

BVGer C-6863/2019 vom 29. Januar 2021

Bundesverwaltungsgericht, 2021-01-29, IT

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bvger_C-6863_2019

FR: TAF C-6863/2019 du 29 janvier 2021

IT: TAF C-6863/2019 del 29 gennaio 2021

Regeste

Diritto alla rendita

Erwägungen

E. 1.1

Il Tribunale amministrativo federale esamina d'ufficio e con piena cognizione la sua competenza (art. 31 e segg. LTAF) rispettivamente l'ammissibilità dei gravami che gli vengono sottoposti (DTF 133 I 185 consid. 2 e relativi riferimenti).

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 e art. 48 cpv. 1 PA), il ricorso è stato interposto tempestivamente (art. 60 LPGGA 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. 2.1

Il ricorrente è cittadino di uno Stato membro della Comunità europea, vi è inoltre un elemento transfrontaliero, avendo l'interessato lavorato in Svizzera (DTF 143 V 81 consid. 8.3 con rinvii, 143 II 57 e 141 V 521 consid. 4.3.2 nonché, tra le altre, le sentenze della CGUE del 5 maggio 2011 C-434/09 McCarthy, punto 45, e dell'11 ottobre 2001 C-95/99 a 98/99 e C-180/99 Khalil et aliud, punto 69) 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 (sentenza del TF 8C_580/2015 del 26 aprile 2016 consid. 4.2 e relativi riferimenti).

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. 3.1.1

Dal profilo temporale sono applicabili le disposizioni in vigore al momento della realizzazione dello stato di fatto che deve essere valutato giuridicamente o che produce conseguenze giuridiche (DTF 136 V 24 consid. 4.3; 130 V 445 consid. 1.2 e relativi riferimenti; 129 V 1 consid. 1.2). Se è intervenuto un cambiamento delle norme legislative nel corso del periodo sottoposto ad esame giudiziario, il diritto eventuale alle prestazioni si determina secondo le vecchie disposizioni per il periodo anteriore e secondo le nuove a partire dalla data della loro entrata in vigore (applicazione pro rata temporis; DTF 130 V 445).

E. 3.1.2

Nel caso in esame, essendo contestato il diritto alla rendita da gennaio 2013, che - tenuto conto della (terza) richiesta di prestazioni del 7 luglio 2015 - sorgerebbe tuttavia al più presto il 1° gennaio 2016 (art. 29 cpv. 1 e 3 LAI), si applicano di principio le disposizioni

della 6a revisione della LAI entrate in vigore il 1° gennaio 2012 e le successive (RU 2011 5659; FF 2010 1603), entrate in vigore fino alla data della decisione impugnata.

E. 3.2

Il potere cognitivo di questo Tribunale è delimitato dalla data della decisione impugnata. Il giudice delle assicurazioni sociali esamina infatti la decisione impugnata sulla base della situazione di fatto esistente al momento in cui essa è stata resa (DTF 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; 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

Oggetto del contendere è la questione se l'attribuzione all'assicurato da parte dell'UAIE di un quarto di rendita dal 1° marzo 2018 è conforme al diritto federale oppure se l'assicurato può pretendere una rendita intera da gennaio 2013. Al riguardo va rilevato che, con decisione del 7 novembre 2013, passata in giudicato, l'amministrazione ha già statuito sull'assenza di un diritto alla rendita. Ne consegue che nella misura in cui la domanda di rendita ed il ricorso si riferiscono al periodo tra gennaio 2013 e novembre 2013, la richiesta è irricevibile.

E. 5.1

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 ad infermità congenita, malattia o infortunio (art. 8 LPGA e art. 4 cpv. 1 LAI).

E. 5.2

Secondo l'art. 7 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 ed alle misure d'integrazione ragionevolmente esigibili. 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).

E. 5.3

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. 5.4

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. 5.5

La nozione d'invalidità di cui all'art. 4 LAI e 8 LPGA è un concetto di carattere economico-giuridico e non medico (sentenze del TF 9C_318/2014 del 10 settembre 2014 consid. 3.1 e 8C_636/2010 del 17 gennaio 2011 consid. 3 e relativi riferimenti). In base all'art. 16 LPGA, applicabile per il rinvio dell'art. 28 cpv. 2 LAI, per valutare il grado d'invalidità, il reddito che l'assicurato potrebbe conseguire esercitando l'attività ragionevolmente esigibile da lui dopo la cura medica e l'eventuale esecuzione di provvedimenti d'integrazione (reddito da invalido), tenuto conto di una situazione equilibrata del mercato del lavoro, è confrontato con il reddito che egli avrebbe potuto ottenere se non fosse diventato invalido (reddito da valido; metodo generale del raffronto dei redditi).

E. 5.6

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.

E. 6.1

Per quanto attiene alle regole che reggono la procedura di nuova domanda di rendita, va rilevato che qualora, nell'ambito di una prima domanda, la rendita sia stata negata perché il grado d'invalidità era insufficiente, una nuova domanda è riesaminata soltanto se l'assicurato rende verosimile che il grado d'invalidità si è modificato in misura rilevante per il diritto alle prestazioni (art. 87 cpv. 2 e 3 OAI [RS 831.201]). Per valutare questo aspetto occorre confrontare la situazione al momento della nuova decisione con quella esistente al momento dell'ultima decisione cresciuta in giudicato che è stata oggetto di un esame materiale del diritto alla rendita dopo contestuale accertamento pertinente dei fatti, apprezzamento delle prove e determinazione del grado d'invalidità (DTF 130 V 108 e 130 V 71 consid. 3.2.3). La verosimiglianza richiesta dall'art. 87 cpv. 3 OAI non è la verosimiglianza preponderante altrimenti valida nel diritto delle assicurazioni sociali. Il grado della prova dell'art. 87 cpv. 3 OAI è attenuato in quanto non è necessario che l'amministrazione raggiunga il convincimento, nel senso di una prova piena, che rispetto all'ultima decisione cresciuta in giudicato sia effettivamente subentrata una modifica rilevante. Basta piuttosto che sussistano almeno certi indizi a favore della circostanza invocata, fermo restando comunque la possibilità che la modifica invocata venga poi smentita da un più attento esame successivo (sentenza del TF 9C_68/2007 del 19 ottobre 2007 consid. 4.4 con riferimenti). Adita con una nuova domanda, l'amministrazione comincerà con l'esaminare se le allegazioni dell'assicurato sono, in maniera generale, plausibili. Se ciò non dovesse essere il caso, potrà di principio liquidare l'istanza senza ulteriori indagini con un rifiuto di entrata nel merito. A tal proposito occorre precisare che quanto più breve è il tempo trascorso dalla decisione precedente, tanto più rigorosamente l'amministrazione apprezzerà la plausibilità delle allegazioni dell'assicurato. Su questo aspetto, l'amministrazione dispone di un certo potere d'apprezzamento che il giudice è di principio tenuto a rispettare (sentenza del TF 9C_667/2010 del 28 aprile 2011 consid. 2.1 e 2.2 nonché relativi riferimenti). Peraltro, allorquando l'autorità inferiore è entrata nel merito di una domanda di rendita il giudice non deve esaminarne la legittimità (DTF 133 V 108 consid. 5.2 e 109 V 108 consid. 2b).

E. 6.2

Dal momento che, a seguito della sentenza del TAF del 5 febbraio 2018, l'amministrazione è entrata nel merito della terza domanda di rendita d'invalidità presentata dal ricorrente, in analogia alle disposizioni sulla revisione ai sensi dell'art. 17 LPGGA, doveva esaminare se tra la situazione esistente al momento dell'ultima decisione cresciuta in giudicato che è stata oggetto di un esame materiale del diritto alla rendita, nel caso concreto al 7 novembre 2013 (si veda in particolare consid. A.c.b e 10.2 del presente giudizio) e la situazione al momento della nuova decisione qui impugnata, ovvero al 18 novembre 2019, è intervenuta una modifica significativa del grado d'invalidità (sentenze del TF 9C_421/2014 del 21 luglio 2014 consid. 3 e 9C_418/2010 del 29 agosto 2011 consid. 4.2 e 4.3).

E. 7.1

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

E. 7.2

L'art. 88a cpv. 2 OAI prevede che se la capacità al guadagno dell'assicurato o la capacità di svolgere le mansioni consuete peggiora, se la grande invalidità si aggrava o se il bisogno di assistenza o di aiuto dovuto all'invalidità aumenta, il cambiamento va tenuto in considerazione non appena è durato tre mesi senza interruzione notevole.

E. 7.3

Costituisce motivo di revisione della rendita d'invalidità ogni modifica rilevante delle circostanze di fatto suscettibile d'influire sul grado di invalidità e, quindi, sul diritto alla rendita. Ne consegue che la rendita può essere soggetta a revisione non soltanto in caso di modifica significativa dello stato di salute, ma anche quando detto stato è rimasto invariato, ma le sue conseguenze sulla capacità di guadagno hanno subito un cambiamento significativo (DTF 130 V 343 consid. 3.5).

E. 8.1

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. 8.2

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. 8.3

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, i quali possono tendere a pronunciarsi in favore del proprio paziente a dipendenza dei particolari legami che essi hanno con gli stessi (DTF 137 V 210 consid. 1.3.4; 134 V 231 consid. 5.1; 125 V 351 consid. 3b con rinvii).

E. 8.4

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 e relativi riferimenti).

E. 8.5

In ambito psichiatrico, la diagnosi deve essere espressa da uno specialista in psichiatria e fondata sui criteri posti da un sistema di classificazione riconosciuto scientificamente (DTF 141 V 281 consid. 2.1; 130 V 396 consid. 6.3; sentenza del TF 9C_815/2012 del 12 dicembre 2012 consid. 3). In presenza di disturbi psichici, in particolare di disturbi da dolore somatoforme, di disturbi derivanti da affezioni psicosomatiche assimilate a questi ultimi (DTF 140 V 8 consid. 2.2.1.3) oppure di disturbi depressivi di grado da leggero a medio (DTF 143 V 409), la capacità lavorativa esigibile di una persona che soffre di tali disturbi deve essere valutata sulla base di una visione d'insieme, nell'ambito di una procedura d'accertamento dei fatti strutturata fondata su indicatori atti a stabilire, da un lato, i fattori invalidanti e, dall'altro, le risorse della persona (DTF 141 V 281 consid. 2, 3.4-3.6 e 4.1 nonché 143 V 418 consid. 6 segg.). Il Tribunale federale ha suddiviso gli indicatori per la valutazione della capacità lavorativa in due categorie (DTF 141 V 281 consid. 4.1.3), segnatamente categoria "gravità funzionale" (consid. 4.3) con i complessi "danno alla salute" (consid. 4.3.1; risultati e sintomi rilevanti per la diagnosi; successo od insuccesso del trattamento e della reintegrazione; comorbidità), "personalità" (sviluppo e struttura della personalità, funzioni psichiche [consid. 4.3.2] e contesto sociale [consid. 4.3.3]) nonché categoria "coerenza" (aspetti del comportamento [consid. 4.4] in rapporto alla limitazione uniforme dei livelli di attività in tutti gli ambiti della vita paragonabili [consid. 4.4.1] ed alla sofferenza dimostrata secondo l'anamnesi in vista di un trattamento o di una reintegrazione [consid. 4.4.2]).

E. 9

Nel caso di specie si pone la questione se vi sia stata, o meno, una modifica dello stato di salute e/o della capacità lavorativa del ricorrente tra il 7 novembre 2013 (istante in cui è stata respinta la seconda richiesta di rendita) e il 18 novembre 2019 (data della decisione

impugnata) che giustifichi l'erogazione di una rendita AI con effetto retroattivo al 7 novembre 2013 (invece che dal 1° marzo 2018) e/o di grado superiore, rispetto al quarto di rendita riconosciuto dall'UAIE. Inoltre andrà esaminata anche la possibilità di mettere a frutto in un mercato del lavoro equilibrato della capacità lavorativa residua medico-teorica in attività adeguate.

E. 10.1

Dalla documentazione prodotta nell'ambito della prima domanda di prestazioni è emerso che l'assicurato soffriva di tachiaritmia sopraventricolare e che ha condotto all'impianto di un pacemaker definitivo nel mese di settembre 2006 (doc. 17). Sulla base dei referti medici trasmessi, nel proprio parere del 24 novembre 2006, il dott. F. _____ del Servizio medico regionale (SMR), specialista in medicina interna generale, ha considerato che l'assicurato non è mai stato incapace al lavoro in misura pari almeno al 40% in maniera duratura (doc. 14).

E. 10.2

Dalla documentazione inoltrata in occasione della seconda domanda di prestazioni sono emerse una rottura completa del tendine del muscolo sovraspinoso della spalla destra (doc. 26, 27 [ripetuto in doc. 44], 30), diabete mellito tipo 2 (doc. 29 e 32) e una spondilodiscoartrosi (doc. 26 e 30). L'incarto è stato sottoposto al dott. B. _____, specialista in medicina interna generale del SMR, il quale, nella presa di posizione del 31 luglio 2013 (doc. 60), tenendo conto delle affezioni diagnosticate e del loro moderato impatto funzionale, ha ritenuto l'assicurato abile in misura completa nell'attività di gestore di autolavaggio e precisato che quest'attività implicava lavori leggeri fino a mediamente pesanti. In particolare, il dott. B. _____ ha rilevato una funzione cardiaca normalizzata in seguito all'impianto del pacemaker, un diabete di tipo 2 relativamente ben controllato e che non presentava complicazioni, un'affezione dell'apparato locomotore (spondiloartrosi cervicale e lombare) già debitamente considerata nell'ambito della procedura che ha condotto alla decisione di rifiuto del 21 febbraio 2007 (doc. 22) e dei problemi articolari al rachide (insufficienza vertebrale del rachide dorso-lombo-sacrale, discopatia degenerativa e radicolopatia cronica) che coincidono con quanto constatato in precedenza.

E. 10.3

In occasione della terza domanda di prestazioni del 7 luglio 2015 il ricorrente ha trasmesso numerosa documentazione medica ed in particolare: un estratto parziale della relazione della commissione medica per l'accertamento dell'invalidità civile, delle condizioni visive e della sordità del 26 maggio 2014, che ha riconosciuto l'interessato invalido, con riduzione permanente della capacità lavorativa al 67% a partire dal 9 aprile 2014 (doc. 122); la consulenza tecnica d'ufficio del 20 gennaio 2015, redatta dal dott. G. _____, specialista in angiologia e geriatria, che dopo aver esaminato il paziente, tenuto conto della documentazione sanitaria agli atti, ha formulato le diagnosi di: "cardiopatia ipertensiva in II classe NYHA in portatore di pace maker definitivo bicamerale. Diabete mellito tipo 2. Spondiloartrosi cervicale e lombare con discopatie multiple e periartrite della spalla destra e con moderato impegno funzionale, sindrome ansioso-depressiva reattiva di grado moderato", concludendo che "il periziando per le malattie diagnosticate va considerato invalido con riduzione permanente a meno di un terzo delle proprie capacità di guadagno in occupazioni confacenti alle attitudini personali" e specificando che a suo modo di vedere, considerata la lenta progressione delle malattie da cui è affetto l'interessato, tale grado di

invalidità è intervenuto circa a gennaio 2014 (doc. 64); la relazione di accertamento tecnico preventivo datata 6 marzo 2015 del dott. H._____, specialista in chirurgia d'urgenza, semeiotica d'urgenza e valutazione del danno alla persona in medicina legale, il quale, dopo aver passato in rassegna le varie affezioni lamentate dall'assicurato, ha concluso che le infermità erano presenti all'atto della domanda amministrativa, ossia il 9 aprile 2014, e che le stesse comportavano una valenza invalidante pari al 79% (doc. 121); la perizia medica particolareggiata E 213 eseguita in data 3 settembre 2015 dalla dott.ssa I._____, la cui specializzazione non è nota, in cui ha attestato che le condizioni di salute dell'assicurato sono rimaste stazionarie e che era in grado di svolgere regolarmente lavori leggeri, così come a tempo pieno il suo lavoro di gestore di un autolavaggio o un'altra attività adeguata alle sue condizioni. Infine, la dott.ssa ha indicato che conformemente alle disposizioni di legge del paese di residenza, ossia l'Italia, l'invalidità per l'ultimo lavoro svolto era parziale, e più precisamente del 55%, ma che il paziente era da considerarsi "non invalido" (doc. 63); la consulenza medico legale di parte del 5 febbraio 2016 allestita dal dott. L._____, la cui specializzazione non è nota, con cui il medico ha indicato che il paziente si è presentato all'esame clinico in apparenti discrete condizioni generali ed ha posto le diagnosi di artrosi polidistrettuale con limitazione funzionale e deficit deambulatorio, cardiopatia ipertensiva II classe NYHA in portatore di PM, diabete mellito con retinopatia, BPCO e sindrome ansioso depressiva. Sulla base dell'esame obiettivo del paziente e dopo disamina della documentazione clinica allegata, il medico ha indicato che "le patologie accertate ed obiettivate inducono una riduzione permanente della capacità lavorativa del 100%", specificando che dall'analisi della documentazione agli atti emerge che il quadro clinico rilevato era il risultato di più patologie instauratesi progressivamente nel tempo e che la poliartropatia degenerativa appariva ad alta incidenza funzionale (doc. 91).

E. 10.4

Con sentenza di rinvio del 5 febbraio 2018 (C-2516/2016) questo Tribunale ha rilevato che dalla documentazione medica trasmessa con la terza domanda di rendita del 7 luglio 2015, l'interessato aveva reso plausibile l'insorgenza di un disturbo psichico (sindrome ansioso-depressiva) non sufficientemente considerato e acclarato, così come un aggravamento delle affezioni ortopediche e delle conseguenti limitazioni funzionali, motivo per cui la causa andava rinviata all'autorità inferiore affinché entrasse nel merito della domanda di prestazioni (doc. 138).

E. 10.5

Con perizia pluridisciplinare del SAM del 1° aprile 2019, eseguita su incarico dell'amministrazione e redatta dalla dott.ssa M._____, specialista in medicina interna e medico perito SIM, e N._____, specialista in medicina interna generale e medico perito SIM, con il coinvolgimento dei dott. i O._____ (reumatologo), P._____ (neurologo), Q._____ (cardiologo), R._____ (pneumologo), S._____ (endocrinologo-diabetologo) e T._____ (psichiatra), gli specialisti hanno posto le seguenti diagnosi (doc. 191 pag. 22 e segg.):

E. 10.5.1

"Diagnosi con influenza sulla capacità lavorativa: Diagnosi reumatologiche Sindrome lombovertebrale cronica con componente spondilogenica attualmente accentuata sul lato ds. e stato dopo sindrome irritativa radicolare a sin. probabilmente in sede L4-L5 su importanti alterazioni degenerative plurisegmentali a L1 fino a S1 con soprattutto interessamento dei

segmenti L3-L4, L4-L5 e L5-S1 con presenza di una osteocondrosi e fenomeno di vacuum L3-L4, L4-L5 e pseudo-anterolistesi i L4 su L5 nonché spondilartrosi generalizzata. Periartropatia omeroscapolare tendinopatica bilaterale a ds. più che a sin., nonché calcarea a ds. con lesione della cuffia dei rotatori a ds., in particolar modo del tendine del sovraspinato e meno dell'infraspinato. Diagnosi neurologiche Possibile lieve irritazione S1 ds. non deficitaria su: - eventualmente nell'ambito di un canale spinale lombare stretto; - eventuale irritazione S1 in sede recessale L5-S1 su protrusione discale locale. Diagnosi cardiologiche Lieve cardiopatia ipertensiva-valvolare con: - disfunzione diastolica grado I; - moderata insufficienza della valvola aortica tricuspide. Fibrillazione atriale parossistica con: - attuale ritmo sinusale; - CHA2DS2 VASc Score 2 (DM tipo 2. ITA). Impianto di sistema pace-maker per blocco AV sintomatico, 28.9.2006. FRCV: ITA, dislipidemia, DM tipo 2, tabagismo attivo. Diagnosi senza influenza sulla capacità lavorativa: Diagnosi reumatologiche Sindrome cervico-vertebrale con componente cervico-cefale su alterazioni degenerative soprattutto a livello C4-C5 e C5-C6. Gonalgie bilaterali. Iniziale coxartrosi. Diagnosi neurologiche Minima sindrome del tunnel carpale bilaterale. Stato dopo radicolopatia S1 sin. nel corso del 2017 con: - lieve ipotrofia persistente dei muscoli innervati da S1 senza deficit di forza; - asimmetria del riflesso achilleo sin.<ds.; - assenza di una sintomatologia algica residuale. Diagnosi endocrinologiche/diabetologiche Diabete mellito tipo 2, non insulino-dipendente, in trattamento con antidiabetici orali con nota retinopatia. Diagnosi pneumologica Possibile bronchite cronica su pregresso tabagismo. Diagnosi psichiatrica Ansia parossistica (ICD-10 F 41.0). Altre diagnosi Nota ipercolesterolemia in trattamento farmacologico. Anamnesticamente iperplasia prostatica benigna in trattamento farmacologico. Stato dopo intervento chirurgico per ernia inguinale a sin, dicembre 2004".

E. 10.5.2

Dal punto di vista reumatologico il dott. O. _____ ha rilevato che l'assicurato soffre di due patologie importanti, una a livello delle spalle, segnatamente una periartropatia omeroscapolare tendinopatica in parte calcifica alla spalla destra con lesione a tutto spessore del tendine del sovraspinato e una periartropatia della spalla sinistra con alterazioni degenerative della cuffia dei rotatori, così come un'affezione degenerativa lombare con un progrediente peggioramento dei disturbi. Egli ha inoltre evidenziato che nel 2017 il paziente ha presentato una nuova esacerbazione dolorosa alla gamba sinistra, concludendo che, sulla base di queste constatazioni, valutava, dal punto di vista reumatologico, al momento della visita, una capacità lavorativa del 40% nella precedente attività di gestore di un autolavaggio in proprio e dell'80% in un'attività lavorativa adatta allo stato di salute.

E. 10.5.3

Dal punto di vista neurologico il dott. P. _____ ha attestato che "a parte la minima sindrome del tunnel carpale bilaterale, non vi sono segni di radicolopatie cervicali, nè segni di una radicolopatia attuale o pregressa lombare o di S1 a ds. (...)", concludendo che "nell'insieme, vi può essere al massimo una certa irritazione S1 ds. magari nell'ambito del canale spinale lombare stretto, comunque senza segni deficitari". Egli ha pertanto attestato una capacità lavorativa dell'80% nell'attività lavorativa da ultimo svolta e del 100% in un'attività lavorativa adeguata (pag. 37 e seg.).

E. 10.5.4

Dal punto di vista cardiologico il dott. Q._____ ha evidenziato che il paziente è portatore di una lieve cardiopatia ipertensiva, ma soprattutto di una cardiopatia valvolare caratterizzata da un'insufficienza della valvola aortica tricuspide che tuttavia non ha grossolane ripercussioni emodinamiche (...)" e che "da quando ha impiantato il pacemaker non sono più avvenuti episodi sincopati. L'assicurato durante l'anamnesi parla di episodi di palpitazioni, che tuttavia non trovano riscontro alle memorie del pace-maker". Il perito ha dunque attestato una capacità lavorativa del 90% nella precedente attività e del 100% in attività adeguate (pag. 38).

E. 10.5.5

Dal punto di vista pneumologico il dott. R._____ ha precisato che sulla base degli esami clinici e funzionali approfonditi non era possibile constatare "la presenza di una BPCO. Una lieve bronchite cronica è possibile, mentre sono esclusi disturbi funzionali respiratori (nessun disturbo ventilatorio ostruttivo o restrittivo, nessuna iperinflazione polmonare, nessuna alterazione dei parametri della diffusione)", attestando una piena capacità lavorativa in qualsiasi attività (pag. 39).

E. 10.5.6

Dal punto di vista endocrinologico-diabetologico il dott. S._____ ha rilevato che nonostante la diagnosi di diabete mellito di tipo 2, complicato da una retinopatia diabetica, non era mai insorta la necessità di trattamento oftalmologico e che la patente di circolazione non era stata ritirata. Pertanto, il grado della retinopatia poteva essere valutato come moderato. Inoltre, il mancato peggioramento della retinopatia e l'assenza di una polineuropatia diabetica suggerivano la presenza di un'ottima compliance dietetica e farmacologica da parte dell'assicurato, motivo per cui anch'egli attestava una piena capacità lavorativa in qualsiasi attività (pag. 40).

E. 10.5.7

Dal punto di vista psichiatrico, il dott. T._____ ha dichiarato che non era rilevabile una vera e propria malattia psichica clinicamente rilevante ed ha attestato una capacità lavorativa completa in qualsiasi attività (pag. 40).

E. 10.5.8

Dal punto di vista internistico, il dott. N._____ ha precisato che le diagnosi di natura internistica non comportavano limitazioni della capacità lavorativa (pag. 41).

E. 10.5.9

Infine, con valutazione globale interdisciplinare consensuale, tenuto conto della radicolopatia S1 a sinistra insorta nel corso del 2017, gli specialisti coinvolti hanno attestato un'incapacità lavorativa totale nella precedente attività da marzo 2017 a fine dicembre 2017, mentre a partire dal 1° gennaio 2018, momento a partire dal quale la problematica neurologica/reumatologica menzionata era da considerarsi rientrata, un'abilità lavorativa del 30%. Per i medesimi motivi, in attività adeguate è stato considerato inabile al lavoro al 50% da marzo 2017 a fine dicembre 2017 e al 20% a decorrere dal 1° gennaio 2018. I periti hanno pure precisato che un'attività adeguata, consistente in attività fisiche leggere, deve permettere frequenti cambiamenti posturali e non necessitare il porto di pesi superiori a 10 kg fino all'altezza del corpo e a 3 kg sopra l'orizzontale oppure la marcia frequente. Inoltre, dal punto di vista reumatologico l'assicurato è limitato in attività lavorative non ergonomiche per la colonna vertebrale, in cui debba ripetutamente piegarsi o mantenere

posizioni statiche, soprattutto se piegato in avanti. Risulta pure limitato in attività che necessitano di tenere le braccia alzate sopra l'orizzontale, eseguire movimenti di abduzione, elevazione, rotazione o fare forza, soprattutto sopra i 45° (pag. 44 e segg).

E. 10.6

Dal canto loro, con valutazione medico-legale del 23 maggio 2019 i dott. i C. _____ e D. _____ del servizio medico dell'UAIE hanno confermato la correttezza delle valutazioni dei periti del SAM, in particolare i periodi di incapacità lavorativa attestati (doc. 196).

E. 11.1

Preso atto del fatto che il ricorrente non ha prodotto alcun atto medico di data posteriore alla perizia del SAM del 1° aprile 2019, confermata dal servizio medico dell'UAIE con valutazione del 23 maggio 2019, contenente una diversa valutazione della capacità lavorativa residua rispetto a quella di cui alla perizia del SAM, dettagliata, convincente e concludente, non vi è motivo per questa Corte di scostarsi dall'apprezzamento delle risultanze processuali di cui alla decisione impugnata, secondo cui il ricorrente è stato totalmente abile al lavoro nella precedente attività fino a fine febbraio 2017, totalmente inabile nella precedente attività dal 1° marzo 2017 e abile al 50% in attività adeguate dalla medesima data e - a partire da gennaio 2018 - capace al lavoro al 30% nell'attività abituale e all'80% in attività lavorative sostitutive rispettose dei limiti funzionali elencati.

E. 11.2

A tal proposito non soccorrono il ricorrente né la consulenza tecnica d'ufficio del 20 gennaio 2015 del dott. G. _____, né la relazione di accertamento tecnico preventivo datata 6 marzo 2015 del dott. H. _____ (peraltro esaminate nell'ambito della perizia pluridisciplinare del SAM), a cui ha rinviato nuovamente in sede di ricorso, trattandosi di valutazioni generiche il cui apprezzamento medico si fonda su modalità estranee al diritto svizzero. Inoltre, non può essere attribuita piena rilevanza probatoria neppure all'ulteriore documentazione medico/assicurativa italiana esibita dal ricorrente in corso di procedura di prima istanza (cfr. in particolare l'estratto della relazione della commissione medica per l'accertamento dell'invalidità civile, delle condizioni visive e della sordità del 26 maggio 2014 con cui è stato riconosciuto invalido al 67% con riduzione permanente della capacità lavorativa) poiché imprecisa, generica (non è dato di sapere a quale capacità lavorativa fa riferimento), priva di indicazioni motivate e concludenti sulla capacità lavorativa residua in attività adeguate, fondandosi su principi di diritto italiano che divergono da quelli applicabili in Svizzera.

E. 11.3

Infine, non aiutano il ricorrente neppure i brevi certificati medici trasmessi con scritto dell'8 agosto 2018 - che peraltro attestano le medesime diagnosi poi confermate dai periti del SAM e non contengono indicazioni in merito ad un'eventuale inabilità lavorativa - oppure la consulenza medico legale di parte del 5 febbraio 2016 allestita dal dott. L. _____, la quale costituisce unicamente un diverso apprezzamento di circostanze di fatto e diagnosi sostanzialmente identiche a quelle di cui alla perizia pluridisciplinare. Sennonché, detta valutazione è stata effettuata da un medico esplicitamente di parte, non specializzato nei settori della medicina relativi alle affezioni del ricorrente e che neppure ha motivato in maniera approfondita le conclusioni a cui giunge. Ne consegue che anche tali referti presentano un valore probatorio molto limitato e non sono suscettibili di mettere in discussione le conclusioni dettagliate e concludenti dei periti del SAM.

E. 11.4

Va infine ricordato che le valutazioni della dott.ssa I._____ nella perizia medica particolareggiata E 213 del 3 settembre 2015, secondo cui l'assicurato era in grado di svolgere sia la sua abituale attività di gestore di un autolavaggio, sia attività adeguate leggere, coincidono con le conclusioni del SAM, laddove i periti hanno attestato una piena capacità lavorativa fino a fine febbraio 2017, con peggioramento a partire dal 1° marzo 2017 (cfr. doc. 63).

E. 11.5

Non si può infine concordare con il ricorrente il quale, a sostegno della propria richiesta, rinvia al riconoscimento di una rendita in Italia. Come già accennato, il sistema italiano si fonda su presupposti diversi rispetto a quello svizzero. Neppure il rinvio alla sentenza del TAF del 5 febbraio 2018 di annullamento della decisione di rifiuto di entrare nel merito sulla terza domanda di rendita pronunciata in un primo momento dall'UAIE gli è di sostegno. Quest'ultima è difatti una sentenza relativa alla mera plausibilità di un preteso peggioramento dello stato di salute, mentre non si esprime sulla sua effettiva esistenza rispetto a novembre 2013, proprio perché rinvia gli atti all'istanza inferiore per chiarire questa questione.

E. 12.1

In conclusione in virtù delle considerazioni appena esposte, questa Corte non ha fondato motivo di scostarsi dalle conclusioni peritali del 1° aprile 2019, in linea con le valutazioni della dott.ssa I._____, e corroborate dalle valutazioni dei dott.i C._____ e D._____. Da tali dettagliati referti non emergono infatti contraddizioni di sorta. Inoltre nessun documento medico agli atti è suscettibile di mettere in dubbio le conclusioni complete ed esaustive tratte dai periti riguardo alle varie affezioni lamentate dall'assicurato e segnatamente in relazione ad una capacità lavorativa dell'80% in attività lavorative adeguate a far tempo da gennaio 2018 e perlomeno fino alla data della decisione impugnata.

E. 12.2

Risulta quindi provato con il grado della verosimiglianza preponderante valido nelle assicurazioni sociali che fino a fine febbraio 2017 l'assicurato era abile al lavoro al 100% nella precedente attività, dal 1° marzo 2017 al 31 dicembre 2017 era totalmente inabile nella precedente attività e capace al lavoro al 50% in attività adeguate; mentre a partire dal 1° gennaio 2018 lo stato di salute del ricorrente si è stabilizzato ed egli era abile a svolgere la precedente attività al 30% e un'attività adeguata nella misura dell'80%. Su questo punto la decisione impugnata va pertanto confermata.

E. 13

Va ancora esaminato se la capacità lavorativa in attività sostitutive rispettose delle limitazioni funzionali sia effettivamente sfruttabile sul mercato del lavoro equilibrato.

E. 13.1

Per esaminare in quale misura un assicurato possa ancora sfruttare la sua capacità di guadagno residua sul mercato del lavoro entrante in considerazione, non vanno poste esigenze eccessive riguardo alla concretizzazione delle possibilità di lavoro e delle prospettive di guadagno (v. sentenze del TF 9C_236/2008 del 4 agosto 2008 consid. 4.2 e 9C_446/2008 del 18 settembre 2008 consid. 4.2). Pertanto, ai fini della determinazione dell'invalidità, non si deve esaminare se un invalido possa essere collocato rispetto alle

circostanze concrete del mercato del lavoro, ma valutare unicamente se quest'ultimo possa sfruttare la sua residua capacità lavorativa allorquando le attività disponibili corrispondono all'offerta di manodopera (mercato del lavoro equilibrato). Al riguardo non ci si deve tuttavia fondare su possibilità di impiego irrealistiche oppure prendere in considerazione un tipo di attività quasi sconosciuto dal mercato del lavoro. In particolare, l'esistenza di un'attività ragionevolmente esigibile (art. 28 cpv. 2 LAI) deve essere negata qualora l'attività sia esigibile in una forma talmente ristretta da non rientrare più nell'offerta lavorativa generale oppure a condizione di concessioni irrealistiche da parte di un determinato datore di lavoro (si confronti sentenza del TF 9C_391/2017 del 27 novembre 2017 consid. 4.2 con rinvii).

E. 13.2.1

La giurisprudenza ha inoltre ammesso che l'età - benché elemento di per sé estraneo all'invalidità - possa ostare, cumulata a circostanze personali e professionali, alla messa a profitto di una residua capacità lavorativa medico-teorica (DTF 134 V 64 consid. 4.2.1 pag. 70; cfr. anche le sentenze del TF 8C_348/2013 del 19 settembre 2013 consid. 5.2; 9C_318/2014 del 10 settembre 2014 consid. 5.2; 9C_918/2008 del 28 maggio 2009 consid. 4.2.2 e 8C_482/2010 del 27 settembre 2010 consid. 4.2 con riferimenti). Il Tribunale federale ha ricordato al riguardo che non vi è una regola generale circa l'influenza dell'età sulla possibilità di valorizzare la capacità lavorativa residua, bensì ci si deve fondare sulle circostanze del caso concreto. Si devono dapprima considerare la natura e il tipo di danno alla salute e le sue conseguenze; in seguito l'onere che costituirebbero il cambiamento e il periodo d'introduzione e, in questo contesto, anche la struttura della personalità, la formazione e il percorso professionale dell'assicurato o le sue possibilità di mettere in pratica l'esperienza professionale (sentenza del TF 9C_427/2010 del 14 luglio 2010, consid. 2.4). Occorre inoltre determinare se un datore di lavoro potenziale sarebbe oggettivamente d'accordo di assumere l'assicurato, tenuto conto delle attività esigibili residue, della capacità di adattamento al nuovo posto di lavoro rispettivamente dell'eventuale necessità di adattare il posto di lavoro all'handicap di cui egli è portatore, del salario e in particolar modo degli elevati oneri sociali alla previdenza professionale e infine della prevedibile durata del rapporto di lavoro (sentenza TF 9C_437/2008 del 19 marzo 2009, consid. 4.2 e sentenza del TAF C-7200/2018 del 29 luglio 2020, consid. 10.2.4.3)

E. 13.2.2

L'allora Tribunale federale delle assicurazioni ha constatato che un assicurato di 60 anni, attivo principalmente come lavoratore a maglia nell'industria tessile, non era facilmente collocabile. Tuttavia, con riferimento all'ipotetico mercato del lavoro equilibrato, l'Alta Corte ha comunque ravvisato opportunità di trovare un lavoro, soprattutto perché le attività non qualificate sono di principio richieste a prescindere dall'età e, malgrado l'assicurato presentasse alcune limitazioni funzionali, restavano esigibili nel caso concreto lavori leggeri e medio-pesanti (da svolgere in posizione eretta, seduta o in movimento) a tempo pieno (cfr. sentenza del TF 9C_918/2008 del 28 maggio 2009 consid. 4.2.2 e sentenza del TFA I 376/05 del 5 agosto 2005, in particolare consid. 4.2). Il medesimo tribunale ha inoltre affermato che la capacità lavorativa residua di un assicurato sessantenne con una riduzione del 30% dovuta a varie limitazioni psicologiche e fisiche (segnatamente problemi reumatologici e cardiaci) poteva ancora essere sfruttata (sentenza del TFA I 304/06 del 22 gennaio 2007 consid. 4.1 e 4.2). Infine, il Tribunale federale ha considerato intatte le possibilità di una persona assicurata di 60 anni che era in grado di svolgere lavori

fisicamente leggeri, che potevano essere eseguiti alternativamente in posizione seduta e eretta, senza l'obbligo di sollevare o trasportare regolarmente pesi superiori ai 10 kg, senza attività frequenti sopra l'orizzontale e senza l'applicazione regolare di forza al braccio sinistro, con presenza a tempo pieno ma con riduzione del rendimento all'80% (cfr. sentenza del TF 9C_918/2008 del 28 maggio 2009 consid. 4.3).

E. 13.2.3

Il Tribunale federale ha invece negato che fosse sfruttabile la capacità lavorativa residua di una persona di età superiore ai 61 anni, senza formazione professionale e senza esperienza in attività motorie fini esigibili al 50% dal punto di vista medico, la cui capacità lavorativa parziale era soggetta ad ulteriori restrizioni legate alla malattia e a cui era stata negata la capacità di adattamento necessaria per un cambio di professione da parte del consulente in materia di orientamento professionale (sentenza TFA I 392/02 del 23 ottobre 2003 consid. 3.2 e 3.3). Inoltre, è stata considerata inutilizzabile anche la capacità lavorativa del 50% di una persona assicurata di quasi 64 anni con svariate limitazioni funzionali che riducevano ulteriormente la capacità lavorativa (sentenza del TFA I 401/01 del 4 aprile 2002 consid. 4c e d), così come la capacità lavorativa del 50% di una persona assicurata che al momento della decisione aveva 61 anni e un mese e che avrebbe richiesto una riqualificazione professionale per le attività in questione (sentenza del TF 9C_437/2008 del 19 marzo 2009 consid. 4 con ulteriori rinvii). Il Tribunale federale ha poi stabilito che un assicurato di 60 anni, che in oltre 20 anni di attività come portiere d'albergo aveva svolto per lo più lavori da mediamente pesanti a pesanti e che, a causa della sua situazione valetudinaria, poteva lavorare solo alternando posizione eretta e seduta, sollevare al massimo pesi fino a 5 kg, impossibilitato ad eseguire lavori a turni e a guidare veicoli o utilizzare macchinari, con ogni probabilità non avrebbe più trovato lavoro sul mercato del lavoro equilibrato (sentenza del TF 9C_954/2012 del 10 maggio 2013 consid. 3.2).

E. 13.2.4

Secondo la giurisprudenza pubblicata in DTF 138 V 457 il momento in cui la questione della messa a profitto della capacità lavorativa (residua) di un assicurato in età avanzata va esaminata corrisponde a quello in cui è stato accertato che l'esercizio di un'attività lucrativa (a tempo parziale) è ragionevolmente esigibile dal punto di vista medico. Si tratta quindi del momento in cui gli atti medici permettono di accertare i fatti in modo circostanziato.

E. 13.3

Nel caso di specie il momento determinante ai sensi della DTF 138 V 457 è il 1° aprile 2019, data della perizia pluridisciplinare del SAM. L'insorgente, nato il (...) 1958, all'epoca non aveva ancora compiuto 61 anni e gli restavano dunque oltre quattro anni di lavoro fino all'età del pensionamento. Ora, nella perizia del SAM è stato evidenziato che l'assicurato è sostanzialmente in grado di svolgere attività leggere che permettono frequenti cambiamenti posturali, non comportino posizioni non ergonomiche per la colonna vertebrale, né la necessità di portare pesi (è escluso il porto di pesi superiori a 10 kg fino all'altezza del corpo e a 3 kg sopra l'orizzontale), né lo svolgimento di attività pesanti con le braccia o la deambulazione di lunga durata (cfr. doc. 191, pag. 44 e segg.). In sede di ricorso, l'assicurato non ha altresì addotto elementi concreti suscettibili di far sorgere dei dubbi in merito. Quest'ultimo dispone dunque un ventaglio di professioni piuttosto ampio, con mansioni semplici e ripetitive, che non richiedono necessariamente la messa in atto di particolari misure di reintegrazione professionale, ma che possono essere esercitate dopo

una semplice introduzione sul posto di lavoro e un breve periodo di pratica. Non vi è dunque motivo di dubitare del fatto che l'insorgente disponga di sufficienti strumenti e risorse per trovare un'occupazione.

E. 13.4

Di conseguenza, alla luce di quanto sopra esposto, nonché dell'approccio restrittivo del Tribunale federale a dichiarare non sfruttabile la residua capacità lavorativa delle persone anziane, le possibilità di reintegrazione nel mondo del lavoro in un'attività sostitutiva leggera ed adeguata non possono essere considerate irrealistiche o eccezionali per una persona che ha ancora davanti a sé oltre quattro anni di attività professionale. Pertanto, questo Tribunale rileva che nel caso concreto la capacità lavorativa residua in attività sostitutive rispettose delle limitazioni funzionali è senz'altro sfruttabile in un mercato del lavoro equilibrato (cfr. in particolare le sentenze del TF 8C_345/2013 del 10 settembre 2013 consid. 4; 8C_482/2010 del 27 settembre 2010 consid. 4 e 9C_918/2008 del 28 maggio 2009 consid. 4.3). La censura sollevata dal ricorrente risulta pertanto infondata.

E. 14.1

In concreto il ricorrente chiede il versamento di una rendita intera da gennaio 2013. Va pertanto ancora verificato se la decorrenza della rendita stabilita dall'amministrazione - il 1° marzo 2018 - è conforme al diritto federale.

E. 14.1.1

Secondo l'art. 28 cpv. 1 LAI l'assicurato ha diritto a una rendita se la sua capacità al guadagno o la sua capacità di svolgere mansioni consuete non può essere ristabilita, mantenuta o migliorata mediante provvedimenti d'integrazione ragionevolmente esigibili (lett. a), ha avuto un'incapacità al lavoro (art. 6 LPGA) almeno del 40 per cento in media durante un anno e senza notevole interruzione (lett. b) e al termine di questo anno è invalido (art. 8 LPGA) almeno al 40 per cento (lett. c). Inoltre, giusta l'art. 29 cpv. 1 LAI il diritto alla rendita nasce al più presto dopo sei mesi dalla data in cui l'assicurato ha rivendicato il diritto alle prestazioni.

E. 14.1.2

Al riguardo giova ricordare che fino a fine febbraio 2017 il ricorrente era abile al 100% nella precedente attività, mentre nel periodo da marzo 2017 a dicembre 2017 era totalmente inabile in tale attività e che dal 1° gennaio 2018 era capace al 30%. A partire dal 1° gennaio 2018 egli era inoltre abile al lavoro all'80% in attività adeguate, con conseguente grado di invalidità del 43%. L'anno di attesa di cui all' art. 28 cpv. 1 lett. b LAI è stato dunque completato a fine febbraio 2018.

E. 14.1.3

Alla luce di questi fatti e della normativa succitata quindi, malgrado l'assicurato abbia presentato la terza richiesta di prestazioni già nel 2015, il diritto alla rendita di invalidità avrebbe potuto nascere al più presto il 1° marzo 2018, come rettamente ritenuto dall'autorità inferiore (cfr. art. 28 e 29 LAI; si confronti DTF 142 V 547 consid. 3.1 e sentenza del TF 9C_412/2017 del 5 ottobre 2017 consid. 3.2.2). La censura va pertanto respinta.

E. 14.2

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

E. 14.2.1

L'autorità inferiore ha calcolato il grado d'invalidità a partire dal 1° gennaio 2018 raffrontando il reddito da valido di CHF 5'423.96 mensili (salario ottenuto applicando la TA1 2016 dell'inchiesta svizzera sulla struttura dei salari dell'Ufficio federale di statistica [ISS 2016; la tabella TA1 2018 non essendo ancora disponibile {cfr., sulla legittimità di tale procedere, fra l'altro, la sentenza del TF 9C_767/2015 del 19 aprile 2016 consid. 3.4 con rinvii}], tenuto conto della categoria 45-46 "commercio all'ingrosso; commercio e riparazione di autovetture" e di un orario usuale di 41.9 ore settimanali) con un reddito da invalido di CHF 3'106.86 (ottenuto applicando la tabella TA1 del 2016, livello di qualifica 1, categoria 45-96 settore terziario - pari a CHF 4'967.- mensili -, e tenendo conto di un orario usuale di 41.7 ore settimanali, di una riduzione del rendimento del 20% e di una deduzione giurisprudenziale del 25%). Ha così ottenuto un grado d'invalidità del 42.72% (cfr. doc. 197).

E. 14.2.2

Questo Tribunale ricorda che 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 considerati i dati forniti dalle statistiche salariali, di cui all'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).

E. 14.2.3

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, a titolo eccezionale, è possibile fare riferimento al salario di un solo settore («Produzione» o «Servizi») o persino di un ramo specifico, se nel caso specifico questo appare opportuno per stabilire in maniera più precisa il reddito da invalido. Ciò 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. 14.2.4

Per gli assicurati che, a causa della particolare situazione personale o professionale, non possono mettere completamente a frutto la loro capacità residua nemmeno in lavori leggeri e che pertanto non riescono di regola a raggiungere il livello medio dei salari sul mercato, viene operata una riduzione percentuale sul salario teorico statistico. 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). Una deduzione globale massima del 25% del salario statistico permette di tener conto delle varie particolarità suscettibili di influire sul reddito del lavoro. Tale deduzione non è tuttavia automatica, ma deve essere valutata di caso in caso (DTF 135 V 297 consid. 5.2; 134 V 322 consid. 5.2; 126 V 75 consid. 5b).

E. 14.3

Su esplicita richiesta della giudice dell'istruzione, con osservazioni del 2 ottobre 2020 l'autorità inferiore ha motivato sia la scelta di far riferimento al salario del settore terziario per determinare il reddito da invalido, sia quella di applicare la deduzione massima del 25% dal reddito da invalido (cfr. consid. C.f e segg. del presente giudizio).

E. 14.3.1

Per quanto attiene alla decisione dell'UAIE di far riferimento ai dati del settore terziario (categoria 45-96 della TA1, ISS 2016), questo Tribunale rileva che tale modo di procedere - alla luce dei limiti funzionali di cui soffre l'assicurato nel caso concreto (si confronti consid. 12 del presente giudizio) e che rendono plausibile una sostanziale impossibilità di svolgere un'attività nel settore della produzione (anche consid. C.g) - risulta conforme alla giurisprudenza del Tribunale federale in materia (cfr. sentenza del TF 9C_311/2012 consid. 4; cfr. pure Meyer/Reichmut Art. 28a LAI N 97 e la Circolare sull'invalidità e la grande invalidità nell'assicurazione per l'invalidità (CIGI) dell'UFAS [stato 01.01.2018] N 3067). Da parte sua, con osservazioni del 3 novembre 2020, il ricorrente ha indicato di non aver mai lavorato nel settore terziario e che pertanto non condivide tale posizione. Tuttavia, l'esigibilità di un'attività adeguata - con mansioni semplici e ripetitive, che non richiedono necessariamente la messa in atto di particolari misure di reintegrazione professionale, ma che possono essere esercitate dopo una semplice introduzione sul posto di lavoro e un breve periodo di pratica - è già stata appurata da questo Tribunale (cfr. consid. 13 del presente giudizio) e la censura del ricorrente deve pertanto essere respinta.

E. 14.3.2

Con riferimento alla riduzione giurisprudenziale del 25% l'UAIE ha peraltro motivato la propria scelta indicando che l'assicurato avrebbe ridotto la propria attività a partire dal 2005. Tale aspetto non può tuttavia essere considerato rilevante in questa sede perché l'attività di gestore di un autolavaggio era esigibile da un punto di vista medico fino a fine febbraio 2017 (cfr. consid. 12 del presente giudizio). Questo Tribunale ritiene nondimeno che l'autorità inferiore, rinviando ai limiti funzionali, alla precedente attività manuale svolta dall'assicurato, al lungo periodo di servizio nell'impresa e all'età, abbia motivato in maniera sufficiente e concludente perché ritiene che l'assicurato possa valorizzare la propria residua capacità lavorativa solo realizzando un reddito inferiore alla media (cfr. sentenza del TF 8C_711/2012 consid. 4.2.1). Di conseguenza, tenuto pure conto del residuo grado di occupazione esigibile e del margine di apprezzamento dell'autorità inferiore, questo Tribunale conferma la riduzione giurisprudenziale del 25%. In concreto non vi è dunque motivo per un intervento d'ufficio da parte di questo Tribunale, tenuto in particolare conto che sia il reddito da valido che da invalido sono stati correttamente determinati secondo i valori tabellari ed applicando a giusto titolo una deduzione giurisprudenziale del 25%.

E. 14.4

In simili condizioni il grado di invalidità stabilito, pari al 43%, dall'amministrazione va confermato.

E. 15

Di conseguenza, il ricorso deve essere respinto e la decisione impugnata confermata.

E. 16.1

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 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 vengono compensate con l'anticipo spese di CHF 801.- versato dall'insorgente (cfr. doc. TAF 2 a 12). La differenza di CHF 1.00 verrà restituita all'assicurato.

E. 16.2

Al ricorrente, interamente soccombente, non spetta altresì alcuna indennità per spese ripetibili della sede federale (art. 64 PA in combinazione con l'art. 7 cpv. 1 e 2 TS-TAF a contrario).

E. 16.3

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 (cfr. fra l'altro, DTF 127 V 205).

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