



Sentenza del 9 novembre 2015

Composizione

Giudici Michela Bürki Moreni (presidente del collegio),
Daniel Stufetti, Beat Weber;
Cancelliere Dario Croci Torti.

Parti

A. _____,
patrocinato dall'avv. Sergio Sciuchetti,
6901 Lugano,
ricorrente,

Contro

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

Oggetto

Assicurazione per l'invalidità, nuova domanda di rendita
(decisione del 26 luglio 2013).

Fatti:**A.**

A.a A. _____, cittadino italiano, nato il , ha lavorato in Svizzera dal 1979, da ultimo in qualità di gessatore (senza qualifica) solvendo regolari contributi all'assicurazione svizzera per la vecchiaia, i superstiti e l'invalidità fino al 2010 (doc. TAF 12).

A.b In data 12 marzo 2001 (doc. 8, 17), per il tramite dell'INPS di Luino, il nominato ha formulato all'attenzione dell'Ufficio dell'assicurazione svizzera per gli assicurati residenti all'estero (UAIE) una domanda volta al conseguimento di prestazioni dell'assicurazione svizzera per l'invalidità. L'indagine medica ha posto in evidenza che il richiedente era portatore di una cardiopatia ischemica in pregresso infarto acuto anteriore del marzo 2000, trattato con PTCA e stent (doc. 15). Una perizia medica specialistica eseguita il 15 novembre 2001 dal Dott. Foglia, specialista in cardiologia (doc. 32), aveva rilevato la diagnosi surriferita, oltre ad una patologia alla spalla destra con rottura parziale del muscolo sovraspinato; comunque, l'assicurato era stato ritenuto abile al lavoro in misura del cento per cento.

Un'ulteriore indagine medica completa, eseguita presso il Servizio medico regionale (SMR) dell'Ufficio AI del Cantone Ticino (UAI) da Dott. B. _____ in data 22 aprile 2002 (doc. 39) aveva posto in evidenza una rottura tendinea dell'80% della porzione anteromediale del sovraspinato della spalla destra, borsite sottoacromiodeltoidea di natura reattiva e la nota cardiopatia ischemica ipertensiva. Il SMR aveva ritenuto che l'interessato non era più in misura di svolgere il precedente lavoro di gessatore a partire dalla data dell'infarto (7 marzo 2000), dapprima a causa dell'evento cardiaco, in seguito per l'affezione alla spalla destra. Secondo il rapporto a partire dal 15 novembre 2001 egli sarebbe stato in grado di svolgere al 100% un'attività di ripiego a determinate condizioni di posizioni, porto e sollevamento pesi (doc. 39 pag. 5).

B.

B.a L'assicurato è stato messo al beneficio, il 26 settembre 2002, di provvedimenti professionali (doc. 48) con indennità giornaliera a decorrere dal 26 novembre 2002 (doc. 52). Il periodo di osservazione e di riforma professionale è durato diversi anni con fasi alterne di successo e/o di insufficienza (doc. 53 e seg.).

B.b Mediante decisione del 23 ottobre 2003 (doc. 66), l'UAIE, competente per notificare le decisioni per gli assicurati non residenti in Svizzera, ha erogato in favore di A. _____ una rendita intera dell'assicurazione svizzera per l'invalidità a decorrere dal 1° marzo 2001 fino al 30 novembre 2002, data della decorrenza del diritto a indennità giornaliera (consid. B.a).

B.c Con nota del 4 aprile 2006, l'assicurato ha contattato l'AI facendo valere un peggioramento del suo stato di salute a causa di un intervento alla spalla destra con conseguente periodo di riabilitazione di 5-6 mesi e producendo diversa documentazione sanitaria (doc. 82-84). I provvedimenti professionali sono stati interrotti (doc. 85).

Rivisitato dal SMR, in particolare dal Dott. C. _____, il 12 dicembre 2006, è stata posta la nota diagnosi cardiologica, esiti di rottura ampia della cuffia dei rotatori a destra (artroscopia il 30 maggio 2006) non guarita e di rottura del tendine sovraspinato della spalla sinistra (doc. 107).

Con decisione dell'8 marzo 2007 (doc. 110), l'UAIE ha erogato in favore del nominato una rendita intera AI dal 1° maggio 2006 (inizio interruzione dei provvedimenti professionali, si confronti doc. 112 pag. 2). Con provvedimento formale del 16 maggio 2007 (doc. 112), l'amministrazione ha sospeso il diritto alla prestazione in corso con effetto 1° luglio 2007, in quanto entro sei mesi dall'interruzione sarebbe stato esigibile riprendere il provvedimento professionale interrotto.

Non risulta che l'interessato abbia ripreso, dopo l'interruzione dei provvedimenti professionali per malattia, la formazione in corso (si confronti doc. 112 pag. 2).

C.

C.a In data 4 aprile 2011 A. _____ ha formulato una nuova (seconda) domanda di prestazioni AI (doc. 119). L'assicurato, che aveva ripreso a lavorare come gessatore per la ditta D. _____ il 3 novembre 2008, l'11 marzo 2010 aveva cessato l'attività a causa di un infortunio (doc. 131). Egli aveva inoltre lavorato come muratore dal 2007 all'ottobre 2008 e come gessatore per un'altra ditta ticinese (curriculum vitae, doc. 132).

Dell'istruttoria si è occupato l'Ufficio AI cantonale (UAI).

C.b Dagli atti dell'Istituto nazionale svizzero di assicurazione contro gli infortuni (INSAI) emerge che l'11 marzo 2010 A. _____ è caduto in un tombino procurandosi contusioni varie (spalla, anca, femore, ginocchio e gamba sinistra; contusioni cervicolombosacrali senza fratture). Sinteticamente sono seguite: un'artroscopia alla spalla sinistra con acromioplastica, reintervento di artroscopia nel marzo 2011. La visita medica di chiusura del 15 novembre 2011 (doc. INSAI 20) ha rilevato (riassunto) un trauma distorsivo della spalla sinistra, un trauma contusivo alla colonna cervicale e lombare, un trauma contusivo all'anca sinistra ed al ginocchio sinistro, esiti di artroscopia spalla sinistra ed acromioplastica; in tale occasione è stato rilevato che la problematica alla spalla destra non era competenza dell'INSAI. L'interessato è stato considerato abile al lavoro nella misura del 100% a determinate condizioni di porto pesi, posture, maneggio attrezzi.

Il 23 dicembre 2011, A. _____ è incorso in un incidente della circolazione riportando una distorsione al collo ed un colpo di frusta cervicale. Risulta che A. _____ ha comunque ripreso a lavorare all'80% il 9 gennaio 2012 come aiuto gessatore (doc. 38 inc. INSAI).

C.c Con rapporto del 20 settembre 2011 (doc. 139) il SMR, tramite il Dott. E. _____, specialista in chirurgia, sulla scorta degli atti dell'INSAI e di altra documentazione sanitaria oggettiva esibita, ha ammesso la completa inabilità nel precedente lavoro dal'11 marzo 2010, mentre ha ritenuto A. _____ del tutto in grado di svolgere attività sostitutive, evitando determinate posizioni, sforzi eccessivi e alcuni movimenti dal 31 agosto 2011. Dal calcolo comparativo dei redditi (doc. 146) è risultato, alle condizioni sopra descritte, una perdita di guadagno del 15,29% (dati 2010: reddito privo d'invalidità fr. 61'964; reddito-statistico- con invalidità fr. 61'753, ridotto del 15% per fattori personali, ossia fr. 52'491).

Con progetto di decisione dell'8 novembre 2011, l'UAI ticino pertanto ha disposto la reiezione della domanda di prestazioni (doc. 147).

Dopo aver acquisito le osservazioni dell'interessato, l'UAI si è accorta di un errore contenuto nel progetto di decisione nella misura in cui l'interessato è completamente inabile al lavoro dal'11 marzo 2010 e non dall'8 novembre 2011 (come scritto), considerato inoltre l'aggiornamento INSAI sopra riferito (doc. 165), l'UAIE con decisione del 29 giugno 2012 (doc. 164), ha erogato in favore del lavoratore una rendita intera dell'assicurazione svizzera per l'invalidità dal 1° ottobre 2011 al 31 gennaio 2012 (il versamento è avvenuto solo a partire da ottobre per tardività della domanda, il diritto

essendo insorto il 1° marzo 2011, la domanda essendo stata presentata il 4 aprile 2011. La decisione è passata in giudicato.

C.d Mediante decisione del 25 maggio 2012, l'INSAI ha erogato, in favore del nominato, una rendita pari ad un grado d'invalidità del 18%. Detta decisione è stata confermata con decisione su opposizione del 28 agosto 2012 (doc. 165; doc. TAF 1 allegato B).

D.

D.a In data 4 dicembre 2012 A. _____ ha formulato una terza domanda di prestazioni AI (doc. 167, 176). Risulta che l'interessato è incorso in un ulteriore infortunio professionale il 19 giugno 2012 (doc. 170). L'interessato allega solo un certificato medico del Dott. F. _____ del 22 novembre 2012 attestante malattia (cardiopatía ischemica, lombosciatalgia cronica recidivante, broncopneumopatia, periartrite spalla destra, meniscopatia ginocchio destro) che lo renderebbe del tutto inabile al lavoro (doc. 171).

L'Ufficio AI cantonale ha disposto l'entrata in materia e l'istruttoria della nuova domanda (doc. 173, 174). Dall'incarto della Cassa malati Helsana emerge il verbale di pronto soccorso per incidente il 23 dicembre 2011 causante una distorsione al collo con conseguente colpo di frusta cervicale (doc. 179) ed un ulteriore verbale le del 5 giugno 2012 per caduta accidentale con contusioni multiple. Vengono esibiti altri referti oggettivi (di recente esecuzione): un elettrocardiogramma sotto sforzo del 28 marzo 2012, una TAC lombosacrale del 5 settembre 2012, RMN ginocchio destro del 23 novembre 2012, (doc. 179, contenente anche documenti non attuali). Dal questionario per il datore di lavoro (sottoscritto il 20 febbraio 2013) risulta che l'interessato, assunto nel 2008, ha lavorato fino al 11 marzo 2010 come gessatore (doc. 182 pag. 2); è rimasto assente dal lavoro causa infortunio fino al 31 gennaio 2012, per poi ricadere in infortunio il 22 giugno 2012 (incidente del 19 giugno precedente) fino al 31 luglio successivo. A partire dal 15 settembre 2012 egli risulta di nuovo inabile al lavoro al 100% per malattia (doc. 182).

Il medico curante di A. _____, il Dott. F. _____, specialista in chirurgia, nel rapporto del 18 febbraio 2013, rileva la diagnosi invalidante di esiti di rottura della cuffia dei rotatori spalla destra, protrusione discale L3-L4, ernia discale L4-L5, rottura della cuffia rotatori della spalla sinistra e rottura completa del tendine sovraspinato. Il medico considera il paziente invalido per qualsiasi lavoro dal 5 giugno 2012 (doc. 183 pag. 1 e 4).

D.b L'UAI ticino ha quindi acquisito agli atti la documentazione dell'INSAI (doc. 184) e altresì la perizia del 19 febbraio 2013 esperita dal Dott. G._____, specialista in malattie reumatiche, fisiatria e riabilitazione, per conto della Cassa malati Helsana (art. 185, tale referto esiste quale doc. C annesso al ricorso di cui al doc. TAF 1 e quale doc. 210 pag. 17-20, fotocopiato, con pagine mancanti, dall'UAI ticino dopo il ricorso).

Il perito ha in particolare posto la diagnosi di sindrome lombospondilogeno a sinistra in turbe statiche del rachide (ipercifosi toracale con raddrizzamento lombare, alterazioni degenerative di L4/5 ed L4/S1 osteocondrosi e spondilosi e protrusione ad ampio raggio con restringimento foraminale bilaterale; gonalgia destra di tipo meccanico senza limitazioni funzionali evidenti; tendoperiostosi inerzionale del tendine del quadricipite della rotula; esiti di ricostruzione della cuffia dei rotatori della spalla sinistra per lesione tendinea post-traumatica (infortunio ed operazione nel 2010) con successiva revisione artroscopica per ri-rottura, esiti di ricostruzione della cuffia dei rotatori della spalla destra per rottura degenerativa (2006) con disturbi algici e funzionali residui nell'ambito di una probabile ri-rottura, cardiopatia ischemica in stato dopo infarto miocardico del 2000, broncopatia cronica ostruttiva (doc. TAF 1 allegato C pag. 6) . L'esperto giudica il paziente inabile nel precedente lavoro e, con una serie di limitazioni di sollevamento pesi (ammissibili pesi molto leggeri, capacità lievemente ridotta per pesi leggeri fino a 10 Kg), manipolazione oggetti, abile in misura del 100% in attività di sostituzione (pag. 9 e 10).

D.c In data 12 aprile 2013 (doc. 192), il SMR, tramite il Dott. H._____, di cui non è indicata la specializzazione, ha redatto il rapporto finale, secondo cui dal 19 febbraio 2013 è data capacità lavorativa al 100% in attività adeguate.

D.d Con progetto di decisione del 17 maggio 2013, l'UAI ticino ha disposto il rifiuto della domanda di rendita (doc. 193) per insussistenza d'invalidità in quanto il richiedente, in esito agli accertamenti effettuati, ha presentato una completa inabilità lavorativa solo dal 19 giugno al 4 luglio 2012 (infortunio) e dal 15 settembre 2012 al 29 febbraio 2013 (malattia).

Con osservazioni del 13 giugno 2013, A._____ ha trasmesso un certificato del Dott. F._____, specialista in chirurgia, del 12 giugno 2013, il quale, in esito alle note affezioni, ritiene impossibile anche la parziale ripresa dell'attività precedente di gessatore e che la complessità del quadro nosologico rendono altresì improbabili l'inserimento e la qualifica in altre attività (doc. 196/2).

Ad atti è stata acquisita anche la decisione dell'Helsana del 17 giugno 2013 con la quale l'assicuratore malattia ha fissato nel 13% l'incapacità di guadagno dell'assicurato ed ha soppresso l'erogazione delle indennità giornaliere assegnate dal 1° settembre 2012, a decorrere dal 17 settembre 2013 (doc. 197). Parimenti, sono stati prodotti dall'assicurato: un elettrocardiogramma del 18 giugno 2013, non ben leggibile, ove si indica la necessità di eseguire altri esami cardiologici (doc. 199); un nuovo certificato del Dott. F. _____ del 25 giugno 2013, nel quale viene ribadito che le limitazioni funzionali sono più importanti di quelle descritte dal Dott. G. _____ e, pertanto, anche in attività leggere la capacità di lavoro è molto limitata e, infine, un referto TAC spalla destra del 17 giugno 2013 (doc. 200).

Con nota dell'8 luglio 2013, il Dott. H. _____ (SMR) si è riconfermato nelle precedenti conclusioni, fondate sulla perizia del Dott G. _____ (doc. 201).

Ulteriore documentazione è poi pervenuta, segnatamente: una sinossi cardiologica dell'8 luglio 2013, i risultati di un'ecografia muscolotendinea delle spalle del 2 luglio 2013, un rapporto ortopedico manoscritto del 4 luglio 2013 (doc. 204).

Con nota del 22 luglio 2013 il Dott. H. _____ si è riconfermato nelle precedenti conclusioni sia per quanto riguarda l'aspetto cardiovascolare, stabile, che dal profilo reumatologico (doc. 206).

D.e Mediante decisione del 26 luglio 2013, l'UAIE ha quindi respinto la richiesta di prestazioni (doc. 209) per gli stessi motivi già esposti in sede di progetto. In particolare dal 19 febbraio 2013, data della visita medica eseguita dal dottor G. _____, l'assicurato è stato considerato abile al lavoro in misura completa in attività adeguate, nelle quali potrebbe conseguire un reddito tale da escludere il diritto alla rendita. In proposito l'UAIE ha fatto riferimento alla precedente decisione del 29 giugno 2012.

E.

Con ricorso del 16 settembre 2013 (doc. TAF 1) A. _____, rappresentato dall'avvocato Sciuchetti, chiede l'annullamento della decisione e il rinvio degli atti all'UAIE affinché statuisca ai sensi dei considerandi. Egli chiede pure di essere posto al beneficio dell'assistenza giudiziaria con gratuito patrocinio e protesta spese e ripetibili. In particolare pretende *"che i calcoli vengano presi in conto così come formulati, che vengano correttamente apprezzate le condizioni mediche ed in conclusione, che l'incarto venga mandato all'UAI perché abbia a statuire ai sensi dei considerandi"*. Da un punto di vista medico l'insorgente sostiene in particolare che la perizia del

Dott. G._____ sarebbe superficiale, in quanto il medico dell'Helsana non avrebbe esaminato il peggioramento notevole delle condizioni di salute in ambito non infortunistico. Infatti, con i soli problemi infortunistici egli ha potuto riprendere l'attività di gessino sebbene in misura ridotta del 25-30%. Che l'aspetto invalidante non infortunistico appaia ora più importante sarebbe, a dire del ricorrente, assodato, specialmente vista l'evoluzione della patologia dal 2012 in poi. Già a fine 2011 sarebbe intervenuto un peggioramento, come lo confermerebbe una relazione del Dott. I._____, chirurgo ortopedico (doc. D allegato), in merito alla grave compromissione della mobilità alla spalla destra. Il ricorrente produce inoltre una relazione 27 agosto 2013 del Dott. L._____, chirurgo ortopedico all'Ars medica (doc. E allegato), che si esprime in merito alla patologia alla spalla sinistra. A._____ contesta inoltre il calcolo comparativo dei redditi (non rifatto dall'UAI nella terza domanda) nel senso che ritiene il salario precedente l'invalidità (2010) di fr. 65'208 (e non fr. 61'964), mentre la decurtazione per motivi personali non dovrebbe limitarsi al 15%. Ne risulterebbe un grado d'invalidità del 24%.

F.

Ricevuta l'impugnativa, l'Ufficio AI ha sottoposto gli atti al Dott. B._____, specialista in medicina interna, del proprio servizio medico, il quale, nella sua relazione del 1° ottobre 2013, ha osservato che la problematica esposta dal Dott. L._____, consistente in una limitata funzionalità a livello delle spalle, sarebbe già riconosciuta e debitamente considerata dal Dott. G._____. Un ulteriore riduzione funzionale per contro non risulta (rapporto allegato al doc. TAF 4).

L'UAIE, nella risposta del 17 ottobre 2013, propone la reiezione del ricorso (doc. TAF 4), facendo riferimento al preavviso del 10 ottobre 2013 (doc. TAF 4) dell'UAI cantonale. In merito alla perizia del Dott. G._____ l'amministrazione rileva come questa, pur redatta da un medico fiduciario di un assicuratore malattia, conservi piena validità anche in ambito AI. Per quanto riguarda il calcolo, l'amministrazione considera il ragionamento svolto dal rappresentante dell'assicurato come inconcludente, giungendo ad un grado d'invalidità, pari al 23,98%, del tutto insufficiente per ottenere prestazioni. Non vi sarebbe pertanto interesse degno di protezione a ricorrere.

G.

Con ordinanza del 25 novembre 2013 questo Tribunale ha invitato la parte ricorrente pronunciarsi sulla risposta di causa. L'interpellato non ha esercitato il suo diritto di replica (doc. TAF 5).

H.

Pendente causa la parte ricorrente ha compilato l'apposito formulario per l'assistenza giudiziaria, fornendo diversi documenti (doc. TAF 11), non ha tuttavia dato seguito all'ordinanza dell'8 aprile 2015 con cui la giudice istruttore ha chiesto di produrre documenti supplementari atti a sostanziare la domanda (doc. TAF 13).

Diritto:**1.**

1.1 Il Tribunale amministrativo federale esamina d'ufficio e con piena cognizione la sua competenza (art. 31 e segg. della legge del 17 giugno 2005 sul Tribunale amministrativo federale [LTAF, RS 173.32]), rispettivamente l'ammissibilità dei gravami che gli vengono sottoposti (DTF 133 I 185 consid. 2 e relativi riferimenti).

1.2 Riservate le eccezioni – non realizzate nel caso di specie – di cui all'art. 32 LTAF, questo Tribunale giudica, in virtù dell'art. 31 LTAF in combinazione con l'art. 33 lett. d LTAF e l'art. 69 cpv. 1 lett. b della legge federale del 19 giugno 1959 sull'assicurazione per l'invalidità (LAI, RS 831.20), i ricorsi contro le decisioni, ai sensi dell'art. 5 della legge federale del 20 dicembre 1968 sulla procedura amministrativa (PA, RS 172.021), rese dall'Ufficio AI per le persone residenti all'estero.

1.3 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 legge federale del 6 ottobre 2000 sulla parte generale del diritto delle assicurazioni sociali (LPGA, RS 830.1). 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.

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), il ricorso – interposto tempestivamente e rispettoso dei requisiti previsti dalla legge (art. 60 LPGA nonché art. 52 PA) – è pertanto ammissibile.

2.

Per l'art. 49 PA in relazione con l'art. 37 LTAF Il ricorrente può far valere la violazione del diritto federale, compreso l'eccesso o l'abuso del potere di

apprezzamento (lett. a); l'accertamento inesatto o incompleto di fatti giuridicamente rilevanti (lett. b); l'inadeguatezza (lett.c).

3.

3.1 Dal profilo temporale 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 136 V 24 consid. 4.3 e DTF 130 V 445 consid. 1.2 e relativi riferimenti nonché DTF 129 V 1 consid. 1.2).

3.2 In concreto A._____ ha presentato la terza domanda di rendita in data 5 dicembre 2012. Ritenuto che l'eventuale rendita decorrerebbe dal 1° giugno 2013 e meglio sei mesi dopo la presentazione dell'istanza (art. 29 cpv. 1 LAI, si confronti sul tema DTF 140 V 2seg.), si applica la LAI nella versione in vigore dal 1° gennaio 2012 (6a revisione, cfr. DTF 130 V 1 consid. 3.2 per quanto concerne le disposizioni formali della LPGA, immediatamente applicabili con la loro entrata in vigore).

4.

Il potere cognitivo di questo Tribunale è delimitato dalla data della decisione impugnata, in concreto 26 luglio 2013. Il giudice delle assicurazioni sociali esamina infatti la decisione impugnata sulla base della situazione di fatto esistente al momento in cui essa è stata pronunciata. Tiene tuttavia conto dei fatti verificatisi dopo tale data quando essi possano imporsi quali elementi d'accertamento retrospettivo della situazione anteriore alla decisione stessa (DTF 129 V 1 consid. 1.2 e DTF 121 V 362 consid. 1b), in altri termini se gli stessi sono strettamente connessi all'oggetto litigioso e se sono suscettibili di influire sull'apprezzamento del giudice al momento in cui detta decisione litigiosa è stata resa (cfr. sentenza del TF 8C_278/2011 del 26 luglio 2011 consid. 5.5 nonché 9C_116/2010 del 20 aprile 2010 consid. 3.2.2; DTF 118 V 200 consid. 3a in fine).

5.

5.1 Il ricorrente è cittadino di uno Stato membro della Comunità europea, per cui è applicabile, di principio, l'ALC (RS 0.142.112.681).

5.2 Giusta l'art. 20 ALC, salvo disposizione contraria contenuta nell'allegato II, gli accordi bilaterali tra la Svizzera e gli Stati membri della Comunità europea in materia di sicurezza sociale vengono sospesi a decorrere

dall'entrata in vigore del presente Accordo qualora il medesimo campo sia disciplinato da quest'ultimo. Nella misura in cui l'Accordo, in particolare l'Allegato II che regola il coordinamento dei sistemi di sicurezza sociale (art. 8 ALC), non prevede disposizioni contrarie, l'organizzazione della procedura come pure l'esame delle condizioni di ottenimento di una rendita di invalidità svizzera sono regolate dal diritto interno svizzero (DTF 130 V 253 consid. 2.4).

5.3 L'art. 80a LAI, nella versione in vigore fino al 31 marzo 2012, sancisce espressamente l'applicabilità nella presente procedura, trattandosi di un cittadino che risiede nell'Unione europea, dell'ALC e dei Regolamenti (CEE) n. 1408/71 del Consiglio del 14 giugno 1971 relativo all'applicazione dei regimi di sicurezza sociale ai lavoratori subordinati, ai lavoratori autonomi e ai loro familiari che si spostano all'interno della Comunità (RU 2004 121, 2008 4219, 2009 4831) e n. 574/72 del Consiglio del 21 marzo 1972 relativo all'applicazione del Regolamento n. 1408/71 (RU 2005 3909, 2009 621, 2009 4845).

5.4 I nuovi Regolamenti (CE) n. 883/2004 e n. 987/2009 relativi al coordinamento dei sistemi di sicurezza sociale, entrati in vigore il 1° aprile 2012 nei rapporti tra la Svizzera e gli Stati membri dell'Unione Europea e che sostituiscono i Regolamenti (CEE) n. 1408/71 e (CEE) n. 574/72, sono altresì applicabili al caso concreto (cfr. DTF 138 V 533 consid. 2.1 e sentenza del TF 8C_870/2013 del 16 aprile 2014 consid. 4.1). Conformemente all'art. 4 del regolamento (CE) n. 883/2004, salvo quanto diversamente previsto dallo stesso, le persone ad esso soggette godono delle medesime prestazioni e sottostanno agli stessi obblighi di cui alla legislazione di ciascuno Stato membro come i cittadini di tale Stato.

5.5 Per costante giurisprudenza, l'ottenimento di una pensione straniera d'invalidità, come nel caso di specie, non pregiudica l'apprezzamento dell'invalidità secondo il diritto svizzero. Anche in seguito all'entrata in vigore dell'ALC, il grado d'invalidità di un assicurato che pretende una rendita è determinato esclusivamente secondo il diritto svizzero (DTF 130 V 253 consid. 2.4). Tuttavia, vanno presi in considerazione documenti, referti medici e informazioni d'ordine amministrativo raccolti dall'istituzione di qualsiasi altro Stato come se fossero stati redatti nel proprio Stato membro (art. 49 cpv. 2 del regolamento [CE] n. 987/2009).

6.

Per avere diritto ad una rendita dell'assicurazione invalidità svizzera, ogni richiedente deve adempiere cumulativamente le seguenti condizioni:

- essere invalido ai sensi della legge svizzera;

- aver versato contributi all'AVS/AI svizzera per almeno tre anni (art. 36 LAI). A tal fine è possibile prendere in considerazione anche i contributi versati ad un'assicurazione sociale assimilata di uno Stato membro dell'Unione europea (UE) o dell'Associazione europea di libero scambio (AELS), a condizione che almeno un anno di contributi sia registrato all'AVS/AI svizzera (FF 2005 p. 4065; art. 45, 51 e 57 in combinato disposto del regolamento n. 883/2004).

Nella specie, il ricorrente ha versato contributi all'AVS/AI svizzera per un periodo superiore ai tre anni. Pertanto, adempie la condizione della durata minima di contribuzione, alla quale la legge subordina l'erogazione di una rendita. Rimane ora da esaminare se sia invalido ai sensi di legge.

7.

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

7.1 Dal canto suo l'assicurato non pretende in modo esplicito l'erogazione di una rendita AI, ma contesta la valutazione operata dall'amministrazione, sia dal punto di vista medico, censurando la trasposizione della perizia esperita dal Dott. G. _____ (doc. TAF 1, allegato c), fiduciario dell'Helsana, in ambito AI, che economico, contestando il calcolo comparativo dei redditi - segnatamente l'importo del reddito da invalido e la deduzione dal reddito da invalido - che è stato del tutto omesso. Egli chiede quindi un rinvio degli atti all'autorità inferiore perché abbia a tenere conto di tutte le osservazioni formulate col ricorso.

7.2 Per contro, l'UAI ritiene che l'assicurato, alla luce della perizia – fedefacente del Dott. G. _____ – sarebbe abile al lavoro al 100% in attività leggere adeguate. Del resto non vi sarebbero atti medici agli atti che attestano una capacità lavorativa ridotta.

8.

8.1 In base all'art. 8 LPGA è considerata invalidità l'incapacità al guadagno totale o parziale presumibilmente permanente o di lunga durata. L'art. 4 LAI precisa che l'invalidità può essere conseguente ad infermità congenita, malattia o infortunio; il cpv. 2 della stessa norma stabilisce che l'invalidità è considerata insorgere quando, per natura e gravità, motiva il diritto alla singola prestazione.

8.2 L'art. 28 cpv. 1 LAI stabilisce che l'assicurato ha diritto ad una rendita alle seguenti condizioni: a. la sua capacità di guadagno o la sua capacità di svolgere le mansioni consuete non può essere ristabilita, mantenuta o migliorata mediante provvedimenti d'integrazione ragionevolmente esigibili; b. ha avuto un'incapacità di lavoro (art. 6 LPGA) almeno del 40% in media durante un anno senza notevole interruzione; e c. al termine di questo anno è invalido almeno al 40%. L'assicurato ha diritto ad una rendita intera se è invalido per almeno il 70%, a tre quarti di rendita se è invalido per almeno il 60%, ad una mezza rendita se è invalido per almeno la metà e ad un quarto di rendita se è invalido per almeno il 40% (art. 28 cpv. 2 LAI).

8.3 In seguito all'entrata in vigore dell'Accordo bilaterale, la limitazione prevista dall'art. 29 cpv. 4 LAI, secondo il quale le rendite per un grado d'invalidità inferiore al 50% sono versate solo ad assicurati che sono domiciliati e dimorano abitualmente in Svizzera (art. 13 LPGA), non è più applicabile quando l'assicurato è cittadino dell'UE (DTF 130 V 253 consid. 2.3). Dopo l'entrata in vigore dei nuovi regolamenti (CE) n. 883/2004 e n. 987/2009, i cittadini svizzeri e dell'Unione europea che presentano un grado d'invalidità del 40% almeno, hanno diritto ad un quarto di rendita in applicazione dell'art. 28 cpv. 1 LAI indipendentemente dal loro domicilio e residenza (art. 4 del regolamento [CE] n. 883/04).

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

salute; inoltre, sussiste un'incapacità al guadagno soltanto se essa non è obbiettivamente superabile (art. 7 cpv. 2 LPGGA).

9.

9.1 Secondo l'art. 17 LPGGA 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.

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

9.3 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). Peraltro, per procedere alla revisione di una rendita d'invalidità occorre che il grado d'invalidità abbia subito una notevole modifica (art. 17 cpv. 1 LPGGA).

9.4 Secondo l'art. 87 cpv. 3 OAI, qualora la rendita è stata negata perché il grado d'invalidità era insufficiente, una nuova richiesta è riesaminata soltanto se sono soddisfatte le condizioni di cui al cpv. 2. Secondo questa norma, se è fatta domanda di revisione nella domanda di deve dimostrare

che il grado d'invalidità è cambiato in misura rilevante per il diritto alle prestazioni (DTF 130 V 71 consid. 3.2 pag. 75 segg.; 117 V 198 consid. 3a).

9.5 La verosimiglianza richiesta dall'art. 87 cpv. 2 OAI non è la verosimiglianza preponderante valida nel diritto delle assicurazioni sociali. Il grado della prova richiesto dall'art. 87 cpv. 2 OAI è attenuato in quanto non è necessario che l'amministrazione raggiunga il convincimento, nel senso di una prova piena, che rispetto all'ultima decisione cresciuta in giudicato sia effettivamente subentrata una modifica rilevante. Basta piuttosto che sussistano almeno certi indizi a favore della circostanza invocata, fermo restando comunque la possibilità che la modifica invocata venga poi smentita da un più attento esame successivo (v. sentenza del TF 9C_68/2007 del 19 ottobre 2007 consid. 4.4 con riferimenti; cfr. pure SVR 2003 IV no. 25 pag. 76 consid. 2.2 [I 238/02]). Adita con una nuova domanda, l'amministrazione deve esaminare se le allegazioni dell'assicurato sono, in maniera generale, plausibili. Se ciò non è il caso, può liquidare l'istanza senza ulteriori indagini con un rifiuto di entrata in materia. A tal proposito occorre precisare che quanto più breve è il lasso di tempo trascorso dalla decisione precedente, tanto più rigorosamente l'amministrazione apprezzerà la plausibilità delle allegazioni dell'assicurato. Su questo aspetto, essa dispone di un certo potere di apprezzamento che il giudice è di principio tenuto a rispettare (sentenza del TF 8C_947/2011 del 27 gennaio 2012 consid. 3.2; DTF 109 V 108 consid. 2b pag. 114; cfr. pure SVR 2003 IV no. 25 pag. 76 consid. 2.2).

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

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

10.

10.1 Al fine di accertare se il grado di invalidità si è modificato in maniera tale da influire sul diritto alle prestazioni, si deve confrontare, da un lato, la

situazione di fatto dell'ultima decisione cresciuta in giudicato che è stata oggetto di un esame materiale del diritto alla rendita dopo contestuale accertamento pertinente dei fatti, apprezzamento delle prove e confronto dei redditi, e, dall'altro lato, la situazione di fatto vigente all'epoca del provvedimento litigioso (sentenza del TF I 759/06 del 5 settembre 2007; DTF 133 V 108, 130 V 71 consid. 3.2).

10.2 Il periodo di riferimento nell'ambito della presente vertenza è quello intercorrente tra il 29 giugno 2012 (data della decisione con cui all'assicurato è stata assegnata una rendita limitata nel tempo fino al 31 gennaio 2012, che ha esaminato la seconda domanda di rendita, consid. C.c, doc. 164) e il 26 luglio 2013, data della decisione impugnata.

11.

11.1 La nozione d'invalidità di cui all'art. 4 LAI e 8 LPGA è di carattere giuridico economico, non medico (DTF 116 V 249 consid. 1b). In base all'art. 16 LPGA, applicabile per il rinvio dell'art. 28a cpv. 1 LAI, per valutare il grado d'invalidità, il reddito che l'assicurato potrebbe conseguire esercitando l'attività ragionevolmente esigibile da lui dopo la cura medica e l'eventuale esecuzione di provvedimenti d'integrazione (reddito da invalido), tenuto conto di una situazione equilibrata del mercato del lavoro, è confrontato con il reddito che egli avrebbe potuto ottenere se non fosse diventato invalido (reddito da valido). In altri termini l'assicurazione svizzera per l'invalidità risarcisce soltanto la perdita economica che deriva da un danno alla salute fisica o psichica dovuto a malattia o infortunio, non la malattia o la conseguente incapacità lavorativa (metodo generale del raffronto dei redditi).

11.2 In carenza di documentazione economica, la documentazione medica costituisce un importante elemento di giudizio per determinare quali lavori siano ancora esigibili dall'assicurato, ma non spetta al medico determinare l'invalidità dell'assicurato (DTF 114 V 314). Infatti, per costante giurisprudenza le certificazioni mediche possono costituire importanti elementi d'apprezzamento del danno invalidante, allorché permettono di valutare l'incapacità lavorativa e di guadagno dell'interessato in un'attività da lui ragionevolmente esigibile (DTF 115 V 134 consid. 2).

11.3 Quanto alla valenza probatoria di un rapporto medico, determinante, secondo la giurisprudenza, è che i punti litigiosi importanti siano stati oggetto di uno studio approfondito, che il rapporto si fondi su esami completi, che consideri parimenti le censure espresse, che sia stato approntato in

piena conoscenza dell'incarto (anamnesi), che la descrizione del contesto medico sia chiara e che le conclusioni del perito siano ben motivate. Determinante quindi per stabilire se un rapporto medico ha valore di prova non è tanto né l'origine del mezzo di prova, né la denominazione, ad esempio, quale perizia o rapporto (DTF 134 V 231 consid. 5.1. 232; 125 V 351 consid. 3a pag. 352, 122 V 157 consid. 1c pag. 160; HANS-JAKOB MOSIMANN, Zum Stellenwert ärztlicher Beurteilungen, in *Aktuelles im Sozialversicherungsrecht*, Zurigo 2001, pag. 266).

11.4 Una valutazione medica completa, comprensibile e concludente che, considerata a sé stante in occasione di un'unica (prima) valutazione del diritto alla rendita, andrebbe ritenuta probante, non assurge a prova attendibile in caso di revisione se non attesta in modo sufficiente in che modo rispettivamente in che misura ha avuto luogo un effettivo cambiamento nello stato di salute. Sono tuttavia riservati i casi evidenti (SVR 2012 IV n. 18 pag. 81 consid. 4.2). Dalla perizia deve quindi emergere chiaramente che i fatti con cui viene motivata la modifica sono nuovi o che i fatti preesistenti si sono modificati sostanzialmente per quanto riguarda la loro natura rispettivamente la loro entità. L'accertamento di una modifica dei fatti è in particolare sufficientemente comprovata se i periti descrivono quali aspetti concreti nell'evoluzione della malattia e nell'andamento dell'incapacità lavorativa hanno condotto alla nuova valutazione diagnostica e alla stima dell'entità dei disturbi. Le summenzionate esigenze devono trovare riscontro nel tenore delle domande poste al perito (SVR 2012 IV n. 18 pag. 81 consid. 4.3).

11.5 In presenza di rapporti medici contraddittori il giudice non può inoltre evadere la vertenza senza valutare l'intero materiale e indicare i motivi per cui si fonda su un rapporto piuttosto che su un altro (sentenza del Tribunale federale delle assicurazioni I 673/00 dell'8 ottobre 2002). Al riguardo va tuttavia precisato che non si può pretendere dal giudice che raffronti i diversi pareri medici e parimenti esponga correttamente da un punto di vista medico, come farebbe un perito, i punti in cui si evidenziano delle carenze e qual è l'opinione più adeguata (SVR 2000 UV no. 10 pag. 35 consid. 4b).

11.6 Secondo l'art. 59 cpv. 2bis LAI i servizi medici regionali sono a disposizione degli uffici AI per valutare le condizioni mediche del diritto alle prestazioni. Essi stabiliscono la capacità funzionale dell'assicurato, determinante per l'AI secondo l'articolo 6 LPG, di esercitare un'attività lucrativa o di svolgere le mansioni consuete in una misura ragionevolmente esigibile. Sono indipendenti per quanto concerne le decisioni in ambito medico nei singoli casi.

Per l'art. 49 OAI i servizi medici regionali valutano le condizioni mediche del diritto alle prestazioni. Nel quadro della loro competenza medica e delle istruzioni tecniche di portata generale dell'Ufficio federale, essi sono liberi di scegliere i metodi d'esame idonei (cpv. 1). Se occorre, i servizi medici regionali possono eseguire direttamente esami medici sugli assicurati. Mettono per scritto i risultati degli esami (cpv. 2). I servizi medici regionali sono disponibili a fornire consulenza agli uffici AI della regione (cpv. 3).

All'art. 48 OAI il Consiglio federale ha inoltre elencato le discipline mediche che devono essere rappresentate nei servizi medici regionali. Secondo il Tribunale federale ciò significa, tra le altre cose, che, per poter attribuire pieno valore probatorio ai rapporti dei servizi medici regionali essi devono essere redatti da medici che dispongono delle qualifiche specialistiche richieste nel singolo caso (SVR 2009 IV n. 56 pag. 174 consid. 4.3.1 [9C_323/2009] e sentenza I 142/07 del 20 novembre 2007 consid. 3.2.3 con riferimenti). In caso contrario il loro valore probatorio è ridotto (sentenza 9C_826/2009 del 20 luglio 2010 consid. 4.2)

12.

In occasione della seconda domanda l'UAIE ha fondato sulla documentazione dell'INSAI la propria decisione di accordare una rendita intera dal 1° ottobre 2011 al 31 gennaio 2012 (doc. 138, rapporto del Dott. I._____, chirurgo ortopedico) così come sulle conclusioni del 20 settembre 2011 del proprio medico SMR, il Dott. E._____, specialista in chirurgia (doc. 139, consid. C.d).

In particolare gli specialisti avevano posto la diagnosi con influsso sulla capacità lavorativa di rottura massiva della cuffia dei rotatori, tendinopatia capo lungo del bicipite branchiale, borsite sotto acromiale della spalla sinistra in esiti di ricostruzione del sovra ed infraspinato (8.4.2010), stato dopo reintervento spalla sinistra (luglio 2011). Deficit funzionale completo di forza arto superiore destro. Stato dopo intervento alla spalla destra di ricostruzione del tendine sovraspinato.

In particolare il Dott. I._____ aveva precisato che "per quanto riguarda la problematica legata alla spalla sinistra in stato dopo ricostruzione della cuffia e decompressione il paziente ha ottenuto un'articolarietà pressoché completa. La forza è ancora in progressione indicando che vi è ancora un margine di miglioramento, ma risulta comunque affaticabile per gli sforzi. Non è l'arto dominante. Al contrario dalla parte destra mostra un deficit completo della forza del sovraspinato in stato dopo ricostruzione...Il paziente risulta, come detto precedentemente, gessatore e la situazione globale non gli

permette di poter affrontare nemmeno dal lato teorico tale professione. (doc. 138/1, nello stesso senso rapporto del 19 dicembre 2011, allegato doc. D al doc. TAF 1, doc. 139 pag.3). La capacità lavorativa in attività abituale era stata considerata nulla dall' 11 marzo 2010, mentre totale in attività adeguata dal 31 agosto 2011 (doc. 139 e 154). La misura della capacità lavorativa era stata confermata anche dopo l'esame della documentazione medica trasmessa dall'assicurato in sede di audizione (doc. 151,154).

Alla luce della visita medica di chiusura dell'INSAI del 10 novembre 2011 (doc. 155/1) l'UAIE ha quindi riconosciuto un'incapacità lavorativa totale fino al 31 dicembre 2011, riconoscendo una rendita limitata nel tempo fino al 31 gennaio 2012 in base ai periodi di incapacità lavorativa ammessi dalla SUVA (doc. 155, anche doc. 149, con cui la SUVA ha sospeso il versamento di indennità giornaliera dal 1 gennaio 2012).

13.

13.1 Nell'ambito della presente procedura il SMR, nel suo rapporto del 12 aprile 2013, redatto dal Dott. H._____, di cui non è nota l'eventuale specializzazione (doc. 192), ha ripreso in pratica la diagnosi posta nella perizia del 13 febbraio 2013 dal Dott. G._____, medico fiduciario della Cassa Malati Helsana, (doc. TAF 1 allegato c).

In concreto non è dato a sapere se detta relazione è stata eseguita in esito a visita personale dell'assicurato o in base agli atti. E' tuttavia verosimile, visto il tenore della diagnosi riportata – identica a quella del Dott. G._____ - che il medico del SMR abbia copiato (peraltro in modo incompleto essendo state omesse le diagnosi di cardiopatia e broncopatia) quella esposta dal Dott. G._____ e ne abbia ripreso le conclusioni con il dettaglio delle limitazioni funzionali.

13.2

13.2.1 Il Dott. G._____ aveva in particolare rilevato l'esistenza di:

- sindrome lombospondilogenica cronica a sinistra in/con

... - turbe statiche del rachide (ipercifosi toracale con raddrizzamento lombare),

- alterazioni degenerative: L4/5 condrosi con protrusione discale e L4/S1 osteocondrosi, spondilosi e protrusione ad ampio raggio con restringimento foraminale bilaterale;
- gonalgia destra di tipo meccanico senza limitazioni funzionali evidenti; ecografia del 18 settembre 2012: tendoperiostosi inerzionale del tendine del quadricipide nella rotula;
- esiti da ricostruzione della cuffia dei rotatori della spalla sinistra per lesione tendinea post-traumatica (infortunio ed operazione nel 2010) con successiva revisione artroscopica per nuova rottura (2011), caso SUVA chiuso con assegnazione di una rendita di invalidità del 20%;
- esiti da ricostruzione della cuffia dei rotatori della spalla destra per rottura degenerativa (2006) con disturbi algici e funzionali residuali nell'ambito di una probabile nuova rottura;
- cardiopatia ischemica con stato dopo infarto miocardico del 2000; successiva riformazione professionale tramite AI;
- broncopatia cronica ostruttiva (dato anamnestico).

(doc. TAF 1 allegato c pag. 6).

A proposito delle conseguenze sulla capacità lavorativa delle succitate affezioni il perito ha precisato quanto segue:

"l'insieme dei disturbi lombari e degli arti inferiori non pregiudica la ripresa dell'attività lucrativa svolta di stuccatore a condizione che il paziente possa evitare l'alzare e spostare pesi maggiori di 15kg, limitazione già dettata dalle patologie di entrambe le spalle almeno dal 2011 (secondo la valutazione citata del Dott. I. _____). A. _____ può quindi riprendere il suo lavoro a partire da subito nella misura della rendita SUVA concessa. E' comunque ovvio che un'attività richiedente spesso se non addirittura prevalentemente lavori manuali sopra l'altezza della testa non è di certo ideale per le patologie presenti in entrambe le spalle (e ritenuta non più proponibile dal Dott. I. _____ già nel 2011, vedi sua valutazione citata, doc. TAF 1 allegato c pag. 8).

Il perito ha quindi valutato la capacità funzionale residuale del paziente in dettaglio globalmente, ovvero tenendo conto anche della patologia ad entrambe le spalle - come ha espressamente dichiarato - e non soltanto l'affezione a livello lombare (si confronti per i dettagli da pag. 8 in fine a 9

della perizia), concludendo per un'abilità lavorativa completa (per rendimento e presenza) in un'attività lucrativa rispettosa dei numerosi limiti elencati limiti. In proposito egli ha pure rilevato che A. _____ "ha già beneficiato di una riforma professionale a carico dell'AI per un'attività lucrativa più confacente (aiuto meccanico di precisione). Essa risulta conforme alle presenti limitazioni (per quanto da me giudicabile non avendo a disposizione un mansionario, doc. TAF 1 allegato c pag.10; si confronti tuttavia in proposito anche consid. B.c in fine, secondo cui i provvedimenti professionali sono stati interrotti nel 2006).

13.2.2 Il SMR ha dal canto suo ritenuto anche la diagnosi di cardiopatia ischemica con stato dopo infarto miocardico senza influo sulla capacità lavorativa (doc. 192 pag.1).

13.3 Dal tenore della perizia suesposta emerge che lo stato di salute dell'assicurato, in seguito all'insorgenza della malattia al rachide lombare è senz'altro peggiorata, tuttavia alla luce di quanto attestato dal perito, il cui rapporto tiene conto, a suo dire, di tutte le patologie di natura ortopedico/reumatologica di cui soffre l'interessato (doc. TAF 1 allegato c pag. 8), le conseguenze dello stato di salute sulla capacità lavorativa non si sarebbero deteriorate, se non per un periodo limitato nel tempo. In effetti le affezioni lombari non inciderebbero sulla capacità lavorativa. Il medico ha infatti considerato l'assicurato abile nei limiti indicati dall'INSAI, malgrado l'assicuratore infortuni abbia tenuto conto solo dell'affezione alla spalla sinistra. Un'attività leggera adeguata ad esempio quale operaio di fabbrica, addetto alla stazione di servizio, sorvegliante, raffilatore (doc. TAF 1 allegato b p. 2), che tenga conto delle numerose limitazioni elencate nella perizia, sarebbe pertanto compatibile sia con i disturbi a livello lombare che con quelli ad entrambe le spalle. Secondo il Dott. G. _____ quindi, malgrado l'affezione a livello lombare, la capacità lavorativa residua non si sarebbe modificata.

14.

14.1 Il ricorrente censura l'affidabilità della summenzionata perizia, essendo a suo dire incompleta e superficiale, in particolare in relazione alle patologie alle spalle e alle conseguenze delle stesse sulla capacità lavora-

tiva. Da quanto emerge dal rapporto del Dott. L._____ le spalle necessiterebbero di esami diagnostici supplementari (doc. TAF 1 pag. 3) e altresì le limitazioni della spalla destra, la cui situazione pare più grave rispetto a quella sinistra, sarebbero ben più gravi. Non fa per contro valere delle limitazioni da un punto di vista cardiologico.

In concreto alla luce delle suesposte censure va quindi esaminato se la perizia eseguita dal Dott. G._____ su incarico dell'Helsana in relazione alla problematica al rachide lombare, tiene sufficientemente conto anche dei disturbi ad entrambe le spalle, segnatamente di origine traumatica alla spalla sinistra, per cui è stata riconosciuta una rendita del 18% dall'INSAI e di origine valetudinaria alla quella destra, e può pertanto essere considerata fedefacente.

14.2 In primo luogo va rilevato che dal rapporto del 22 agosto 2013 del Dott. L._____, specialista in ortopedia e chirurgia ortopedica, a cui l'assicurato si è sottoposto per una valutazione della spalla sinistra, emerge che (doc. TAF 1 allegato F) il decorso postoperatorio - l'interessato è stato sottoposto a due interventi nel 2010, in Italia e nel 2011 presso Ars Medica, Dott. I._____ - è stato caratterizzato da dolori tutt'ora persistenti e che avrebbe proceduto ad una valutazione dell'integrità della cuffia rotatoria della spalla sinistra tramite arto-RM oppure arto-TAC. In data 28 agosto 2013 il medico ha attestato un mese di inabilità lavorativa (doc. TAF 1 allegato E).

I due certificati risultano particolarmente stringati, mentre gli esami specialistici anticipati sia dal medico che dal rappresentante del ricorrente non sono pervenuti a questa Corte (si confronti in proposito l'obbligo di collaborare dell'assicurato, art. 28 LPGGA).

In simili circostanze questi documenti non sono di per sé atti a mettere in discussione la perizia del Dott. G._____.

15.

15.1 Alla luce dell'ulteriore documentazione medica trasmessa dal ricorrente la decisione impugnata non può tuttavia essere confermata, i referti specialistici su cui si fonda non potendo essere considerati completamente

fedefacenti ai sensi della giurisprudenza. In effetti malgrado il Dott. G._____ abbia affermato di aver tenuto conto, nell'ambito dell'esame relativo alla situazione lombare, anche delle affezioni alle spalle, il rapporto non si fonda su esami completi e aggiornati, né il SMR ha proceduto a far fronte alle carenze del referto, alla luce degli atti medici prodotti dal ricorrente.

Al riguardo va rilevato che l'assicurato ha trasmesso, pendente causa amministrativa, tre referti del medico curante dottor F._____, medico chirurgo, del 18 febbraio 2013 (doc. 183), 13 giugno 2013 (doc. 196/2) e 25 giugno 2013 (doc. 200/2).

Nell'ultimo referto il Dott. F._____ ha in particolare precisato che le – già numerose - limitazioni (espresse su oltre una pagina dal Dott. G._____), sarebbero in realtà ancora più importanti. Oltre alle patologie note ha inoltre indicato l'esistenza di una meniscopatia degenerativa del menisco mediale al ginocchio destro e in tutti i referti ha pure indicato l'esistenza di un'ernia discale L4-L5 e di una protrusione discale L3-L4. Negli ultimi due certificati ha inoltre evidenziato che la complessità del quadro nosologico rendono altresì improbabile l'inserimento e la riqualifica in altre attività.

Di tali referti il Dott. G._____ non ha potuto evidentemente tener conto essendo – ad eccezione del primo redatto contemporaneamente -posteriori alla perizia. Inoltre il perito dell'Helsana ha fondato le proprie conclusioni principalmente sulla TAC lombare eseguita il 1 settembre 2012, da cui è deducibile solo il tratto L4-S1 (trattavasi di un esame mirato su questo punto, doc. 179/12, doc. TAF 1 allegato c pag. 6), mentre il dottor F._____ ha ripetutamente indicato anche una protrusione discale nel tratto L3-L4 (doc. 183, 196/2, 200/2).

Malgrado ciò e nonostante lo stato del tratto vertebrale L4-L5 sembra essere peggiorato (nella TAC del 1 settembre 2012 era stata accertata una protrusione ad ampio raggio del disco senza conflitti disco radicalari, mentre nel 2013 il dottor F._____ ha ripetutamente attestato un'ernia discale) su questo punto il SMR non ha ritenuto necessario eseguire un esame completo della colonna lombare. Ne consegue un accertamento incompleto dei fatti rilevanti.

Né la perizia, in quanto precedente, né il SMR, senza del resto addurre alcuna motivazione, hanno inoltre tenuto conto di quanto è emerso dall'esame TC eseguito alla spalla destra il 17 giugno 2013, da cui risulta che

"nel confronto col precedente dell'11 maggio 2006 eseguita in altra sede si nota piccola frattura presente sul versante anteroinferiore della superficie articolare (labbro) glena scapolare". Ne consegue che non è dato di sapere in concreto quale sia l'incidenza sullo stato di salute e sulla capacità lavorativa di questa frattura.

Pure l'affezione al ginocchio poi non appare investigata in modo sufficiente (doc. 171/1, 10/6 e 200/2).

In data 22 luglio 2013 (doc. 206/19) inoltre il Dott. H. _____ del SMR, la cui specializzazione non è nota, ha affermato che la documentazione trasmessa di recente non apportava nulla di nuovo, fondandosi su documenti incompleti. In effetti versata agli atti risulta solo la prima pagina di un certificato medico dettagliato del 4 luglio 2013 del Dott. M. _____ (doc. 204/3), medico chirurgo e ortopedico/fisiatra. In simili circostanze il medico, prima di esprimersi il medico avrebbe dovuto procurarsi il documento completo.

Infine la situazione ortopedico/reumatologico/neurologica non è stata valutata da uno specialista, come previsto dalla succitata giurisprudenza. Già solo per questi motivi la forza probatoria delle conclusioni del SMR è limitata. Alla luce della giurisprudenza e delle disposizioni in vigore il caso avrebbe dovuto essere sottoposto a uno specialista.

In simili circostanze non si può senz'altro affermare che gli atti medici su cui si è fondata l'amministrazione per respingere la domanda di rendita siano stati approntati avendo piena conoscenza dell'incarto e che il SMR disponeva di documentazione completa.

Alla luce del rapporto SMR e della perizia del dottor G. _____ non si può pertanto affermare che la situazione valetudinaria rispettivamente le conseguenze della stessa sulla capacità lavorativa siano paragonabili a quelle esistenti al momento della soppressione della rendita nel gennaio 2012. In effetti vi sono degli indizi a favore di un peggioramento che non sono stati sufficientemente approfonditi.

Ne consegue che in quanto fondato, il ricorso dev'essere accolto e la decisione impugnata, annullata, fondandosi su un accertamento incompleto dei fatti rilevanti.

16.

16.1 Nel caso in cui annulla una decisione il giudice può sostituirsi all'autorità inferiore e giudicare direttamente nel merito o rinviare la causa, con

istruzioni vincolanti, all'autorità inferiore per un nuovo giudizio (cfr. sentenza del TAF C-2471/2012 del 21 maggio 2014 consid. 11.1). In particolare, esso si sostituirà all'autorità inferiore se gli atti sono completi e comunque sufficienti a statuire sull'applicazione del diritto federale (v. sentenza del TF 9C_162/2007 del 3 aprile 2008 consid. 2.3 con i riferimenti).

16.2 In concreto l'incarto va rinviato all'UAIE affinché esperisca una perizia che tenga conto degli aspetti ortopedico/reumatologici e, se necessario, neurologici (si noti l'ernia discale indicata dal Dott. F. _____), riservato ogni ulteriore esame che l'evoluzione nel tempo dello stato di salute del ricorrente dovesse rendere necessario, al fine di stabilire se, a partire dal mese di febbraio 2012, la situazione di salute e/o le conseguenze di quest'ultima sulla capacità lavorativa dell'assicurato sono peggiorate.

Il rinvio è giustificato anche alla luce della giurisprudenza pubblicata in DTF 137 V 210 consid. 4.4.1.4 e 139 V 99 consid. 1 ritenuta la necessità in concreto di esperire una perizia, aspetto del tutto omissivo dall'UAIE, che si è limitato a riprendere pedissequamente una perizia esperita per un assicuratore malattia.

In base ai nuovi accertamenti l'UAIE statuirà di nuovo sul grado di invalidità dell'assicurato.

17.

A quest'ultimo riguardo va rilevato che da un lato va verificato l'ammontare del reddito da valido alla luce di quanto indicato dal ricorrente (doc. TAF 1 pag. 3). Dall'altro non va inoltre dimenticato che la deduzione dal reddito da invalido va motivata e deve tener conto, oltre che dell'impossibilità di svolgere lavori pesanti, semipesanti ed in alcune circostanze anche leggeri (anche trasporto di 10kg limitato), delle numerosissime limitazioni elencate (oltre una pagina della perizia del Dott. G. _____), e del fatto che l'assicurato non ha mai svolto altra attività, se quella pesante di gessatore, dal 1991 (doc. 21).

18.

18.1 Visto l'esito della causa non sono prelevate delle spese processuali (art. 63 PA).

18.2 Si giustifica altresì l'attribuzione di un'indennità a titolo di spese ripetibili (art. 64 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 57 consid. 2 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 complemento istruttorio e nuova decisione). La stessa, in assenza di una nota dettagliata, è fissata d'ufficio (art. 14 cpv. 2 TS-TAF) in fr. 2'500.-, importo forfettario comprensivo delle spese, IVA esclusa, tenuto conto del lavoro utile e necessario svolto dal rappresentante del ricorrente. L'indennità per ripetibili è posta a carico dell'UAIE.

18.3 Visto quanto sopra l'istanza tendente alla concessione dell'assistenza giudiziaria con gratuito patrocinio è priva di oggetto.

Per questi motivi, il Tribunale amministrativo federale pronuncia:

1.

In accoglimento del ricorso la decisione impugnata del 26 luglio 2013 è annullata e l'incarto è rinviato all'UAIE affinché completi l'istruttoria ai sensi dei considerandi e si pronunci nuovamente sul diritto alla rendita di A._____.

2.

Non si prelevano spese processuali.

3.

L'UAIE rifonderà al ricorrente fr. 2'500.- a titolo di spese ripetibili.

4.

La domanda di assistenza giudiziaria con gratuito patrocinio è priva di oggetto.

5.

Comunicazione a:

- rappresentante del ricorrente (atto giudiziario)
- autorità inferiore (n. di rif. ; Raccomandata)
- Ufficio federale delle assicurazioni sociali, Berna (Raccomandata)

La presidente del collegio: Il cancelliere:

Michela Bürki Moreni

Dario Croci Torti

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 soddisfatte le condizioni di cui agli art. 82 e segg., 90 e segg. e 100 LTF. Gli atti scritti devono contenere le conclusioni, i motivi e l'indicazione dei mezzi di prova ed essere firmati. La decisione impugnata e – se in possesso della parte ricorrente – i documenti indicati come mezzi di prova devono essere allegati (art. 42 LTF).

Data di spedizione: