

BVGer C-517/2017 vom 12. Juni 2019

Bundesverwaltungsgericht, 2019-06-12, IT

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bvger_C-517_2017

FR: TAF C-517/2017 du 12 juin 2019

IT: TAF C-517/2017 del 12 giugno 2019

Regeste

Diritto alla rendita

Erwägungen

E. 1.1

Il Tribunale amministrativo federale (TAF) esamina d'ufficio e con piena cognizione la propria competenza (art. 31 e segg. LTAF), rispettivamente l'ammissibilità dei gravami che gli sono sottoposti (DTF 133 I 185 consid. 2 con rinvii).

E. 1.2

Riservate le eccezioni - non realizzate nel caso di specie - di cui all'art. 32 LTAF, questo Tribunale giudica, in virtù dell'art. 31 LTAF in combinazione con l'art. 33 lett. d LTAF e l'art. 69 cpv. 1 lett. b LAI (RS 831.20), i ricorsi contro le decisioni, ai sensi dell'art. 5 PA, rese dall'Ufficio dell'assicurazione per l'invalidità per le persone residenti all'estero (UAIE).

E. 1.3

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 LPGGA (RS 830.1). Giusta l'art. 1 cpv. 1 LAI, le disposizioni della LPGGA sono applicabili all'assicurazione per l'invalidità (art. 1a-26bis e 28-70), sempre che la LAI non deroghi alla LPGGA.

E. 1.4

Presentato da una parte direttamente toccata dalla decisione e avente un interesse degno di protezione al suo annullamento o alla sua modifica (art. 59 LPGGA), il ricorso - interposto tempestivamente e rispettoso dei requisiti previsti dalla legge (art. 60 LPGGA nonché art. 52 PA) - è pertanto ammissibile. Peraltro, il ricorrente ha provveduto al richiesto versamento di un anticipo a copertura delle presumibili spese processuali.

E. 2.1

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

E. 2.2

L'allegato II è stato modificato con effetto dal 1° aprile 2012 (Decisione 1/2012 del Comitato misto del 31 marzo 2012; RU 2012 2345). Nella sua nuova versione esso prevede in particolare che le parti contraenti applicano tra di loro, nel campo del coordinamento dei sistemi di sicurezza sociale, gli atti giuridici di cui alla sezione A dello stesso allegato, comprese eventuali loro modifiche o altre regole equivalenti ad essi (art. 1 ch. 1) ed assimila la Svizzera, a questo scopo, ad uno Stato membro dell'Unione europea (art. 1 ch. 2).

E. 2.3

Gli atti giuridici riportati nella sezione A dell'allegato II sono, in particolare, 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, nonché il regolamento (CEE) n. 1408/71 del Consiglio del 14 giugno 1971 (RU 2004 121, 2008 4219 4237, 2009 4831) relativo all'applicazione dei regimi di sicurezza sociale ai lavoratori subordinati, ai lavoratori autonomi e ai loro familiari che si spostano all'interno della Comunità, con le relative modifiche, e il regolamento (CEE) n. 574/72 del Consiglio del 21 marzo 1972 (RU 2005 3909, 2008 4273, 2009 621 4845) che stabilisce le modalità di applicazione del regolamento (CEE) n. 1408/71, con le relative modifiche, entrambi applicabili tra la Svizzera e gli Stati membri fino al 31 marzo 2012 e quando vi si fa riferimento nel regolamento (CE) n. 883/2004 o nel regolamento (CE) n. 987/2009 oppure quando si tratta di casi verificatisi in passato.

E. 2.4

Giova altresì rilevare che il regolamento (CE) n. 883/2004 è stato ulteriormente modificato dal regolamento (CE) n. 465/2012 del Parlamento europeo e del Consiglio del 22 maggio 2012, ripreso dalla Svizzera a decorrere dal 1° gennaio 2015 (cfr. sentenza del TF 8C_580/2015 del 26 aprile 2016 consid. 4.2 con rinvii).

E. 2.5

Secondo l'art. 4 del regolamento (CE) n. 883/2004, salvo quanto diversamente previsto dallo stesso, le persone ad esso soggette godono delle medesime prestazioni e sottostanno agli stessi obblighi di cui alla legislazione di ciascuno Stato membro, alle stesse condizioni dei cittadini di tale Stato. Ciò premesso, nella misura in cui l'ALC e, in particolare, il suo allegato II, non prevede disposizioni contrarie, l'organizzazione della procedura, come pure l'esame delle condizioni di ottenimento di una rendita d'invalidità svizzera, sono regolate dal diritto interno svizzero (DTF 130 V 253 consid. 2.4).

E. 3.1

Dal profilo temporale si applicano le disposizioni in vigore al momento della realizzazione dello stato di fatto che deve essere valutato giuridicamente o che produce conseguenze giuridiche (DTF 136 V 24 consid. 4.3 e 130 V 445 consid. 1.2 con rinvii, nonché 129 V 1 consid. 1.2). Se le disposizioni legali si sono modificate nel corso del periodo sottoposto ad esame giudiziario, il diritto alle prestazioni si determina secondo le vecchie disposizioni per il periodo anteriore e secondo le nuove a partire della loro entrata in vigore (applicazione pro rata temporis; DTF 130 V 445).

E. 3.2

Nell'evenienza concreta, la domanda di prestazioni essendo stata presentata in data 26 novembre 2010 / 17 marzo 2011, ne discende che si applicano, da un lato, le norme materiali in vigore fino al 31 dicembre 2011, per quanto attiene allo stato di fatto realizzatosi fino a tale data, nonché, dall'altro lato e per il periodo posteriore, le nuove norme in vigore dal 1° gennaio 2012, tra le quali le disposizioni della 6a revisione della LAI (cfr. altresì DTF 130 V 1 consid. 3.2 per quanto concerne le disposizioni formali della LPGA immediatamente applicabili con la loro entrata in vigore), così come le ulteriori

modifiche entrate in vigore successivamente e fino alla pronuncia della decisione impugnata.

E. 3.3

Il potere cognitivo di questo Tribunale è delimitato dalla data della decisione impugnata, in quanto il giudice delle assicurazioni sociali esamina il provvedimento sulla base della situazione di fatto esistente al momento in cui essa è stata pronunciata (DTF 136 V 24 consid. 4.3). Tiene tuttavia conto dei fatti verificatisi dopo tale data quando essi possano imporsi quali elementi d'accertamento retrospettivo della situazione anteriore alla decisione stessa (DTF 129 V 1 consid. 1.2 e 121 V 362 consid. 1b), in altri termini se gli stessi sono strettamente connessi all'oggetto litigioso e se sono suscettibili di influire sull'apprezzamento del giudice al momento in cui detta decisione litigiosa è stata resa (cfr. sentenza del TF 8C_278/2011 del 26 luglio 2011 consid. 5.5 nonché 9C_116/2010 del 20 aprile 2010 consid. 3.2.2; DTF 118 V 200 consid. 3a in fine).

E. 4.1

In base all'art. 8 cpv. 1 LPGA è considerata invalidità l'incapacità al guadagno totale o parziale presumibilmente permanente o di lunga durata. L'art. 4 cpv. 1 LAI precisa che l'invalidità può essere conseguente ad infermità congenita, malattia o infortunio; il cpv. 2 della stessa norma stabilisce che l'invalidità è considerata insorgere quando, per natura e gravità, motiva il diritto alla singola prestazione.

E. 4.2

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

E. 4.3

L'assicurato ha diritto ad una rendita intera se è invalido per almeno il 70%, a tre quarti di rendita se è invalido per almeno il 60%, ad una mezza rendita se è invalido per almeno la metà e ad un quarto di rendita se è invalido per almeno il 40% (art. 28 cpv. 2 LAI). In seguito all'entrata in vigore dell'Accordo bilaterale, la limitazione prevista dall'art. 29 cpv. 4 LAI, secondo il quale le rendite per un grado d'invalidità inferiore al 50% sono versate solo ad assicurati che sono domiciliati e dimorano abitualmente in Svizzera (art. 13 LPGA), non è più applicabile quando l'assicurato è cittadino dell'UE (DTF 130 V 253 consid. 2.3). Dopo l'entrata in vigore dei nuovi regolamenti (CE) n. 883/2004 e n. 987/2009, i cittadini svizzeri e dell'Unione europea che presentano un grado d'invalidità del 40% almeno, hanno diritto ad un quarto di rendita in applicazione dell'art. 28 cpv. 1 LAI indipendentemente dal loro domicilio e residenza (art. 4 del regolamento [CE] n. 883/04).

E. 4.4

Per incapacità al lavoro s'intende qualsiasi incapacità, totale o parziale, derivante da un danno alla salute fisica, mentale o psichica di compiere un lavoro ragionevolmente esigibile nella professione o nel campo di attività abituale. In caso d'incapacità al lavoro di lunga durata possono essere prese in considerazione anche le mansioni esigibili in un'altra professione o campo d'attività (art. 6 LPGA). L'incapacità al guadagno è definita all'art. 7

cpv. 1 LPGA e consiste nella perdita, totale o parziale, della possibilità di guadagno sul mercato del lavoro equilibrato che entra in considerazione, provocata da un danno alla salute fisica, mentale o psichica e che perdura dopo aver sottoposto l'assicurato alle cure ed alle misure d'integrazione ragionevolmente esigibili. Per valutare la presenza di un'incapacità al guadagno sono considerate esclusivamente le conseguenze del danno alla salute; inoltre, sussiste un'incapacità al guadagno soltanto se essa non è obbiettivamente superabile (art. 7 cpv. 2 LPGA).

E. 5.1

Il giudice delle assicurazioni sociali deve esaminare in maniera obiettiva tutti i mezzi di prova, indipendentemente dalla loro provenienza, e poi decidere se i documenti messi a disposizione permettono di giungere ad un giudizio attendibile sulle pretese giuridiche litigiose. 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. Peraltro, per stabilire se un rapporto medico ha valore di prova non è determinante né la sua origine né la sua denominazione - ad esempio quale perizia o rapporto - ma il suo contenuto (DTF 140 V 356 consid. 3.1; 125 V 351 consid. 3).

E. 5.2

Secondo costante giurisprudenza, i referti affidati dagli organi dell'amministrazione a medici esterni oppure a un servizio specializzato indipendente che fondano le proprie conclusioni su esami e osservazioni approfondite, dopo avere 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 dubbio la loro affidabilità (DTF 137 V 210 consid. 6.2.4; 134 V 231 consid. 5.1 con rinvii; 125 V 351 [sul valore probatorio attribuito ai rapporti interni del servizio medico, cfr. DTF 135 V 254 consid. 3.3 e 3.4]).

E. 5.3

In particolare, per quanto concerne le perizie giudiziarie la giurisprudenza ha stabilito che il giudice non si scosta senza motivi imperativi dal parere degli esperti, il cui compito è quello di mettere a disposizione del tribunale le loro conoscenze specifiche e di valutare, da un punto di vista medico, una certa fattispecie. Ragioni che possono indurre il giudice a non fondarsi su un tale referto sono ad esempio affermazioni contraddittorie, il contenuto di una superperizia, o altri rapporti da cui emergono validi motivi per farlo e, meglio, se l'opinione di altri esperti appare sufficientemente fondata da mettere in discussione le conclusioni peritali (DTF 137 V 210 consid. 1.3.4; 125 V 351 consid. 3b/bb).

E. 5.4

Per quel che riguarda le perizie di parte, il TF ha precisato che 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, i quali possono tendere a pronunciarsi in favore del proprio paziente a dipendenza dei particolari legami che essi hanno con gli stessi (DTF 125 V 351 consid. 3b con rinvii).

E. 5.5

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 in 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).

E. 6.1

Giova inoltre rammentare che 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, il compito del medico consistendo 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. Spetta in seguito al consulente professionale, avuto riguardo alle indicazioni sanitarie, valutare quali attività professionali siano concretamente ipotizzabili (sentenza del TF 9C_13/2007 del 31 marzo 2008 consid. 3 e relativi riferimenti).

E. 6.2

In particolare, 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'articolo 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 a 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'UAIE 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). I rapporti SMR hanno peraltro per 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'incanto da un punto di vista medico (sentenza del TF 9C_542/2011 del 26 gennaio 2012 consid. 4.1).

E. 6.3

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. 7

Nel caso di specie, occorre dapprima esaminare se l'autorità inferiore ha proceduto ad un sufficiente accertamento dei fatti giuridicamente rilevanti prima di rendere la decisione impugnata oppure - come sostenuto dal ricorrente - avrebbe dovuto fare eseguire ulteriori accertamenti medici specialistici per potersi determinare con cognizione di causa - secondo il grado della verosimiglianza preponderante valido nelle assicurazioni sociali - sul suo stato di salute rispettivamente sulla sua residua capacità lavorativa.

E. 7.1

È incontestato in questa sede dal ricorrente che a decorrere da giugno 2010 non è più in grado di svolgere la sua abituale attività di muratore (cfr. decisione impugnata pag. 2). Non vi è altresì motivo di discostarsi da tale valutazione/conclusione dell'autorità inferiore - che perlomeno fino a marzo 2015 non riprende la valutazione di cui alla perizia pluridisciplinare del 29 aprile 2016, ma si fonda sull'apprezzamento del medico SMR di cui ai rapporti del 26 maggio e del 30 novembre 2016 (doc. 150) che a loro volta si basano su questo punto, implicitamente, sulla perizia reumatologica del 22 novembre 2011 (doc. 43), sul referto delle cliniche C. _____ del 26 marzo 2015 (doc. 92) e sul rapporto del reumatologo dott. D. _____ pure del 26 marzo 2015 (doc. 93) - valutazione/conclusione dell'autorità inferiore che era già stata fatta propria (sulla base dei documenti allora agli atti da parte di questo Tribunale nell'ambito della sentenza di rinvio C-4950/2012 del 7 novembre 2014 consid. 9, sentenza che non è stata impugnata dalle parti.

E. 7.2

Occorre tuttavia ancora esaminare, dal profilo medico, se l'autorità inferiore ha sufficientemente istruito il caso in esame per poter giungere alla conclusione che in attività sostitutive adeguate sussisteva per l'insorgente una residua capacità lavorativa del 90% (presenza durante tutto il giorno, ma con rendimento ridotto) a partire da giugno 2010 e del 70% (presenza durante tutto il giorno, ma con rendimento ridotto) a decorrere da giugno 2016.

E. 7.2.1

A tal proposito, giova osservare che la decisione impugnata si fonda, essenzialmente, sulla valutazione delle capacità funzionali da parte del centro di reumatologia e riabilitazione delle cliniche C. _____ del 26 marzo 2015, sul rapporto del reumatologo dott. D. _____ del 26 marzo 2015, sulla perizia pluridisciplinare del 29 aprile 2016 (internistica, reumatologica, neurologica, cardiologica e psichiatrica), la perizia bidisciplinare di decorso (internistica e neurologica) del 18 novembre 2016 nonché sui rapporti SMR del 26 maggio e del 30 novembre 2016. La succitata documentazione medica è venuta altresì a completare quella già esistente nell'incarto anteriormente al rinvio degli atti all'autorità inferiore da parte di questo Tribunale con sentenza del 7 novembre 2014.

E. 7.2.2

Le diagnosi infine ritenute sulla base dell'insieme della documentazione medica, presente fino al momento dell'emanazione della decisione impugnata, sono le seguenti: Diagnosi con influenza sulla capacità lavorativa: Neurologiche: Tremore intermittente in buona parte di origine funzionale senza evidenti segni extrapiramidali. Modica compressione del nervo mediano nel canale carpale a sin. (mano dominante). Altre diagnosi somatiche: Sindrome cervicospondilogenica cronica con/su: - alterazioni degenerative plurisegmentali del rachide cervicale (protrusione discale C4-C5 e C6-C7, osteocondrosi C5-C6); - disturbi statici del rachide (ipercifosi della dorsale alta con protrazione del capo, scoliosi sinistro-convessa

cervicodorsale). Sindrome lombospondilogenica cronica prevalentemente a ds. con/su: - alterazioni degenerative plurisegmentali al rachide lombare (protrusione discale L4-L5 e L5-S1); - anomalie di transizione lombosacrale; - disturbi statici del rachide (ipercifosi della dorsale alta con protrazione del capo, appiattimento della colonna dorsale intermedia caudale, scoliosi sinistroconvessa cervicodorsale); - decondizionamento e sbilancio muscolare; - obesità. Artrosi acromioclaveare e gleno-omeroale a sin. Minima coxartrosi bilaterale. Malattia coronarica multivasale con/su: - pregresso triplo by-pass coronarico (mammaria interna sin. su ramo interventricolare anteriore, vena in sequenziale su interventricolare posteriore posterolaterale), 6.2.2010. Toracalgie croniche aspecifiche. Diagnosi senza influenza sulla capacità lavorativa: Meralgia parestetica a ds. con/su: - irritazione del nervo cutaneo laterale del femore a livello della spina iliaca anteriore superiore. Tremore psicogeno intermittente. Obesità (BMI ca. 31,1 kg/m²). Ipertensione arteriosa. Dislipidemia. Pregressa iperferritinemia. Steatosi epatica. Ipoacusia (trattata con protesi acustica). Dalla perizia pluridisciplinare risulta per quel che concerne la residua capacità lavorativa in attività sostitutive adeguate - dopo discussione tra i medici/periti del U._____ - che il ricorrente è abile al lavoro nella misura del 90% da giugno 2010 e del 70% da giugno 2016 (sempre intesa come presenza durante tutto il giorno, ma con rendimento ridotto). È stato ritenuto che deve trattarsi di un'attività sostitutiva rispettosa dei limiti funzionali indicati nella perizia pluridisciplinare del 29 aprile 2016. Dal punto di vista cardiologico, l'insorgente può svolgere attività con sforzi leggeri e medi e dal punto di vista neurologico è limitato dal tremore e per la sindrome del tunnel carpale alla mano sinistra dominante. È stato altresì rammentato che dal punto di vista psichiatrico non è stata posta alcuna diagnosi e l'insorgente non presenta pertanto in tale ottica alcuna incapacità lavorativa. Da un punto di vista reumatologico-ortopedico, lo specialista dott. H._____, che ha ritenuto una capacità lavorativa del 100% anche in attività sostitutive adeguate, aveva altresì indicato nella perizia pluridisciplinare del 29 aprile 2016 i seguenti limiti funzionali per l'insorgente: "egli può spesso sollevare e portare pesi fino a 5 kg fino all'altezza dei fianchi, di rado tra 5-10 kg fino all'altezza dei fianchi, mai pesi oltre i 10 kg fino all'altezza dei fianchi; all'assicurato può di rado sollevare pesi fino a 5 kg sopra l'altezza de/ petto, mai pesi oltrepassanti i 5 kg sopra l'altezza del petto. L'assicurato può molto spesso maneggiare attrezzi di precisione, spesso maneggiare attrezzi di media entità, di rado attrezzi pesanti, mai maneggiare attrezzi molto pesanti. La rotazione manuale è normale. L'assicurato può di rado effettuare favori al di sopra della testa, talvolta effettuare la rotazione del tronco, spesso assumere /a posizione seduta ed inclinata in avanti, talvolta la posizione in piedi ed inclinata in avanti, può talvolta assumere la posizione inginocchiata, molto spesso effettuare flessione delle ginocchia, di rado assumere la posizione accovacciata. L'assicurato può assumere spesso la posizione seduta di lunga durata, talvolta la posizione in piedi di lunga durata, dovendo aver la possibilità di alternare le posizioni corporee al bisogno, di variare tra attività tendenzialmente statiche e in movimento. L'assicurato può molto spesso camminare fino a 50 metri, molto spesso oltre 50 metri, talvolta camminare per lunghi tragitti, come pure talvolta camminare su terreno accidentato, può spesso salire le scale, mai salire su scale a pioli." Dal punto di vista neurologico, il dott. I._____ - che ha concluso per una residua capacità lavorativa in attività sostitutive adeguate del 90% da giugno 2010 e del 70% da giugno 2016 (doc. 112 pag. 50 e doc. 142 pag. 32) - ha rilevato che vi erano molte discrepanze fra i disturbi lamentati dal paziente e l'assenza di reperti oggettivabili a tutti i livelli, fatta eccezione per un'incipiente compressione cronica del nervo mediano sinistro, una possibile irritazione del nervo

cutaneo laterale del femore destro e un peggioramento del tremore, a momenti importante e in buona parte di origine funzionale, tremore che giustificava dal profilo neurologico una nuova diagnosi - ossia quella di tremore intermittente in buona parte d'origine funzionale, senza evidenti segni extrapiramidali - con incidenza sulla capacità lavorativa. Conto tenuto di tali patologie, il perito ha valutato dal profilo neurologico nel 30%, da giugno 2016, l'incapacità lavorativa in attività sostitutive adeguate. Egli ha fra l'altro indicato, nel suo rapporto specialistico del 19 ottobre 2016 (doc. 142 pag. 29 a 33), quanto segue: "Dal punto di vista oggettivabile, il quadro è rimasto invariato rispetto a quello dell'11.2.2016. Non ha messo in evidenza nessun segno extrapiramidale acinetorigido, nessuna prassia dello sguardo, nessuna ipersalivazione; non vi è un netto aumento dei riflessi arcaici, riflessi tendinei presenti e simmetrici, nessun segno piramidale, prove di posizione e coordinazione praticamente simmetriche, trofismo e forza oggettivamente non alterati, anche se inizialmente la forza del membro superiore sin. sembra diminuita. I deficit sensitivi sono molto incongruenti, differenti da quelli mostrati in precedenza. La sensibilità profonda è difficilmente valutabile, la pallestesia è ridotta all'emicarpo di ds. rispetto al sin., mentre era normale in febbraio. Non ha messo in evidenza nessun segno della ruota dentata, nemmeno i movimenti controlaterali. E' presente un'importante paratonia d'opposizione legata ai movimenti, in cui l'A. trema maggiormente, mentre quando smette di tremare, spesso su ordine, il tono diventa normale. Non vi è nessuna componente cerebellare. Ricorda tra l'altro che i DATSCAN sono normali e vi è un'assenza di lesioni evidenti alle MRI cerebrali, soprattutto a livello dei nuclei basali; non vi è nessun'atrofia cortico-sottocorticale maggiore e vi sono modiche alterazioni compatibili con l'età di tipo leucoaraiosi. Sottolinea che l'A. è coronaropatico. Le funzioni cognitive sono nella norma. Il nostro consulente ha difficoltà a confermare la presenza di una malattia extrapiramidale per l'assenza di segni di rigidità e di acinesia maggiore, presenza di una paratonia d'opposizione di tipo funzionale, associata a un tremore inabituale e intenso a momenti, in cui una componente funzionale gli sembra fortemente presente. Nei momenti in cui l'A. non trema, non presenta nessuna stigmata parkinsoniana. Anche la reazione alla L-Dopa non gli sembra confermata. Il quadro attuale per quel che concerne il tremore gli sembra peggiorato rispetto a febbraio, quando non presentava segni acinetorigidi. Vi sono molte discrepanze anche dal punto di vista sensitivo e motorio, in parte non presenti all'esame precedente, che confermano la presenza di una forte componente funzionale. Anche gli esami strumentali non hanno portato elementi in favore di una malattia degenerativa del sistema nervoso centrale". Dal punto di vista cardiologico, il dott. L. _____ ha concluso per una completa capacità lavorativa (dunque del 100% a decorrere da quando è stato operato di by-pass nel 2010) in attività sostitutive adeguate implicanti sforzi leggeri o medi (doc. 112 pag. 57). Dal punto di vista psichiatrico, la dott.ssa G. _____, non ha formulato alcuna diagnosi, né con né senza incidenza sulla capacità lavorativa, e pertanto considerato che non vi erano impedimenti di sorta in ambito psichiatrico per l'esercizio di una qualsiasi attività lavorativa, dunque anche per quelle sostitutive adeguate (doc. 112 pag. 80 e 81).

E. 7.2.3

Il ricorrente fa valere nel gravame, per quanto attiene alla situazione medica, che pur non essendo le conseguenze immediate del morbo di Parkinson di gravità molto elevata, esse sono pur sempre di ordine tale da ridurre in misura notevole la residua capacità lavorativa pure in attività sostitutive adeguate, capacità già compromessa dalle patologie reumatologiche/ortopediche (sindrome cervicospillogena rispettivamente lombospillogena, artrosi alla spalla destra, coxartrosi bilaterale) ed internistiche (malattia

coronarica multivasale con triplice by-pass). Ha rilevato inoltre che dalla recente perizia U._____ emerge che egli presenta tremore praticamente continuo ad ambedue le mani, incapacità di maneggiare oggetti fini, rigidità degli arti inferiori, difficoltà di deambulazione, deficit mnestici e di disattenzione rispettivamente sonnolenza causata dai medicinali, constatazioni confermate nel rapporto medico del dott. N._____ del 16 dicembre 2016 (esibito con il ricorso). L'insorgente ritiene pertanto difficile che egli possa trovare un datore di lavoro disposto ad assumerlo anche solo per un lavoro leggero da svolgersi a tempo parziale. Nell'ambito della procedura ricorsuale il ricorrente ha presentato ulteriore documentazione medica (fondata sui più recenti esami effettuati in occasione del ricovero presso l'istituto Fondazione O._____, dal 25 maggio al 6 giugno 2017), segnatamente le relazioni di consulenza medico legale della dott.ssa P._____ del 5 giugno 2017 (doc. TAF 10) e del 30 giugno 2017 (doc. TAF 11). La dott.ssa P._____ indica che l'insorgente, per effetto delle patologie multiple di cui è affetto, è da considerarsi completamente inabile a svolgere qualsiasi attività lucrativa.

E. 7.2.4

L'autorità inferiore ha proposto il respingimento del gravame dal momento che, a suo giudizio, dal profilo medico l'insorgente non ha presentato in sede ricorsuale allegazioni rilevanti che giustifichino dei dubbi sulle perizie (pluri- e bi-disciplinari) effettuate dal U._____, le quali si fondano su esami personali dell'assicurato, su un'esauriente discussione tra i periti incaricati e risultano motivati in modo convincente, comprensibile e coerente. Peraltro, l'oggetto della vertenza è costituito dalla situazione esistente fino al 14 dicembre 2016 (data della decisione impugnata). La documentazione di data posteriore non potrebbe pertanto e comunque essere considerata (doc. TAF 6 e 13).

E. 7.2.5

Per quanto attiene alle problematiche neurologiche, dalla documentazione medica agli atti, risulta che sussistono divergenti diagnosi sulla natura del tremore intermittente da parte dei medici curanti dell'insorgente dott. N._____, secondo cui il quadro clinico strumentale depone per una sindrome parkinsoniana verosimilmente associata a deficit post-nigrale (doc. 129 pag. 4 [rapporto del 5 agosto 2016]) nonché dott. Q._____, che diagnostica una sindrome extrapiramidale tremorigena a prevalente interessamento dell'arto inferiore destro in corso di definizione diagnostica (doc. TAF 11 [rapporto del 6 giugno 2017]), rispetto a quella dei periti U._____ (in particolare del neurologo dott. I._____), che allo stato degli atti al 18 novembre 2016 non hanno potuto confermare una sindrome parkinsoniana rispettivamente la presenza di una malattia extrapiramidale, ma concluso per un tremore grossolano a momenti importante, in parte dipendente dalla volontà, ma dove in buona parte è presente una componente funzionale (doc. 112, 142 e doc. TAF. 6). Questo Tribunale non rileva alcuna ragione per dubitare rispettivamente scostarsi dalla valutazione degli specialisti neutri del U._____ per quanto attiene alla diagnosi neurologica suscettibile di essere posta fino alla data dell'emanazione della decisione impugnata, la quale è fondata, fra l'altro, su un'approfondita analisi sulla persona del ricorrente (con esami peritali specialistici dell'11 febbraio [anche con esame elettroencefalografico] e del 18 ottobre 2016) nonché sull'esame della documentazione esibita dal ricorrente (gli esami strumentali non avendo secondo i periti evidenziato elementi in favore di una malattia degenerativa del sistema nervoso centrale [segnatamente DATSCAN normali; assenza di lesioni evidenti alle MRI cerebrali, soprattutto a livello dei nuclei basali]). Basti ancora rilevare che le succitate diagnosi dei medici curanti del ricorrente non sono inequivocabili e che neppure il

neurologo dott. R. _____ dell'Ospedale S. _____ è stato più chiaro e netto nel suo rapporto medico del 5 novembre 2015 con riferimento alla malattia di Parkinson ("possibile parkinsonismo [doc. 112 pag. 117]). Non hanno peraltro sufficiente valore probatorio le diagnosi di parkinsonismo poste da non specialisti. Non vi è neppure ragione di dubitare rispettivamente di discostarsi dalle conclusioni peritali in merito alle conseguenze, delle ritenute affezioni neurologiche (cfr. consid. 7.3.2 del presente giudizio), sulla residua capacità lavorativa del ricorrente del 70% in attività sostitutive adeguate. In effetti, è stato adeguatamente tenuto conto da questo profilo - fermo restando la divergenza dal profilo della diagnosi - dei pareri espressi dagli specialisti neurologi italiani e riconosciuto il peggioramento delle affezioni neurologiche con conseguente aumento dell'incapacità lavorativa in attività adeguate dal 10% al 30% a decorrere da giugno del 2016. Non risulta altresì agli atti di causa, un rapporto di uno specialista neurologo da cui emerga un'incapacità lavorativa superiore a quella indicata dai periti U. _____ in quest'ambito.

E. 7.2.6

Per il resto, il ricorrente non pretende nel gravame, né risulta comunque dimostrato da elementi oggettivi in rapporti di medici specialistici esaurienti e convincenti, che egli sia affetto da patologie reumatologiche/ortopediche, cardiologiche, internistiche, psichiatriche aventi incidenza sulla residua capacità lavorativa in attività sostitutive adeguate non riportate rispettivamente non ritenute nelle perizie U. _____ (per le ragioni indicate nella perizia del 18 novembre 2016, i periti U. _____ non hanno per esempio posto la diagnosi di emocromatosi [doc. 142 pag. 18] né alcuna diagnosi di tipo psichiatrico [doc. 112, pag. 77 a 86]. In sostanza, nelle perizie U. _____ la residua capacità lavorativa in attività sostitutive - leggere a medio pesanti - è stata valutata del 100% nei settori succitati, con indicazione di determinati limiti funzionali (segnatamente dal profilo reumatologico/ortopedico). Anche in questo caso, non sono rilevabili agli atti di causa rapporti di medici specializzati in reumatologia/ortopedia, in cardiologia, in psichiatria o in medicina interna, che giungono sulla base di dati oggettivi e motivazioni intelligibili, esaurienti e convincenti a conclusioni diverse da quelle dei periti U. _____ sulla residua capacità lavorativa in attività sostitutive adeguate nel periodo determinante o che possano comunque far sorgere ragionevoli dubbi sulle conclusioni peritali, fondate anche sulla restante documentazione medica agli atti, in particolare la valutazione funzionale da parte del centro di reumatologia e riabilitazione delle cliniche C. _____ e il rapporto reumatologico del dott. D. _____ del 26 marzo 2016 (doc. 92 e 93).

E. 7.2.7

Resta quindi da esaminare se le conclusioni sulla residua capacità lavorativa in attività sostitutiva adeguata tratta dai periti U. _____ - 90% da giugno 2010 e 70% da giugno 2016 (in entrambi i casi con presenza sull'arco dell'intera giornata, ma con riduzione del rendimento) - sia pure tutelabile.

E. 7.2.7.1

Il ricorrente non ritiene che tale sia il caso e ha prodotto in sede ricorsuale le relazioni medico-legali della dott.ssa P. _____ (medico chirurgo, specialista in medicina legale e delle assicurazioni di [...]) del 5 giugno 2017 (doc. TAF 10) e del 30 giugno 2017 (doc. TAF 11), in cui è indicato che l'incapacità lavorativa del ricorrente stesso è totale non solo nell'attività abituale di muratore, ma anche in ogni altra attività sostitutiva adeguata.

E. 7.2.7.2

Secondo questo Tribunale, siffatte relazioni della dott.ssa P. _____ non convincono. A prescindere dal fatto che sono entrambe di data posteriore alla decisione impugnata e che non è stato dimostrato che adempiono i criteri per poterle eccezionalmente prendere in considerazione nel caso di specie (cfr. consid. 3.3 del presente giudizio), nelle stesse è fornita - da un medico non specializzato delle branche della medicina rilevanti nel caso in esame - una diversa valutazione sulla residua capacità lavorativa dell'insorgente in attività sostitutive adeguate (rispetto segnatamente alla perizie U. _____) e ciò senza che le conclusioni delle stesse siano, da un lato, motivate in modo intelligibile ed esauriente nonché, dall'altro lato, supportate da rapporti medico-specialistici oggettivi e concludenti che confermino l'indicata incapacità lavorativa totale anche in attività sostitutive adeguate. Per conseguenza, tali relazioni medico-legali hanno un valore probatorio molto limitato e non sono suscettibili di mettere in discussione le conclusioni dei periti del U. _____ neppure su questo punto.

E. 7.2.7.3

Pertanto, non sussiste per questo Tribunale alcun serio motivo di discostarsi dalla convincente e motivata valutazione della residua capacità lavorativa medico-teorica in attività sostitutive adeguate fondata segnatamente sulle perizie pluridisciplinari del U. _____ che sono dettagliate, consistenti e convincenti al riguardo, non senza dimenticare che per quanto emerge dalle carte processuali il caso risulta sufficientemente indagato dal profilo medico dopo la sentenza di rinvio di questo Tribunale del 7 novembre 2014.

E. 8

Il ricorrente ha poi fatto valere che conto tenuto della sua situazione medica rispettivamente delle ritenute limitazioni funzionali è difficile che egli possa trovare un datore di lavoro disposto ad assumerlo. Giova tuttavia rilevare - con riferimento al fatto se la residua capacità lavorativa medico-teorica in attività sostitutive sia o meno ancora sfruttabile in un mercato del lavoro equilibrato - che nel momento in cui è stato accertato in modo affidabile che l'esercizio di un'attività sostitutiva adeguata era medicalmente esigibile al 90% da giugno 2010 rispettivamente al 70% da giugno 2016 (presenza durante tutto il giorno, ma con rendimento ridotto [perizie del 29 aprile e del 18 novembre 2016]), il ricorrente non aveva ancora raggiunto l'età di 60 anni a partire dalla quale la giurisprudenza considera che di principio non esiste più la possibilità realistica di mettere a profitto la residua capacità lavorativa sul mercato del lavoro generalmente supposto equilibrato (DTF 143 V 431 consid. 4.5 e 138 V 457 consid. 3.3; sentenze del TF 9C_839/2017 del 24 aprile 2018 consid. 6.2 e 8C_761/2014 del 15 ottobre 2015 consid. 3.2.3). Peraltro, non appare che il ventaglio di attività sostitutive esigibili (cfr. su questo punto, anche la risposta al ricorso dell'autorità inferiore [pag. 7 e 9]) sia talmente ristretto, anche tenuto conto delle limitazioni funzionali, da rendere illusoria la possibilità per l'insorgente - che al momento determinante dell'effettuazione delle due perizie U. _____ aveva 57 anni e 7 mesi rispettivamente 58 anni e due mesi - di trovare un impiego, malgrado l'assenza di esperienza professionale in tali ambiti (cfr. sentenza del TF 9C_36/2018 del 17 maggio 2018 consid. 4.3.1).

E. 9

Occorre infine ancora esaminare la conformità del tasso d'invalidità calcolato dall'autorità inferiore.

E. 9.1.1

L'autorità inferiore ha calcolato il grado d'invalidità come segue (doc. 145 e 149): ha raffrontato il reddito da valido di CHF 74'480.10 (salario indicato dal datore di lavoro, nel formulario del 29 marzo 2011, in CHF 70'500.- [cfr. doc. 26 pag. 3 pto. 2.11] poi indicizzato dall'amministrazione al 2016) con un reddito da invalido di CHF 61'009.95 (calcolato conto tenuto della riduzione del rendimento dapprima del 10%) rispettivamente di CHF 47'452.15 (conto tenuto di una riduzione del rendimento del 30%) ottenuti applicando la tabella TA1 del 2014 (la tabella TA1 2016 non essendo ancora disponibile [cfr., sulla legittimità di questo modo d'agire, fra l'altro, la sentenza del TF 9C_767/2015 del 19 aprile 2016 consid. 3.4 con rinvii]), livello di qualifica 1 (attività semplici e ripetitive, valore mediano (5'312 x 12= CHF 66'453.10), di un orario usuale di 41.7 ore settimanali nonché dell'indicizzazione del salario al 2016 (rispettivamente della già indicata riduzione di rendimento). L'autorità inferiore non ha altresì ritenuto di dovere adattare ulteriormente il salario da invalido con una riduzione giurisprudenziale. Ha così ottenuto un grado d'invalidità del 18,10% (con riduzione del rendimento del 10%) rispettivamente del 36,29% (con riduzione del rendimento del 30%) insufficienti per l'erogazione di una rendita svizzera per l'invalidità (essendo a tal fine per legge necessario perlomeno un grado d'invalidità del 40%).

E. 9.1.2

Il ricorrente non ha altresì contestato in questa sede la determinazione del reddito da valido e di quello da invalido così come effettuata dall'autorità inferiore, senza che appaia peraltro motivo per un necessario intervento d'ufficio da parte di questo Tribunale.

E. 9.2

L'insorgente si è per contro doluto della mancata applicazione, da parte dell'UAIE, di una riduzione giurisprudenziale del salario tabellare da invalido. Non ha peraltro indicato nel ricorso quale dovrebbe, a suo giudizio, essere la portata di tale riduzione e perché (doc. TAF 1).

E. 9.2.1

Dal canto suo, l'autorità inferiore ha indicato nella risposta al ricorso che in concreto, sulla base della documentazione medica agli atti, l'Ufficio AI può partire dal presupposto che a partire dal mese di giugno 2010, rispettivamente dal mese di giugno 2016, l'assicurato disponga di una capacità lavorativa del 90% rispettivamente del 70%, intesa come riduzione del rendimento sull'arco di un'intera giornata lavorativa, in un'attività adeguata allo stato di salute, senza che il datore di lavoro debba aspettarsi altre limitazioni delle prestazioni dovute a motivi di salute. Ciò premesso, non potrebbe essere ammessa la concessione di una deduzione in considerazione dei disturbi alla salute, dato che nella determinazione della residua capacità lavorativa del 90% rispettivamente del 70% sono già sufficientemente considerate le limitazioni della capacità fisica, funzionale e del rendimento. Inoltre, l'UAIE ha rilevato che il fattore età non ha di per sé stesso l'effetto di ridurre la retribuzione e che non vi erano altre circostanze personali o professionali atte a giustificare una riduzione. Sul mercato equilibrato del lavoro vi sono peraltro per l'assicurato sufficienti possibilità d'impiego adeguate all'impedimento, segnatamente in funzioni di controllo e sorveglianza, in facili lavori di smistamento, verifica ed imballaggio, in attività leggere/medie pesanti nel settore della gestione di magazzini o di pezzi di ricambio o in qualità di custode, senza che il datore di lavoro debba attendersi ulteriori limitazioni non già considerate nel caso concreto nella determinazione della capacità lavorativa (doc. TAF 6).

E. 9.2.2

La questione di sapere 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).

E. 9.2.3

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 altrimenti 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. 9.2.4

Nel caso concreto, va in primo luogo rilevato che la decisione dell'autorità inferiore di non operare una riduzione giurisprudenziale a causa delle affezioni di cui soffre l'insorgente è corretta in quanto le stesse sono già state debitamente considerate nell'ambito della determinazione della residua capacità lavorativa - del 90% da giugno 2010 e del 70% da giugno del 2016 in attività sostitutive adeguate (presenza durante tutto il giorno, ma con rendimento ridotto) - con conseguente riduzione del reddito da invalido del 10% rispettivamente del 30% per il minor rendimento. Peraltro, in questo ambito non è consentita una doppia deduzione (cfr., fra le tante, le sentenze del TF 8C_94/2018 del 2 agosto 2018 consid. 7.2 e 9C_264/2016 del 7 luglio 2016 consid. 5.2.2 con rinvii).

E. 9.2.5

Secondo la più recente giurisprudenza del Tribunale federale, neppure l'età degli uomini nel segmento tra 50 e 65 anni, in attività senza funzioni dirigenziali, ha di per sé per effetto una diminuzione dei salari (talvolta persino un aumento [cfr. sentenze del TF 8C_561/2018 del 4 marzo 2019 consid. 4.3, 9C_535/2017 del 14 dicembre 2017 consid. 4.6 e 8C_477/2016 del 23 novembre 2016 consid. 4.2 con rinvii]). Il semplice riferimento alla sua età - di all'incirca 58 anni al momento determinante - non giustifica pertanto di per sé una riduzione giurisprudenziale del salario da invalido.

E. 9.2.6

Si osservi, peraltro, che neppure una limitata formazione professionale giustifica di per sé una riduzione giurisprudenziale, considerato che le attività adeguate entranti in linea di conto (segnatamente semplici e ripetitive) non richiedono né un'esperienza professionale diversificata né un grado di istruzione particolare (cfr. in DTF 137 V 71 consid. 5.3).

E. 9.2.7

L'insorgente non ha altresì fatto valere rispettivamente sostanziato con il necessario dettaglio ulteriori motivi di riduzione. Pertanto, anche tenuto conto del riserbo di cui deve dare prova il giudice delle assicurazioni sociali nel sostituire il proprio apprezzamento a quello dell'amministrazione (DTF 137 V 71 e 132 V 393 consid. 3.3), questo Tribunale potrebbe di principio limitarsi a rilevare che non sono state indicate nel gravame ragioni sufficienti per scostarsi dalla valutazione di cui alla decisione litigiosa secondo la quale non si giustifica nel caso di specie di operare una riduzione giurisprudenziale.

E. 9.2.8

Questo Tribunale constata altresì d'ufficio che secondo una giurisprudenza del Tribunale federale, una riduzione giurisprudenziale può giustificarsi anche allorquando sussistono, oltre ad una riduzione della capacità lavorativa (pure nella forma della riduzione di rendimento), altre restrizioni, come per esempio pause supplementari o limitazioni funzionali che in ragione della loro natura non sono facilmente compatibili con le esigenze che comportano di regola le attività sostitutive entranti in linea di conto (cfr. in particolare DTF 8C_552 del 18 gennaio 2018 consid. 5.2 con rinvio). Orbene, nel caso concreto bisogna convenire con l'autorità inferiore che la riduzione di rendimento del 10% rispettivamente del 30% ritenute dal neurologo, poi riprese nelle perizie del 29 aprile e del 18 novembre 2016, sono già state sufficientemente considerate, come quelle indicate dal cardiologo, nella determinazione del salario da invalido. Non possono quindi giustificare anche una riduzione giurisprudenziale. Si pone tuttavia la questione di sapere se le limitazioni funzionali indicate dal reumatologo nella perizia del 29 aprile 2016 (cfr. considerando 7.2.2 del presente giudizio), richiamate anche in quella del 18 novembre 2016, siano effettivamente già state considerate dai periti U. _____ nella fissazione della riduzione del rendimento in attività sostitutive, come ritenuto dall'autorità inferiore. In caso contrario, occorrerebbe ancora determinare l'entità di una riduzione giurisprudenziale da applicare al salario da invalido. Ciò premesso, giova innanzitutto rilevare che nella decisione dell'UAIE del 22 agosto 2012 (doc. 65 [poi annullata dal TAF, ma non per questo motivo, con sentenza del 7 novembre 2014]), l'autorità inferiore aveva ammesso una riduzione giurisprudenziale del 10% (5% per attività leggere + 5% per limitazioni funzionali [v., su questo punto, in particolare doc. 61 pag. 11]). Nella perizia pluridisciplinare del 29 aprile 2016, è poi stato indicato che in un lavoro adatto, il ricorrente è abile al 90%, solo la patologia neurologica limitando l'insorgente medesimo in detti lavori (doc. 112 pag. 22). Dalla perizia neurologica del 19 ottobre 2016, risulta poi che dal punto di vista strettamente neurologico l'incapacità lavorativa è del 30% anche in attività sostitutive leggere e adeguate (l'aumento dal 10% al 30% essendo dovuto al tremore intermittente in buona parte funzionale, senza segni extrapiramidali [doc. 142 pag. 32]). Non appaiono essere per contro state sufficientemente indicate dall'UAI-T. _____ nella risposta al ricorso, cui rinvia l'UAIE, le ragioni per cui si debba ritenere che le limitazioni funzionali indicate dal perito reumatologo (doc. 112 pag. 75) siano già state sufficientemente considerate nella loro integralità dai periti nella determinazione della

riduzione del rendimento del 10% rispettivamente del 30%, originate già solo dalle affezioni neurologiche. Una spiegazione coerente, esauriente e convincente non è comunque ravvisabile neppure nelle perizie del U. _____ del 29 aprile e 18 novembre 2016 o in altri atti di causa. Certo, alla lettura dei punti 9.1.1 e 9.1.2 della perizia bidisciplinare del 18 novembre 2016, si potrebbe considerare, come ha fatto l'autorità inferiore, che i periti hanno già tenuto conto nella determinazione della riduzione del rendimento del 30% di tutte le limitazioni funzionali indicate nella perizia del 29 aprile 2016, dunque anche di quelle reumatologiche/ortopediche. Tuttavia, al punto 9.2.3 della medesima perizia bidisciplinare, concernente la reintegrazione professionale (doc. 142 pag. 24), è poi indicato che "bisogna tenere conto dei limiti funzionali descritti nella nostra precedente perizia". Permane quindi un'incertezza sul fatto se nel 30% di riduzione del rendimento per l'esercizio delle attività sostitutive adeguate ritenute nella perizia bidisciplinare (punto 9.1) sia stato tenuto conto, rispettivamente tenuto conto in modo adeguato, delle limitazioni funzionali di tipo reumatologico/ortopedico. Tuttavia, quand'anche si dovesse procedere ad una riduzione giurisprudenziale in ragione delle limitazioni funzionali indicate dal reumatologo nella perizia pluridisciplinare del 29 aprile 2016 (e di cui non sarebbe eventualmente stato tenuto conto in quella bidisciplinare del 18 novembre 2016), essa non potrebbe - secondo questo Tribunale - eccedere il 5% (con la conseguenza che il raffronto dei redditi non implicherebbe ancora un grado d'invalidità giustificante l'erogazione di una rendita svizzera per l'invalidità [cfr. considerando 9.2.10 del presente giudizio]). In effetti - rispetto a quanto deciso dall'autorità inferiore medesima nella decisione del 22 agosto 2012 (riduzione giurisprudenziale del 10% [5% per attività leggere e 5% per limitazioni funzionali] che poteva costituire un riferimento per un caso del genere [cfr. le sentenze del TF 9C_458/2018 del 17 ottobre 2018 in particolare consid. 4.2, nonché DTF 9C_455/2013 del 4 ottobre 2013 in particolare consid. 4.4]) - dopo l'effettuazione dell'istruttoria complementare, e segnatamente delle perizie pluri- e bidisciplinari più volte menzionate, solo una riduzione giurisprudenziale del 5% per le limitazioni funzionali reumatologiche/ortopediche potrebbe ancora essere ritenuta, dal momento che è comunque già stato tenuto conto nella determinazione della riduzione del rendimento in ambito neurologico del fatto che l'insorgente poteva ancora svolgere attività leggere adeguate (cfr. segnatamente doc. 142 pag. 32 in fine). Non è però consentito operare una riduzione giurisprudenziale del 5% per attività leggere allorché tale fattore è già stato considerato al momento in cui è stata determinata la riduzione di rendimento neurologico. Una duplice presa in considerazione del medesimo fattore sarebbe inammissibile.

E. 9.2.9

Infine, dal raffronto dei redditi determinanti con una detrazione giurisprudenziale massima complessiva del 5%, da aggiungere al 30% per riduzione del rendimento, conseguirebbe comunque un grado d'invalidità del 39,47% ($[74'480.10 - 45'079.56]: 74'480.10 \times 100$), insufficiente per giustificare l'erogazione di una rendita svizzera per l'invalidità (v., sulla questione e le regole d'arrotondamento, DTF 130 V 231 nonché, fra le tante, 9C_796/2018 del 10 gennaio 2019 consid. 1 e 9C_289/2017 del 4 settembre 2017 consid. 3.3).

E. 10

Da quanto esposto, discende che il ricorso deve essere respinto e la decisione impugnata confermata.

E. 11.1

Visto l'esito della procedura, le spese processuali, di CHF 800.-, sono poste a carico del ricorrente (art. 63 cpv. 1 e cpv. 5 PA, nonché art. 3 lett. b TS-TAF [RS 173.320.2]). Esse sono computate con l'anticipo spese, di identico ammontare, versato dall'insorgente il 10 febbraio 2017.

E. 11.2

Al ricorrente, soccombente, non spetta altresì alcuna indennità per spese ripetibili della sede federale (art. 64 PA in combinazione con l'art. 7 cpv. 1 e cpv. 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.