durante il periodo invernale, in occasione di temperature rigide (<4°C) e durante il periodo estivo in occasione di temperature particolarmente elevate (>30°C) si consiglia di evitare sforzi fisici intensi se svolti all'esterno”. Infine, essa ha prescritto un ecocardiogramma per valutare l'adattamento del sistema cardio-vascolare al carico di lavoro si prescrive l'esecuzione di ECG dinamico secondo Holter durante il turno di lavoro (doc. 34 UAI-C. _____).

9.4 Nel rapporto finale SMR del 15 luglio 2016, il dott. I. _____, specialista in prevenzione e salute pubblica, ha confermato le diagnosi ed i limiti funzionali posti dagli specialisti ed ha attestato una totale incapacità lavorativa nella precedente attività. In attività adeguate ha invece riconosciuto un'inabilità totale dal 12 novembre 2015 al 13 giugno 2016 ed in seguito una capacità lavorativa totale (doc. 35 UAI-C. _____).

9.5 A seguito della visita neurologica del 4 gennaio 2017, il dott. L. _____, specialista in neurologia, ha rilevato un buon compenso timico sino a settembre 2016, con discreto controllo dei sintomi su base ansiosa e successivamente, a seguito delle vicissitudini in ambito lavorativo connesse alle limitazioni imposte dalla patologia cardiaca, una recidiva del disturbo an-

sioso-depressivo su base reattiva, con attacchi di panico. Egli ha infine ritenuto indispensabile un calo ponderale ed un supporto psicologico continuativo (doc. 51 Cassa malati).

9.6 Su incarico dell'assicuratore malattia, con relazione relativa alla visita del 13 marzo 2017, il dott. M._____, specialista in medicina interna, ha confermato le diagnosi di cardiomiopatia dilatativa a coronarie indenni ed una sindrome ansioso depressiva. Egli ha pure confermato che la patologia psichiatrica – nota da parecchi anni – è rimasta stabile fino all'autunno 2016 e che successivamente è subentrato in modo progressivo uno scompenso con peggioramento dei disturbi ansiosi a cui si associava una deflessione del tono dell'umore, verosimilmente reattivo alla problematica lavorativa, precisando che per una corretta definizione della patologia psichiatrica, della sua prognosi e dell'eventuale incapacità lavorativa che ne conseguiva era necessaria una valutazione peritale presso un medico specialista in psichiatria. Infine, egli ha constatato che per le patologie somatiche l'assicurato era normalmente abile al lavoro in un'attività adattata alle sue condizioni di salute (normale rendimento per il normale tempo di lavoro, cfr. doc. 53 Cassa malati) da subito.

9.7 In data 30 marzo 2017, il dott. N._____, psicologo, a cui l'assicurato è stato inviato dallo psichiatra dottor O._____, per procedere a colloqui psicoterapeutici, ha riferito di un paziente storicamente ansioso e che esprime una sintomatologia ansioso depressiva invalidante in quanto associata ad una patologia cardiaca. Egli ha altresì evidenziato un abbassamento dell'autostima generato dall'impossibilità di continuare a lavorare nella sua precedente attività (doc. 62, p. 177 UAI-C._____.). Con relazione del 3 aprile 2017, il dott. O._____, psichiatra, ha attestato che il paziente è stato in cura presso il servizio di psichiatria dell'Ospedale E._____. a partire da novembre 2008 e che da giugno 2013 ha impostato una terapia farmacologica da uno specialista di fiducia (doc. 62, p. 176 UAI-C._____.).

9.8 Con valutazione psichiatrica del 9 aprile 2017, il dott. P._____, psichiatra e psicoterapeuta, su incarico della Cassa malati, ha diagnosticato una sindrome ansiosa depressiva (ICD10 F41.2) ed attestato una momentanea totale inabilità lavorativa (“in questo momento di scompenso ansioso depressivo totalmente inabile al lavoro dal lato psichiatrico”) a causa dello scompenso ansioso depressivo in atto. Il medico ha tuttavia precisato che “con le opportune correzioni terapeutiche (segnatamente l'aumento del dosaggio dell'antidepressivo) appare presumibile che egli possa essere in grado di riprendere il proprio lavoro almeno in misura parziale entro uno o

due mesi, tempo necessario per rendere efficaci le terapie in corso". Egli ha precisato che sarebbe opportuno procedere ad un'ulteriore valutazione medica tra circa due mesi (doc. 77 UAI-C. _____).

9.9 Con relazione neurologica del 27 giugno 2017 il dott. L. _____ ha preso atto che il dott. P. _____ ha auspicato un incremento della terapia antidepressiva ed ha constatato sostanziale stabilità sul versante timico con persistenza del disturbo ansioso-depressivo su base reattiva e isolati spunti depressivi reattivi alla problematica lavorativa. Oltre al mantenimento dell'usuale terapia farmacologica (Venlafaxina), il neurologo ha prescritto anche una cura con antidepressivi (Samyr 200 mg; cfr. doc. 76 pag. 219 UAI-C. _____).

9.10 Con ecocardiogramma del 27 luglio 2017 è stata riscontrata una frazione di eiezione ulteriormente ridotta al 35% (doc. 81 UAI-C. _____).

9.11 Durante la visita presso l'Ambulatorio Scompenso, in data 14 settembre 2017, il paziente ha riferito un peggioramento della dispnea da sforzo, motivo per cui il cardiologo dott. Q. _____, alla luce anche del menzionato ECG del 27 luglio 2017 ha ritenuto necessari ulteriori accertamenti per poter valutare l'eventuale bisogno di impianto di un defibrillatore (doc. 81 UAI-C. _____).

9.12 Con perizia psichiatrica del 27 ottobre 2017, eseguita per conto dell'UAI-C. _____ (si cfr. doc. 73 UAI-C. _____), gli psichiatri R. _____ e S. _____ del V. _____, hanno confermato un importante peggioramento della sintomatologia ansiosa e la diagnosi di sindrome ansioso depressiva (F41.2) ed attestato pure una accentuazione di tratti di personalità ansiosi (Z73.1). I periti hanno inoltre attestato che è unicamente a decorrere da gennaio 2017 che vi è una limitazione della capacità lavorativa per motivi psichiatrici e che la stessa è stimabile in almeno il 35%, intesa come riduzione del rendimento. Essi hanno inoltre precisato di non aver tenuto in considerazione la diminuzione della capacità lavorativa imputabile all'astenia ed alla scarsa tolleranza allo sforzo fisico, da eventualmente attribuire alla patologia cardiaca, motivo per cui hanno ritenuto che l'incapacità lavorativa per motivi psichiatrici sia cumulabile alle limitazioni di tipo somatico (doc. 84 UAI-C. _____).

9.13 Nel rapporto finale SMR del 6 novembre 2017, il dott. D. _____ ha posto le seguenti diagnosi principali con influsso sulla capacità lavorativa: cardiomiopatia dilatativa a coronarie indenni in buon compenso emodinamico con la terapia in atto, classe NYHA II-S, e ripreso le diagnosi poste

dai periti del V. _____ di sindrome ansioso depressiva e accentuazione di tratti di personalità ansiosi. Per quel che concerne la capacità lavorativa nella precedente attività, il medico ha attestato una totale inabilità a partire dal 12 novembre 2015. In attività adeguate, la completa inabilità sarebbe invece durata dal 12 novembre 2015 al 31 dicembre 2016, mentre dal 1° gennaio 2017 risulta inabile al 35% (intesa quale riduzione del rendimento). Inoltre, egli ha confermato i seguenti limiti funzionali: “evitare attività che comportino sforzi fisici elevati e prolungati; in particolare evitare la movimentazione manuale non assistita, non occasionale, di carichi di peso superiori a kg 10, evitare sforzi isometrici (i.e. utilizzo di martello pneumatico), durante il periodo invernale, in occasione di temperature rigide (<4°C) e durante il periodo estivo in occasione di temperature particolarmente elevate (>30°C) si consiglia di evitare sforzi fisici intensi se svolti all'esterno, irritabile, diminuita concentrazione” (doc. 83 UAI-C. _____).

9.14 Con lettera di dimissione del 30 novembre 2017, la dott.ssa G. _____ ha riferito dell'impianto di ICD sottocutaneo Boston Emblem MRI in prevenzione primaria, resosi necessario dopo che l'ecocardiogramma di luglio 2017 ha mostrato una frazione di eiezione ridotta del 35% (doc. 87 UAI-C. _____). Tale documento è stato sottoposto al SMR (doc. 89 UAI-C. _____), il quale – con annotazione del 25 gennaio 2018 – ha indicato che la nuova documentazione non è suscettibile di modificare le conclusioni del rapporto finale del 6 novembre 2017 (doc. 90 UAI-C. _____).

9.15 Con valutazione multidisciplinare del lavoro del 1° febbraio 2018, i dott.i H. _____ e T. _____ dell'Ambulatorio di fisiopatologia e lavoro hanno attestato una cardiomiopatia dilatativa a coronarie indenni con funzione sistolica depressa, già sottoposto ad impianto di ICD in prevenzione primaria, classe NYHA III-S ed una sindrome ansioso depressiva. In ambito lavorativo hanno inoltre raccomandato di “evitare attività che comportino sforzi fisici anche di grado lieve (e.g. movimentazione manuale non occasionale di carichi di peso superiore ai 6 kg), utilizzo di strumenti vibranti e stazionamento in prossimità di campi elettromagnetici. Non adibire a lavoro in quota. Non adibire a guida di muletto, gru o macchine per la movimentazione di terra. Le attuali limitazioni espresse non appaiono compatibili con lo svolgimento della mansione di operaio edile” (doc. 93 UAI-C. _____).

9.16 Anche tale referto è stato sottoposto al SMR (doc. 94 UAI-C. _____) e con rapporto finale del 28 marzo 2018, il dott. D. _____ ha attestato

una totale incapacità lavorativa anche dal 29 novembre 2017 al 31 gennaio 2018 e completato le limitazioni funzionali (doc. 95 UAI-C._____).

9.17 Con relazione medica del 20 giugno 2018, il dott. U._____, specialista in medicina legale e delle assicurazioni ed in medicina del lavoro, ha confermato le note diagnosi ed ha attestato un'incapacità al lavoro in misura superiore al 60% anche in attività lavorative di tipo medio-leggero (cfr. doc. TAF 1).

10.

10.1 Da quanto precede, risulta dunque che l'autorità inferiore, fondandosi essenzialmente sulla perizia del dott. M._____ del 13 marzo 2017, su quella del V._____ del 27 ottobre 2017 e sui vari rapporti finali SMR del dott. D._____ (cfr. doc. 83, 90 e 95 UAI-C._____), ha ritenuto che a decorrere dal 1° gennaio 2017 l'assicurato ha ritrovato una capacità lavorativa del 65% (presenza a tempo pieno ma con rendimento ridotto). L'UAIE sembra in particolare ricondurre il miglioramento globale della capacità lavorativa al fatto che l'assicurato dal 1° gennaio 2017 – da un punto di vista cardiologico – era nuovamente in grado di lavorare al 100% in attività adatta e che dal profilo psichico la capacità lavorativa era ridotta unicamente del 35%.

10.2

10.2.1 L'assicurato sostiene dal canto suo che l'incapacità lavorativa è stata totale almeno fino al mese di giugno 2017. Al riguardo, dalla documentazione medica agli atti si evince che a partire dall'autunno 2016 (si confronti le dichiarazioni del dottor M._____, consid. 9.6), ma al più tardi da gennaio 2017 in poi, a fronte dell'evidenza di non poter riprendere, neppure a tempo ridotto, la precedente attività di muratore, egli ha manifestato un peggioramento dei disturbi d'ansia con conseguente ripercussione sulla capacità lavorativa. Tale evoluzione è incontestata ed è stata confermata anche dai periti del V._____ (doc. 84 UAI-C._____, in particolare pag. 14 seg.). A tal proposito giova ricordare che con referto del 9 aprile 2017, il dott. P._____, perito intervenuto su incarico della Cassa malati, in seguito a quanto attestato dal dottor M._____, durante la fase di recrudescenza della sintomatologia ansioso-depressiva, ha effettuato un esame psichiatrico e preso posizione in merito alla residua capacità lavorativa presentata dall'assicurato durante questa fase di scompenso psichico, così come alla possibile evoluzione della problematica, consigliando peraltro

un'ottimizzazione della cura farmacologica antidepressiva (doc. 77 UAI-C. _____; consid. 11.8).

10.2.2 L'assicurato si è pure reso conto dell'accentuarsi del disturbo ansioso e, a partire dal 2 marzo 2017, ha ripreso, su consiglio del neurologo curante, un percorso di sostegno psicologico. Inoltre, quest'ultimo, oltre alla cura ordinaria, nel mese di giugno 2017, ha prescritto una cura farmacologica con un antidepressivo (Samyr 200mg, cfr. doc. 76 UAI-C. _____).

10.2.3 D'altra parte, i periti V. _____, pur confermando la diagnosi di sindrome ansioso depressiva (F41.2) e che il disturbo psichiatrico ha avuto ripercussioni sulla capacità lavorativa a partire da gennaio 2017, non concordano con la piena incapacità lavorativa per motivi psichiatrici attestata in aprile 2017 dal dottor P. _____. Essendo dell'avviso che il quadro psichico constatato a fine ottobre 2017 fosse sostanzialmente sovrapponibile a quello dell'aprile dello stesso anno, essi hanno concluso che la problematica insorta non giustificava una totale incapacità lavorativa e che a partire da gennaio 2017 il ricorrente – dal punto di vista psichico – era capace al lavoro al 65%.

10.2.4 Ora, questo Tribunale rileva che il dott. P. _____ ha esposto in maniera chiara e convincente l'insorgenza e l'origine dello scompensamento psichico intervenuto tra la fine del 2016 e l'inizio del 2017. Egli ha inoltre risposto in maniera precisa e completa ai quesiti peritali posti, indicando in maniera concludente l'evoluzione dello stato di salute dal profilo psichiatrico e le sue ripercussioni sulla capacità lavorativa, precisando che il paziente doveva essere considerato "in questo momento di scompensamento ansioso depressivo totalmente inabile al lavoro dal lato psichiatrico". Peraltro, tali valutazioni concordano sostanzialmente con quanto attestato dallo psicologo curante al quale l'interessato si è rivolto per far fronte alla problematica in parola (v. referto dello psicologo Alloggio del 30 marzo 2017; doc. 62 UAI-C. _____). Le sue conclusioni concordano infine anche con quanto attestato dal dottor M. _____ circa lo scompensamento progressivo della patologia psichiatrica con peggioramento dei disturbi ansiosi dall'autunno 2016.

10.2.5 Per contro i periti del V. _____ non hanno fornito una convincente motivazione atta a giustificare i motivi per cui hanno ritenuto di doversi scostare a posteriori e senza aver mai visitato il paziente in precedenza, dalla valutazione del dott. P. _____. In proposito, essi si sono limitati a precisare che il quadro constatato pareva essere sovrapponibile a quello rilevato dal perito che li aveva preceduti e che non era tale da giustificare una

completa incapacità lavorativa. Tuttavia, essi non hanno motivato la loro conclusione, omettendo di spiegare su quali referti o esami si fondava siffatta valutazione. Alla luce del percorso di sostegno psicologico iniziato a febbraio 2017 e della cura antidepressiva prescritta dal neurologo curante, non convince pertanto l'assenza di qualsivoglia riferimento all'aspetto evolutivo dell'affezione psichiatrica. In particolare, sembrerebbe che i dott. i R. _____ e S. _____ si siano accontentati di presumere che nei quasi sette mesi intercorsi tra valutazione del dott. P. _____ e la loro, lo stato psichico sia rimasto invariato, senza approfondire sufficientemente la questione della precedente evoluzione, culminata nell'incapacità lavorativa totale attestata dal dottor P. _____. Ne discende che – perlomeno per quel che concerne il periodo in cui il dott. P. _____ ha attestato una totale incapacità lavorativa – la perizia del V. _____ del 27 ottobre 2017 non può essere ritenuta completa ed affidabile ai sensi della giurisprudenza succitata (cfr. consid. 7).

10.2.6 Pertanto, questo Tribunale ritiene che la perizia del dott. P. _____ debba essere ritenuta fedefacente in relazione all'incapacità lavorativa nella prima fase dello scompenso psichico – intervenuto al più tardi dall'autunno 2016 – e che la valutazione del V. _____ debba invece essere interpretata come attestante un miglioramento dello stato di salute psichico del ricorrente, ciò che corrisponde peraltro all'eventuale possibilità di ripresa lavorativa “in misura almeno parziale” nell'arco di “uno due mesi” ipotizzata dallo stesso dott. P. _____ nella valutazione del 9 aprile 2017. Un miglioramento della condizione psichica a partire da giugno 2017, in sintonia con la menzionata prognosi del dott. P. _____ di uno o due mesi a partire da inizio aprile 2017, risulta inoltre plausibile se si considera che, a seguito del peggioramento delle affezioni psichiatriche a fine 2016, come già precisato in precedenza, l'assicurato ha cercato ed ottenuto supporto psicologico e che il neurologo curante ha adeguato la cura farmacologica nel mese di giugno.

10.2.7 Di conseguenza, in assenza di ulteriori referti specialistici agli atti, il ricorrente deve essere ritenuto totalmente inabile al lavoro per ragioni psichiatriche fino a fine maggio 2017. La valutazione dei periti del V. _____ deve invece essere intesa come attestante l'intervenuto miglioramento del quadro psichiatrico, e pertanto una ritrovata abilità lavorativa parziale in ragione del 65% – circostanze entrambe ipotizzate dal dottor P. _____ – per ragioni esclusivamente psichiatriche a decorrere dal 1° giugno 2017.

10.2.8 Occorre ancora rilevare che in entrambe le valutazioni peritali i medici hanno approfondito il danno alla salute ed il suo decorso clinico, tematizzato le possibilità di successo dei trattamenti disponibili e si sono chinati pure sulla questione delle risorse e dei deficit dell'assicurato (si confronti in proposito l'esame approfondito a pag. 16 del doc. 84 UAI-C._____) e della facoltà di riprendere un'attività lavorativa alla luce delle terapie prescritte (cfr. doc. 77 UAI-C._____), conformemente alla giurisprudenza relativa all'esecuzione di una procedura probatoria strutturata (DTF 141 V 281).

10.3 In conclusione, la censura secondo cui l'assicurato sarebbe da ritenere inabile al 100% in attività esigibili perlomeno fino a fine maggio 2017 deve essere accolta, non sussistendo per questa Corte alcun motivo di scostarsi dalla convincente e motivata valutazione del dott. P._____ del 9 aprile 2017 con riferimento alla residua capacità lavorativa del ricorrente dal profilo strettamente psichiatrico e potendo ritenere affidabile la perizia del V._____ unicamente a partire dal 1° giugno 2017. La rendita intera non poteva pertanto essere soppressa già a far tempo dal 1° aprile 2017, bensì al più presto dal 1° giugno 2017 (art. 88a prima frase OAI e si confronti tuttavia il considerando seguente), non essendo intervenuto alcun miglioramento dello stato di salute rilevante già nel mese di gennaio 2017.

11.

11.1 Per quel che concerne il periodo posteriore al 31 maggio 2017, a mente di questo Tribunale l'istruttoria svolta dall'autorità inferiore non permetteva di concludere, nel senso della probabilità preponderante, in favore di un miglioramento duraturo dello stato di salute ai sensi dell'art. 88a seconda frase OAI e della capacità lavorativa a decorrere dal 1° giugno 2017 e pertanto non era suscettibile di giustificare una riduzione della rendita intera di cui beneficiava l'interessato.

11.2 Dalla documentazione medica raccolta risulta infatti che l'autorità inferiore ha nuovamente considerato l'assicurato abile a svolgere a tempo pieno un'attività adeguata per motivi somatici a decorrere dal 1° gennaio 2017, ma che non ha mai fatto esperire accertamenti specialistici volti a valutare l'effetto congiunto delle affezioni di natura somatica e psichica sulla capacità lavorativa, malgrado gli specialisti del V._____ avessero ritenuto che l'incapacità lavorativa per motivi psichici risultava cumulabile con le eventuali inabilità dovute alla problematica somatica, non avendo essi tenuto in considerazione la diminuzione della capacità lavorativa imputabile all'astenia ed alla scarsa tolleranza allo sforzo fisico che andavano

eventualmente attribuite alla patologia cardiaca. Già solo per questo motivo, l'istruttoria risulta insufficiente e si impongono ulteriori accertamenti medici (doc. 84, p. 15 e 17).

11.3 Inoltre, anche alla luce del peggioramento della patologia cardiologica insorto a partire dal luglio 2017, culminato con l'intervento di inserimento del defibrillatore ed un'incontestata incapacità totale dal 29 novembre 2017 al 31 gennaio 2018, l'amministrazione avrebbe dovuto ordinare un esame specialistico per accertare lo stato di salute e la capacità lavorativa a far tempo da luglio 2017, ma al più tardi per il periodo posteriore all'impianto di defibrillatore a fine novembre 2017. A tal riguardo, l'autorità inferiore si è infatti fondata unicamente sulla precedente valutazione del dott. M._____, eseguita dall'assicuratore malattia – effettuata prima del peggioramento cardiaco – e sui rapporti finali SMR del dott. D._____, il quale non dispone della specializzazione in cardiologia (consid. B.d), che tuttavia – come già accennato – mai ha preso espressamente posizione sulla capacità lavorativa in ambito cardiaco ed un eventuale cumulabilità con l'incapacità di natura psichica.

In concreto deve dunque ancora essere appurato se il disturbo cardiaco ed il suo peggioramento abbiano avuto conseguenze sulla capacità lavorativa già a partire dal luglio 2017 oppure unicamente dalla data del ricovero ospedaliero a fine novembre 2017, come indicato dal dott. D._____ nel citato rapporto finale, e se lo stesso abbia avuto conseguenze anche dopo il 31 gennaio 2018.

12.

12.1 In conclusione alla luce di quanto sopra esposto dalla documentazione sanitaria agli atti non si evince in quale misura i disturbi attestati comportino un'incapacità lavorativa in attività adeguate dopo il 31 maggio 2017. Ne discende che l'istruttoria eseguita dall'autorità inferiore risulta carente, in quanto fondata su documentazione datata e incompleta e che pertanto la decisione impugnata con cui viene stabilito un grado di invalidità di $\frac{1}{4}$ da aprile 2017 va annullata.

12.2 A tal proposito va ricordato che se il Tribunale amministrativo federale annulla una decisione, esso può sostituirsi all'autorità inferiore e giudicare direttamente nel merito o rinviare la causa, con istruzioni vincolanti, all'autorità inferiore per nuovo giudizio (art. 61 cpv. 1 PA). In particolare, esso si

sostituirà all'autorità inferiore se gli atti sono completi e comunque sufficienti a statuire sull'applicazione del diritto federale (sentenza del TF 9C_162/2007 del 3 aprile 2008 consid. 2.3; DTF 126 II 43 e 125 II 326).

12.3 Gli atti di causa vanno pertanto rinviati all'autorità inferiore affinché proceda al necessario complemento istruttorio tramite l'esecuzione di una perizia cardiologica complementare, in cui gli specialisti si esprimeranno sullo stato di salute e sull'incapacità lavorativa in attività adeguate da luglio 2017 e sull'eventuale cumulabilità con l'incapacità del 35% attestata in ambito psichiatrico a far tempo da giugno 2017, riservato ogni ulteriore esame che l'evoluzione nel tempo dello stato di salute dell'insorgente dovesse rendere necessario, ed emani una nuova decisione.

12.4 Peraltro neppure la più recente giurisprudenza del Tribunale federale di cui a DTF 137 V 210 (cfr. segnatamente il consid. 4.4.1.4) si oppone al rinvio della causa all'autorità inferiore per completamento dell'istruttoria. In effetti, in assenza di tali accertamenti complementari non era, né è, possibile determinarsi con cognizione di causa, ed il necessario grado della verosimiglianza preponderante, sullo stato di salute del ricorrente e sull'incidenza delle affezioni di cui soffre sulla residua capacità lavorativa in attività sostitutive adeguate. In particolare, un rinvio all'autorità inferiore si giustifica, dal profilo delle garanzie procedurali (in particolare quello della doppia istanza con piena cognizione) nei casi in cui, come nella fattispecie, è richiesto un accertamento peritale medico in ambiti che non sono stati – per nulla – acclarati nella procedura di prima istanza, ma che lo avrebbero dovuto essere prima dell'emanazione della decisione litigiosa, gli elementi per dovere agire in tal senso essendo in concreto già presenti agli atti di causa (in concreto si tratta del completamento della perizia cardiologica, e della verifica dell'effetto congiunto sulla capacità lavorativa delle affezioni somatiche e psichiatriche; cfr. consid. 10 della presente sentenza e DTF 137 V 210 consid. 4.4.1.4)

13.

13.1 Da quanto esposto discende che la decisione con cui l'UAIE ha assegnato al ricorrente una rendita intera d'invalidità, limitata nel tempo, dal 1° gennaio 2017 al 31 marzo 2017 (nr. 201806028514) va riformata, nel senso che il ricorrente ha diritto ad una rendita intera dal 1° gennaio 2017 al 31 maggio 2017.

13.2 La decisione con cui l'UAIE ha accordato un quarto di rendita a partire dal 1° aprile 2017 (nr. 201806028539) va annullata e gli atti di causa sono

rinviati all'UAIE affinché proceda al completamento dell'istruttoria ed alla pronuncia di una nuova decisione ai sensi dei considerandi che precedono.

14.

14.1 Infine non era necessario dare al ricorrente la possibilità di ritirare il ricorso secondo i dettami della giurisprudenza del Tribunale federale di cui alla sentenza DTF 137 V 314. In effetti, nell'ambito dell'accertamento ancora da esperire dall'autorità inferiore, a seguito del rinvio degli atti di causa, non sussiste l'eventualità di una nuova decisione dell'UAIE a detrimento dell'insorgente (cfr., sulla questione, DTF 137 V 314 consid. 3.2.4).

14.2 In altri termini, nell'ambito della nuova procedura dinanzi all'UAIE il quarto di rendita a decorrere dal 1° giugno 2017, deve considerarsi già definitivamente acquisito, in quanto non contestato dalle parti e comprovato dagli atti dell'incarto. Come precedentemente accennato, una soppressione totale della rendita o una diminuzione non è ipotizzabile, dal momento che in data 22 maggio 2018 (data delle decisioni impugnate), le sole problematiche psichiatriche, comportavano sicuramente, ad esse sole, in virtù della valutazione dei periti del V. _____, un'incapacità lavorativa del 35% in attività adeguate a partire dal 1° gennaio 2017, con la conseguente giustificata concessione di perlomeno un quarto di rendita d'invalidità.

15.

15.1 Visto l'esito della causa, non sono prelevate delle spese processuali (art. 63 PA). L'anticipo equivalente alle presunte spese processuali di CHF 800.-, versato a rate in data 20 settembre e 23 ottobre 2018, sarà restituito al ricorrente allorquando la presente sentenza sarà cresciuta in giudicato.

15.2 Ritenuto che il ricorrente, vincente in causa, è rappresentato in questa sede da mandatario professionale, si giustifica l'attribuzione di un'indennità a titolo di spese ripetibili (art. 64 cpv. 1 PA in combinazione con gli art. 7 e 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; cfr. pure DTF 137 V 210 consid. 7.1 e 132 V 215 consid. 6 secondo cui la parte che ha presentato ricorso in materia d'assegnazione o rifiuto di prestazioni assicurative è reputata vincente, dal profilo delle ripetibili, anche se la causa è rinviata all'amministrazione per completamento istruttorio e nuova decisione).

L'indennità a titolo di spese ripetibili, in assenza di una nota dettagliata, è fissata d'ufficio (art. 14 cpv. 2 TS-TAF) in CHF 1'000.- (disborsi compresi, senza IVA; v. art. 1 cpv. 2 lett. a in correlazione con gli art. 8 cpv. 1 della legge federale del 12 giugno 2009 concernente l'imposta sul valore aggiunto [LIVA; RS 641.20] e 9 cpv. 1 lett. c TS-TAF), tenuto conto dell'ampiezza e delle difficoltà della causa e del lavoro necessario ed utile svolto dal rappresentante. L'indennità per ripetibili è posta a carico dell'UAIE.

(dispositivo alla pagina seguente)

Per questi motivi, il Tribunale amministrativo federale pronuncia:

1.

1.1 Il ricorso è parzialmente accolto.

1.2 La decisione nr. 201806028514 del 22 maggio 2018, con cui l'autorità inferiore ha accordato al ricorrente una rendita intera limitata nel tempo dal 1° gennaio 2017 al 31 marzo 2017 è riformata nel senso che A. _____ ha diritto ad una rendita intera dal 1° gennaio 2017 al 31 maggio 2017.

1.3 La decisione nr. 201806028539 del 22 maggio 2018 con cui l'autorità inferiore ha assegnato al ricorrente un quarto di rendita a decorrere dal 1° aprile 2017 è annullata e, per il periodo a decorrere dal 1° giugno 2017, gli atti di causa sono rinviati all'UAIE affinché proceda al completamento dell'istruttoria ed alla pronuncia di una nuova decisione ai sensi dei considerandi.

2.

Non si prelevano spese processuali. L'anticipo di CHF 800.-, corrisposto con pagamenti rateali in data 20 settembre e 23 ottobre 2018 sarà restituito al ricorrente allorquando la presente sentenza sarà passata in giudicato.

3.

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

4.

Comunicazione a:

- rappresentante del ricorrente (atto giudiziario; allegato: formulario “indirizzo per il pagamento”),
- autorità inferiore (n. di rif. [...]; raccomandata),
- Ufficio federale delle assicurazioni sociali (raccomandata).

(rimedi giuridici e firme alla pagina seguente)

La presidente del collegio:

Il cancelliere:

Michela Bürki Moreni

Oliver Engel

Rimedi giuridici:

Contro la presente decisione può essere interposto ricorso in materia di diritto pubblico al Tribunale federale, Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerna, entro un termine di 30 giorni dalla sua notificazione, nella misura in cui sono adempiute le condizioni di cui agli art. 82 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: