



Corte III
C-5764/2018

Sentenza del 13 febbraio 2020

Composizione

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

Parti

A. _____, (Italia)
rappresentato da UCM Associazione Utenti Sanità Pubblica,
ricorrente,

contro

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

Oggetto

assicurazione invalidità, nuova domanda di rendita, grado di
invalidità (decisione del 5 settembre 2018).

Fatti:**A.**

A.a A. _____, cittadino italiano, nato il (...) 1959, ha lavorato in Svizzera dal 1981 al 2007 come frontaliere, dapprima in qualità di manovale, in seguito quale muratore solvendo regolari contributi all'assicurazione svizzera per la vecchiaia, i superstiti e l'invalidità (doc. 2, 4, 6, 90 p. 5 dell'incarto dell'Ufficio dell'assicurazione per l'invalidità per gli assicurati residenti all'estero [UAIE]).

A.b

A.b.a Il 21 gennaio 2009, per il tramite del patronato INAS, A. _____ ha formulato all'attenzione dell'Ufficio dell'assicurazione invalidità del Cantone B. _____ (in seguito UAI-B. _____) una prima richiesta volta all'ottenimento di una rendita dell'assicurazione svizzera per l'invalidità, in ragione della persistente inabilità lavorativa per causa di malattia (doc. 5-6).

A.b.b Dall'incarto dell'assicuratore malattia C. _____ è emerso che dal 2007 l'interessato ha subito diversi periodi di incapacità lavorativa e meglio dall'11 agosto fino al 21 dicembre 2007 in ragione di un'ischemia cerebrale, dal 7 gennaio all'8 giugno 2008 a causa dell'intervento di meniscectomia in artroscopia al ginocchio sinistro e della sindrome depressiva ricorrente. Fallito il tentativo di ripresa del lavoro, a decorrere dal 10 giugno 2008 è stata ripristinata l'incapacità lavorativa totale, protrattasi anche a seguito dell'intervento di artroscopia al ginocchio destro eseguito nel mese di settembre 2008 (doc. 23 dell'incarto di C. _____ [in seguito inc. LAMal]). A seguito della visita del 5 novembre 2008 il dott. D. _____, medico fiduciario di C. _____, specialista in medicina interna generale, ha ritenuto, da un lato, giustificata (e definitiva) l'inabilità lavorativa totale nell'attività abituale, dall'altro, possibile la ripresa da subito di un'attività sostitutiva adatta ai limiti funzionali da lui stesso elencati nel rapporto del 13 novembre 2008 (doc. 22 inc. LAMal).

A.b.c La documentazione versata agli atti dall'assicurato e raccolta dall'assicuratore malattia sono state sottoposte al Servizio medico regionale (SMR), che nel rapporto del 6 agosto 2009 ha confermato le conclusioni a cui era giunto il dott. D. _____ (doc. 24) e al consulente in integrazione professionale, che ha indicato quali attività fossero ancora esigibili e ha stabilito il grado d'invalidità (doc. 26).

A.b.d Sulla base dei citati accertamenti, con decisione del 21 ottobre 2009 (doc. 36), avendo constatato un grado d'invalidità del 10% e l'impossibilità di mettere in atto provvedimenti professionali, l'UAIE ha confermato il progetto di decisione del 2 settembre 2009 (doc. 27) e negato il diritto alle prestazioni AI.

B.

B.a L'11 luglio 2017, A. _____, per il tramite del patronato UCM Associazione utenti sanità pubblica, ha introdotto una nuova domanda volta al conseguimento di prestazioni dell'AI, producendo i formulari e la documentazione medica di cui si dirà, se del caso, nei considerandi in diritto (doc. 48, 50, 54 e 55).

B.b Su indicazione del SMR (doc. 64) l'amministrazione ha commissionato e assunto agli atti la perizia psichiatrica del 2 marzo 2018 del dott. E. _____ e della dott.ssa F. _____, entrambi specialisti in psichiatria e psicoterapia (doc. 70) e la perizia internistica del 23 marzo 2018 della dott.ssa G. _____, specialista in medicina interna generale (doc. 71).

B.c Con rapporto finale del 30 marzo 2018 il dott. H. _____, medico generico del SMR ha fatto proprie le valutazioni peritali riguardo alle diagnosi, alla capacità lavorativa e ai limiti funzionali, ritenendo perdurare dal 7 ottobre 2014 un'incapacità lavorativa del 100% nell'attività abituale e del 40% in un'attività adeguata (doc. 72).

B.d Allestita la valutazione economica (doc. 74), l'amministrazione ha quindi emanato il progetto di decisione del 20 aprile 2018, con il quale ha prospettato il riconoscimento dal 1° ottobre 2015, trascorso l'anno d'attesa dal peggioramento dello stato di salute, di un quarto di rendita con grado AI del 48%, versato soltanto a decorrere dal 1° gennaio 2018 a causa della tardività della domanda (doc. 76).

B.e Preso atto del rapporto del consulente in integrazione professionale del 19 aprile 2018 (doc. 78), delle osservazioni dell'assicurato del 18 maggio 2018 (con le quali è stato chiesto il riconoscimento di un grado di invalidità del 100%, nonché del certificato medico ivi annesso [doc. 79, 80]), della presa di posizione dei periti già precedentemente interrogati del 4 e 25 giugno 2018 (doc. 85, 86) e dell'annotazione del SMR del 3 luglio 2018 (doc. 87), con decisione del 5 settembre 2018 l'autorità inferiore ha riconosciuto, ribadendo quanto prospettato nel progetto di decisione, il diritto a un quarto di rendita AI a partire dal 1° gennaio 2018 (doc. 90).

C.

C.a Contro la decisione dell'UAIE, A._____, rappresentato dal medesimo patronato, è insorto l'8 ottobre 2018 dinnanzi al Tribunale amministrativo federale (TAF), chiedendone l'annullamento e il contestuale riconoscimento di una rendita intera AI – senza tuttavia specificare a decorrere da quale data – e protestando la rifusione delle spese (doc. TAF 1). Delle motivazioni e della documentazione prodotta, nonché del complemento al ricorso del 29 ottobre 2018 (doc. TAF 4), si dirà, se del caso, nei considerandi in diritto.

C.b Con decisione incidentale del 10 ottobre 2018 il ricorrente è stato invitato a versare l'anticipo di Fr. 800.-, corrispondente alle presunte spese processuali (doc. TAF 2), saldato in data 2 novembre 2018 (doc. TAF 5, 6).

C.c Nella risposta del 6 dicembre 2018 l'UAIE ha fatto proprie le considerazioni esposte dall'UAI-B._____ nel preavviso del 3 dicembre 2018 sulla base dell'avviso SMR 22 novembre 2018 – sui quali si tornerà nel dettaglio nel merito – e proposto la reiezione del ricorso con conseguente conferma della decisione impugnata (doc. TAF 8).

C.d Con replica del 28 gennaio 2019 l'insorgente ha contestato le argomentazioni dell'autorità inferiore e sostanzialmente ribadito la tesi esposta nel memoriale di ricorso (doc. TAF 10).

C.e Duplicando, in data 8 febbraio 2019, l'UAIE si è riconfermata nella propria posizione, rimandando per il resto alle osservazioni del 4 febbraio 2019 dell'UAI-B._____ (doc. TAF 12).

Diritto:**1.**

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

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

1.3 In concreto, il ricorso è ammissibile nella misura in cui è stato presentato tempestivamente e nel rispetto dei requisiti previsti dalla legge (art. 59 e 60 LPGGA, nonché l'art. 52 cpv. 1 PA) ed altresì l'anticipo relativo alle spese processuali è stato versato nel termine impartito.

2.

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

3.

3.1 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 – trattandosi

dell'entità del grado di invalidità a far tempo dal 1° gennaio 2018 – salvo indicazione contraria, si applicano di principio le disposizioni della 6ª revisione della LAI entrate in vigore il 1° gennaio 2012 e le successive modifiche (RU 2011 5659; FF 2010 1603), pur non comportanti cambiamenti rispetto al diritto precedente in merito alla valutazione dell'invalidità, in vigore fino alla data della decisione impugnata.

3.2 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.

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.

Oggetto del contendere, nel caso concreto, è il grado di invalidità, segnatamente la mancata assegnazione di una rendita intera, invece del quarto di rendita riconosciuto dall'amministrazione con effetto dal 1° gennaio 2018, in ragione del peggioramento dello stato di salute intervenuto posteriormente alla decisione del 21 ottobre 2009, con cui era stato negato a A. _____ il diritto a una rendita.

5.1 Il ricorrente si avvale di un accertamento incompleto dei fatti rilevanti da parte dell'autorità inferiore, che non avrebbe tenuto in debito conto di tutti gli aspetti medici, che complessivamente determinerebbero un'incapacità lavorativa totale in qualsiasi attività lavorativa.

5.2 Dal canto suo l'autorità inferiore ha segnalato di non riscontrare alcun elemento nuovo dalla documentazione prodotta suscettibile di modificare le proprie conclusioni, nel senso di oggettivare l'esistenza di un'incapacità lavorativa superiore a quella accertata, pari al 40%, o che giustifichi l'esecuzione di ulteriori indagini.

6.

6.1 L'invalidità ai sensi della LPGA e della LAI è l'incapacità al guadagno totale o parziale presumibilmente permanente o di lunga durata che può essere conseguente a infermità congenita, malattia o infortunio (art. 8 LPGA e art. 4 cpv. 1 LAI). L'invalidità è considerata insorgere quando, per natura e gravità, motiva il diritto alla singola prestazione (art. 4 cpv. 2 LAI). Ai sensi dell'art. 8 cpv. 3 LPGA, 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 LPGA 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 LPGA, è considerata incapacità al guadagno la perdita, totale o parziale, della possibilità di guadagno sul mercato del lavoro

equilibrato che entra in considerazione, provocata da un danno alla salute fisica, mentale o psichica e che perdura dopo aver sottoposto l'assicurato alle cure e alle misure d'integrazione ragionevolmente esigibili. Per valutare la presenza di un'incapacità al guadagno sono considerate esclusivamente le conseguenze del danno alla salute. Inoltre, sussiste un'incapacità al guadagno soltanto se essa non è obiettivamente superabile (art. 7 cpv. 2 LPGA). Secondo l'art. 6 LPGA, è considerata incapacità al lavoro qualsiasi incapacità, totale o parziale, derivante da un danno alla salute fisica, mentale o psichica, di compiere un lavoro ragionevolmente esigibile nella professione o nel campo d'attività abituale. In caso d'incapacità al lavoro di lunga durata, possono essere prese in considerazione anche le mansioni esigibili in un'altra professione o campo d'attività.

L'assicurazione svizzera per l'invalidità risarcisce pertanto, e di principio, soltanto la perdita economica che deriva da un danno alla salute fisica o psichica dovuto a malattia o infortunio, non la malattia o la conseguente incapacità lavorativa (DTF 116 V 246 consid. 1b).

6.2 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).

6.3 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%.

6.4 L'art. 29 cpv. 1 LAI prevede che il diritto alla rendita nasce al più presto dopo sei mesi dalla data in cui l'assicurato ha rivendicato il diritto alle prestazioni conformemente all'art. 29 cpv. 1 LPGA (riservate altresì le condizioni dell'art. 28 cpv. 1 LAI; DTF 142 V 547 consid. 3.2), ma al più presto a partire dal mese seguente il compimento dei 18 anni. L'art. 29 cpv. 3 LAI precisa altresì che la rendita è versata all'inizio del mese in cui nasce il diritto.

7.

7.1 Secondo l'art. 17 LPGA, se il grado d'invalidità del beneficiario della rendita subisce una notevole modificazione, per il futuro la rendita è aumentata o ridotta proporzionalmente o soppressa, d'ufficio o su richiesta. Il cpv. 2 della stessa norma prevede che ogni altra prestazione durevole accordata in virtù di una disposizione formalmente passata in giudicato è, d'ufficio o su richiesta, aumentata, diminuita o soppressa se le condizioni che l'hanno giustificata hanno subito una notevole modificazione.

7.2 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).

7.3 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 Tribunale federale I 870/05 del 2 maggio 2007; DTF 130 V 343 consid. 3.5). Peraltro, per procedere alla revisione di una rendita d'invalidità occorre che il grado d'invalidità abbia subito una notevole modifica (art. 17 cpv. 1 LPGA).

7.4 Per quanto attiene alle regole che reggono la procedura di nuova domanda di rendita, va rilevato che qualora, nell'ambito di una prima domanda, la rendita sia stata negata perché il grado d'invalidità era insufficiente, una nuova domanda è riesaminata soltanto se l'assicurato rende verosimile che il grado d'invalidità si è modificato in misura rilevante per il diritto alle prestazioni (art. 87 cpv. 2 e 3 OAI [RS 831.201]).

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

7.6 Secondo il principio dell'onere probatorio materiale, la situazione giuridica precedente deve permanere se una modifica rilevante della fattispecie non è dimostrabile con il grado di verosimiglianza preponderante (v. sentenza del Tribunale federale 9C_158/2012 del 5 aprile 2013 consid. 3; SVR 2012 IV n. 18 pag. 81, 9C_418/2010, consid. 3.1; 9C_32/2012 consid. 2).

7.7 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).

8.

8.1 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 relativa all'ultima decisione cresciuta in giudicato che è stata sottoposta ad esame materiale tramite 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).

8.2 Nell'evenienza concreta il periodo di riferimento nell'ambito della presente vertenza è quello intercorrente tra il 21 ottobre 2009 (data della decisione con cui è stato negato il diritto alla rendita [doc. 36]) e il 5 settembre 2018, data della decisione impugnata, con cui è stato riconosciuto un quarto di rendita a seguito della nuova domanda di prestazioni dell'11 luglio 2017 (doc. 90).

9.

9.1 Al fine di graduare l'invalidità, all'amministrazione (o al giudice in caso di ricorso) è necessario disporre di documenti 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).

9.2 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 (o di nuova domanda di rendita, come nel caso concreto, cfr. consid. 7.4), se non attesta in modo sufficiente in che modo rispettivamente in che misura ha avuto luogo un effettivo cambiamento nello stato di salute. Sono tuttavia riservati i casi evidenti (SVR 2012 IV n. 18 pag. 81 consid. 4.2). Dalla perizia deve quindi emergere chiaramente che i fatti con cui viene motivata la modifica sono nuovi o che i fatti preesistenti si sono modificati sostanzialmente per quanto riguarda la loro natura rispettivamente la loro entità. L'accertamento di una modifica dei fatti è in particolare sufficientemente comprovata se i periti descrivono quali aspetti concreti nell'evoluzione della malattia e nell'andamento dell'incapacità lavorativa hanno condotto alla nuova valutazione diagnostica e alla stima dell'entità dei disturbi. Le summenzionate esigenze devono trovare riscontro nel tenore delle domande poste al perito (sentenza del TF 9C_158/2012 del 5 aprile 2013; SVR 2012 IV pag. 81 consid. 4.3).

9.3

9.3.1 Con la sentenza 9C_492/2014 del 3 giugno 2015, pubblicata in DTF 141 V 281, il Tribunale federale ha modificato la propria giurisprudenza,

abbandonando la presunzione secondo cui i disturbi da dolore somatoforme possono essere superati con uno sforzo di volontà ragionevolmente esigibile da parte della persona che ne è affetta (DTF 141 V 281 consid. 3.4.2.2) nonché il requisito della presenza di una comorbidità psichica e del suo ruolo preponderante (DTF 141 V 281 consid. 4.1.1, 4.3.1.1 e 4.3.1.3). Il Tribunale federale ha dapprima rilevato che, 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, quali l'ICD-10 (classificazione internazionale delle malattie e dei problemi correlati) e il DSM-IV (manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali; DTF 141 V 281 consid. 2.1 e 3.2; 131 V 49 consid. 1.2; 130 V 396 consid. 6.3; sentenza del TF 9C_815/2012 del 12 dicembre 2012 consid. 3). Il Tribunale federale ha poi stabilito che la capacità lavorativa esigibile di una persona che soffre di disturbi da dolore somatoforme oppure di disturbi derivanti da affezioni psicosomatiche assimilate a questi ultimi (DTF 141 V 281 consid. 4.2) deve essere valutata sulla base di una visione d'insieme, nell'ambito di una procedura d'accertamento dei fatti 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. 3.4 e 3.6; sentenze del TF 8C_569/2015 del 17 febbraio 2016 consid. 4.1 e 9C_615/2015 del 12 gennaio 2016 consid. 6.3).

9.3.2 Il Tribunale federale ha stabilito degli indicatori per la valutazione del carattere invalidante delle affezioni psicosomatiche, suddividendoli in due categorie (DTF 141 V 281 consid. 4.1.3):

A. Categoria "gravità funzionale"

- a. Complesso "danno alla salute"
 - i. Risultati e sintomi rilevanti per la diagnosi
 - ii. Successo od insuccesso del trattamento
 - iii. Successo od insuccesso della reintegrazione
 - iv. Comorbidità
- b. Complesso "personalità" (diagnosi della personalità, risorse personali)
- c. Complesso "contesto sociale"

B. Categoria "coerenza" (aspetti del comportamento)

- a. Limitazione uniforme dei livelli di attività in tutti gli ambiti della vita paragonabili
- b. Sofferenza dimostrata secondo l'anamnesi in vista di un trattamento o di una reintegrazione.

9.3.3 Gli indicatori della categoria "gravità funzionale" costituiscono la base della valutazione del caso concreto, le cui conclusioni dovranno poi essere analizzate nell'ambito della valutazione del caso secondo gli indicatori della categoria "coerenza", tenendo altresì conto delle circostanze particolari della fattispecie (DTF 141 V 281 consid. 4.1.3 e 4.3). Il catalogo di indicatori è peraltro destinato a modificarsi in relazione agli sviluppi delle conoscenze scientifiche (DTF 141 V 281 consid. 4.1.1).

Per quanto attiene ai menzionati indicatori per la valutazione del caso, il Tribunale federale ha ritenuto che bisognerà tener conto maggiormente degli effetti delle affezioni psicosomatiche sulla capacità della persona di esercitare il proprio lavoro e di compiere gli atti della vita quotidiana. Nell'ambito della diagnosi, si dovrà prendere in considerazione il fatto che una diagnosi di disturbo da dolore somatoforme implica un certo grado di gravità (DTF 141 V 281 consid. 4.3.1.1). Lo svolgimento e l'esito dei trattamenti terapeutici e delle misure di reintegrazione professionale forniranno altresì delle indicazioni sulle conseguenze delle affezioni psicosomatiche (DTF 141 V 281 consid. 4.3.1.2). Bisognerà prendere in considerazione anche le risorse personali della persona in rapporto alla sua personalità ed al contesto sociale in cui vive (DTF 141 V 281 consid. 4.3.2 e 4.3.3). Sarà altresì determinante la questione di sapere se le limitazioni funzionali si manifestano nello stesso modo in tutti gli ambiti della vita (lavoro e tempo libero) e se la sofferenza implica il ricorso alle offerte terapeutiche esistenti (DTF 141 V 281 consid. 4.4 a 4.4.2).

9.3.4 Il Tribunale federale ha comunque sottolineato che la nuova giurisprudenza non implica alcuna modifica del presupposto, di cui all'art. 7 cpv. 2 LPGA, secondo cui sussiste un'incapacità al guadagno suscettibile di cagionare un'invalidità soltanto se la stessa non è obiettivamente superabile. La nuova giurisprudenza non pregiudica altresì la necessità di riscontri oggettivi. Le valutazioni e le limitazioni soggettive che non sono spiegabili dal profilo medico non potranno essere considerate quali danni alla salute invalidanti, fermo restando che in tali casi di frequente non è seguito alcun trattamento adeguato (DTF 141 V 281 consid. 3.7.1). Pertanto, il Tribunale federale ha confermato che occorre partire dal principio che la persona che soffre di un'affezione psicosomatica è da considerarsi siccome valida (DTF 141 V 281 consid. 3.7.1 e 3.7.2).

9.3.5 In seguito, nelle DTF 143 V 409 e DTF 143 V 418, il Tribunale federale ha ritenuto che la procedura sviluppata nell'ambito dei disturbi da dolore somatoforme deve essere applicata in presenza di qualsiasi malattia psichica, in particolare anche ai disturbi depressivi di grado da leggero a

medio, che devono quindi, di principio, essere valutati sulla base di una procedura d'accertamento dei fatti strutturata, ai sensi della DTF 141 V 281 (DTF 143 V 418 consid. 6 e 7), al fine di stabilire l'esistenza di un'incapacità al lavoro e di un'incapacità al guadagno. Pertanto, il carattere invalidante di un danno alla salute psichica deve essere determinato nell'ambito di un esame globale, tenendo conto dei diversi indicatori, che concernono in particolare i limiti funzionali e le risorse della persona nonché il criterio della resistenza del disturbo psichico ad un trattamento effettuato secondo le regole dell'arte (DTF 143 V 409 consid. 4.4; sentenza del TF 9C_148/2018 del 24 aprile 2018 consid. 5.2). Gli effetti funzionali di un disturbo sono più importanti della diagnosi.

9.4

9.4.1 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).

9.4.2 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). 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 attendibilità. Il solo fatto che il medico consultato si trovi in un rapporto di dipendenza con l'assicuratore non permette di metterne in dubbio l'oggettività e l'imparzialità. Devono piuttosto sussistere delle circostanze particolari che permettono di ritenere come oggettivamente fondati i sospetti circa la parzialità dell'apprezzamento (DTF 135 V 465 consid. 4.4; 125 V 351 consid. 3b/ee).

9.4.3 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). 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.

9.4.4 Non va infine dimenticato che se vi sono dei rapporti medici contraddittori il giudice non può evadere la vertenza senza valutare l'intero materiale e indicare i motivi per cui si fonda su un rapporto piuttosto che su un altro (sentenza del Tribunale federale delle assicurazioni I 673/00 dell'8 ottobre 2002). Al riguardo va tuttavia precisato che non si può pretendere dal giudice che raffronti i diversi pareri medici e parimenti esponga correttamente da un punto di vista medico, come farebbe un perito, i punti in cui si evidenziano delle carenze e qual è l'opinione più adeguata (sentenza del Tribunale federale I 166/03 del 30 giugno 2004 consid. 3.3).

10.

10.1 Nel caso concreto, in occasione della prima domanda di prestazioni, l'amministrazione aveva negato il diritto alla rendita fondandosi sulla valutazione che il dott. D._____ aveva eseguito il 13 novembre 2008 per conto di C._____, interamente ripresa nel rapporto SMR del 6 agosto 2009 senza necessità di ulteriori accertamenti specialistici (doc. 24).

10.2 In occasione della visita medica fiduciaria del 5 novembre 2008, il dott. D._____ aveva posto le seguenti diagnosi (doc. 22 p. 3 inc. LAMal):

- Gonartrosi bilaterale;
- Stato dopo meniscectomia mediale al ginocchio sinistro (16 gennaio 2008) e destro (6 settembre 2008);
- Episodio di ischemia cerebrale transitoria (11 agosto 2008);
- Iperensione arteriosa;
- Diabete mellito di tipo II;
- Iperlipidemia;
- Obesità (IMC = 35.3 kg/m²);
- Depressione ricorrente, in terapia farmacologica.

Dal lato fisico il medico aveva constatato la persistenza di dolori alle ginocchia e di marcati fattori di rischio per malattie cardiovascolari, mentre dal lato psichiatrico, la progressiva remissione della nota depressione.

Nel rapporto del 13 novembre 2008 era di conseguenza stata ritenuta giustificata (e definitiva) l'inabilità lavorativa al 100% nell'attività abituale di manovale edile. Di contro, il dott. D. _____ aveva considerato l'interessato in grado di riprendere da subito e a tempo pieno lo svolgimento di un'attività sostitutiva fisicamente leggera, da svolgersi in prevalenza seduto, non implicante il trasporto di pesi superiori ai 10 kg, l'assunzione della posizione inginocchiata o accovacciata e la deambulazione su terreno dissestato o l'utilizzo frequente di scale, rispettivamente scale a pioli (doc. 2 pag. 3 inc. LAMal).

10.3 Sulla base di tali valutazioni, il consulente in integrazione professionale aveva indicato nel proprio rapporto del 14 agosto 2009 una serie di attività esigibili in cui l'assicurato avrebbe potuto mettere a frutto la residua capacità lavorativa (addetto alla logistica, cassiere, autista, fattorino addetto alla distribuzione e consegna a domicilio di merce non troppo pesante, operaio con compiti di produzione di confezione, d'imballaggio, d'assemblaggio, di controllo, di stoccaggio e di spedizione), giungendo così a un discapito economico del 10% (doc. 26).

10.4 Alla luce di quanto emerso dall'istruttoria, l'UAIE aveva quindi negato il diritto alla rendita, pur constatando che dal 1° agosto 2008 (ossia allo scadere dell'anno d'attesa) al 28 febbraio 2009 (ossia tre mesi dopo il miglioramento dello stato di salute) quest'ultimo avrebbe avuto diritto a una rendita intera. In ragione della tardività della domanda la rendita non avrebbe tuttavia potuto essere versata che del 1° luglio 2009, momento in cui non sussisteva più un grado d'invalidità sufficiente e neppure erano dati i presupposti per dei provvedimenti professionali (doc. 36).

11.

11.1 Nell'ambito della nuova domanda di prestazioni dell'11 luglio 2017, l'assicurato ha prodotto, a dimostrazione dell'aggravamento dello stato di salute, una serie di atti medici relativi agli accertamenti condotti fra il 2014 e il 2017 e volti a monitorare pure l'evoluzione del diabete. Da tali atti emergono le patologie seguenti: gonartrosi bilaterale, diabete mellito di tipo 2 con complicanze (neuropatia diabetica agli arti inferiori, retinopatia diabetica), ipertensione arteriosa, neurosi ansio-depressiva doc. 40).

Le medesime problematiche sono state evocate dal dott. I._____, medico generico, che nel rapporto del 20 ottobre 2017 ha inoltre segnalato una grave rigidità deambulatoria e una riduzione del visus bilaterale. Esprimendo una prognosi negativa quanto alla possibilità di miglioramento dello stato di salute e della ripresa dell'attività professionale, ha quindi attestato un'incapacità lavorativa al 100% ininterrotta dal 2006 in ogni attività (doc. 60).

Di particolare rilievo, infine, vi sono i certificati del 13 luglio, dell'11 ottobre, del 18 dicembre 2017 (doc. 57, 63) e del 14 febbraio 2018 (doc. 68) del dott. L._____, specialista in psichiatria e psicoterapia, dai quali emerge la diagnosi di "disturbo depressivo maggiore ricorrente grave con caratteristiche psicotiche (codice DSM-5: F-33.3, 296.34)", trattata mediante terapia continuativa psicofarmacologica combinata con antidepressivi SSRI e stabilizzatori del tono dell'umore. Il medico, dal quale l'assicurato è seguito dal 1997 e presso il quale effettua visite di controllo bimensili, ha inoltre segnalato "la remissione parziale della sintomatologia, con scomparsa dei sintomi psicotici produttivi" pur persistendo sintomi psicotici negativi e sintomi depressivi residui, tali da giustificare una completa incapacità lavorativa (doc. 57, 63, 68).

11.2 L'amministrazione, esaminata la documentazione prodotta, ha assunto agli atti la perizia psichiatrica del 2 marzo 2018 (doc. 70) e internistica del 23 marzo 2018 (doc. 71).

11.2.1 Nel rapporto del 2 marzo 2018, il dott. E._____ e la dott.ssa F._____ hanno posto la diagnosi con influsso sulla capacità di lavoro un "disturbo bipolare di tipo I in attuale remissione da fasi acute ma con sintomatologia residuale (ICD-10: F31.7)". I periti hanno riferito che da cinque anni almeno, per le sole conseguenze della malattia psichiatrica l'assicurato presenta una limitazione del rendimento del 40% in ogni attività, cumulabile con le eventuali limitazioni somatiche riscontrabili. Al riguardo essi hanno precisato che "anche le sue capacità di apprendimento di una nuova mansione sono ridotte e se ne dovrà tenere conto qualora fosse indicato sul piano somatico un reinserimento, che, invece, dal punto di vista psichiatrico, non trova alcuna indicazione" (doc. 70 p. 13).

11.2.2 Nella perizia del 23 marzo 2018 la dott.ssa G._____ ha distinto fra diagnosi con influsso sulla capacità lavorativa:

- Gonartrosi bilaterale, stato dopo meniscectomia mediale al ginocchio sinistro (16 gennaio 2008) e destro (6 settembre 2008);
- Depressione ricorrente (da valutare in ambito peritale);

e senza influsso sulla capacità lavorativa:

- Episodio di ischemia cerebrale transitoria in paziente con ipertensione arteriosa (10 agosto 2008);
- diabete mellito di tipo 2 con retinopatia;
- iperlipidemia, obesità (BMI 36 kg/m²).

La specialista ha consigliato una riduzione ponderale al fine di beneficiare maggiormente della terapia in atto, ritenuta efficace a livello somatico. Ha quindi attestato un'inabilità lavorativa totale nella professione abituale di muratore e una piena capacità in un'attività sostitutiva nel rispetto dei limiti funzionali riscontrati dal dott. D. _____ nel rapporto del 13 novembre 2008, ritenuti ancora attuali. Essa ha inoltre precisato che, nonostante l'assicurato reputi di non essere più in grado di lavorare, dal punto di vista somatico risulta in grado di svolgere un'attività adeguata (doc. 71 p. 12-13).

11.2.3 Il dott. H. _____, ha aderito alle valutazioni peritali e indicato, nel rapporto finale del 30 marzo 2018, che a partire dal 7 ottobre 2014 l'assicurato disponeva di una capacità lavorativa pari a 0% nell'attività abituale e pari al 60% in un'attività sostitutiva, precisando che l'inabilità accertata fosse da intendersi quale riduzione del rendimento (doc. 72).

11.3

11.3.1 L'ulteriore certificato del 28 aprile 2018 del dott. L. _____, prodotto a seguito del progetto di decisione, ha sostanzialmente riproposto le valutazioni già espresse nei precedenti referti (doc. 79).

Riguardo al suddetto certificato, il dott. E. _____ e la dott.ssa F. _____ hanno ritenuto che lo stesso non apportava nulla di nuovo, se non una differente valutazione della medesima fattispecie (scritto 4 giugno 2018 [doc. 85]). La dott.ssa G. _____, dal canto suo non ha ritenuto il referto suscettibile di modificare le conclusioni peritali precedentemente espresse (scritto 25 giugno 2018 [doc. 86]). Le prese di posizione dei periti sono quindi state riportate nell'annotazione SMR del 3 luglio 2018 (doc. 57).

11.3.2 In sede di ricorso oltre alla documentazione medica già agli atti, è stato prodotto il certificato inedito del dott. L. _____ del 5 ottobre 2018, nel quale, quest'ultimo ha precisato che il ricorrente ha sofferto di almeno quattro episodi di depressione maggiore con caratteristiche psicotiche deliranti (nel 1979, nel 1997, a fine 1999 e nel 2008) e che da fine 1997 ha regolarmente seguito la terapia con stabilizzatori dell'umore. Lo psichiatra

curante ha inoltre riferito che “gli episodi, anche con l’instaurazione di opportuna terapia, sono sempre stati di lunga durata (da tre a sei mesi) e a lunga risoluzione, con persistenza dei sintomi residui alla remissione, sempre più intensi e invalidanti, tanto da comportare infine, nel 2008, la perdita del lavoro in Svizzera come operaio specializzato muratore” (doc. 3 allegato al doc. TAF 1).

11.3.3 È stato inoltre prodotto il certificato medico INPS del 3 ottobre 2018, emesso a fini pensionistici e dal contenuto analogo a quello dei medesimi certificati prodotti in sede istruttoria (doc. 4 allegato al doc. TAF 1).

11.3.4 È stato infine prodotto il certificato medico del 16 ottobre 2018 redatto a mano dalla dott.ssa M. _____, medico chirurgo specialista in medicina del lavoro, attestante un grado di incapacità lavorativa al 100% (doc. TAF 4).

11.4 La documentazione in parola è stata quindi esaminata dal dott. H. _____ e dal dott. N. _____, specialista in psichiatria e psicoterapia del SMR, che nell’annotazione del 22 novembre 2018 hanno indicato di non riscontrare alcun elemento nuovo suscettibile di modificare le conclusioni peritali (doc. TAF 8).

12.

12.1 Sulla base degli atti esposti sopra risulta che la decisione impugnata – con cui l’amministrazione ha riconosciuto un quarto di rendita a partire dal 1° gennaio 2018, avendo appurato un peggioramento dello stato di salute, rispetto a quanto emerso nella procedura precedente, a partire dal 7 ottobre 2014 per motivi psichiatrici – si fonda sostanzialmente sui rapporti SMR del dott. H. _____ del 30 marzo e 3 luglio 2018 (doc. 72 e 87), che rinviano interamente alle conclusioni peritali espresse in ambito psichiatrico dal dott. E. _____ e dalla dott.ssa F. _____ e in ambito internistico dalla dott. G. _____.

12.2 Alla luce delle critiche mosse dal ricorrente, che ritiene il caso non sufficientemente indagato dal punto di vista medico e che chiede a tal proposito l’assunzione di una perizia giudiziaria, va quindi innanzitutto stabilito se le perizie specialistiche su cui si è fondata l’autorità inferiore siano fedefacenti e pertanto attestino con verosimiglianza preponderante valido nelle assicurazioni sociali una capacità lavorativa del 60% in attività adeguate dal 7 ottobre 2014.

13.

13.1 Nella perizia internistica la dott.ssa G._____ ha segnalato di non aver riscontrato alcuna nuova diagnosi (con o senza effetto sulla capacità lavorativa), né particolari modifiche dello stato di salute rispetto alla situazione descritta dal dott. D._____. A suo modo di vedere, pure le limitazioni funzionali e la capacità lavorativa sono rimaste invariate rispetto alla valutazione peritale del 2008. In particolare, contrariamente all'avviso del ricorrente, essa non ha ritenuto che a livello delle ginocchia sia insorto un peggioramento tale da comprometterne la capacità motoria.

Ora, sebbene la tesi del ricorrente non sia supportata da alcun valido elemento oggettivo – non essendo i rapporti medici prodotti da quest'ultimo sufficientemente motivati, né potendosi dire completi e concludenti ai sensi della giurisprudenza citata – è pur vero che dall'incarto non emerge alcun recente accertamento specialistico (ortopedico o reumatologico), né tantomeno alcun esame strumentale volto a chiarire lo stato e la funzionalità delle ginocchia. Stando a quanto riferito dalla stessa dott.ssa G._____ l'ultimo controllo radiografico è stato eseguito nel 2007, dopodiché nessun ulteriore esame strumentale è stato approntato, neppure dopo gli interventi di artroscopia e di meniscectomia a entrambe le ginocchia eseguiti in gennaio e settembre 2008. A ben vedere neppure risulta essere stata approfondita la problematica di neuropatia diabetica di nuova insorgenza, diagnosticata dal dott. I._____ nei rapporti del 6 giugno e 20 ottobre 2017 e, a suo dire, causa di incipiente rigidità deambulatoria (doc. 40 e 60, cfr. anche consid. 11.1).

Nell'ambito della perizia internistica del 23 marzo 2018, la dott.ssa G._____ si è limitata a raccogliere l'anamnesi (ossia le informazioni e le sensazioni riferite dal paziente sulla sua condizione di salute) e l'esame obiettivo (ossia le informazioni obiettive sullo stato di conformità o di deviazione dal modello fisiologico). Non ha per contro esperito alcun esame strumentale, circostanza che – a fronte delle chiare e reiterate indicazioni del ricorrente e dei medici curanti (seppur non supportate da elementi oggettivi) riguardo alle incipienti problematiche motorie, in linea con le constatazioni fatte in sede di esame oggettivo dal perito stesso (laddove indica una mobilità ridotta delle ginocchia con dolore alla flessione e difficoltà ad assumere la posizione accucciata [doc. 71 p. 13]) e a fronte di uno stato attuale degli arti inferiori mai veramente approfondito, nonostante il duplice intervento chirurgico e la recente diagnosi di neuropatia diabetica – lascia

quantomeno perplessi e insinua dei dubbi circa la completezza della valutazione peritale. L'impressione è che la dott.ssa G. _____ abbia esposto le proprie valutazioni senza aver fatto piena chiarezza su tutte le problematiche fisiche rilevanti e che, in assenza di elementi oggettivi attestanti l'evoluzione dello stato di salute rispetto all'ultima valutazione peritale del 2008, essa si sia limitata a riprenderne le conclusioni anziché ordinare nuovi e mirati accertamenti strumentali. A maggior ragione se si tiene conto del fatto che la dott.ssa G. _____ non dispone di alcuna specializzazione in ambito ortopedico o reumatologico, ma unicamente in medicina interna (come del resto neppure il dott. D. _____, che aveva esaminato l'assicurato nel 2008). Compito del medico internista – che si occupa di tutte le problematiche di medicina generale che non necessitano di un approccio chirurgico – è quello di valutare lo stato di salute dell'assicurato considerando sia gli aspetti fisici che quelli psicologici, analizzando i sintomi e i segni in tutti gli organi per poi prescrivere eventuali analisi, elaborare una prima diagnosi o, se è il caso, indirizzare verso uno specialista del settore più indicato. In concreto, se le valutazioni della dott.ssa G. _____ in relazione alle problematiche di ischemia cerebrale, di ipertensione arteriosa, di diabete mellito di tipo 2 e di iperlipidemia potrebbero ritenersi affidabili – seppure non del tutto complete dal momento che parrebbe non essere stata considerata con la debita attenzione, né approfondita la neuropatia diabetica (diagnosticata nei nuovi certificati e suscettibile di influire sulle capacità motorie) – lo stesso lo stesso non può dirsi per i disturbi alle ginocchia, le quali presentano uno stato dopo duplice intervento chirurgico di artroscopia e meniscectomia, riguardo al quale essa non risulta essere la specialista più idonea a valutarne le conseguenze.

Orbene, per poter valutare con cognizione di causa e in maniera esaustiva l'impatto di tali affezioni – figuranti per altro fra le diagnosi con influsso sulla capacità lavorativa – a mente di questo Tribunale oltre agli esami strumentali era indicato anche il consulto da parte di uno specialista dell'apparato motorio. Né la dott.ssa G. _____, né il SMR hanno tuttavia richiesto un tale parere.

13.2 Alla luce di quanto indicato sopra, le conclusioni a cui è giunta la dott.ssa G. _____ non possono essere condivise, non essendo stato indagato in maniera completa e affidabile l'evoluzione dello stato di salute dal punto di vista fisico e meglio riguardo all'entità e all'influsso dei disturbi alle ginocchia e della problematica di neuropatia diabetica di recente insorgenza.

13.3

13.3.1 Nella perizia psichiatrica del 2 marzo 2018 è stata posta la diagnosi inedita di “disturbo bipolare di tipo I in attuale remissione da fasi acute ma con sintomatologia residuale”, che il dott. E. _____ e la dott.ssa F. _____ hanno ritenuto più aderente ai sintomi riscontrati nell’esame obiettivo e alle indicazioni emerse nell’anamnesi. Al riguardo essi si sono diffusamente soffermati sui motivi per cui la diagnosi esposta si distanzia da quella proposta dal dott. L. _____ (cfr. doc. 70 pp. 10-11). Quest’ultimo non soltanto ha posto una diagnosi differente, ma pure ha descritto un differente impatto delle affezioni riscontrate sulla capacità lavorativa, ritenendo l’assicurato completamente inabile al lavoro. Dal canto loro i periti, hanno indicato che “al netto delle patologie somatiche indagate nella valutazione peritale della dott.ssa G. _____, le dimensioni che maggiormente sono influenzate dalla sindrome residuale del disturbo bipolare sono le competenze, intese come deficit cognitivo e diminuita capacità di mantenere un’attenzione sostenuta, l’organizzazione dei compiti e la flessibilità”, ritenendo pertanto che “in ogni attività l’assicurato presenti, a causa delle limitazioni di esclusiva pertinenza psichiatrica, un’incapacità lavorativa del 40% da cumularsi con i limiti somatici eventualmente riscontrati da altri specialisti” (doc. 70 p. 11).

13.3.2 Questo Tribunale osserva innanzitutto che la perizia psichiatrica, non consente una valutazione degli effetti della menzionata diagnosi sulla capacità lavorativa del ricorrente secondo gli indicatori stabiliti dalla giurisprudenza del Tribunale federale (cfr. DTF 141 V 281 e consid. da 9.3 del presente giudizio). Dalla perizia non emergono con chiarezza le necessarie informazioni quanto al successo od insuccesso della reintegrazione, quanto alle risorse personali del ricorrente in rapporto alla sua personalità e al contesto sociale in cui vive, nonché sulla coerenza, dal punto di vista del comportamento, delle limitazioni funzionali fatte valere su tutti gli ambiti della vita paragonabili e della sofferenza dimostrata secondo l’anamnesi in vista di un trattamento o di una reintegrazione.

In assenza di un’analisi approfondita ed una valutazione alla luce degli indicatori, non è possibile determinarsi, secondo la verosimiglianza preponderante valida nelle assicurazioni sociali, sugli effetti del disturbo bipolare di tipo I sulla capacità lavorativa del ricorrente.

13.3.3 Oltre a ciò, i periti non si esprimono in maniera del tutto chiara e convincente riguardo all’evoluzione dello stato di salute dell’assicurato

sotto il profilo psichiatrico, circostanza che nell'ambito di una procedura di revisione deve, per contro, emergere con chiarezza (cfr. consid. 9.2). Essi non spiegano infatti come si è modificato lo stato di salute se non ponendo una diagnosi inedita e stabilendo come conseguenza della stessa una ridotta capacità lavorativa. Il peggioramento dello stato di salute rispetto al 2009 si desume pertanto unicamente dal fatto che, contrariamente a quanto ritenuto in passato, attualmente l'assicurato debba essere considerato parzialmente inabile al lavoro. A ben vedere i periti si limitano a segnalare che dall'epoca della decisione con cui è stata negata la rendita l'assicurato non abbia più lavorato e che dal 2010-2011 sia stato riconosciuto invalido e ammesso al beneficio di "un'indennità di accompagnamento dell'INPS". A fronte di tali circostanze e dell'assenza di episodi depressivi gravi, essi hanno ritenuto il quadro valetudinario clinico dell'assicurato stabile da almeno cinque anni. Non emerge tuttavia con chiarezza quali eventi hanno determinato l'insorgere della patologia diagnosticata, né in che modo lo stato di salute dell'assicurato ne sia stato influenzato e si sia consolidato in quello attualmente accertato dai periti.

13.3.4 La perizia risulta infine poco chiara riguardo alla capacità lavorativa residua dell'assicurato. Non è infatti comprensibile se l'inabilità segnalata dai periti debba intendersi quale riduzione del rendimento sull'arco di un'intera giornata, oppure quale presenza ridotta sul posto di lavoro, dal momento che essi hanno menzionato entrambe le possibilità (si cfr. doc. 70 p. 11 e 13). Oltre a ciò i periti parrebbero contraddirsi laddove riconoscono, da un lato, il persistere di una capacità di lavoro in ogni attività (seppur ridotta al 60%), ma ritengono, dall'altro, che un reinserimento professionale non trovi dal punto di vista psichiatrico alcun'indicazione. Non è chiaro quindi se con tale indicazione (esposta nelle conclusioni del rapporto peritale, p. 13), i periti intendessero soltanto segnalare delle particolari difficoltà di apprendimento di una nuova professione – in ragione del deficit cognitivo dell'interessato – da tenere in debito conto nell'ambito della valutazione delle limitazioni funzionali, oppure se intendessero rilevare che pur essendoci dal punto di vista teorico una residua capacità lavorativa in un'attività sostitutiva la stessa non era concretamente realizzabile, proprio a causa dei suddetti limiti cognitivi.

13.3.5 In simili condizioni, pertanto, neppure la valutazione psichiatrica del dott. E. _____ e della dott.ssa F. _____ risulta condivisibile, non permettendo di chiarire adeguatamente la fattispecie, oltre a non rispondere ai criteri giurisprudenziali posti in essere nella sentenza DTF 141 V 281.

13.4 Non da ultimo si osserva che è del tutto assente una valutazione complessiva – interdisciplinare – della capacità lavorativa residua. Una tale valutazione risultava nel caso concreto particolarmente importante a fronte delle indicazioni contenute nella perizia psichiatrica, stante la quale l'incapacità lavorativa riscontrata in tale ambito, vada "cumulata con i limiti somatici eventualmente riscontrati da altri specialisti" (doc. 70 p. 11). Sebbene una valutazione congiunta poteva risultare superflua in precedenza – non essendo state attestate sul piano somatico delle limitazioni suscettibili di influire sulla capacità lavorativa in attività adeguate – essa dovrà essere eseguita nell'ambito del rinvio (sentenze del TF 9C_295/2013 del 20 giugno 2013 consid. 4.4 e 9C_400/2011 del 20 marzo 2012).

13.5

13.5.1 In conclusione alla luce della documentazione prodotta dall'assicurato e assunta agli atti dall'amministrazione è evidente che quantomeno a partire dal 7 ottobre 2014 vi è stato un peggioramento dello stato di salute per motivi psichiatrici e delle conseguenze sulla capacità lavorativa, fatto peraltro incontestato, avendo giustificato l'attribuzione di $\frac{1}{4}$ di rendita. All'infuori di tale constatazione la fattispecie non risulta tuttavia essere stata sufficientemente chiarita né da un punto di vista somatico né da quello psichiatrico, essendovi delle importanti lacune sia nell'accertamento dello stato valetudinario che della capacità lavorativa dell'assicurato. Alla luce delle considerazioni che precedono, le conclusioni dell'UAIE non possono quindi essere condivise, in quanto non conformi alla giurisprudenza sull'affidabilità dei rapporti medici. Per quanto emerge dalle carte processuali, allo stato attuale, non è pertanto possibile determinarsi con il necessario grado della verosimiglianza preponderante sulle affezioni di cui soffre il ricorrente rispettivamente sulla loro incidenza sulla residua capacità lavorativa rispettivamente sulla messa a frutto concreta di quest'ultima in un mercato del lavoro equilibrato.

13.5.2 Ne consegue che il provvedimento querelato, che poggia su di un accertamento insufficiente dei fatti giuridicamente rilevanti, va annullato.

14.

14.1 Gli atti sono pertanto rinviati all'autorità inferiore affinché proceda a completare l'accertamento dei fatti giuridicamente rilevanti e alla luce dei nuovi accertamenti emani una nuova decisione sul grado di invalidità dell'assicurato dal 1° gennaio 2018, fermo restando il diritto, comprovato e incontestato ad $\frac{1}{4}$ di rendita.

14.2 A tale scopo verranno eseguiti, nell'ambito di una perizia pluridisciplinare tutti quegli esami strumentali e radiologici che il caso – e l'evoluzione nel tempo dello stato di salute – richiede onde valutare lo stato valetudinario dell'apparato motorio, così come le conseguenze del diabete mellito su quest'ultimo. Il ricorrente dovrà in particolare essere sottoposto a un nuovo esame pluridisciplinare in ortopedia e/o reumatologia, psichiatria e in medicina interna, che tenga conto delle censure esposte nel presente giudizio (consid. 13.1 e 13.2) e che nell'ambito di una valutazione interdisciplinare permetta di fare piena chiarezza sulle affezioni fisiche e psichiatriche lamentate dal ricorrente, sull'impatto delle stesse sulla capacità lavorativa, così come sulla sua messa a frutto in un mercato del lavoro equilibrato.

Posto che l'inabilità nell'attività abituale di manovale edile è già stata appurata e non risulta contestata, la perizia dovrà attestare in modo chiaro se e in che misura l'interessato è abile al lavoro in attività eventualmente adeguate, che dovranno poi essere concretizzate dal servizio competente e la decorrenza dell'inabilità lavorativa.

14.3 In tali circostanze, non essendo stati chiariti aspetti medici determinanti tramite una perizia specialistica pluridisciplinare, neppure la giurisprudenza del Tribunale federale pubblicata in DTF 137 V 210 (segnatamente consid. 4.4.1.4; DTF 139 V 99 consid. 1) si oppone al rinvio della causa all'autorità inferiore per completamento dell'istruttoria, nel senso indicato da questo Tribunale. In particolare, un siffatto rinvio appare in generale giustificato qualora l'amministrazione ha proceduto ad una constatazione dei fatti incompleta (essendovi degli aspetti mai approfonditi dal punto di vista ortopedico, internistico e interdisciplinare) e non del tutto concludente, non essendo compito del Tribunale effettuare in prima battuta i necessari accertamenti fattuali (cfr. sentenza del TF 9C_162/2007 del 3 aprile 2008 consid. 2.3 e relativi riferimenti).

14.4 Nell'ambito dell'indagine economica l'autorità amministrativa si fonderà sui dati salariali e statistici relativi al 2018, anno di riferimento per il raffronto dei redditi (DTF 129 V 122, sentenza del TF 8C_290/2007 dell'8 luglio 2008 consid. 3). È infatti al più presto al 1° gennaio 2018, ossia sei mesi dopo il deposito della nuova domanda di prestazioni dell'11 luglio 2017 (doc. 40), che potrebbe sorgere il diritto alla rendita (art. 29 cpv. 1 e 3 LAI; CR LPGGA-MARGIT MOSER-SZELESS, art. 16 LPGGA, N41; MICHEL VALTERIO, Commentaire de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité (LAI), Ginevra/Zurigo, Schulthess éd. Romandes 2018, p. 413, N. 35).

Nell'ambito della riduzione giurisprudenziale dal reddito da invalido, volta a tenere conto dei fattori professionali e personali del caso (DTF 126 V 75), l'autorità inferiore preciserà, se del caso, inoltre a quali "altri fattori di riduzione" essa si riferisca, non emergendo tale indicazione né dalla decisione annullata, né tantomeno dall'incarto e risultando su questo punto la decisione carente nella motivazione.

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 fr. 800.-, versato il 2 novembre 2018 (doc. TAF 5), è restituito al ricorrente.

15.2 Ritenuto che l'insorgente è rappresentato in questa sede da mandatario 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 sulle tasse e sulle spese ripetibili nelle cause dinanzi al Tribunale amministrativo federale del 21 febbraio 2008 [TS-TAF, RS 173.320.2]; cfr. pure DTF 132 V 215 consid. 6.2 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 1'000 franchi, tenuto conto del lavoro effettivo ed utile svolto dal patrocinatore della ricorrente. L'indennità per ripetibili è posta a carico dell'UAIE.

Per questi motivi, il Tribunale amministrativo federale pronuncia:

1.

Il ricorso è parzialmente accolto, nel senso che la decisione impugnata del 5 settembre 2018 è annullata e gli atti di causa sono rinviati all'UAIE affinché proceda al completamento dell'istruttoria e si pronunci nuovamente sul grado di invalidità di A. _____ ai sensi dei considerandi.

2.

Non si prelevano spese processuali. L'anticipo di fr. 800.-, corrisposto con versamento del 2 novembre 2018, sarà restituito al ricorrente allorquando la presente sentenza sarà passata in giudicato.

3.

Alla parte ricorrente viene riconosciuta un'indennità per spese ripetibili di fr. 1'000, la quale è posta a carico dell'UAIE.

4.

Comunicazione a:

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

La presidente del collegio:

Il cancelliere:

Michela Bürki Moreni

Luca Rossi

Rimedi giuridici:

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