

BVGer C-2192/2019 vom 7. Juli 2020

Bundesverwaltungsgericht, 2020-07-07, IT

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bvger_C-2192_2019

FR: TAF C-2192/2019 du 7 juillet 2020

IT: TAF C-2192/2019 del 7 luglio 2020

Regeste

Diritto alla rendita

Erwägungen

E. 1.1

Il Tribunale amministrativo federale esamina d'ufficio e con piena cognizione la sua competenza rispettivamente l'ammissibilità dei gravami che gli vengono sottoposti (art. 7 cpv. 1 PA; DTAF 2016/15 consid. 1; 2014/4 consid. 1.2). Il Tribunale amministrativo federale giudica, in virtù dell'art. 31 LTAF in combinazione con l'art. 33 lett. d LTAF e l'art. 69 cpv. 1 lett. b LAI (RS 831.20), i ricorsi contro le decisioni, ai sensi dell'art. 5 PA, rese dall'UAIE.

E. 1.2

La procedura dinanzi al Tribunale amministrativo federale è retta dalla PA, in quanto la LTAF non disponga altrimenti (art. 37 LTAF). In virtù dell'art. 3 lett. dbis PA, la procedura in materia di assicurazioni sociali non è disciplinata dalla PA nella misura in cui è applicabile la LPGA (RS 830.1). Secondo l'art. 2 LPGA, le disposizioni della legge stessa sono applicabili alle assicurazioni sociali disciplinate dalla legislazione federale, se e per quanto le singole leggi sulle assicurazioni sociali lo prevedano. Giusta l'art. 1 cpv. 1 LAI, le disposizioni della LPGA sono applicabili all'assicurazione per l'invalidità (art. 1a-26bis e 28-70), sempre che la LAI non deroghi alla LPGA. Secondo le regole generali del diritto intertemporale, si applicano le norme procedurali in vigore al momento dell'esame del ricorso (DTF 130 V 1 consid. 3.2).

E. 1.3

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

E. 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).

E. 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).

E. 3.2

La decisione impugnata con cui l'UAIE ha respinto la domanda di rendita AI presentata il 14 maggio 2018 è stata emessa il 15 aprile 2019. Ne consegue che sono applicabili le modifiche legislative di cui alla 6a revisione della LAI (primo pacchetto) entrate in vigore il 1° gennaio 2012 e le modifiche intervenute fino alla data della decisione impugnata.

E. 3.3

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 e meglio il 15 aprile 2019 (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).

E. 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).

E. 5.1

Oggetto del contendere è unicamente il diritto di A. _____ di percepire una rendita di invalidità intera a partire dal 1° novembre 2018, e meglio al più presto dopo sei mesi dalla data in cui ha rivendicato il diritto alle prestazioni - consid. B.a - conformemente all'art. 29 cpv. 1 LPGA e all'art. 29 cpv. 1 e cpv. 3 LAI. Irricevibile, in quanto tardiva, è infatti la richiesta tendente al riconoscimento di provvedimenti d'integrazione professionale formulata dall'insorgente con osservazioni del 21 febbraio 2020 (doc. TAF 37). Non essendo stata contestata con il ricorso, in relazione a questo rapporto giuridico la decisione è passata in giudicato (consid. D).

E. 5.2

L'insorgente sostiene che le perizie esperite dai medici fiduciari dell'B. _____ SA, su cui si fondano il SMR e l'amministrazione, costituiscono mere valutazioni di parte prive di forza probante. Egli evidenzia che le stesse, allestite da medici non specialisti in pneumologia, si fondano su accertamenti carenti ed errati. Sulla base della documentazione medica agli atti, in particolare del parere medico-legale del dott. P. _____ del 10 maggio 2019 (allegato al doc. TAF 3), il ricorrente ritiene che lo stato di salute comporta un'incapacità lavorativa completa in ogni attività e postula di essere sottoposto ad una perizia pluridisciplinare (pneumologica, reumatologica-ortopedica, endocrinologica e cardiologica). Egli contesta infine il calcolo eseguito per stabilire il grado di invalidità, segnatamente l'ammontare del reddito da invalido, prevalendosi di una riduzione sociale maggiore, pari al 20%, e chiedendo la parallelizzazione dei redditi.

E. 5.3

L'amministrazione ritiene per contro, segnatamente sulla base del rapporto del 18 marzo 2019 del dott. F. _____ (doc. B. _____ 20), nonché sui rapporti ed annotazioni SMR del 25 giugno 2018 (doc. UAIE 17), 25 gennaio 2019 (doc. UAIE 23), 26 febbraio 2019 (doc. UAIE 31), 22 marzo 2019 (doc. UAIE 37), 1° aprile 2019 (doc. UAIE 40), 25 giugno 2019 (allegato al doc. TAF 9), 9 agosto 2019 (allegato al doc. TAF 15) e 13 settembre 2019 (allegato al doc. TAF 17), che il ricorrente è interamente inabile al lavoro nell'attività abituale di verniciatore di carrozzeria dal 14 dicembre 2017, mentre abile al 100% dalla stessa data in attività sostitutive idonee, rispettose di determinate limitazioni funzionali. L'UAIE ritiene inoltre ingiustificato procedere alla parallelizzazione dei redditi, evidenziando nel contempo che pure una riduzione del reddito da invalido pari al 20% non condurrebbe al riconoscimento di una rendita di invalidità.

E. 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).

E. 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).

E. 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%.

E. 7.1

Al fine di poter graduare l'invalidità, all'amministrazione (o al giudice in caso di ricorso) è necessario disporre di documenti che devono essere rassegnati dal medico o eventualmente da altri specialisti. Benché l'invalidità sia una nozione economico-giuridica, le certificazioni mediche possono costituire importanti elementi per apprezzare il danno invalidante e per determinare quali lavori siano ancora ragionevolmente esigibili dall'assicurato (DTF 132 V 93 consid. 4). Il compito del medico consiste nel porre un giudizio sullo stato di salute, nell'indicare in quale misura e in quali attività l'assicurato è incapace al lavoro come pure nel fornire un importante elemento di giudizio per determinare quali lavori siano ancora ragionevolmente esigibili dall'assicurato. Affinché un rapporto medico acquisti valore di prova rilevante è determinante che esso sia completo in merito ai temi sollevati, si fondi, in piena conoscenza della pregressa situazione valetudinaria (anamnesi), su esami approfonditi, tenga conto di tutte le affezioni di cui si lamenta l'assicurato e sia chiaro nell'esposizione delle correlazioni mediche o nell'apprezzamento della situazione medica; le

conclusioni dell'esperto devono inoltre essere motivate. Determinante quindi per stabilire se un rapporto medico ha valore di prova non è né la sua origine né la sua denominazione, ad esempio, quale perizia o rapporto, ma il suo contenuto (DTF 134 V 231 consid. 5.1; 125 V 351 consid. 3a). Il rapporto medico deve altresì essere redatto da medici che dispongono delle qualifiche specialistiche richieste nel singolo caso (sentenze del TF 9C_855/2017 del 22 novembre 2017 consid. 3.1 e 9C_826/2009 del 20 luglio 2010 consid. 4.2).

E. 7.2

Il giudice delle assicurazioni sociali deve esaminare in maniera obiettiva tutti i mezzi di prova, indipendentemente dalla loro provenienza, e poi decidere se i documenti messi a disposizione permettono di giungere ad un giudizio attendibile sulle pretese giuridiche litigiose (DTF 125 V 351 consid. 3a). Il Tribunale federale ha però ritenuto conforme al principio del libero apprezzamento delle prove definire delle direttive in relazione alla valutazione di determinate forme di rapporti e perizie (DTF 125 V 351 consid. 3b). In particolare, le perizie affidate dagli organi dell'amministrazione a medici esterni oppure a un servizio specializzato indipendente, che fondano le proprie conclusioni su esami e osservazioni approfondite, dopo aver preso conoscenza dell'incarto, e che giungono a risultati concludenti, dispongono di forza probatoria piena, a meno che non vi siano indizi concreti atti a mettere in discussione la loro attendibilità (DTF 137 V 210 consid. 2.2.2; 135 V 465 consid. 4.4; 125 V 351 consid. 3b/bb). Per quel che riguarda le perizie di parte, esse contengono considerazioni specialistiche che possono contribuire ad accertare i fatti, da un punto di vista medico. Malgrado esse non abbiano lo stesso valore probatorio di una perizia giudiziaria, il giudice deve valutare se questi referti medici sono atti a mettere in discussione la perizia giudiziaria oppure quella ordinata dall'amministrazione. Giova altresì rilevare come debba essere considerato con la necessaria prudenza l'avviso dei medici curanti, anche se specialisti, i quali possono tendere a pronunciarsi in favore del proprio paziente a dipendenza dei particolari legami che essi hanno con gli stessi (sentenza del TF I 655/05 del 20 marzo 2006 consid. 5.4; DTF 125 V 351 consid. 3b/cc). Ai rapporti allestiti da medici alle dipendenze di un'assicurazione può essere attribuito pieno valore probatorio, a condizione che essi si rivelino concludenti, compiutamente motivati e privi di contraddizioni e che, inoltre, non sussistano degli indizi concreti suscettibili di far dubitare della loro 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).

E. 8.1.1

Per l'art. 59 cpv. 2bis LAI i servizi medici regionali sono a disposizione degli uffici AI per valutare le condizioni mediche del diritto alle prestazioni, stabiliscono la capacità funzionale dell'assicurato - determinante per l'AI secondo l'art. 6 LPGa - di esercitare un'attività lucrativa o di svolgere le mansioni consuete in una misura ragionevolmente esigibile e sono indipendenti per quanto concerne le decisioni in ambito medico nei singoli casi. Scopo e senso dell'art. 59 cpv. 2bis LAI, come pure dell'art. 49 OAI risiedono nella possibilità, per gli uffici AI, di fare capo ai propri medici per la valutazione degli aspetti sanitari del diritto alla rendita. Questi ultimi, grazie alle loro specifiche conoscenze medico-assicurative, sono quindi chiamati a valutare la capacità funzionale della persona assicurata. In questo modo è stata creata una chiara separazione di competenze tra medici

curanti e assicurazione sociale. Sulla base delle indicazioni del SMR, l'UAI deve così decidere cosa si può ragionevolmente pretendere da un assicurato e cosa invece no (sentenza del TF 9C_9/2010 del 29 settembre 2010 consid. 2). Peraltro, i rapporti SMR hanno la funzione di effettuare una sintesi delle informazioni e degli esami medici di cui agli atti di causa e formulare delle raccomandazioni quanto al seguito da dare all'incarto da un punto di vista medico (sentenza del TF 9C_542/2011 del 26 gennaio 2012 consid. 4.1). Per poter loro attribuire pieno valore probatorio, i rapporti dei servizi medici regionali devono essere redatti da medici che dispongono delle qualifiche specialistiche richieste nel singolo caso di specie. Se ciò non è il caso, il loro valore probatorio è affievolito (sentenza del TF 9C_826/2009 del 20 luglio 2010 consid. 4.2).

E. 8.1.2

I rapporti interni del SMR ai sensi dell'art. 49 cpv. 3 OAI non pongono autonomamente delle diagnosi, bensì apprezzano sotto l'aspetto medico i reperti esistenti. Il loro compito è di sintetizzare - a beneficio anche dell'amministrazione e dei tribunali che altrimenti non dispongono necessariamente di simili conoscenze specialistiche - la situazione medica. Non è dunque indispensabile che la persona assicurata venga visitata. Il SMR esegue direttamente esami medici solo se lo ritiene necessario. Negli altri casi rende la propria valutazione sulla base della documentazione esistente. L'assenza di propri esami diretti non costituisce, per invalsa giurisprudenza, un motivo per mettere in dubbio la validità di un rapporto SMR se esso soddisfa altrimenti le esigenze di natura probatoria generalmente riconosciute (SVR 2009 IV n. 56 pag. 174 [9C_323/2009] consid. 4.3.1 con riferimenti; cfr. pure sentenza 9C_294/2011 del 24 febbraio 2012 consid. 4.2; cfr. anche sentenza 9C_787/2012 del 20 dicembre 2012, consid. 4.2.1).

E. 8.1.3

Al riguardo va in particolare rilevato che se è vero che nelle procedure concernenti l'assegnazione o il rifiuto di prestazioni di assicurazioni sociali non sussiste un diritto formale di essere sottoposto a perizia medica esterna da parte dell'ente assicuratore, un tale provvedimento (o perlomeno accertamenti complementari) deve tuttavia essere ordinato qualora sussistano anche solo dubbi minimi riguardo l'attendibilità e la concluzione delle attestazioni mediche interne dell'assicurazione (DTF 135 V 465 consid. 4).

E. 9

Nel caso in esame dai rapporti del dott. G. _____ del 20 dicembre 2017 (allegato 7 al doc. UAIE 1) e 9 gennaio 2018 (allegato 8 al doc. UAIE 1) si evince che l'insorgente, affetto dall'estate 2009 da enfisema centrolobulare diffuso, si era sottoposto in data 11 aprile 2017 ad una tomografia computerizzata (TC) al torace da cui era emersa " rarefazione della trama polmonare in relazione a noto quadro di enfisema. In corrispondenza del lobo medio si osservano alcuni fenomeni disventilativi con nodulazioni millimetriche di verosimile natura fibrotica. Non addensamenti parenchimali a focolaio in atto né immagini nodulari a carattere sospetto ". Il medico ha quindi posto le diagnosi di broncopneumopatia cronica ostruttiva su base enfisematosa con severo deficit funzionale, diabete in terapia orale, ipertensione arteriosa e dislipidemia. Mediante rapporti del 19 marzo 2018 (doc. UAIE 14), 9 luglio 2018 (doc. UAIE 18) e 4 dicembre 2018 (doc. UAIE 20) il dott. G. _____ ha, per l'essenziale, ripreso le valutazioni e conclusioni testé esposte. In particolare, le spirometrie effettuate ad intervalli regolari (allegato 8 al doc. UAIE 1, allegato al doc. UAIE 14, allegato al doc. UAIE 18, allegato al doc. UAIE 20) evidenziavano una marcata/severa

ostruzione polmonare.

E. 10.1.1

Nell'ambito della procedura in materia di assicurazione malattia (perdita di guadagno) il dott. D._____, mediante rapporto del 27 marzo 2018 (doc. B._____, 10), commissionato dalla B._____ SA, ha posto le diagnosi di " BPCO, enfisema centro lobulare diffuso e sindrome di impingement alla spalla destra con probabile lesione alla cuffia dei rotatori ". Il medico ha inoltre precisato che " già due anni fa, per la precisione il 20.04.2016 alla spirometria (...) vi era una sindrome ostruttiva grave, la FEV1 allora era del 32% rispetto al valore predetto. Una spirometria del 09.10.2017 mostrava un chiaro peggioramento con un FEV1 addirittura al 18% del predetto ", precisando che " dall'autunno 2017 esacerbazioni della BPCO a ripetizione con bronchiti frequenti (...). Attualmente va solo leggermente meglio, persiste una dispnea stadio III (ai minimi sforzi) ". Egli ha poi sottolineato che " si tratta di una BPCO evoluta, già almeno due anni fa allo stadio GOLD IV, poco responsiva a trattamento inalatorio con corticosteroidi, LABA, anticolinergici ", evidenziato solo un minimo miglioramento dopo la cessazione dell'attività lavorativa e indicato che, verosimilmente, col tempo si sarebbe verificato un lento progressivo peggioramento. Il dott. D._____ ha infine precisato che " da un paio di mesi presenta algia alla spalla destra con impotenza funzionale; ha fatto un ciclo di fisioterapia (...) senza alcun beneficio (...) ".

E. 10.1.2

Il medico ha pertanto ritenuto A._____, a prescindere dalla patologia alla spalla destra, definitivamente inabile al 100% nella professione di carrozziere (recte: verniciatore di carrozzeria).

E. 10.2

Con rapporto finale del 25 giugno 2018 (doc. UAIE 17) la dott.ssa I._____ ha posto le diagnosi con ripercussione sulla capacità lavorativa di enfisema centro-lobulare diffuso, BPCO e sindrome di impingement su lesione parziale della cuffia dei rotatori della spalla destra e le diagnosi senza ripercussioni sulla capacità lavorativa di diabete tipo II non insulino-richiedente, ipertensione arteriosa e dislipidemia (doc. UAIE 17 pag. 2). Essa ha pertanto considerato l'assicurato inabile al lavoro al 100% nell'attività abituale di carrozziere (recte: verniciatore di carrozzeria) dal 14 dicembre 2017, mentre totalmente abile dallo stesso giorno in attività sostitutive adeguate, rispettose di determinate limitazioni funzionali (lavori con carico massimo di 2 kg, in posizione seduta, senza sforzi fisici, non necessitanti l'utilizzo del braccio destro in modo ripetitivo e sopra l'orizzontale; UAIE 17 pag. 3).

E. 11.1

Con rapporto del 23 ottobre 2018 all'attenzione dell'B._____ SA (doc. B._____ 13), le cui conclusioni sono state, per l'essenziale, riprese in quello del 28 febbraio 2019 (doc. B._____ 17), la dott.ssa E._____ ha posto le diagnosi di " enfisema polmonare e BPCO-D.M.N.I.D ", evidenziando nel contempo che l'assicurato presentava frequenti riacutizzazioni bronchitiche necessitanti l'assunzione di antibiotici, tosse persistente e dispnea anche a riposo. Essa ha quindi ritenuto A._____ inabile al lavoro al 100% dal 15 dicembre 2017 nell'attività abituale, evidenziato una capacità lavorativa estremamente limitata in qualsiasi tipo di attività e formulato una prognosi negativa sia per quanto attiene l'evoluzione dello stato di salute che della capacità lavorativa.

E. 11.2

Mediante rapporto del 12 novembre 2018 (doc. B._____ 14) il dott. D._____ ha ripreso le argomentazioni e le conclusioni precedentemente esposte (consid. 10.1), esprimendo una prognosi non molto buona a medio-lungo termine per quanto attiene le affezioni polmonari.

E. 12

Il 31 gennaio 2019 la consulente in integrazione H._____ ha dichiarato che l'insorgente potrebbe svolgere attività lavorative semplici e non qualificate, indicando, a titolo esemplificativo, quelle di addetto qualità/imballaggio/confezione, addetto alla metallurgia meccanica nel settore industriale orologiero, operaio generico nel settore della componentistica industriale, venditore ed impiegato amministrativo con compiti semplici. Essa ha inoltre ritenuto che l'adozione di ulteriori provvedimenti professionali non avrebbe migliorato la capacità di guadagno dell'assicurato (doc. UAIE 24 pag. 2).

E. 13.1

In sede di osservazioni al progetto di decisione del 1° febbraio 2019 sono stati assunti i rapporti dell'11 febbraio (doc. UAIE 26) e 11 marzo 2019 (doc. UAIE 34) del dott. G._____ il quale ha sostenuto che " il quadro clinico funzionale conferma importante dispnea per sforzi anche lievi comportante severa limitazione dell'attività fisica-lavorativa tale da porre il giudizio di inabilità lavorativa totale ". In particolare la spirometria dell'11 marzo 2019 (allegato 1 al doc. UAIE 34) ha evidenziato ostruzione di grado severo, importante aumento del volume residuo da enfisema e severo deficit del transfer alveolo capillare.

E. 13.2

Chiamata a confrontare la TC al torace del 10 aprile 2017 con quella eseguita l'11 marzo 2019, mediante referto del 14 marzo seguente la dott.ssa S._____, specialista in radiologia, ha evidenziato " (...) noto quadro di enfisema centrolobulare diffuso bilaterale. Non ispessimenti patologici dell'interstizio. Assenza di bronchiectasie. Non si apprezzano focalità parenchimali polmonari di aspetto evolutivo né versamento pleuro-pericardico. Aspecifico nodulo di 6 mm nel segmento posteriore del lobo superiore destro. Ulteriore aspecifico nodulo di 3 mm nel lobo medio invariato. Non focalità ossee patologiche " (allegato 2 al doc. UAIE 34). Malgrado la precisazione " confronto con TC del 10-04-2017 " il medico non ha tuttavia proceduto a concretizzare eventuali differenze.

E. 14

Con rapporto del 18 marzo 2019 (doc. B._____ 20), commissionato dall'B._____ SA, il dott. F._____, che ha visitato l'assicurato il giorno stesso, ha posto le diagnosi di " BPCO stadio GOLD 4 con insufficienza respiratoria su enfisema centro lobulare, diabete mellito tipo II in terapia orale, ipertensione arteriosa in cura farmacologica, dislipidemia in cura farmacologica, sindrome da attrito sottoacromiale alla spalla dx ". Egli ha perciò ritenuto l'assicurato inabile al lavoro al 100% a titolo definitivo per la professione abituale di carrozziere (recte: verniciatore di carrozzeria) come pure per tutte le attività lavorative che comportano sforzi fisici, mentre totalmente abile (normale tempo di lavoro con normale rendimento) in un'attività adatta alle sue condizioni di salute, e meglio in un lavoro leggero, che non comporti sforzi fisici, da svolgere prevalentemente in posizione seduta con possibilità di effettuare piccoli spostamenti su terreno pianeggiante senza portare pesi, da

svolgere in ambiente sano per le vie respiratorie in assenza di sostanze irritanti, fumo e polvere, che non comporti attività con le braccia sopra l'altezza delle spalle, in entrambi i casi dal 14 dicembre 2017.

E. 15.1.1

Pendente causa di ricorso è stato assunto il referto ecografico alla spalla destra del 29 marzo 2018 da cui emerge " aspetto irregolare del tendine del sovraspinato ridotto di spessore al passaggio sottoacromiale compatibile con esiti di lesione parziale di minima entità in quadro tendinosico " (allegato 8c al doc. TAF 1).

E. 15.1.2

Con rapporto del 16 aprile 2018 (allegati 8a-b al doc. TAF 1) il dott. M._____ ha evidenziato algie della scapolo omerale destra con severa limitazione articolare in tutte le direzioni dell'arco articolare e segni di impingement. Il 3 settembre seguente (rapporto allegati 8d-e al doc. TAF 1) il medico ha evidenziato una netta riduzione delle algie della scapolo omerale destro con miglioramento funzionale.

E. 15.1.3

Mediante rapporto del 24 settembre 2018 la dott.ssa N._____ ha posto le diagnosi di " bronchite cronica enfisematosa con importante componente ostruttiva in follow-up pneumologico, da anni diabete mellito gravemente scompensato nel 2016 quando è stata variata e potenziata la terapia con ottimo controllo metabolico attuale, ipercolesterolemia ben controllata con dosaggio minimo di statina, ipertensione arteriosa con buoni valori (...) e recente artrite scapolo-omerale destra in terapia orale già sospesa e fisiatrica con miglioramento clinico progressivo " (allegato 7a-b al doc. TAF 1).

E. 15.1.4

Con referto dell'8 marzo 2019 (allegati 6a-6b al doc. TAF 1) il dott. O._____ ha in particolare evidenziato uno stato di dispnea per sforzi minimi, marcatamente aumentato secondo quanto indicato dal paziente, e cardiopalmo associato.

E. 15.2

In sede di completamento del ricorso l'insorgente ha prodotto il parere medico-legale del 10 maggio 2019 (allegato al doc. TAF 3) in cui il dott. P._____, dopo aver visitato l'assicurato il giorno stesso, ha posto le diagnosi di bronchite cronica enfisematosa con ostruzione di grado severo, ipertensione arteriosa, dislipidemia, diabete mellito tipo 2 e reflusso gastro-esofageo (allegato al doc. TAF 3 pag. 3). Egli ha quindi ritenuto A._____ totalmente inabile nell'attività abituale di carrozziere (recte: verniciatore di carrozzeria), mentre invalido all'80% in attività lavorative leggere, " in considerazione delle notevoli probabilità di riacutizzazioni bronchiali nel periodo invernale ed ai cambiamenti climatici, al rilevante pericolo di vita in caso di gravi infezioni polmonari che si potrebbero verificare fuori dal proprio domicilio per contatti con ambienti lavorativi possibili portatori di infezioni polmonari oltre alla notevole insufficienza respiratoria ben documentata, con dispnea per sforzi anche di modesta entità " (allegato al doc. TAF 3 pag. 3-4).

E. 16.1

In sede di replica il ricorrente ha prodotto il rapporto del 23 luglio 2019 (allegato 1 al doc. TAF 11) in cui il dott. G._____ ha ribadito la presenza di ostruzione di grado severo e severa dispnea anche per sforzi minimi, evidenziando nel contempo un " importante

aumento del volume residuo da enfisema, severo deficit del transfer alveolo capillare e moderato peggioramento dei flussi espiratori rispetto al controllo precedente ". Egli ha ribadito un'inabilità lavorativa totale.

E. 16.2

Mediante rapporto del 22 agosto 2019 il dott. Q._____ ha confermato una grave disventilazione ostruttiva, a componente reversibile con calo della diffusione alveolocapillare (allegato al doc. TAF 13).

E. 17

Il 20 gennaio 2020 (allegato al doc. TAF 28) il dott. G._____ ha indicato un " moderato peggioramento di FEV1, RV e moderato peggioramento DLCO rispetto all'esame del 23/07/19 " (consid. 16.1).

E. 18.1

Nella fattispecie è necessario esaminare se a giusto titolo l'amministrazione ha respinto la richiesta di prestazioni d'invalidità formulata dal ricorrente il 14 maggio 2018. Per procedere in tal senso, occorre determinare se l'assicurato presenta una capacità lavorativa del 100% in attività adeguate a partire dal 14 dicembre 2017, come ritenuto dall'autorità inferiore, e se quest'ultima, prima dell'emanazione della decisione impugnata, abbia svolto un sufficiente accertamento dei fatti giuridicamente rilevanti oppure avrebbe dovuto fare eseguire ulteriori esami medici per potersi determinare con cognizione di causa - secondo il grado della verosimiglianza preponderante valido nelle assicurazioni sociali - sullo stato di salute e sulla capacità lavorativa del ricorrente.

E. 18.2

Nel caso in esame l'UAIE si è fondato sulle conclusioni del proprio medico SMR, dott.ssa I._____, la quale si è a sua volta basata sugli atti medici assunti dall'B._____ SA, in particolare sul rapporto del dott. D._____ del 27 marzo 2018 (si confronti rapporto SMR del 25 giugno 2018 [doc. UAIE 17]) così come sulle valutazioni espresse dal dott. F._____ nel rapporto del 18 marzo 2019 (doc. B._____ 20, consid. 14, riprese ed avallate dal SMR con annotazione della dott.ssa I._____ del 1° febbraio 2019, doc. UAIE 40) secondo cui l'assicurato era abile al 100% dal 14 dicembre 2017 in attività sostitutive adeguate, rispettose di determinate limitazioni funzionali.

E. 19.1

A titolo preliminare si rileva che il rapporto del dott. F._____, testé menzionato, si basa su informazioni fornite dalla persona esaminata e dal medico curante, sull'esame del quadro clinico, sulle risultanze della visita del ricorrente e sulla documentazione medica agli atti. Nel suo insieme il referto è comprensivo dell'anamnesi, delle informazioni tratte dall'incarto, delle indicazioni del medico stesso, delle diagnosi nonché delle conclusioni. Tale rapporto può pertanto essere considerato - per lo meno formalmente - un mezzo probatorio idoneo alla valutazione dello stato di salute e della capacità lavorativa dell'insorgente.

E. 19.2.1

Dal punto di vista sostanziale, occorre evidenziare che le diagnosi e le affezioni riferite dal dott. F._____ concordano per l'essenziale con quelle riscontrate dal dott. D._____ (doc. B._____ 10, 11, 14), dalla dott.ssa E._____ (doc. B._____ 13 e 17), dal

medico curante dott. G._____ (allegati 7-8 al doc. UAIE 1, doc. UAIE 14, 18, 20, 26, 34) e dagli specialisti a cui si è rivolto l'assicurato (dott. M. _____[cfr. allegati 8a-d al doc. TAF 1], dott.ssa N. _____ [cfr. allegato 7a-b al doc. TAF 1], dott. O. _____ [cfr. allegato 6a-b al doc. TAF 1]. Altre diagnosi non sono state riscontrate né di nuova insorgenza o in precedenza non considerate, neppure dopo l'emanazione della decisione impugnata (si cfr. a tal proposito il rapporto del dott. P. _____ [cfr. allegato al doc. TAF 3], quelli del dott. G. _____ [allegato 1 al doc. TAF 11, allegato al doc. TAF 28] e del dott. Q. _____ [allegato al doc. TAF 13]).

E. 19.2.2

Riguardo alla prognosi e alle conseguenze delle patologie riscontrate, tutti i medici sono concordi nel ritenere che la situazione di salute non è suscettibile di miglioramento per quanto attiene le patologie polmonari, ma che anzi, in futuro potrebbe verificarsi un peggioramento. Al contrario, la patologia alla spalla destra è migliorata e l'evoluzione risulta essere piuttosto favorevole (consid. 10.1 e 15.1.2).

E. 19.2.3

Tutti i medici riconoscono un'incapacità lavorativa totale nell'attività abituale di verniciatore di carrozzeria, mentre i pareri divergono per quanto concerne l'influsso dei danni alla salute riscontrati sulla capacità lavorativa dell'insorgente in attività sostitutive. Il dott. F. _____ ritiene l'assicurato totalmente abile in una professione adatta, rispettosa di determinati limiti funzionali. Dal canto suo il dott. G. _____ indica una non meglio precisata incapacità lavorativa totale (consid. 16.1). Il dott. D. _____ non si è pronunciato sulla capacità lavorativa in attività sostitutiva, mentre la dott.ssa E. _____ ha evidenziato una capacità lavorativa estremamente limitata in qualsiasi attività. A mente del dott. P. _____ A. _____ risulta invalido (allegato al doc. TAF 3 pag. 4) nella misura dell'80% in attività leggere esigibili. Per contro nessuno degli ulteriori medici consultati, si è espresso in merito alla capacità lavorativa dell'assicurato. Sulla base della documentazione agli atti, la dott.ssa I. _____ ha quindi interamente aderito alla valutazione del dott. F. _____, precisando il momento a partire dal quale l'assicurato poteva considerarsi abile al lavoro in un'attività sostitutiva (14 dicembre 2017) e in che misura (100%), discostandosi pertanto dalle valutazioni del medico curante e del dott. P. _____ esposte pendente causa che ha ritenuto un diverso apprezzamento di fatti noti (allegato al doc. TAF 9).

E. 19.3.1

Riguardo alle divergenze fra i pareri medici, come già rammentato (consid. 7.2), vale il principio secondo cui le certificazioni del medico curante - anche se specialista (cfr. sentenza del TF U 202/01 del 7 dicembre 2001 consid. 2b/bb) - hanno un valore di prova ridotto, ciò in ragione del rapporto di fiducia che lo lega al suo paziente (cfr. DTF 125 V 353 consid. 3b/cc; 124 I 175 consid. 4; 122 V 161; sentenza del TF 8C_828/2007 del 23 aprile 2008; R. Spira, La preuve en droit des assurances sociales, in *Mélanges en l'honneur de Henri-Robert Schüpbach*, 2000, pag. 269s.). Il TF ha affermato che 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 sulla posizione del medico curante, anche se specialista (cfr., tra le tante, sentenza TF 9C_151/2011 del 27 gennaio 2012 consid. 5.1 con riferimenti; 9C_721/2012 del 24 ottobre 2012 consid. 4.4; I 1102/06 del 31 gennaio 2008; I 701/05 del 5 gennaio 2007 consid. 2).

E. 19.3.2

Alla luce di tali considerazioni occorre quindi relativizzare la valenza delle valutazioni del dott. G._____, dal momento che egli è intervenuto nella presente fattispecie in qualità di medico curante dell'assicurato. Inoltre non è chiaro se le sue conclusioni circa l'incapacità lavorativa totale si riferiscano a ogni attività oppure solo all'attività abituale (consid. 19.2.3). Già solo per questi motivi il referto non è completo. Dal canto suo il dott. F._____ ha agito nell'ambito di un mandato peritale, valutando lo stato di salute del ricorrente da un punto di vista medico-assicurativo ed elaborando le proprie conclusioni sulla base degli esami clinici personalmente condotti, dei pareri degli specialisti che lo hanno preceduto e delle indagini strumentali eseguite da quest'ultimi. Sebbene esso stesso non sia specializzato in pneumologia, va comunque riconosciuto che la specializzazione di cui dispone risulta indicata a valutare la particolare situazione del caso concreto. In ambito peritale, il medico internista è infatti chiamato a valutare lo stato di salute dell'assicurato affetto da disturbi di varia natura - epatologici, autoimmuni, allergologici, gastroenterologici, reumatologici e di tutte le altre problematiche di medicina generale - non suscettibili di un approccio chirurgico, considerando sia gli aspetti fisici che quelli psicologici. In tale contesto il medico internista è in grado di elaborare una diagnosi, prescrivere delle analisi, come pure indirizzare verso lo specialista del settore più indicato. Nel caso di specie il dott. F._____, dopo aver correttamente raccolto l'anamnesi e l'esame obiettivo, ha ritenuto superfluo sottoporre l'assicurato ad ulteriori esami strumentali, essendo questi già stati eseguiti dal medico curante. Allo stesso modo, avendo potuto confrontarsi con le valutazioni specialistiche versate agli atti ha considerato di disporre già di tutti gli elementi necessari per poter porre le diagnosi note ed esprimere le conclusioni riguardo alle conseguenze delle stesse sullo stato di salute.

E. 19.3.3

Per quanto attiene all'approfondito parere medico-legale del dott. P._____ del 10 maggio 2019 (consid. 15.2), immediatamente posteriore alla decisione impugnata, ma riferito alla situazione precedente la stessa e quindi rilevante in concreto, egli, che non dispone tra l'altro della specializzazione in pneumologia, riprende le diagnosi note, attesta in buona sostanza le medesime limitazioni funzionali, traendo tuttavia, senza spiegarne i motivi, delle conclusioni differenti in punto alla capacità lavorativa in attività sostitutive. In simili condizioni esse vanno pertanto considerate alla stregua di una differente valutazione della medesima fattispecie.

E. 19.3.4

In corso di causa la dott.ssa I._____, preso atto delle contestazioni mosse dal ricorrente, dei nuovi referti specialistici prodotti, nonché delle valutazioni del dott. F._____, ha ribadito nelle annotazioni SMR del 25 gennaio 2019 (doc. UAIE 23), 26 febbraio 2019 (doc. UAIE 31), 22 marzo 2019 (doc. UAIE 37) e 1° aprile 2019 (doc. UAIE 40), la fondatezza delle proprie conclusioni espresse nel rapporto finale del 25 giugno 2018 (doc. UAIE 17), evidenziando che le diagnosi, i limiti funzionali e la capacità lavorativa risultavano invariati. Come previsto dall'art. 49 cpv. 3 OAI il rapporto finale della dott.ssa I._____ non pone autonomamente delle diagnosi, bensì apprezza sotto l'aspetto medico i reperti esistenti. Per esporre le proprie considerazioni essa si è sostanzialmente fondata sulle valutazioni del dott. F._____, pur tenendo conto degli atti medici prodotti dal ricorrente, fra i quali figurano numerosi esami strumentali nonché pareri specialistici relativi alle differenti problematiche lamentate dall'assicurato. Si rammenta per altro che l'assenza di propri esami diretti non costituisce, per invalsa giurisprudenza, un motivo per mettere in

dubbio la validità di un rapporto SMR se esso soddisfa altrimenti le esigenze di natura probatoria generalmente riconosciute (SVR 2009 IV n. 56 pag. 174 [9C_323/2009] consid. 4.3.1 con riferimenti; cfr. pure sentenza 9C_294/2011 del 24 febbraio 2012 consid. 4.2; cfr. anche sentenza 9C_787/2012 del 20 dicembre 2012, consid. 4.2.1). Sebbene pure la dott.ssa I._____ non disponga di una specializzazione in pneumologia, ciò non toglie legittimità o valenza ai rapporti da essa redatti. Il SMR è sostanzialmente incaricato di fornire all'amministrazione una sintesi delle indicazioni mediche contenute nei differenti reperti medici assunti nel corso dell'istruttoria e, in caso di bisogno, proporre ulteriori accertamenti specialistici volti ad indagare determinati aspetti ancora inesplorati (sentenza del TF 9C_542/2011 del 26 gennaio 2012 consid. 4.1; sentenza del TF 9C_9/2010 del 29 settembre 2010 consid. 2). Nella fattispecie, tali complementi di istruttoria non erano necessari, dal momento che questi erano già stati esperiti privatamente dal ricorrente e ampiamente prodotti nel corso della procedura amministrativa. Dalla documentazione prodotta non emergono contraddizioni riguardo alle diagnosi e ai disturbi lamentati dall'insorgente, né tantomeno vi sono richieste da parte del medico curante di indagare ulteriormente determinate problematiche. Non era di conseguenza necessario selezionare in seno al SMR un medico specializzato in un determinato ambito della medicina. Né tantomeno era necessario incaricarlo dopo la valutazione del caso da parte delle dott.ssa I._____, non avendone questa fatto domanda e non essendovi motivo di credere che quest'ultima non disponesse di tutte le informazioni necessarie per valutare lo stato di salute e la capacità lavorativa dell'insorgente.

E. 19.3.5

In virtù del principio inquisitorio, infatti, il giudice deve segnatamente disporre indagini supplementari in presenza di valide ragioni, quali censure invocate dalle parti o indizi risultanti dagli atti (DTF 117 V 282 consid. 4a con riferimenti). Quando tuttavia l'istruttoria conduce l'amministrazione o il giudice, in base ad un apprezzamento coscienzioso delle prove, alla convinzione che la probabilità di determinati fatti deve essere considerata predominante e che altri provvedimenti probatori non potrebbero modificare il risultato (valutazione anticipata delle prove), si rinuncerà ad assumere ulteriori prove (U. KIESER, *Das Verwaltungsverfahren in der Sozialversicherung*, pag. 212 no. 450, *Köln/Häner, Verwaltungsverfahren und Verwaltungsrechts-pflege des Bundes*, 2a ed., pag. 39 no. 111 e pag. 117 no. 320; cfr. anche STFA dell'11 gennaio 2002, H 103/01; DTF 122 II 469 consid. 4a, 122 III 223 consid. 3c, 120 Ib 229 consid.2b, 119 V 344 consid. 3c e riferimenti). Ne consegue che non vi è necessità di assumere nuove prove, segnatamente di ordinare la perizia pluridisciplinare (pneumologica, reumatologica-ortopedica, endocrinologica e cardiologica) richiesta dall'insorgente (doc. TAF 37 pag. 4), in quanto non muterebbero l'esito della procedura, essendo i fatti rilevanti già stati sufficientemente accertati dall'amministrazione.

E. 19.3.6

In conclusione, difettando elementi oggettivi suscettibili di dubitare delle valutazioni del dott. F._____, confermate dal medico SMR, non può pertanto essere seguita l'indicazione del dott. G._____ laddove sembra ritenere che le problematiche riscontrate rendono inesigibile la ripresa di qualsiasi attività lavorativa.

E. 19.3.7

Ne consegue che alla luce di quanto esposto, questo Tribunale non ha alcun fondato motivo per scostarsi dall'apprezzamento medico dell'autorità inferiore. Sulla base delle risultanze affidabili e concludenti dei medici consultati dall'amministrazione, le quali hanno permesso di vagliare accuratamente lo stato di salute dell'interessato e richiamato inoltre l'obbligo che incombe all'assicurato di intraprendere tutto quanto sia ragionevolmente esigibile per ovviare alle conseguenze del discapito economico cagionato dal danno alla salute (DTF 123 V 233 consid. 3c, 117 V 278 consid.2b e i riferimenti ivi citati; Riemer-Kafka, Die Pflicht zur Selbstverantwortung, 1999, pagg. 57, 551 e 572; Landolt, Das Zumutbarkeitsprinzip im schweizerischen Sozialversicherungsrecht, tesi 1995, pag. 61; DTF 113 V 28 consid. 4a e sentenze ivi citate; cfr. anche Meyer Blaser, Rechtsprechung des Bundesgerichts zum IVG, 1997, pag. 221), questo Tribunale ritiene dimostrato con il grado della verosimiglianza preponderante valido nell'ambito delle assicurazioni sociali (DTF 126 V 360; 125 V 195 consid. 2 e i riferimenti ivi citati), che A. _____ è totalmente abile al lavoro dal 14 dicembre 2017 in un'attività sostitutiva adeguata allo stato di salute rispettosa delle sue limitazioni funzionali (consid. 14).

E. 20.1

Occorre ancora esaminare la conformità del grado di invalidità stabilito dall'amministrazione, ritenuto che il ricorrente pretende la parallelizzazione dei redditi e una deduzione dal reddito da invalido pari al 20%.

E. 20.2

Per determinare il reddito ipotetico da valido, occorre stabilire quanto guadagnerebbe la persona assicurata, secondo il grado di verosimiglianza preponderante, quale persona sana al momento della decorrenza del diritto alla rendita, tenuto conto delle sue capacità professionali e delle circostanze personali. Di regola, ci si fonda sull'ultimo reddito che la persona assicurata ha conseguito prima dell'insorgenza del danno alla salute, se del caso adeguato al rincaro e all'evoluzione reale dei salari. Questo perché normalmente, in base all'esperienza comune, la persona interessata avrebbe continuato la precedente attività in assenza del danno alla salute. Eccezioni a questo principio devono essere previste secondo la verosimiglianza preponderante (DTF 139 V 28 consid. 3.3.2; 134 V 322 consid. 4.1). Tuttavia, in circostanze particolari ci si può scostare dal reddito ipotetico che l'assicurato avrebbe potuto conseguire senza invalidità e ricorrere ai dati statistici risultanti dall'inchiesta svizzera sulla struttura dei salari (ISS) edita dall'Ufficio federale di statistica. Questo sarà in particolare il caso qualora non fosse possibile quantificare in maniera attendibile il reddito ipotetico, segnatamente qualora dovessero mancare indicazioni riguardanti l'ultima attività professionale dell'assicurato o se l'ultimo salario percepito non corrispondesse manifestamente a quello che egli sarebbe stato in grado di conseguire con ogni verosimiglianza in qualità di persona valida; ad esempio se l'assicurato, prima di essere riconosciuto definitivamente incapace al lavoro, si trovava in disoccupazione o percepiva una remunerazione inferiore alle usuali norme salariali. Entra ugualmente in linea di conto la situazione in cui il posto di lavoro della persona assicurata prima dell'insorgenza del danno alla salute non esiste più al momento determinante della valutazione dell'invalidità (sentenza del TF 9C_348/2016 del 7 dicembre 2016 consid. 3.2.3). Poiché i salari statistici sono generalmente fondati su un orario di lavoro settimanale di 40 ore, gli stessi devono essere adeguati all'orario usuale medio settimanale del corrispondente settore d'impiego (DTF 126 V 75 consid. 3b/bb). Inoltre, tali salari devono essere adeguati all'evoluzione dei salari nominali, applicando l'indice per gli uomini o per le donne (DTF 129 V 408 consid.

3.1.2).

E. 20.3

Per determinare il reddito da invalido fa stato in primo luogo la situazione salariale concreta dell'assicurato, a condizione che, cumulativamente, il rapporto di lavoro sia particolarmente stabile, egli sfrutti in maniera completa e ragionevole la capacità di lavoro residua, il reddito derivante dall'attività effettivamente svolta sia adeguato e non costituisca un salario sociale. Qualora difettino indicazioni economiche effettive, segnatamente perché dopo l'insorgenza dell'invalidità la persona assicurata non ha più esercitato alcuna attività lucrativa oppure non ha esercitato una nuova attività lucrativa, malgrado essa sia ragionevolmente esigibile, possono essere ritenuti i dati forniti dalle statistiche salariali, come risultano dall'inchiesta svizzera sulla struttura dei salari (ISS; DTF 139 V 592 consid. 2.3; sentenza del TF 9C_205/2011 del 10 novembre 2011 consid. 7), fermo restando che di principio occorre fare riferimento ai dati statistici più recenti (DTF 143 V 295 consid. 2.3). Di principio, sono applicabili i dati salariali medi nazionali risultanti dalla Tabella TA1 dell'ISS relativa al settore privato, segnatamente il salario lordo, valore mediano, per divisioni economiche, totale. Tuttavia, qualora ciò risulti opportuno, ci si può riferire al salario lordo di un singolo settore o di una singola categoria professionale al fine di permettere all'assicurato di sfruttare in maniera ragionevolmente esigibile la sua piena capacità lavorativa residua. Questo sarà in particolare il caso qualora, prima dell'insorgenza del danno alla salute, la persona assicurata ha lavorato per molti anni nello stesso settore e l'esercizio di un'attività lucrativa in un altro settore non appare esigibile (sentenza del TF 8C_457/2017 dell'11 ottobre 2017 consid. 6.2). Poiché i salari statistici sono generalmente fondati su un orario settimanale di 40 ore, gli stessi devono essere adeguati all'orario usuale medio settimanale del corrispondente settore d'impiego (DTF 126 V 75 consid. 3b/bb). Inoltre, tali salari devono essere adeguati all'evoluzione dei salari nominali, applicando l'indice per gli uomini o per le donne (DTF 129 V 408 consid. 3.1.2).

E. 20.4.1

Nella decisione impugnata l'autorità di prime cure ha addotto che, sebbene il confronto dei redditi avrebbe dovuto avvenire nel 2018, in assenza di dati statistici aggiornati, aveva effettuato il calcolo per il 2016. Essa ha ritenuto che, senza danno alla salute, nel 2016 A. _____ avrebbe percepito nella sua attività abituale di verniciatore di carrozzeria un reddito annuo pari a fr. 69'420.-, dato peraltro non contestato dall'assicurato (doc. UAIE 16).

E. 20.4.2

Fondandosi sui dati ufficiali editi dall'Ufficio federale di statistica (UFS, [tabella TA1 2014]) l'UAIE ha computato quale reddito da invalido, il salario annuale ottenibile dall'insorgente nel 2016 (attività semplici e ripetitive, uomini), ossia fr. 57'075.98, tenuto conto di un salario mensile aggiornato al 2016 di fr. 5'367.56 (annuo pari a fr. 67'148), di un orario usuale di 41,7 ore settimanali, nonché di una riduzione totale del 15% (10% per attività leggere e 5% per altri fattori di riduzione, segnatamente i limiti funzionali, doc. UAIE 16, 25, 42).

E. 20.4.3

Dal raffronto dei redditi è scaturito quindi un grado d'invalidità del 17,78%, arrotondato al 18% (doc. UAIE 16).

E. 21.1

Per quanto attiene al reddito da valido va rilevato che dalle indicazioni fornite dal ricorrente (questionario per la richiesta di rendita AI del 14 maggio 2018 [doc. UAIE 3 pag. 6] e dal datore di lavoro (questionario per il datore di lavoro del 12 giugno 2018 [doc. UAIE 12 pag. 5]) emerge che nel 2018, anno di riferimento per il raffronto dei redditi, A._____ avrebbe percepito un reddito annuo di fr. 70'200.-, corrispondente ad un salario mensile di fr. 5'400.- per 13 mensilità, per un'attività di 42 ore settimanali (doc. UAIE 12 pag. 3). Risulta pertanto possibile, contrariamente a quanto indicato dall'amministrazione, determinare in maniera concreta il reddito complessivo percepito nel 2018 dall'assicurato senza il danno alla salute.

E. 21.2

Ai fini della determinazione del reddito da invalido giova evidenziare che, contrariamente a quanto affermato, al momento della decisione litigiosa, il 15 aprile 2019, l'UAIE poteva già disporre dei dati del 2016, ritenuto che sono stati pubblicati il 14 maggio 2018 (cfr. sito internet: <https://www.bfs.admin.ch/bfs/it/home/statistiche/cataloghi-banche-dati/carte.asset.detail.5247366.html>). Per stabilire il reddito da invalido andava di conseguenza fatto riferimento alla pertinente tabella dell'ISS 2016 e non a quella del 2014. Ne discende che in attività semplice e ripetitiva, categoria 1, uomini, l'insorgente avrebbe potuto percepire nel 2016 un salario medio mensile di fr. 5'389.-, che riportato su un orario usuale di 41,7 ore settimanali, corrisponderebbe ad un salario mensile di fr. 5'618.03 ed annuale (13 mensilità) di fr. 73'034.39. Aggiornato al 2018 a mezzo della tabella T1.10 (+ 0,4% nel 2017; + 0,5% nel 2018) esso ammonta a fr. 73'693.14.

E. 22.1

Ritenuto che il reddito da invalido è superiore a quello da valido, occorre ancora domandarsi se il reddito da valido così calcolato è inferiore alla media dei salari per un'attività equivalente nel settore economico nel quale lavorava l'interessato, segnatamente se è necessario procedere a parallelizzare i redditi.

E. 22.2

Se la persona assicurata, per motivi non imputabili all'invalidità (quali scarsa formazione scolastica, formazione professionale carente, conoscenze linguistiche lacunose, limitate possibilità di assunzione a causa dello statuto di residenza rispettivamente problematiche legate al mercato del lavoro, ha conseguito un reddito da valida considerevolmente inferiore alla media dei salari nazionali conseguibili nello stesso ambito professionale e non vi è motivo di ritenere che fosse intenzionata ad accontentarsi di un reddito modesto, si procede ad un parallelismo dei due redditi di paragone. In particolare, questo parallelismo può avvenire a livello di reddito da valido, aumentando in maniera adeguata il reddito effettivamente conseguito oppure facendo capo ai valori statistici oppure ancora a livello di reddito da invalido, mediante una riduzione adeguata del valore statistico (DTF 135 V 58 consid. 3.1; 134 V 322 consid. 4.1). Un reddito è inferiore alla media dei salari per un'attività equivalente, allorquando il guadagno effettivamente conseguito diverge di almeno il 5% del salario statistico usuale nel settore. Pertanto, il parallelismo dei redditi di paragone va effettuato soltanto per la parte percentuale eccedente la soglia del 5% (DTF 135 V 297 consid. 6.1.2 e 6.1.3).

E. 22.3

In concreto, stando ai dati dell'Ufficio federale di statistica (UFS) per il 2016 (tabella TA1, uomini, senza funzione di quadro), nel settore della riparazione di autoveicoli (cat. 45-46), il salario medio equivaleva a fr. 5'179.- mensili, ossia fr. 67'327.- (tredici mensilità) all'anno, per un orario settimanale di 40 ore. Rapportato ad un orario usuale di 41,7 ore settimanali e indicizzando tale dato al 2018 a mezzo della tabella T1.10 (riparazione di autoveicoli + 0,6% nel 2017, + 1,2% nel 2018), si ottiene così un importo di fr. 71'456.85. Ciò significa che una persona attiva nel settore della riparazione di autoveicoli in Svizzera avrebbe potuto mediamente conseguire nel 2018 un guadagno di fr. 71'456.85, mentre l'interessato, nello stesso anno, avrebbe percepito in C. _____ un reddito di fr. 70'200.-. In concreto, la differenza è di fr. 1'256.85, pari all'1,75%. Tenuto conto della franchigia del 5% non è pertanto possibile procedere a parallelizzare i redditi, motivo per cui il salario da invalido non dovrà quindi essere ridotto per questa ragione.

E. 23

La questione se e in quale misura, nel singolo caso, i salari fondati su dati statistici debbano essere ridotti dipende dall'insieme delle circostanze personali e professionali concrete (limitazione addebitabile al danno alla salute, età, anni di servizio, nazionalità e tipo di permesso di dimora, grado di occupazione), la deduzione non essendo automatica e non potendo eccedere globalmente il 25% (DTF 135 V 297 consid. 5.2; 134 V 322 consid. 5.2; 126 V 75 consid. 5b). A seconda della loro incidenza infatti, è possibile che la persona assicurata, anche in un mercato del lavoro equilibrato, non sia in grado di realizzare un salario medio sfruttando la capacità lavorativa residua (DTF 126 V 75 consid. 5b/aa in fine). La deduzione non è automatica, ma deve essere valutata di caso in caso e complessivamente, non separatamente, in maniera schematica, sommando i singoli fattori di deduzione, tenendo conto di tutte le circostanze del singolo caso (DTF 126 V 75 consid. 5b/aa in fine; sentenza del TF 9C_751/2011 del 30 aprile 2012 consid. 4.2.1).

E. 23.1

Va pure rammentato che, contrariamente al potere di apprezzamento del Tribunale federale, quello dell'autorità giudiziaria di primo grado non è limitato alla violazione del diritto (compresi l'eccesso e l'abuso del potere di apprezzamento), ma si estende ugualmente all'esame di adeguatezza della decisione amministrativa. In tale ambito, l'esame verte sulla questione di sapere se un'altra soluzione non sarebbe stata più opportuna rispetto a quella adottata, in un caso concreto, dall'autorità amministrativa nell'ambito del proprio potere di apprezzamento e nel rispetto dei principi generali del diritto. A tal proposito, il giudice delle assicurazioni sociali non può, senza valido motivo, sostituire il suo apprezzamento a quello degli organi dell'assicurazione; deve piuttosto fondarsi su circostanze tali da fare apparire il proprio apprezzamento come quello maggiormente appropriato (DTF 137 V 71 consid. 5.2, 126 V 75 consid. 6). Ne discende che il Tribunale amministrativo federale (v. art. 37 LTAF in relazione con l'art. 49 PA), quando è chiamato a verificare il potere di apprezzamento esercitato dall'amministrazione per fissare l'estensione della riduzione sul reddito da invalido, deve rivolgere la propria attenzione alle differenti soluzioni che si offrivano agli organi esecutivi dell'AI e domandarsi se una deduzione più o meno elevata sia maggiormente appropriata e si imponga per un valido motivo, ma senza sostituire il proprio apprezzamento a quello dell'amministrazione (DTF 137 V 71 consid. 5.2; sentenze del TF 9C_273/2011 del 27 gennaio 2012 consid. 1.3, 9C_280/2010 del 12 aprile 2011 consid. 5.2 in fine).

E. 23.2

In concreto l'UAIE ha ammesso una decurtazione globale del 15% (10% per attività leggere e 5% per svantaggi salariali derivanti da continenze particolari, segnatamente i limiti funzionali [doc. UAIE 16 pag. 63-64]).

E. 23.2.1

Nella fattispecie va senz'altro riconosciuta una deduzione per il fatto che l'assicurato, che per quasi 40 anni ha svolto l'attività di carrozziere (cfr. curriculum vitae [doc. UAIE 8]) può occuparsi ora unicamente di attività leggere (cfr. tra le tante sentenza del TF 9C_455/2013 consid. 4.4). Oltre a ciò al momento dell'interruzione dell'attività professionale (novembre 2017) l'insorgente non disponeva né di una particolare formazione scolastica, avendo terminato solo le scuole dell'obbligo, né di alcuna formazione professionale (DTF 138 V 457 consid. 2.2, sentenze del TF 8C_594/2011 del 20 ottobre 2011 consid. 5, 9C_334/13 del 24 luglio 2013 consid. 3, si confrontino anche sentenze del Tribunale federale delle assicurazioni U 436/04 del 12 aprile 2005 e U 86/06 del 13 giugno 2006).

E. 23.2.2

Va inoltre tenuto conto delle numerose limitazioni funzionali elencate in dettaglio ai considerandi 10.2 e 14, tra cui in particolare l'incapacità di svolgere attività comportanti l'utilizzo delle braccia sopra l'altezza delle spalle, lo svolgimento di professioni prevalentemente in posizione seduta con possibilità di effettuare piccoli spostamenti su terreno pianeggiante, in ambiente sano per le vie respiratorie in assenza di sostanze irritanti, fumo e polvere, le quali restringono sensibilmente lo spettro di attività ancora esigibili dall'assicurato.

E. 23.2.3

Non vanno, per contro, considerati nel calcolo altri fattori di riduzione quali età, anni di servizio, nazionalità e tipo di permesso posto che non ne sono date le condizioni. Per quanto attiene all'età avanzata giova rammentare come l'Alta Corte abbia ritenuto che per gli uomini tra i 40 e i 64/65 anni (il ricorrente aveva 56 anni al momento determinante, vale a dire quello in cui è stata accertata la capacità lavorativa totale in attività adeguate, ossia il 25 giugno 2018 [rapporto SMR della dott.ssa I. _____]) esercitanti attività di manovalanza di livello 4 questo fattore potrebbe perfino comportare un aumento salariale. Essa ha inoltre sostenuto come il fatto che l'età possa effettivamente ostacolare la ricerca di un impiego costituisce un fattore estraneo all'invalidità che non va quindi preso in considerazione (DTF 132 V consid. 3.1.1; sentenza del TF 8C_939/2011 del 13 febbraio 2012 consid. 5.2.3). In simili circostanze una riduzione del 15/20%, fondata su una valutazione globale della fattispecie, appare consona alla situazione concreta. A titolo abbondanziale giova del resto rilevare che pure il riconoscimento del tasso di riduzione massimo del 25% non avrebbe modificato l'esito della causa, risultando il grado di invalidità inferiore al 40% ($(\{ \text{fr. } 70'200 - \text{fr. } 55'269.89 \} : 70'200) \times 100 = 21\%$).

E. 23.3

In simili condizioni, alla luce del raffronto dei redditi operato da codesto Tribunale, è dunque a giusto titolo che il diritto alla rendita non è stato riconosciuto.

E. 24

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

E. 25.1

Visto l'esito della procedura le spese processuali di fr. 800.- sono poste a carico del ricorrente (art. 63 cpv. 1 e cpv. 5 PA nonché art. 3 lett. b del regolamento del 21 febbraio 2008 sulle tasse e sulle spese ripetibili nelle cause dinanzi al Tribunale amministrativo federale [TS-TAF, RS 173.320.2]). Esse sono computate con l'anticipo spese, di identico ammontare, versato dall'insorgente il 5 giugno 2019 (doc. TAF 6).

E. 25.2

Al ricorrente, soccombente, non spetta altresì alcuna indennità per spese ripetibili (art. 64 PA in combinazione con gli art. 7 cpv. 1 e 2 TS-TAF a contrario). Peraltro, le autorità federali, quand'anche vincenti, non hanno di principio diritto a un'indennità a titolo di ripetibili (art. 7 cpv. 3 TS-TAF), salvo eccezioni non ravvisabili nel caso concreto (v., fra l'altro, DTF 127 V 205). (dispositivo alla pagina seguente)

Export aus OpenCaseLaw (CC0). Verbindlich ist allein der vom erlassenden Gericht veröffentlichte Originaltext. Quellen-URL siehe oben.