



---

Corte III  
C-596/2024

## **Sentenza dell'11 giugno 2025**

---

Composizione

Giudici Michela Bürki Moreni (presidente del collegio),  
Christoph Rohrer, Caroline Gehring,  
cancelliere Luca Rossi.

---

Parti

A. \_\_\_\_\_,  
ricorrente,

contro

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

---

Oggetto

assicurazione invalidità, nuova domanda di rendita  
(decisione del 3 gennaio 2024).

**Fatti:****A.**

**A.a** A. \_\_\_\_\_ (interessato, assicurato, ricorrente, insorgente), cittadino italiano, nato il (...) 1961, divorziato, padre di tre figli, residente in Italia, frontaliere, ha lavorato in Svizzera dall'8 novembre 2010 al 13 maggio 2011 in qualità di operaio/assistente edile a tempo pieno, nonché dal 1° novembre 2014 al 31 luglio 2018 quale magazziniere in ragione di dieci ore settimanali (pari ad un grado di occupazione del 25%) presso la B. \_\_\_\_\_ (B. \_\_\_\_\_; doc. 3, 25, 123, 124, allegati al doc. 128 e al doc. 171, doc. 339 dell'incarto dell'Ufficio dell'assicurazione per l'invalidità per gli assicurati residenti all'estero [UAIE]).

**A.b**

**A.b.a** Il 2 aprile 2012 l'interessato ha presentato all'Ufficio dell'assicurazione invalidità del Cantone C. \_\_\_\_\_ (UAI-C. \_\_\_\_\_) una prima richiesta volta all'ottenimento di prestazioni dell'assicurazione svizzera per l'invalidità (doc. UAIE 3) in ragione dell'infortunio subito il 13 maggio 2011. In tale occasione l'assicurato si era procurato una lesione del corno posteriore del menisco mediale del ginocchio destro, per cui ha dovuto sottoporsi a due interventi in artroscopia, il 9 giugno 2011 (resezione del corno posteriore del menisco mediale [doc. UAIE 210]) e il 26 gennaio 2012 (resezione porzione del menisco mediale [doc. UAIE 221]) presi a carico dalla SUVA.

**A.b.b** Sulla base degli accertamenti medici, in particolare dalla perizia reumatologica del 5 agosto 2013 del dott. D. \_\_\_\_\_, è stata attestata un'incapacità lavorativa totale nella professione abituale di assistente edile dal giorno del sinistro, mentre a decorrere dal 1° gennaio 2013 l'interessato è stato ritenuto completamente abile al lavoro in attività sostitutive confacenti (doc. UAIE 45-46).

**A.b.c** Con decisione del 12 agosto 2013 la SUVA ha attribuito all'assicurato una rendita di invalidità del 16% a partire dal 1° maggio 2013 (doc. UAIE 337).

**A.b.d** Con decisione del 27 marzo 2015 l'UAIE ha riconosciuto all'assicurato il diritto ad una rendita intera di invalidità dal 1° maggio 2012 (decorrente dal 1° ottobre 2012, ossia dopo sei mesi dal deposito della domanda di prestazioni) al 30 aprile 2013 non sussistendo più dopo tale data un grado d'invalidità pensionabile (doc. UAIE 107).

**A.c**

**A.c.a** Il 12 luglio 2019 l'interessato ha formulato una seconda domanda di prestazioni, ricevuta dall'UAI-C. \_\_\_\_\_ il 22 luglio 2019, prevalendosi di nuove patologie che hanno determinato a partire dal 22 ottobre 2017 una nuova incapacità lavorativa totale (doc. UAIE 124, 128).

**A.c.b** Dalla documentazione raccolta è emerso che il 22 ottobre 2017 l'assicurato, all'epoca impiegato presso B. \_\_\_\_\_ come magazziniere al 25%, ha subito un infortunio lavorativo al gomito destro che l'ha costretto a sottoporsi il 22 dicembre 2017 ad un intervento chirurgico di bursectomia (doc. UAIE 128). Il decorso post-operatorio è stato inizialmente complicato dalla persistenza di disturbi, in seguito è insorta una perdita di sensibilità alla mano destra e algie alla spalla destra che il 24 giugno 2019 hanno richiesto un intervento in artroscopia di coplanning acromion-claveare con asportazione calcificazione (allegato al doc. UAIE 124 e 128). Il caso è stato assunto dall'Axa Winterthur Assicurazioni SA (AXA) dapprima come assicuratore infortuni, in seguito come assicuratore per perdita di guadagno per malattia (doc. UAIE 340, 341, 349) che ha commissionato valutazioni specialistiche del dott. E. \_\_\_\_\_, specialista in chirurgia della mano (doc. UAIE 338), del dott. F. \_\_\_\_\_, specialista in chirurgia ortopedica e traumatologia (doc. UAIE 340) e del dott. G. \_\_\_\_\_, specialista in reumatologia (doc. UAIE 356, 362) sulle quali si tornerà nei considerandi in diritto.

**A.c.c** Sulla base della documentazione medica agli atti il Servizio medico regionale (SMR) ha attestato nel rapporto finale del 7 luglio 2020 un'incapacità lavorativa totale e continua nell'attività abituale di assistente edile dal 16 maggio 2011 (recte 13 maggio 2011). A partire dal 31 dicembre 2012 è stata invece riconosciuta una capacità lavorativa al 100% in attività sostitutive adeguate alle limitazioni funzionali, ad eccezione dei periodi dal 1° luglio 2018 al 7 gennaio 2019, nonché dal 24 giugno al 23 ottobre 2019 (quattro mesi dopo l'operazione del 24 giugno 2019), in cui l'assicurato era totalmente incapace al lavoro (doc. UAIE 174-175).

**A.d** Con decisione del 13 ottobre 2020, l'UAIE ha negato il diritto alla rendita, constatando che dopo il 1° gennaio 2020, momento in cui al più presto essa avrebbe potuto essere erogata (ossia sei mesi dal deposito della domanda), il grado d'invalidità non era più pensionabile (essendo pari al 15%). Sulla base del rapporto della consulente in integrazione professionale, ha inoltre ritenuto non dati i presupposti per la concessione di provvedimenti professionali (doc. UAIE 181).

**A.e**

**A.e.a** Contro la suddetta decisione, il 3 novembre 2020 l'interessato è insorto dinnanzi al Tribunale amministrativo federale (TAF), chiedendone l'annullamento e il riconoscimento di una rendita di invalidità, producendo a supporto delle proprie conclusioni svariati referti medici, fra cui alcuni inediti (doc. UAIE 182).

**A.e.b** Dando seguito alla proposta formulata nella risposta di causa, il 13 aprile 2021 questo Tribunale ha accolto il ricorso e retrocesso gli atti all'amministrazione. Il TAF ha infatti ritenuto che la documentazione esibita pendente ricorso avesse reso manifesta l'esistenza di nuovi elementi clinico/diagnostici insorti anteriormente all'emanazione della decisione impugnata. Ha pertanto ordinato all'autorità inferiore di procedere all'accertamento dello stato di salute e della capacità lavorativa nella precedente attività e in attività adeguate e della loro evoluzione nel tempo da un punto di vista ortopedico, reumatologico e neurologico tramite l'esperimento di una perizia pluridisciplinare. Sulla scorta delle nuove risultanze mediche e dopo aver esperito una nuova indagine economica ha quindi invitato l'UAIE a pronunciarsi nuovamente sul grado di invalidità e sul diritto alla rendita dell'assicurato a decorrere al più presto dal 1° gennaio 2020 (cfr. sentenza del TAF C-5421/2020 consid. 5.2 e 6.2 [doc. UAIE 187]).

**B.**

**B.a** In esecuzione del suddetto giudizio l'UAI-C. \_\_\_\_\_ ha dato mandato al Servizio Accertamento Medico di H. \_\_\_\_\_ (SAM) di eseguire una perizia pluridisciplinare in ambito neurologico, reumatologico e internistico (doc. UAIE 197), nonché angiologico e psichiatrico (doc. UAIE 207, 208, 210). Nel referto del 23 giugno 2023, di cui si dirà nel dettaglio nei considerandi in diritto, i periti hanno constatato un alternarsi di periodi di abilità-inabilità lavorativa a partire dal 22 ottobre 2017, data dell'infortunio al gomito destro ed attestato a partire dal 20 luglio 2022 una capacità lavorativa dell'80% con riduzione del rendimento del 20% sia nell'attività abituale di magazziniere, ritenuta adeguata, sia in una sostitutiva confacente. Essi hanno ritenuto che le limitazioni funzionali e l'incapacità lavorativa riscontrate erano riconducibili alle sole problematiche di natura reumatologica (doc. UAIE 165).

**B.b** Con rapporto finale dell'11 luglio 2023 il SMR ha fatto proprie le conclusioni peritali riguardo alle diagnosi e alle limitazioni funzionali attestando i seguenti periodi di incapacità lavorativa (doc. UAIE 222):

- In attività abituale di operaio edile: 100% dal 1° gennaio 2016 e continua;
- In attività sostitutiva adeguata: 0% dal 1° gennaio 2016, 100% dal 22 ottobre 2017, 0% dal 1° luglio 2018, 100% dal 1° ottobre 2018, 25% dal 8 gennaio 2019, 100% dal 24 giugno 2019, 0% dal 25 settembre 2019, 20% dal 20 luglio 2022 e continua.

**B.c** Con progetto di decisione del 24 agosto 2023 l'UAI-C. \_\_\_\_\_, ha pertanto prospettato il rigetto della domanda di rendita, avendo constatato che posteriormente al 1° gennaio 2020 (ossia a sei mesi dal deposito della richiesta) il grado d'invalidità (pari al 15% [cfr. doc. UAIE 223]) non fosse più pensionabile. Sulla base del rapporto del consulente in integrazione professionale del 23 agosto 2023 (doc. UAIE 224) ha inoltre ritenuto non adempiuti i presupposti per il riconoscimento di provvedimenti professionali (doc. UAIE 225).

**B.d** Con osservazioni del 12 ottobre 2023 (data di ricezione) – trasmesse in copia anche a questo Tribunale – l'assicurato si è opposto al suddetto provvedimento e prodotto ulteriori referti medici in parte noti in parte inediti, di cui si dirà, se necessario nei considerandi in diritto, chiedendo sostanzialmente una rivalutazione del caso (doc. UAIE 232-234).

**B.e** Invitati a prendere posizione sulla documentazione medica versata agli atti, con il complemento del 20 dicembre 2023 i periti del SAM hanno confermato le proprie conclusioni, non ritenendo che i nuovi atti medici attestassero nuove patologie o un significativo peggioramento di affezioni note (doc. UAIE 240). Lo stesso ha fatto il SMR con annotazione del 22 dicembre 2023 (doc. UAIE 241).

**B.f** Con decisione del 3 gennaio 2024 l'UAIE ha pertanto confermato il progetto di decisione e negato il diritto a una rendita d'invalidità e a provvedimenti professionali (doc. UAIE 244).

## **C.**

**C.a** Con gravame del 26 gennaio 2024 (data del timbro postale), regolarizzato il 13 febbraio 2024, l'assicurato è nuovamente insorto dinnanzi al TAF, lamentando un accertamento inesatto dei fatti rilevanti, contestando le conclusioni peritali su cui si è fondata l'amministrazione e chiedendo in buona sostanza, l'annullamento della decisione impugnata e il riconoscimento di una rendita d'invalidità non avendo altre entrate al di fuori dell'esigua rendita SUVA. A suffragio delle proprie allegazioni l'insorgente ha prodotto

numerosi referti medici, per lo più già agli atti e precedenti alla data del provvedimento impugnato, su cui si ritornerà, se del caso, nei considerandi di diritto e delle distinte di spese per le cure mediche sostenute (doc. TAF 1, 4).

**C.b** Con decisione incidentale del 28 febbraio 2024, la giudice dell'istruzione ha invitato il ricorrente a versare un anticipo di fr. 800.-, corrispondente alle presunte spese processuali (doc. TAF 5), tempestivamente saldato da quest'ultimo il 27 marzo 2024 (doc. TAF 8).

**C.c** Con risposta dell'11 giugno 2024 l'autorità inferiore, riferendosi al preavviso del 4 giugno 2024 dell'UAI-C.\_\_\_\_\_, ha proposto la reiezione del ricorso e la conferma della decisione impugnata (doc. TAF 10).

**C.d** Con replica del 1° luglio 2024 (doc. TAF 12), duplica del 6 settembre 2024 (doc. TAF 15) e le ulteriori osservazioni del 1° ottobre 2024 dell'assicurato, alle quali è stato allegato il verbale di pronto soccorso del 7 agosto 2024 (doc. TAF 17) e quelle del 24 ottobre 2024 dell'UAIE (doc. TAF 20) le parti hanno confermato le proprie posizioni.

**C.e** Il 3 febbraio 2025 l'assicurato ha trasmesso ulteriori osservazioni spontanee informandosi sullo stato della procedura (doc. TAF 21).

## **Diritto:**

### **1.**

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

**1.2** La procedura dinanzi al TAF è retta dalla PA, in quanto la LTAF non disponga altrimenti (art. 37 LTAF). In virtù dell'art. 3 lett. d<sup>bis</sup> PA, la procedura in materia di assicurazioni sociali non è disciplinata dalla PA nella

misura in cui è applicabile la LPGA (RS 830.1). Salvo disposizioni transitorie contrarie, le nuove norme procedurali si applicano immediatamente e in piena misura con la loro entrata in vigore (DTF 129 V 113 consid. 2.2; 130 V 1 consid. 2.2).

## **2.**

**2.1** L'oggetto impugnato (DTF 131 V 164 consid. 2.1) è rappresentato dalla decisione dell'UAIE del 3 gennaio 2024 mediante la quale è stato negato il diritto a una rendita d'invalidità e rifiutata l'attribuzione di provvedimenti professionali.

## **2.2**

**2.2.1** Oggetto del contendere è unicamente il diritto a una rendita d'invalidità a partire dal 10 gennaio 2020, ossia a sei mesi di distanza dal deposito della domanda di prestazioni, in ragione dell'aggravamento dello stato di salute sopraggiunto a partire dal mese di ottobre 2017.

**2.2.1** Il rapporto giuridico a sé stante relativo al rifiuto di concedere provvedimenti professionali, in quanto incontestato, è per contro passato in giudicato.

**2.2.2** Nella misura in cui il ricorrente parrebbe avanzare nel memoriale di replica (doc. TAF 12) una richiesta tendente alla presa a carico da parte dell'AI delle spese di cura a cui costui si sottopone, la richiesta è inammissibile non facendo parte della ristretta cerchia di persone a cui tali prestazioni sono destinate (art. 12 LAI), né rientrando le cure mediche fra i provvedimenti di reintegrazione di cui all'art. 8 cpv. 3 let. a<sup>bis</sup>-b e d (art. 8a cpv. 2 LAI).

## **3.**

**3.1** Nell'ambito del ricorso in esame, l'insorgente può far valere la violazione del diritto federale, compreso l'eccesso o l'abuso del potere di apprezzamento, l'accertamento inesatto o incompleto di fatti giuridicamente rilevanti e l'inadeguatezza (art. 49 PA).

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

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

**3.3** Il potere cognitivo di questo Tribunale è delimitato dalla data della decisione impugnata, in concreto il 3 gennaio 2024. Il giudice delle assicurazioni sociali esamina infatti la decisione impugnata sulla base della situazione di fatto esistente al momento in cui essa è stata resa (DTF 132 V 215 consid. 3.1.1; 130 V 445 consid. 1.2). Tiene tuttavia conto dei fatti verificatisi dopo tale data quando essi possano imporsi quali elementi d'accertamento retrospettivo della situazione anteriore alla decisione stessa (DTF 129 V 1 consid. 1.2; 121 V 362 consid. 1b), in altri termini se gli stessi sono strettamente connessi all'oggetto litigioso e se sono suscettibili di influire sull'apprezzamento del giudice al momento in cui detta decisione litigiosa è stata pronunciata (sentenze del TF 8C\_278/2011 del 26 luglio 2011 consid. 5.5 nonché 9C\_116/2010 del 20 aprile 2010 consid. 3.2.2; DTF 118 V 200 consid. 3a in fine).

#### **4.**

**4.1** Il ricorrente è cittadino di uno Stato membro della Comunità europea, è domiciliato in Italia e sussiste un nesso transfrontaliero, avendo egli lavorato in Svizzera (DTF 145 V 231 consid. 7.1, 143 V 354 consid. 4, 143 V 81, in particolare consid. 8.1, nonché 141 V 521 consid. 4.3.2), per cui è applicabile, di principio, l'Accordo del 21 giugno 1999 tra la Confederazione svizzera e la Comunità europea ed i suoi Stati membri sulla libera circolazione delle persone (ALC, RS 0.142.112.681) ed il relativo Allegato II che regola il coordinamento dei sistemi di sicurezza sociale. L'allegato II ALC prevede in particolare che le parti contraenti applicano tra di loro, dal 1° aprile 2012, il regolamento (CE) n. 883/2004 del Parlamento europeo e del Consiglio del 29 aprile 2004 (RS 0.831.109.268.1) relativo al

coordinamento dei sistemi di sicurezza sociale, con le relative modifiche, e il regolamento (CE) n. 987/2009 del Parlamento europeo e del Consiglio del 16 settembre 2009 (RS 0.831.109.268.11) che stabilisce le modalità di applicazione del regolamento (CE) n. 883/2004 (art. 1 cpv. 1 Allegato II ALC in relazione con la Sezione A dell'Allegato II ALC). Il Regolamento (CE) n. 883/2004 è stato ulteriormente modificato dai regolamenti (UE) n. 1244/2010 (RU 2015 343), n. 465/2012 (RU 2015 345) e n. 1224/2012 (RU 2015 353), applicabili nelle relazioni tra la Svizzera e gli Stati membri dell'Unione europea a decorrere dal 1° gennaio 2015. Tuttavia, anche in seguito all'entrata in vigore dell'ALC, l'organizzazione della procedura come pure l'esame delle condizioni di ottenimento di una rendita d'invalidità svizzera, sono regolate dal diritto interno svizzero (art. 46 cpv. 3 del Regolamento n. 883/2004 in relazione con l'Allegato II del regolamento medesimo; DTF 130 V 253 consid. 2.4).

## 4.2

**4.2.1** Dal profilo temporale, con riserva di disposizioni particolari di diritto transitorio, sono applicabili le disposizioni in vigore al momento della realizzazione dello stato di fatto che deve essere valutato giuridicamente o che produce conseguenze giuridiche (DTF 146 V 364 consid. 7.1; 139 V 335 consid. 6.2; 136 V 24 consid. 4.3).

**4.2.1** Il 1° gennaio 2022, sono entrate in vigore le modifiche del 19 giugno 2020 della LAI e della LPGA (Ulteriore sviluppo dell'AI; RU 2021 705; FF 2017 2191) e le modifiche del 3 novembre 2021 dell'Ordinanza del 17 gennaio 1961 sull'assicurazione per l'invalidità (OAI, RS 831.201; RU 2021 706). Queste disposizioni sono applicabili a tutte le rendite il cui diritto, ai sensi dell'art. 29 LAI, è nato a partire dal 1° gennaio 2022, anche se l'invalidità è insorta prima di questa data (Circolare dell'UFAS sull'invalidità e sulla rendita nell'assicurazione per l'invalidità [CIRAI; valida dal 1° gennaio 2022, stato al 1° luglio 2022], cifra marginale 9100; Circolare dell'UFAS concernente le disposizioni transitorie della riforma Ulteriore sviluppo dell'AI sul sistema di rendite lineare [C DT US AI; valida dal 1° gennaio 2022, stato al 1° gennaio 2022] cifre marginali 1007 a 1010; si confronti sentenza del TF 8C\_247/2024 del 12 dicembre 2024 consid. 2.1).

**4.2.2** Se la decisione sulla concessione di una rendita è emanata dopo il 1° gennaio 2022, ma il diritto alla rendita è nato prima di questa data, sono applicabili le disposizioni della LAI e dell'OAI nel tenore in vigore fino al 31 dicembre 2021 (Circolare dell'UFAS sull'invalidità e sulla rendita nell'assicurazione per l'invalidità [CIRAI; valida dal 1° gennaio 2022, stato al 1°

luglio 2022], cifra marginale 9101; Circolare dell'UFAS concernente le disposizioni transitorie della riforma Ulteriore sviluppo dell'AI sul sistema di rendite lineare [C DT US AI; valida dal 1° gennaio 2022, stato al 1° gennaio 2022], cifra marginale 1007; si confronti sentenza del TF 8C\_460/2024 del 27 novembre 2024, consid. 4.1 e riferimenti ivi citati).

**4.2.3** Nel caso in esame, potendo il diritto alla rendita nascere al più presto il 1° gennaio 2020 (cfr. art. 29 cpv. 1 e 2 LAI; doc. UAIE 124 e cfr. anche consid. A.d.a, A.e), si applicano di principio le disposizioni legali in vigore fino al 31 dicembre 2021.

## **5.**

**5.1** L'invalidità ai sensi della LPGGA e della LAI è l'incapacità al guadagno totale o parziale presumibilmente permanente o di lunga durata che può essere conseguente a infermità congenita, malattia o infortunio (art. 8 LPGGA e art. 4 cpv. 1 LAI). L'invalidità è considerata insorgere quando, per natura e gravità, motiva il diritto alla singola prestazione (art. 4 cpv. 2 LAI).

La nozione d'invalidità di cui all'art. 4 LAI e 8 LPGGA è un concetto di carattere economico-giuridico e non medico (DTF 116 V 246 consid. 1b; sentenze del TF 8C\_636/2010 del 17 gennaio 2011 consid. 3 e 9C\_529/2008 del 18 maggio 2009).

Secondo l'art. 7 cpv. 1 LPGGA, è considerata incapacità al guadagno la perdita, totale o parziale, della possibilità di guadagno sul mercato del lavoro equilibrato che entra in considerazione, provocata da un danno alla salute fisica, mentale o psichica e che perdura dopo aver sottoposto l'assicurato alle cure e alle misure d'integrazione ragionevolmente esigibili. Per valutare la presenza di un'incapacità al guadagno sono considerate esclusivamente le conseguenze del danno alla salute. Inoltre, sussiste un'incapacità al guadagno soltanto se essa non è obiettivamente superabile (art. 7 cpv. 2 LPGGA). Secondo l'art. 6 LPGGA, è considerata incapacità al lavoro qualsiasi incapacità, totale o parziale, derivante da un danno alla salute fisica, mentale o psichica, di compiere un lavoro ragionevolmente esigibile nella professione o nel campo d'attività abituale. In caso d'incapacità al lavoro di lunga durata, possono essere prese in considerazione anche le mansioni esigibili in un'altra professione o campo d'attività.

L'assicurazione svizzera per l'invalidità risarcisce pertanto, e di principio, soltanto la perdita economica che deriva da un danno alla salute fisica o

psichica dovuto a malattia o infortunio, non la malattia o la conseguente incapacità lavorativa (DTF 116 V 246 consid. 1b).

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

Giusta l'art. 28 cpv. 2 LAI (nella versione in vigore fino al 31 dicembre 2021), 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%.

In virtù dell'art. 29 cpv. 1 LAI, 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 LPGGA (riservate altresì le condizioni dell'art. 28 cpv. 1 LAI; DTF 142 V 547 consid. 3.2). L'art. 29 cpv. 3 LAI precisa altresì che la rendita è versata all'inizio del mese in cui nasce il diritto.

## **6.**

**6.1** Al fine di poter graduare l'invalidità, all'amministrazione (o al giudice in caso di ricorso) è necessario disporre di documenti che devono essere rassegnati dal medico o eventualmente da altri specialisti. Benché l'invalidità sia una nozione economico-giuridica, le certificazioni mediche possono costituire importanti elementi per apprezzare il danno invalidante e per determinare quali lavori siano ancora ragionevolmente esigibili dall'assicurato (DTF 132 V 93 consid. 4). Il compito del medico consiste nel porre un giudizio sullo stato di salute, nell'indicare in quale misura e in quali attività l'assicurato è incapace al lavoro come pure nel fornire un importante elemento di giudizio per determinare quali lavori siano ancora ragionevolmente esigibili dall'assicurato (DTF 140 V 193 consid. 3.2; 132 V 93 consid. 4). Affinché il giudizio medico acquisti valore di prova rilevante, esso deve essere completo in merito ai temi sollevati, deve fondarsi, in piena conoscenza della pregressa situazione valetudinaria (anamnesi), su esami approfonditi e tenere conto delle censure sollevate dal paziente, per poi giungere in maniera chiara a fondate, logiche e motivate deduzioni.

Determinante quindi per stabilire se un rapporto medico ha valore di prova non è né la sua origine né la sua denominazione, ad esempio, quale perizia o rapporto, ma il suo contenuto (DTF 134 V 231 consid. 5.1; 125 V 351 consid. 3a). Il rapporto medico deve altresì essere redatto da medici che dispongono delle qualifiche specialistiche richieste nel singolo caso (sentenze del TF 9C\_555/2017 del 22 novembre 2017 consid. 3.1, 9C\_745/2010 del 30 marzo 2011 consid. 3.2 e 9C\_826/2009 del 20 luglio 2010 consid. 4.2). In presenza di rapporti medici contraddittori, il giudice non può evadere la vertenza senza valutare l'intero materiale e indicare i motivi per cui egli si fonda su un rapporto piuttosto che su un altro. 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 su cui si evidenziano delle carenze e quale sia l'opinione più adeguata (sentenza del TF 8C\_556/2010 del 24 gennaio 2011 consid. 7.2 con rinvii).

**6.2** Il giudice delle assicurazioni sociali deve esaminare in maniera obiettiva tutti i mezzi di prova, indipendentemente dalla loro provenienza, e poi decidere se i documenti messi a disposizione permettono di giungere ad un giudizio attendibile sulle pretese giuridiche litigiose (DTF 125 V 351 consid. 3a). Il Tribunale federale ha però ritenuto conforme al principio del libero apprezzamento delle prove definire delle direttive in relazione alla valutazione di determinate forme di rapporti e perizie (DTF 125 V 351 consid. 3b). In particolare, le perizie affidate dagli organi dell'amministrazione a medici esterni oppure a un servizio specializzato indipendente, che fondano le proprie conclusioni su esami e osservazioni approfondite, dopo aver preso conoscenza dell'incarto, e che giungono a risultati conclusivi, dispongono di forza probatoria piena, a meno che non vi siano indizi concreti atti a mettere in discussione la loro attendibilità (DTF 137 V 210 consid. 2.2.2; 135 V 465 consid. 4.4; 125 V 351 consid. 3b/bb). Per quel che riguarda le perizie di parte, esse contengono considerazioni specialistiche che possono contribuire ad accertare i fatti, da un punto di vista medico. Malgrado esse non abbiano lo stesso valore probatorio di una perizia giudiziaria, il giudice deve valutare se questi referti medici sono atti a mettere in discussione la perizia giudiziaria oppure quella ordinata dall'amministrazione. Giova altresì rilevare che, di principio, deve essere considerato con la necessaria prudenza l'avviso dei medici curanti, anche se specialisti, a causa dei particolari legami che essi hanno con il paziente (DTF 125 V 351 consid. 3b/cc), come pure in relazione allo scopo di trattamento del curante rispetto a quello di un medico perito, per cui, secondo esperienza comune, il medico curante tende generalmente, in caso di dubbio, a pronunciarsi in favore del proprio paziente in ragione del rapporto di fiducia che lo unisce

a quest'ultimo (sentenza del TF 9C\_275/2022 del 6 settembre 2022 consid. 4.2). Tuttavia, il semplice fatto che un certificato od una perizia siano redatti dal medico curante non costituisce di per sé un motivo per metterne in dubbio l'attendibilità (DTF 125 V 351 consid. 3b/dd). Il medico curante proprio perché segue da più tempo il paziente può fornire importanti indicazioni quanto all'accertamento dei fatti da un punto di vista medico (sentenza del TF 8C\_278/2011 del 26 luglio 2011 consid. 5.3). I suoi rapporti possono essere atti a mettere in dubbio l'affidabilità e la concluzione dei pareri medici interni (DTF 135 V 465 consid. 4.5). 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).

**6.3** I rapporti del servizio medico regionale (SMR) o del servizio medico dell'UAIE hanno per funzione – a beneficio anche dell'amministrazione e dei tribunali che altrimenti non dispongono necessariamente di simili conoscenze specialistiche – di effettuare una sintesi delle informazioni e degli esami medici di cui agli atti di causa e di formulare delle raccomandazioni quanto al seguito da dare all'incanto da un punto di vista medico (sentenza del TF 9C\_542/2011 del 26 gennaio 2012 consid. 4.1). In presenza di rapporti medici contraddittori, devono indicare i motivi per cui si fondano su un rapporto piuttosto che su un altro o se occorre effettuare un complemento dell'istruttoria (DTF 142 V 58 consid. 5.1). Se i documenti agli atti non permettono di pronunciarsi sulle pretese giuridiche litigiose, non è possibile decidere unicamente sui rapporti medici interni all'amministrazione, ma occorre effettuare un completamento dell'istruttoria (sentenza del TF 9C\_58/2011 del 25 marzo 2011 consid. 3.3).

**6.4** Diversamente dai (semplici) rapporti medici interni all'assicuratore, ove è sufficiente un minimo dubbio sull'affidabilità e sulla concluzione degli stessi, perché l'assicurato sia sottoposto a esame medico esterno, alle perizie esperite nell'ambito della procedura amministrativa, ai sensi dell'art. 44 LPGGA, da medici specialisti esterni deve essere riconosciuta piena forza probante nell'ambito dell'apprezzamento dei fatti, nella misura in cui non si presentano indizi concreti sull'affidabilità della perizia stessa (DTF 135 V 465 consid. 4.4; 137 V 210 consid. 2.2.2; 125 V 351 consid. 3b/bb). Tali

perizie amministrative non vanno messe in dubbio, soltanto perché esse dovessero giungere a conclusioni diverse dai medici curanti. Rimangono riservati i casi in cui si dovesse imporre un complemento al fine di chiarire alcuni aspetti o direttamente una conclusione opposta, poiché i medici curanti lasciano emergere aspetti importanti e non solo un'interpretazione medica puramente soggettiva (sentenza del TF 8C\_6/2019 del 26 giugno 2019 consid. 4.1).

**6.5** In ragione della diversità dell'incarico assunto, a scopo di trattamento anziché di perizia, in caso di lite non ci si può di regola fondare sull'avviso del medico curante, anche se specialista, poiché alla luce del rapporto di fiducia esistente con il paziente, il medico curante, anche se specialista, attesterà, in caso di dubbio, in favore del suo paziente (DTF 135 V 465 consid. 4.5; 125 V 351 consid. 3b/cc). Tuttavia, il semplice fatto che un certificato od una perizia siano redatti dal medico curante non costituisce di per sé un motivo per metterne in dubbio l'attendibilità (DTF 125 V 351 consid. 3b/dd). Il medico curante proprio perché segue da più tempo il paziente può fornire importanti indicazioni quanto all'accertamento dei fatti da un punto di vista medico (sentenza del TF 8C\_278/2011 del 26 luglio 2011 consid. 5.3). I suoi rapporti possono essere atti a mettere in dubbio l'affidabilità e la concludenza dei pareri medici interni (DTF 135 V 465 consid. 4.5).

Peraltro, conto tenuto della differenza esistente, a livello probatorio, tra un mandato di cura ed un mandato peritale, il solo fatto che uno o più medici curanti esprimano un'opinione contraddittoria non è sufficiente a rimettere in discussione una perizia ordinata dal giudice o dall'amministrazione e ad imporre nuovi accertamenti. Sono riservati i casi in cui un completamento dell'accertamento medico o addirittura un altro giudizio si rendono necessari poiché i medici curanti sollevano aspetti importanti che non erano noti o che non sono stati valutati nell'ambito della perizia medica e che appaiono sufficientemente fondati da mettere in discussione le conclusioni peritali (sentenze del TF 9C\_338/2016 del 21 febbraio 2017 consid. 5.5, 9C\_615/2015 del 12 gennaio 2015 consid. 6.2 e 9C\_240/2013 del 22 ottobre 2013 consid. 4.1.4).

## 7.

**7.1** Nel caso concreto, nella procedura che ha condotto alla decisione del 13 ottobre 2020 (doc. UAIE 181), con la quale è stato negato il diritto alle prestazioni AI, l'UAIE aveva assunto agli atti i documenti componenti l'incarto dell'AXA (sia in materia di assicurazione infortuni che di

assicurazione malattia), fra cui si segnala in particolare il rapporto del 30 agosto 2018 del dott. F.\_\_\_\_\_, specialista in chirurgia ortopedica (doc. UAIE 340) e il rapporto del 10 gennaio 2019 del dott. G.\_\_\_\_\_, specialista in reumatologia (doc. UAIE 356, 362).

**7.2** Nel rapporto finale SMR del 7 luglio 2020 sono state interamente riprese le diagnosi poste dal dott. G.\_\_\_\_\_ (doc. UAIE 356) ed è stata attestata un'incapacità lavorativa totale e continuativa nell'attività abituale di operaio edile dal 16 maggio 2011 (recte 13 maggio 2011), mentre a partire dal 1° gennaio 2013 l'assicurato è stato ritenuto abile al 100% in una professione sostitutiva adeguata rispettosa di determinate limitazioni funzionali (doc. UAIE 175). Degli ulteriori periodi di incapacità lavorativa totale sono stati attestati dal 1° luglio 2018 al 7 gennaio 2019, nonché dal 24 giugno 2019 al 23 ottobre 2019, ossia nei quattro mesi successivi all'operazione all'intervento artroscopico (doc. UAIE 174).

**7.3** Nell'ambito della procedura C-5421/2020 succitata, il TAF aveva accolto la proposta formulata dall'UAIE pendente causa rinviandole gli atti allo scopo di accertare lo stato di salute del ricorrente e la sua capacità di lavoro residua da un punto di vista ortopedico, reumatologico e neurologico tramite l'esperimento di una perizia pluridisciplinare in Svizzera (cfr. sentenza citata consid. 5.2).

Secondo il TAF la documentazione esibita sia in sede amministrativa che pendente ricorso, aveva infatti reso manifesta l'esistenza di nuovi elementi clinico/diagnostici insorti anteriormente all'emanazione della decisione impugnata – che potevano determinare un'inabilità lavorativa – come evidenziato dalla risonanza magnetica del rachide lombosacrale del 12 settembre 2020 attestante un'ulteriore piccola ernia discale localizzata in L5-S1, e dal rapporto del dott. I.\_\_\_\_\_ che nel rapporto del 2 ottobre 2020 ha posto la nuova diagnosi di "*sindrome dolorosa arti inferiori in degenerazione artrosica anca bilaterale*" (cfr. sentenza citata consid. 5.2).

## **8.**

**8.1** L'amministrazione ha quindi incaricato il SAM di eseguire una perizia pluridisciplinare (doc. UAIE 221).

**8.1.1** Nel rapporto del 23 giugno 2023, nel quale sono confluite le valutazioni di natura internistica della dott.ssa J.\_\_\_\_\_, neurologica del dott. K.\_\_\_\_\_, reumatologica del dott. L.\_\_\_\_\_, psichiatrica del dott. M.\_\_\_\_\_, angiologica del dott. N.\_\_\_\_\_ sono state poste le seguenti diagnosi con influsso sulla capacità lavorativa di (doc. UAIE 221 p. 63):

- Stato dopo trauma distorsivo al ginocchio destro (1987), nonché tre interventi chirurgici artroscopici, nonché condropatia femoro-tibiale soprattutto mediale.
- Periartrite omero-scapolare tendinopatica delle spalle bilateralmente.
- Stato dopo intervento chirurgico artroscopico alla spalla destra con asportazione di calcificazione il 24 giugno 2019, alterazioni degenerative della cuffia dei rotatori, artrosi acromion-claveare alla spalla destra.
- Tendinopatia della cuffia dei rotatori in particolar modo al tendine del sovraspinoso associata ad artrosi acromion-claveare alla spalla sinistra.
- Sindrome cervico-vertebrale su leggere alterazioni di tipo degenerativo in particolar modo ai segmenti C5-C6 e C6-C7.

Sono invece state considerate senza ripercussione sulla capacità lavorativa le diagnosi di (doc. UAIE 221 pp. 63-64):

- Stato dopo borsite ai gomiti bilateralmente e intervento chirurgico di borsectomia al gomito destro nel 2017.
- Possibile pregressa irritazione del nervo ulnare ds. nel solco cubitale.
- Arteriolosclerosi arti inferiori bilateralmente (stadio secondo Fontaine I, DD II improbabile).
- Sindrome metabolica con:
  - o ipertensione arteriosa in discreto controllo (dal 2017);
  - o obesità di II classe (BMI 37.34 kg/m<sup>2</sup>);
  - o diabete mellito tipo II non in trattamento;
  - o ipercolesterolemia in trattamento.
- Tabagismo (dal 1981, complessivamente 30 pacchi all'anno).

## 8.1.2

**8.1.2.1** Nel rapporto del 6 dicembre 2022 il dott. N. \_\_\_\_\_, specialista in angiologia, ha riscontrato la presenza di un'arteriolosclerosi agli arti inferiori bilateralmente con una probabile occlusione prossimale ben collateralizzata dell'arteria tibiale anteriore di destra, un'incomprimibilità delle arterie crurali nel contesto di un diabete mellito in habitus della sindrome metabolica e in assenza di ischemia. Alla luce degli esami Doppler e Duplex del 17 novembre 2022 e del quadro clinico riscontrato ha quindi escluso un'arteriopatia significativa limitante per l'assicurato, così come l'esistenza di diagnosi con influsso sulla capacità lavorativa. Il perito ha sottolineato che la situazione è rimasta stabile rispetto a quella risultante dagli atti e che la terapia impostata risulta adeguata, ribadendo tuttavia l'importanza di una diminuzione ponderale e idealmente dell'interruzione del consumo di tabacco. Dal punto di vista angiologico, il perito ha ritenuto sussistere una capacità lavorativa piena, nell'arco di una giornata intera di 8-9 ore per

qualunque attività, sia abituale come magazziniere, che in una sostitutiva adatta (doc. UAIE 221 pp. 144-151).

**8.1.2.2** Nel rapporto del 7 dicembre 2022 il dott. L. \_\_\_\_\_, specialista in reumatologia e riabilitazione, ha riscontrato un quadro clinico decisamente migliorato rispetto alla valutazione reumatologica del dott. G. \_\_\_\_\_ del 10 gennaio 2019. Nel senso che a seguito dell'intervento chirurgico del 24 giugno 2019 con cui è stata asportata la calcificazione, non sono più riscontrabili segni di anchilosi alla spalla destra. Anche il gomito destro presenta un miglioramento dei disturbi e della clinica dopo la borsectomia eseguita. I più recenti esami RM hanno inoltre mostrato *“una discopatia C5-C6 e C6-C7 non particolarmente avanzata con reperti clinici senza segni di compressione o irritazione radicolare ma nell'ambito di una problematica cervico-vertebrale localizzata”*. Lo specialista ha quindi constatato che il ginocchio destro, sottoposto a due interventi artroscopici con decorso favorevole, non presenta particolari segni di tipo irritativo, né versamenti o segni clinici per lesioni legamentari o meniscali. Ha poi riferito del nuovo trauma subito nel mese di luglio 2022, indicando che se, da un lato, la problematica al gomito sinistro – nuovamente sviluppatasi come borsite olecranica – si è risolta senza necessità di essere operata, dall'altro, la problematica alla spalla sinistra – dove è stata diagnosticata una tendinopatia di modica entità alla cuffia dei rotatori, in particolar modo al tendine del sovraspinoso associata ad artrosi acromioclavicolare con minima calcificazione – presentava al momento della visita un decorso poco favorevole, persistendo la sintomatologia algica. Il perito ha precisato che per tale patologia non è ancora stato intrapreso alcun approccio terapeutico. Per quanto riguarda gli altri dolori invalidanti esposti nel corso dell'esame, il ricorrente ha dichiarato di non assumere, né di aver mai assunto in passato, alcuna terapia medicamentosa antidolorifica. Circostanza che a mente del dott. L. \_\_\_\_\_ stride con la sintomatologia dolorosa particolarmente invalidante lamentata dall'assicurato. Il perito ha riferito della persistenza di limitazioni riguardanti il ginocchio destro e della spalla sinistra dopo il recente trauma, riscontrando per il resto un netto miglioramento della sintomatologia e della clinica della spalla destra rispetto alle precedenti valutazioni e l'insorgere di disturbi alla spalla sinistra dopo il recente trauma. A suo modo di vedere, l'attività di magazziniere svolta presso B. \_\_\_\_\_ è da considerarsi adatta alle condizioni di salute dell'assicurato ed è esigibile a partire da 3 mesi dopo l'operazione alla spalla destra del 24 giugno 2019, nel corso dei quali permane un'incapacità lavorativa al 100%. Per il periodo precedente, egli rimanda alle valutazioni del dott. G. \_\_\_\_\_, mentre per il periodo successivo l'assicurato è da considerarsi completamente abile al lavoro

fino all'insorgere della problematica alla spalla sinistra, nel luglio 2022, momento a partire dal quale può essere considerato abile al lavoro nella misura dell'80% sull'arco di un'intera giornata lavorativa con rendimento ridotto del 20%. Gli stessi periodi d'inabilità lavorativa sono stati attestati per delle attività sostitutive adeguate. Per il trattamento dei disturbi alla spalla sinistra, il perito ha infine consigliato un approccio conservativo (doc. UAIE 221 pp. 120-143).

**8.1.2.3** Nel rapporto del 4 gennaio 2023 il dott. M.\_\_\_\_\_, specialista in psichiatria e psicoterapia, ha riferito che l'assicurato non ha mai manifestato sintomi di pertinenza psicologica tali da necessitare un aiuto specialistico o una particolare terapia psicofarmacologica. Al riguardo ha sottolineato che pur lamentando timori per la futura evoluzione della situazione valetudinaria ed economica, l'interessato non si è mai abbattuto, sperando ancora di trovare un'attività confacente alle sue limitazioni funzionali. Il perito ha definito l'assicurato *“ottimista, motivato, anche dotato di buon humor in generale, utile a superare i vari momenti di difficoltà; chiaramente è un uomo concreto, che ha fatto delle sue capacità professionali e della sua resistenza psicofisica il suo successo negli anni dove era molto attivo (ricordo che ha sempre lavorato molte ore, anche in condizioni dure e che si è anche costruito/ristrutturato diversi immobili che ha lasciato ai figli)”*. Il dott. M.\_\_\_\_\_ ha quindi escluso l'esistenza di diagnosi attive dal profilo psichiatrico, così come elementi suscettibile di interferire sulle capacità lavorative dell'assicurato, ritenendolo pertanto da sempre interamente abile al lavoro in qualsiasi attività (doc. UAIE 221 pp. 87-119).

**8.1.2.4** Nel rapporto del 28 aprile 2023 il dott. K.\_\_\_\_\_, specialista in neurologia, ha riferito del possibile sviluppo di disturbi statici a livello del rachide lombosacrale riconducibili *“ai problemi alle ginocchia, all'attività professionale e all'età”*, senza segni clinici di deficit radicolari o di sindrome lombo-vertebrale. Ha riscontrato *“la presenza di un'importante sovraccarico funzionale rende difficoltosa l'indagine neurologica”*, nonostante l'assenza di segni oggettivabili. Ha quindi riscontrato l'apparizione di disturbi nella zona del nervo ulnare destro, senza conferma elettro-neuromiografica della sofferenza dello stesso a seguito del trauma al gomito destro nel 2017, problematica che è andata nel frattempo normalizzandosi dal punto di vista motorio e funzionale. Ha quindi indicato che dal punto di vista neurologico non vi sono deficit oggettivabili, né è riscontrabile una sindrome cervico-vertebrale o lombo-vertebrale, nonostante l'assicurato non riesca a piegarsi in avanti. Secondo il perito la pseudo-paresi del membro inferiore destro è *“incompatibile con il mantenimento di una posizione eretta e di una marcia normale, in assenza*

*di asimmetrie dei riflessi, di segni piramidali, di amiotrofie o altri deficit oggettivabili*". Il quadro clinico osservato presenterebbe importanti discrepanze – fra quanto mostrato dall'assicurato e la reale funzionalità motoria, in particolare a livello di spalle e del membro inferiore destro – che non lo rendono plausibile e neppure compatibile con una difesa antalgica. In conclusione il dott. K.\_\_\_\_\_, pur ammettendo che nel 2018 potesse esservi stata una limitazione di alcuni mesi nel periodo d'irritazione del nervo ulnare destro, ha ritenuto non sussistere dal profilo neurologico alcuna incapacità lavorativa (doc. UAIE 221 pp. 76-86).

**8.1.2.5** Dal punto di vista internistico, infine, la dott.ssa J.\_\_\_\_\_, specialista in medicina interna generale, ha dichiarato non sussistere alcuna diagnosi con influsso sulla capacità lavorativa ed ha pertanto ritenuto l'assicurato da sempre abile in qualsiasi attività senza alcuna limitazione con la sola eccezione per i periodi di ricovero ospedaliero e convalescenza. La specialista ha consigliato una presa a carico della sindrome metabolica, della dislipidemia, l'impostazione di un adeguato trattamento dell'iniziale diabete mellito tipo II e l'adempimento di un programma di disassuefazione dal fumo, precisando che tali provvedimenti non sono volti a migliorare la capacità lavorativa ma solo a prevenire patologie future (doc. UAIE 221 pp. 1-54).

**8.1.3** Valutando congiuntamente il caso, i periti hanno ritenuto che l'assicurato è limitato in modo preponderante a causa delle patologie reumatologiche, riprendendo per intero le limitazioni funzionali descritte dal dott. L.\_\_\_\_\_. Dal punto di vista neurologico, angiologico, psichiatrico e internistico, non è stata per contro riscontrata alcuna riduzione significativa delle risorse dell'interessato, ragione per cui le diagnosi, ove formulate, non influiscono sulla capacità lavorativa dell'interessato sia nell'attività abituale, che in una sostitutiva adatta (doc. UAIE 221 p. 64-66).

**8.1.4** Nella discussione relativa ai fattori di stress e risorse i periti hanno precisato che dal punto di vista reumatologico l'assicurato presenta ancora notevoli risorse per quanto riguarda l'apparato muscolo-scheletrico per un rientro in un'attività professionale. Dal punto di vista neurologico, è stato segnalato un *"importante sovraccarico funzionale, con netti segni di aggravamento della sintomatologia deficitaria, non compatibile nemmeno con una difesa antalgica"*. Dal punto di vista psichiatrico sono state riscontrate delle *"buone capacità di mentalizzazione, di adattamento e di coping in generale"*, appurato che l'assicurato è stato in grado di superare l'interferenza nell'equilibrio psicofisico causata dal peggioramento delle problematiche

somatiche “*senza conseguenze sul piano psicopatologico*” (doc. UAIE 221 p. 65).

**8.1.5** I periti hanno ritenuto esserci stata un'evoluzione favorevole dei disturbi insorti a seguito dell'infortunio al gomito destro dell'ottobre 2017 e dell'intervento chirurgico alla spalla destra con artroscopia e asportazione di una calcificazione subacromiale del giugno 2019, nonché un miglioramento della capacità lavorativa che a 3 mesi dall'intervento viene valutata del 100%. Essi hanno quindi precisato che “*dopo il trauma del luglio 2022 con contusione della spalla sin., si è evidenziato un leggero peggioramento della capacità professionale con capacità lavorativa dell'80% e riduzione del rendimento del 20%*”. Dal punto di vista internistico rispetto alla situazione documentata è stata riscontrata la presenza del diabete mellito tipo II di cui tuttavia non è possibile determinare il momento dell'insorgenza nel corso degli ultimi anni. Nessun cambiamento è stato per contro segnalato sotto il profilo angiologico, non essendovi dei referti che attestano delle patologie differenti e più rilevanti rispetto a quelle riscontrate in occasione della visita peritale. I periti hanno quindi riferito che “*dal lato reumatologico e neurologico, il cambiamento dello stato di salute non ha portato ad una modificazione della capacità lavorativa, fatto salvo per dei periodi di inabilità lavorativa totale dopo l'infortunio e l'intervento. Per quanto riguarda la spalla di sinistra la sintomatologia dolorosa al momento della visita peritale reumatologica (febbraio 2023) non era stata ancora affrontata dal punto di vista terapeutico con dei reperti clinici e radiologici che permettono di auspicare una buona guarigione con delle terapie adeguate. (...) Sotto il profilo neurologico dopo due mesi dall'infortunio al gomito destra, nessun cambiamento della capacità di lavoro*” (doc. UAIE 221 pp. 69-70).

Sulla base di tali considerazioni sono stati quindi attestati i seguenti periodi d'incapacità lavorativa sia nell'attività abituale di magazziniere che in una sostitutiva (doc. UAIE 221 pp. 67-68):

- 100% dal 22 ottobre 2017 al 30 giugno 2018 (infortunio e successivo ricovero in Ortopedia e Traumatologia, Sondrio);
- 100% da ottobre 2018 al 7 gennaio 2019 (riesacerbazione);
- 25% (intesa come riduzione del rendimento) dall'8 gennaio 2019 al 23 giugno 2019 (come attestato dal dott. G. \_\_\_\_\_);
- 100% dal 24 giugno 2019 al 24 settembre 2019 (intervento spalla destra);
- 20% (intesa come riduzione del rendimento) al 20 luglio 2022 e continua (a partire dal trauma alla spalla e gomito sinistro).

**8.1.6** I periti hanno infine riferito che dal punto di vista neurologico, angiologico, psichiatrico e internistico non sussistono provvedimenti medici in grado di migliorare la capacità lavorativa dell'assicurato (essendo questa già totale), mentre dal punto di vista reumatologico sono stati indicati degli approcci di tipo conservativo (doc. UAIE 221 pp. 68-69).

**8.2** Con rapporto finale dell'11 luglio 2023 il SMR ha preso atto del peggioramento dello stato di salute riconducibile all'evento traumatico di luglio 2022 e ripreso interamente le conclusioni dei periti riguardo alle diagnosi, alle risorse e alle limitazioni funzionali nonché alla capacità lavorativa dell'interessato a partire dal 1° gennaio 2016, precisando che a partire dal tale data, l'attività di assistente edile non era più esigibile (doc. UAIE 46). Ha quindi espresso una prognosi lavorativa stazionaria (doc. UAIE 222).

**8.3** Con osservazioni del 12 ottobre 2023 al progetto di decisione (doc. UAIE 233), il ricorrente ha prodotto una serie di documenti relativi alla domanda di invalidità civile (doc. 232 pp. 4-28), nonché due certificati medici inediti del dott. O.\_\_\_\_\_, medico generalista curante, e meglio quello del 20 novembre 2022 nel quale ha posto le diagnosi di *“spondilo disco artrosi cervicale e lombare con ernie lombari multiple, artrosi alle anche bilaterale, lesioni tendini spinosi bilaterali, ipovisus occhio sinistro”* (doc. 232 pp. 1-3) e quello dell'8 ottobre 2023 nel quale, pur non esprimendosi riguardo al decorso della patologia al ginocchio destro, ha indicato che *“la presenza di ernie discali multiple sintomatiche e la limitazione funzionale nonostante la terapia medica e fisica limitano notevolmente la capacità lavorativa”* dell'assicurato (doc. 232 p. 29).

**8.4** Con rapporto del 20 dicembre 2023 le dott.sse P.\_\_\_\_\_ e J.\_\_\_\_\_, hanno preso posizione per conto del SAM riguardo alle osservazioni dell'insorgente, rilevando che tutta la documentazione medica era stata correttamente visionata dai periti e respinto le accuse di quest'ultimo, secondo il quale le registrazioni audio nel corso delle visite peritali erano facilmente manipolabili a suo discapito. Riferendosi alla documentazione medica versata agli atti, agli esiti delle visite cliniche e all'ulteriore presa di posizione del dott. L.\_\_\_\_\_ (doc. UAIE 240 pp. 7-8), esse hanno quindi ritenuto non emergere dalla nuova documentazione prodotta né elementi clinici nuovi, né un aggravamento di patologie note, suscettibili di modificare le conclusioni peritali (doc. UAIE 240 pp. 1-6).

**8.5** Con annotazione del 22 dicembre 2023 il SMR ha quindi confermato la validità del rapporto finale dell'11 luglio 2023 (doc. UAIE 241).

**8.6** Con il gravame del 26 gennaio 2024 il ricorrente ha prodotto segnatamente (doc. TAF 1):

- Una serie di certificati medici redatti tra il 2017 e il 2019 e già figuranti agli atti ed esaminati dai periti.
- Una serie di referti relativi a svariati esami strumentali condotti fra il 2019 e il 2022, tutti esaminati e in parte citati dai periti.
- Due certificati scritti a mano del dott. I. \_\_\_\_\_, specialista in ortopedia, difficilmente leggibili (compresa la data), nonché il referto del 2 ottobre 2020, già agli atti.
- Il referto della visita ortopedica del 20 luglio 2022 riguardante il trauma al polso sinistro.
- I rapporti del 13 ottobre, del 10 novembre 2022 e del 28 novembre 2023 della dott.ssa Q. \_\_\_\_\_, specialista in medicina riabilitativa ortopedica, relativo al programma riabilitativo seguito dall'assicurato.

**8.7** In corso di causa, l'interessato ha inoltre prodotto il verbale di pronto soccorso del 7 agosto 2024, presso il quale si era recato in ragione di prurito e fastidio all'arto inferiore destro e dove è stata diagnosticata una *“flogosi tromboflebitica all'arto inferiore destro, tromboflebite grande safena, flebite e tromboflebite dei vasi superficiali delle estremità inferiori”* per la quale è stato prescritto riposo e terapia medicamentosa (doc. TAF 17).

## **9.**

**9.1** Alla luce di quanto precede, occorre innanzitutto constatare che, fino all'emanazione della decisione impugnata, il caso in esame è stato oltremodo indagato sia da parte dei medici fiduciari che da medici curanti specializzati nei differenti ambiti medici rilevanti per l'esame della fattispecie.

**9.1.1** Sulla base delle informazioni mediche di cui disponeva l'autorità inferiore ha predisposto un accertamento pluridisciplinare completo in ambito reumatologico, neurologico, psichiatrico, angiologico e internistico. Oltre a ciò, in concomitanza con la valutazione pluridisciplinare, sono stati esperiti tutta una serie di nuovi esami di laboratorio, cardiologici e angiologici tra il 17 novembre e il 7 dicembre 2022 (doc. UAIE 221 pp. 44-46) e sono state esaminati i più recenti esami radiografici (marzo/settembre 2022) prodotti dal ricorrente o figuranti agli atti, ragion per cui occorre ritenere che le

valutazioni espresse dai periti si fondano su dati oggettivi e attuali. La situazione non risulta inoltre essere nel frattempo mutata non avendo il ricorrente fatto valere una modifica della situazione di salute posteriore alla perizia e precedente alla pronuncia della decisione impugnata, né essendo emerso dalla documentazione fornita in tale lasso di tempo elementi nuovi non precedentemente considerati (cfr. complemento alla perizia del 20 dicembre 2023 [doc. 240]). L'autorità inferiore ha quindi senz'altro adempiuto adeguatamente al proprio obbligo inquisitorio.

**9.1.2** Al riguardo giova rilevare che la perizia pluridisciplinare del 23 giugno 2023, nonché le valutazioni specialistiche che la compongono (cfr. consid. 8.1) si fondano su informazioni fornite dalla persona esaminata e dai medici curanti, sull'esame del quadro clinico e delle risultanze della visita clinica dell'insorgente, nonché sulla documentazione medica agli atti (esaustivamente elencata dai periti [doc. UAIE 221 pp. 4-23]) così come sull'esito degli accertamenti strumentali e di laboratorio ordinati e raccolti dai periti (doc. UAIE 221 pp. 44-46). Il rapporto peritale contiene un'introduzione, un elenco degli atti e delle informazioni tratte dall'incarto, un'anamnesi dettagliata, le indicazioni soggettive del ricorrente e le constatazioni obbiettive, la diagnosi, la discussione congiunta nonché le conclusioni sulla capacità lavorativa residua. Tale referto può pertanto essere considerato perlomeno da un punto di vista formale un mezzo probatorio idoneo ai fini della valutazione dello stato di salute del ricorrente e dell'esigibilità dell'esercizio di un'attività lavorativa.

## **9.2**

**9.2.1** Dal punto di vista sostanziale, occorre innanzitutto rilevare che l'autorità inferiore ha dato seguito alla richiesta del TAF e fornito un quadro pluridisciplinare dello stato di salute dell'assicurato sia prima che dopo il 1° gennaio 2020, momento a partire dal quale, al più presto, potrebbe insorgere il diritto alla rendita. La perizia pluridisciplinare del 23 giugno 2023 ha permesso di fare luce su una serie di patologie in ambito neurologico, angiologico e internistico che, seppur senza influsso sulla capacità lavorativa, non erano state in precedenza esaminate dall'amministrazione. È stato inoltre possibile escludere la presenza di diagnosi di rilevanza psichiatrica. Dal punto di vista reumatologico, è stato infine possibile completare le diagnosi a suo tempo poste dal dott. G. \_\_\_\_\_ (doc. UAIE 356, 362) e fare luce sulla loro evoluzione nel tempo, essendo queste le uniche suscettibili di influire sulla capacità lavorativa dell'assicurato. Le diagnosi poste dal dott. L. \_\_\_\_\_ seppur in buona parte concordanti, divergono da quelle descritte dal medico curante, dott. O. \_\_\_\_\_ (cfr. certificati del 17 agosto

2021 [doc. UAIE 191] del 20 novembre 2022 [doc. UAIE 232 pp. 1-4] e dell'8 ottobre 2023 [doc. 232 p. 29]) laddove quest'ultimo attesta la presenza di ernie discali multiple sintomatiche, in particolare a livello lombare. Al riguardo il dott. L. \_\_\_\_\_ ha rilevato che la documentazione radiologica a sua disposizione ha messo in evidenza delle patologie degenerative che si localizzano prevalentemente alla colonna cervicale con delle spondilodiscoartrosi di lieve entità a livello C5/C6 e C6/C7, con una discopatia con protrusione discale posteriore mediana L4/L5. A suo modo di vedere *“si tratta di reperti di ben modica entità, che non portano a delle limitazioni significative dal punto di vista funzionale”* (doc. UAIE 240 p. 7). A tal proposito questo Tribunale rileva che agli atti non figura alcun esame strumentale posteriore alla RM alla colonna lombosacrale del 22 settembre 2022, debitamente visionata dal perito, né alcun reperto specialistico suscettibile di contraddirne le conclusioni diagnostiche. Dal canto suo anche il dott. K. \_\_\_\_\_ ha rilevato che dal punto di vista neurologico, pur ammettendo il possibile sviluppo di disturbi statici a livello del rachide lombo-sacrale, causato dai problemi alle ginocchia, all'attività professionale e all'età, non riscontra alcun deficit radicolare né una sindrome lombo-vertebrale (doc. 221 pp. 83-84). Quanto alla ridotta capacità visiva evocata dal dott. O. \_\_\_\_\_ (doc. 232 pp. 1-4 e 29), si tratta di un disturbo di cui i periti erano già a conoscenza e riguardo al quale non vi sono indizi circa un'evoluzione in senso negativo. Le conclusioni del medico curante non si riferiscono ad alcun particolare esame specialistico e agli atti non è reperibile alcun rapporto oftalmologico attestante un peggioramento del visus rispetto al passato. Come giustamente osservato dalle dott.sse P. \_\_\_\_\_ e J. \_\_\_\_\_, le riferite difficoltà a condurre l'automobile risulterebbero essere legate ai dolori nel mantenere la posizione e all'affaticamento, piuttosto che a problemi visivi (doc. UAIE 240). Al di fuori di quanto appena esposto, non vi è traccia – né il ricorrente se ne prevale – di nuove diagnosi, non considerate dai periti del SAM, insorte nel lasso di tempo fra la data della perizia pluridisciplinare e quella dell'emanazione della decisione impugnata. Nuovi elementi non considerati dai periti non sono emersi né dalla documentazione allegata alle osservazioni al progetto di decisione (doc. UAIE 232-233), debitamente visionata dai periti del SAM (doc. UAIE 240), né tantomeno da quella prodotta in corso di causa (cfr. consid. 8.6) che era da tempo già stata versata agli atti ed esaminata dall'amministrazione – con la sola eccezione del rapporto di riabilitazione della dott.ssa Q. \_\_\_\_\_ del 28 novembre 2023 dal quale non emerge in ogni caso alcuna nuova diagnosi né alcun indizio relativo a patologie nuove (doc. UAIE 245 pp. 57-58).

**9.2.2** Sebbene il ricorrente si prevalga del recente insorgere di nuove patologie di natura angiologica – e meglio la flogosi tromboflebitica all'arto inferiore destro, le stesse non risultano rilevanti per la definizione della presente vertenza. Tali patologie sono state infatti riscontrate soltanto in occasione della visita al pronto soccorso del 7 agosto 2024 e descritte dal dott. I. \_\_\_\_\_ nel rapporto dello stesso giorno (doc. TAF 18). Non essendovi indizi agli atti che inducano a credere che tale affezione fosse già manifesta al 3 gennaio 2024, data dell'emanazione della decisione impugnata, non vi è pertanto motivo di esaminare, in questa sede, quale sia il suo influsso sullo stato di salute e la capacità lavorativa dell'assicurato. Al riguardo si ritiene che tali affezioni dovranno essere, se del caso, valutate nel quadro di una nuova domanda di prestazioni (si cfr. consid. 11).

### **9.3**

**9.3.1** Sulla base di quanto emerge dalla documentazione medica versata agli atti e alla luce delle valutazioni peritali, si può quindi confermare che lo stato di salute dell'assicurato ha subito un primo peggioramento a partire nel maggio 2011 a seguito dell'infortunio al ginocchio destro (cfr. consid. A.b).

**9.3.2** Un ulteriore aggravamento dello stato di salute si è manifestato dall'infortunio del 22 ottobre 2017 che ha causato l'insorgere di una borsite postraumatica oleocranica al gomito destro con probabile irritazione del nervo ulnare (doc. UAIE 128 pp. 5-10). L'intervento di borsectomia eseguito il 22 dicembre 2017 ha avuto un esito positivo ed è stato completamente risolutivo (nonostante il persistere di dolore soggettivo, senza eziologia chiara e non spiegabile dai reperti oggettivi), avendo sanato la borsite e permesso il recupero completo del nervo ulnare destro (dott. F. \_\_\_\_\_ [doc. UAIE 340 p. 4], dott. G. \_\_\_\_\_ [doc. UAIE 356 p. 8]). Sebbene sussistesse nel decorso una parziale anchilosi del gomito destro, di tale disturbo non risulta esservi più traccia al momento della visita del dott. L. \_\_\_\_\_ che ha peraltro constatato l'assenza di recidiva (doc. 221 p. 138). Nei mesi successivi all'intervento al gomito destro, l'interessato ha iniziato a lamentare dei disturbi alla spalla destra riconducibili allo sviluppo di una tendinopatia calcifica del sovraspinato da conflitto subacromiale identificata tra giugno e ottobre 2018 quale periartropatia omero-scapolare calcarea (doc. UAIE 128 pp. 12-13 e 17-19, 343, 345, 346) che il dott. F. \_\_\_\_\_ ha ritenuto di origine degenerativa e non correlata con il sinistro di ottobre 2017 (doc. 340 p. 4). Falliti i tentativi di trattamento conservativo, l'assicurato è stato sottoposto il 24 giugno 2019 a un intervento di artroscopia diagnostica della spalla destra con coplanning acromio-claveare e

asportazione della calcificazione, dall'esito favorevole e con un netto miglioramento dei disturbi nel decorso post-operatorio. Il dott. L. \_\_\_\_\_, ha riferito di non aver riscontrato al momento della visita peritale gravi segni di periartropatia o di problematica di tipo anchilosante e di aver constatato una mobilità passiva praticamente normale del braccio destro, nonostante l'assicurato blocchi attivamente i movimenti per un atteggiamento difensivo (doc. 221 p. 138). Già all'epoca dell'insorgere delle patologie al braccio destro, era stata segnalata dal dott. G. \_\_\_\_\_ l'esistenza di una sindrome cervico-vertebrale che il dott. L. \_\_\_\_\_, sulla base del più recente esame radiografico ha identificato come *"discopatia C5-C6 e C6-C7 non particolarmente avanzata con reperti clinici senza segni di compressioni o irritazione radicolare ma nell'ambito di una problematica cervico-vertebrale localizzata"* (doc. UAIE 221 p. 138).

**9.3.3** L'ultimo peggioramento dello stato di salute è intervenuto a partire dal 20 luglio 2022 a seguito del trauma contusivo diretto al polso sinistro che ha condotto allo sviluppo di una borsite oleocranica al gomito sinistro, risoltasi nel decorso senza necessità di intervenire chirurgicamente (doc. UAIE 221 p. 138). In concomitanza con i disturbi al gomito si sono manifestati anche dei dolori alla spalla di sinistra, che l'esame radiografico del 10 settembre 2022 ha identificato quale periartropatia omero-scapolare tendinopatica di modica entità alla cuffia dei rotatori in particolar modo al tendine del sovraspinoso associata ad artrosi acromioclavicolare con minima calcificazione. Da allora non risulta che l'assicurato si sia sottoposto a una specifica terapia per la cura di tale patologia, né risulta che questi faccia uso di un particolare trattamento analgesico (doc. 221 p. 139). Per il resto non risulta dalla documentazione versata agli atti che la situazione sia ulteriormente evoluta in senso negativo o positivo. È utile infatti rilevare che posteriormente alla valutazione pluridisciplinare del 23 giugno 2023 e fino al momento dell'emanazione della decisione impugnata, l'assicurato ha prodotto unicamente, quali referti inediti e attuali, il certificato dell'8 ottobre 2023 del dott. O. \_\_\_\_\_ (doc. UAIE 232 p. 29) e il rapporto di riabilitazione della dott.ssa Q. \_\_\_\_\_ del 28 novembre 2023 (doc. UAIE 245 pp. 57-58) dai quali non emerge tuttavia alcun'indicazione riguardo ad un eventuale, ulteriore aggravamento dello stato di salute, né di elementi nuovi o non precedentemente considerati (complemento alla perizia del 20 dicembre 2023 [doc. 240]).

**9.3.4** Sotto il profilo psichiatrico, internistico, angiologico e neurologico, non risulta esservi stato alcun particolare aggravamento della situazione valetudinaria, messa a parte l'insorgenza del diabete mellito di tipo II (fatto risalire agli ultimi anni prima dell'esame peritale). A mente del dott.

N. \_\_\_\_\_ vi è un'adeguata presa a carico delle problematiche vascolari e la situazione è risultata essere stabile, pur persistendo un'inevitabile tendenza alla progressione dell'arteriosclerosi (doc. UAIE 221 p. 145).

#### 9.4

**9.4.1** Per quanto attiene alla residua funzionalità, i periti hanno rilevato nella discussione congiunta che l'assicurato è limitato in maniera preponderante dalle patologie reumatologiche a livello del ginocchio destro – in particolare nell'assumere la posizione inginocchiata, nel salire e scendere ripetutamente le scale e nel lavorare su terreni sconnessi – e della spalla sinistra dopo il trauma di luglio 2022, avendo constatato rispetto alle precedenti valutazioni un miglioramento della funzionalità della spalla destra. L'interessato si trova quindi soprattutto limitato *“se deve tenere oggetti per lungo tempo tenendo il braccio alzato sopra l'orizzontale”*. Per tale ragione l'assicurato risulta essere *“limitato in attività lavorative particolarmente pesanti in cui debba alzare pesi tra i 10 e i 15 kg fino all'altezza dei fianchi. Sopra l'orizzontale può alzare tra i 3 e i 5 kg con entrambe le braccia”*. Essendo destrimano l'interessato *“può utilizzare il braccio destro con maggiore facilità rispetto alla valutazione medico-fiduciaria del dott. G. \_\_\_\_\_ con l'utilizzo del braccio destro anche in movimenti ripetitivi e monotoni. Da evitare comunque lavori in cui debba eseguire sforzi estremi o lavorare contro importante resistenza”*. Tali limitazioni corrispondono in larga misura a quelle esposte dal dott. G. \_\_\_\_\_ (doc. UAIE 356 p. 11), sebbene tengano conto del miglioramento della situazione nel frattempo intervenuto, a seguito dell'intervento alla spalla destra e al recupero della funzionalità dell'arto descritto dal dott. L. \_\_\_\_\_.

**9.4.2** Dal punto di vista psichiatrico e internistico non sono state riscontrate limitazioni, mentre dal punto di vista neurologico la persistenza di un'ipotesia distale nelle dita ulnari, non risulta avere conseguenze pratiche dal punto di vista funzionale. Dal punto di vista angiologico, infine, l'arteriopatia risulta essere ben compensata ragione per cui non si ravvisano particolari limitazioni suscettibili di interferire sulla capacità lavorativa (doc. UAIE 221 p. 64).

**9.4.3** Si rileva che le limitazioni illustrate non risultano contraddette da nessuno dei referti medici prodotti dall'assicurato o assunti precedentemente agli atti. La documentazione prodotta in sede di opposizione al progetto di decisione (doc. UAIE 232, 233), così come quella in sede ricorsuale (doc. TAF 1, 17), non contengono infatti alcuna indicazione utile su tale aspetto. In definitiva occorre pertanto ritenere che

i periti del SAM, così come il medico SMR hanno tenuto debitamente conto di tutte le limitazioni funzionali rilevanti nella definizione delle risorse e della capacità lavorativa dell'assicurato.

## **9.5**

**9.5.1** I periti sono infine unanimi nel ritenere che l'incapacità lavorativa dipenda esclusivamente dalle patologie reumatologiche. Essi hanno quindi elencato i periodi d'incapacità lavorativa a partire dall'infortunio al braccio destro del 22 ottobre 2017 fino al momento dell'esame peritale e sono concordi nel ritenere che a partire dal 20 luglio 2022, data del trauma al braccio sinistro, deve essere riconosciuta una persistente riduzione del rendimento del 20% (da intendersi su di una giornata di 8-9 ore), sia nell'attività di magazziniere precedentemente svolta, che in qualsiasi altra attività sostitutiva esigibile (doc. UAIE 221 pp. 65-68).

**9.5.2** Si osserva che nessun referto medico agli atti esprime un'opinione contraria in punto alla capacità lavorativa del ricorrente a decorrere dal 24 settembre 2019, con la sola eccezione del medico curante, dott. Scaramelli, che nel certificato medico dell'8 ottobre 2023 segnala una riduzione della capacità lavorativa del proprio paziente, senza tuttavia indicare in che misura. Ora, al netto delle possibili considerazioni sulla diversità dell'incarico assunto fra medico curante e perito e della valenza probatoria dei differenti reperti in caso di opinioni contrastanti (cfr. consid. 6.5), si rileva che le informazioni contenute nel suddetto certificato sono troppo vaghe e davvero troppo poco circostanziate per poter rimettere in discussione le conclusioni peritali. Del resto si osserva che neppure i rapporti del 13 ottobre, del 10 novembre 2022 e del 28 novembre 2023 della dott.ssa Q.\_\_\_\_\_ relativi al programma riabilitativo, aiutano maggiormente l'assicurato, ritenuto che la specialista non si esprime mai riguardo alla capacità lavorativa (doc. TAF 1). Da ultimo, neppure soccorre il ricorrente il riconoscimento dell'invalidità civile e l'eventuale attribuzione di una prestazione da parte degli enti previdenziali italiani, poiché il sistema italiano è fondato su presupposti differenti da quello svizzero (doc. UAIE 232 e doc. TAF 1).

**9.6** In conclusione risulta quindi provato, con il grado della verosimiglianza preponderante valido nelle assicurazioni sociali, che a decorrere dal 24 settembre 2019, da un punto di vista reumatologico, neurologico, internistico, oftalmologico e psichiatrico l'assicurato è in grado di esercitare un'attività sostitutiva rispettosa delle limitazioni funzionali, come quella di magazziniere da ultimo esercitata, in misura completa, mentre a partire dal 20

luglio 2022 nella misura del 80% inteso come rendimento ridotto sull'arco di un'intera giornata.

## **10.**

**10.1** Resta quindi da esaminare la conformità del tasso d'invalidità stabilito dall'UAIE in base al metodo generale del confronto dei redditi (DTF 137 V 20 consid. 5.2.3.2; DTF 130 V 343 consid. 3.4.2; sentenza del TF 8C\_536/2017 del 5 marzo 2018 consid. 5.1).

**10.2** Il Tribunale nella sentenza di rinvio succitata aveva in particolare rilevato delle irregolarità nel raffronto dei redditi su cui si è fondata la decisione impugnata, avendo l'autorità inferiore computato quale reddito da valido quello che l'assicurato avrebbe potuto percepire in un'attività semplice e ripetitiva svolta al 100%, nonostante egli fosse da ultimo impiegato soltanto al 25%, senza essere iscritto alla disoccupazione. L'amministrazione è stata pertanto invitata ad appurare quale attività egli svolgesse nel resto del tempo e nel caso non ne svolgesse alcuna, verificare se egli si fosse accontentato di lavorare soltanto al 25% o se avrebbe voluto svolgere altre mansioni nel tempo rimanente (cfr. sentenza citata consid. 6.2.3).

## **10.3**

**10.3.1** L'autorità inferiore ha rettammente ritenuto quale anno di riferimento per il raffronto dei redditi il 2020 (benché non sia chiaro perché essa menzioni il 2021), dal momento che il diritto ad un'eventuale rendita avrebbe potuto nascere al più presto a partire dal 1° gennaio 2020. A giusto titolo è stato inoltre fatto un secondo raffronto dei redditi in ragione del peggioramento dello stato di salute insorto dal 20 luglio 2022 a seguito del quale la capacità lavorativa in attività adeguate si è ridotta (DTF 129 V 222 consid. 4.1 e i riferimenti ivi citati; 128 V 174 consid 4.a; MICHEL VALTERIO, Droit de l'assurance-vieillesse et survivants (AVS) e de l'assurance-invalidité (AI), Commentaire thématique, ed. Schulthess, Ginevra/Zurigo/Basilea 2011, p. 548, N. 2063-2064).

**10.3.2** L'amministrazione ha quindi dapprima raffrontato il reddito da valido di fr. 67'394.- (ossia il salario che l'assicurato avrebbe potuto conseguire, secondo le tabelle RSS, in attività semplici e ripetitive svolte al 100%), con un reddito da invalido di fr. 57'284.75 (ossia il guadagno che egli avrebbe potuto conseguire malgrado il danno alla salute, sempre secondo le tabelle RSS, in attività semplici e ripetitive svolte al 100%, ma con una riduzione del 15% dovuta alla necessità di svolgere unicamente attività leggere e per

svantaggi salariali derivanti da contingenze particolari), ottenendo per il 2020 un discapito economico pari al 15%.

**10.3.3** Essa ha poi eseguito un nuovo raffronto dei redditi per il 2022 sulla base di un reddito da valido di fr. 65'511.51 (ossia il salario che l'assicurato avrebbe potuto conseguire, secondo le tabelle RSS, in attività semplici e ripetitive svolte al 100%) e di uno da invalido di fr. 55'167.58 (ossia il guadagno che egli avrebbe potuto conseguire malgrado il danno alla salute, sempre secondo le tabelle RSS, in attività semplici e ripetitive svolte all'80%, senza alcuna riduzione giurisprudenziale), ottenendo un discapito economico per pari al 15.79%.

**10.4** Il raffronto dei redditi suesposto, solleva dei dubbi a molteplici livelli.

**10.4.1** Innanzitutto non è chiaro su quali dati statistici l'amministrazione si sia fondata per determinare il grado d'invalidità. Al momento dell'emanazione della decisione impugnata (3 gennaio 2024) essa già disponeva della tabella TA1 del 2020 (pubblicata il 23 agosto 2022) alla quale avrebbe dovuto ricorrere (sentenza del TF 9C\_699/2015 del 6 luglio 2016 consid. 5.2 e riferimenti; cfr. anche MICHEL VALTERIO, Commentaire de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité [LAI], ad. art. 28a LAI, N. 35). Basandosi sulla suddetta tabella, non è tuttavia possibile giungere ai redditi statistici suesposti per il 2020, né tantomeno per il 2022 dopo aver proceduto all'opportuna indicizzazione. A ben vedere gli importi indicati nella decisione impugnata neppure coincidono con quelli del raffronto dei redditi figurante agli atti (doc. UAIE 223).

**10.4.2** Nel raffronto dei redditi riguardante il 2022 parrebbe inoltre esserci un errore di calcolo nel determinare il reddito da invalido. Ritenuto che l'amministrazione si riferisce al valore statistico di attività semplici e ripetitive per entrambi i redditi da porre a confronto e posto che l'interessato è sotto il profilo medico-teorico abile all'80%, è di meridiana evidenza che il reddito da invalido di fr. 55'167.58 non corrisponde all'80% del reddito da valido di fr. 65'511.51. L'autorità inferiore non spiega per altro il motivo per cui, contrariamente al raffronto dei redditi del 2020 in cui aveva ritenuto di dover apportare una deduzione del 15% dal reddito statistico da invalido, non ha riconosciuto la medesima riduzione giurisprudenziale anche per il raffronto dei redditi del 2022. Inoltre l'interessato nel 2022 avrebbe compiuto 61 anni motivo per cui andava perlomeno esaminata la possibilità di una deduzione relativa all'età.

**10.4.3** Occorre infine rilevare che nel determinare il grado d'invalidità l'UAIE non abbia fatto il minimo accenno al fatto che il ricorrente avesse già subito un danno alla salute a causa del quale dal 13 maggio 2011 non era più in grado di esercitare la professione di operaio edile (consid. A.b.b) e per il quale dal 1° maggio 2013 beneficiava di una rendita di invalidità da parte della SUVA del 16% (doc. UAIE 337) e che pertanto l'attività di magazziniere era già un'attività sostitutiva adeguata.

**10.5** Oltre ai dubbi appena esposti, la criticità maggiore è riscontrabile nel metodo scelto dall'amministrazione per l'accertamento del grado d'invalidità.

L'autorità inferiore non ha infatti dato seguito a quanto espressamente richiesto dal Tribunale nell'ambito del rinvio (consid. 6.2.3), avendo completamente omesso di accertare per quali motivi avesse lavorato come magazziniere solo nella misura del 25%. Di conseguenza non è dato sapere se l'assicurato fosse intenzionato a svolgere attività a tempo parziale o se, avendone avuto la possibilità, avrebbe incrementato il proprio grado d'impiego nell'attività sostitutiva di magazziniere, ritenuto tra l'altro, che la sua situazione valetudinaria all'epoca glielo permetteva e che in precedenza quale operaio edile lavorava a tempo pieno (consid. A.a e A.b). Non avendo considerato l'eventualità che il ricorrente, potesse aver deciso di limitare la propria attività lavorativa per occuparsi nel resto del tempo alle mansioni domestiche (art. 28a cpv. 2 LAI), anche se non fosse divenuto invalido, l'autorità inferiore neppure ha chiesto ai periti e al consulente in integrazione professionale di valutare la capacità dell'assicurato in tali attività. Nel caso in cui si ritenesse l'assicurato quale impiegato a tempo parziale, un tale accertamento sarebbe oltremodo necessario per calcolare il grado d'invalidità (DTF 130 V 97 consid. 3.3.1; sentenza TF 9C\_121/2011 consid. 3.1.1 e I 733/2006 del 16 luglio 2007 consid. 4.2.1 sui presupposti di un'inchiesta domiciliare all'estero).

**10.6** Ne consegue che limitatamente all'aspetto del grado di invalidità, il ricorso dev'essere accolto, la decisione del 3 gennaio 2024 annullata e l'incarto rinviato all'autorità inferiore affinché svolga gli accertamenti economici sopra indicati e quelli che questo Tribunale già aveva ordinato nell'ambito del precedente rinvio (consid. 10.5). Una volta completata l'istruttoria, essa si esprimerà nuovamente sul diritto alla rendita dell'interessato.

**10.7** In siffatte circostanze, 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 sopra. In assenza di un'istruttoria complementare sugli aspetti economici determinanti, non risulta pertanto possibile determinarsi con il necessario grado della verosimiglianza preponderante sul grado di invalidità e sul diritto alla rendita dell'assicurato a decorrere dal 1° gennaio 2020.

#### **11.**

Da ultimo va rilevato che i referti medici prodotti in sede ricorsuale (doc. TAF 17), seppur non suscettibili di influire sull'esito della presente vertenza, in quanto posteriori all'emanazione della decisione impugnata, potrebbero essere rilevanti per la valutazione dello stato di salute attuale dell'assicurato. Essi vengono pertanto trasmessi per competenza all'UAIE affinché ne verifichi la rilevanza.

#### **12.**

**12.1** Visto l'esito della procedura non vengono prelevate spese processuali (art. 63 PA). L'anticipo equivalente alle presunte spese processuali di fr. 800.- versato il 27 marzo 2024 (doc. TAF 7, 8), è restituito al ricorrente.

**12.2** Giusta l'art. 64 cpv. 1 PA, l'autorità di ricorso, se ammette il ricorso in tutto o in parte, può assegnare al ricorrente delle indennità per le spese indispensabili e relativamente elevate che ha sopportato (spese ripetibili).

In concreto poiché il ricorrente, che non è rappresentato da un legale, non ha dimostrato di aver sostenuto delle spese importanti in ragione della presente causa, non viene riconosciuta alcuna indennità a titolo di spese ripetibili (art. 64 cpv. 1 PA e art. 7 segg. del regolamento del 21 febbraio 2008 sulle tasse e sulle spese ripetibili nelle cause dinanzi al Tribunale amministrativo federale [TS-TAF, RS 173.320.2]).

Il dispositivo è menzionato alla pagina seguente.

**Per questi motivi, il Tribunale amministrativo federale pronuncia:**

**1.**

Nella misura in cui è ammissibile il ricorso è accolto, nel senso che la decisione del 3 gennaio 2024 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. \_\_\_\_\_ da gennaio 2020 ai sensi dei considerandi.

**2.**

Gli atti allegati al doc. TAF 17 vengono trasmessi all'UAIE per competenza.

**3.**

Non si prelevano spese processuali. L'anticipo di fr. 800.-, corrisposto con versamento del 27 marzo 2024, sarà restituito al ricorrente allorché la presente sentenza sarà passata in giudicato.

**4.**

Non si attribuiscono ripetibili.

**5.**

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

I rimedi giuridici sono menzionati alla pagina seguente.

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

Data di spedizione: