



Corte III
C-3246/2018

Sentenza del 22 agosto 2019

Composizione

Michela Bürki Moreni, statuenta quale giudice unica,
Cancelliere Graziano Mordasini.

Parti

A. _____, (Italia)
rappresentato dal Patronato INAS,
ricorrente,

contro

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

Oggetto

Assicurazione per l'invalidità, diritto alla rendita
(decisione del 1° maggio 2018).

Fatti:**A.**

A.a A. _____, cittadino italiano, nato il (...) 1960, coniugato, con tre figli, ha lavorato dapprima in Italia quale manovale e muratore. In qualità di frontaliere, ha svolto attività lavorativa in Svizzera dal 3 maggio 2010 da ultimo presso B. _____ SA di (...), nonché presso C. _____ SA di (...), quale addetto alle pulizie (doc. 2, 7, 15, 24 e 38 dell'incarto dell'Ufficio dell'assicurazione per l'invalidità per gli assicurati residenti all'estero [UAIE]). Egli ha interrotto il lavoro il 15 gennaio 2017 a seguito delle conseguenze alla spalla destra di una caduta che l'hanno costretto il 29 marzo seguente a sottoporsi ad un intervento di riparazione della cuffia dei rotatori e decompressione sottoacromiale per via artroscopica (doc. 4 e 23 dell'incarto dell'Istituto nazionale svizzero di assicurazione contro gli infortuni [INSAI]). Il caso è stato assunto dall'INSAI che ha versato le indennità giornaliere del caso (doc. INSAI 5).

A.b In data 16 novembre 2017 B. _____ SA ha disdetto il contratto di lavoro con effetto al 31 dicembre 2017 (allegato al doc. UAIE 15).

B.

B.a Il 24 ottobre 2017 A. _____ ha formulato all'attenzione dell'Ufficio dell'assicurazione invalidità del Cantone D. _____ (Ufficio AI) una richiesta volta all'ottenimento di prestazioni dell'assicurazione svizzera per l'invalidità (doc. UAIE 7).

B.b Ai fini istruttori l'Ufficio AI ha assunto agli atti i documenti componenti l'incarto INSAI di data intercorrente tra gennaio 2017 e giugno 2019 (doc. INSAI 1-149), segnatamente i referti e le valutazioni ambulatoriali del dott. E. _____, specialista in chirurgia ortopedica, responsabile del settore chirurgia della spalla dell'Ospedale regionale di F. _____, del 3 febbraio 2017 (doc. INSAI 9), 23 febbraio 2017 (doc. INSAI 15), 15 maggio 2017 (doc. INSAI 30), 11 ottobre 2017 (doc. INSAI 54), quello del 30 agosto 2017 della dott.ssa G. _____, specialista in chirurgia ortopedica (doc. INSAI 50), nonché il referto di chiusura del 10 novembre 2017 del dott. H. _____, medico circondariale INSAI, specialista in chirurgia ortopedica e traumatologia dell'apparato locomotore (doc. INSAI 78).

B.c L'amministrazione si è inoltre fondata sul rapporto del 13 dicembre 2017 (doc. UAIE 19) e sulla perizia particolareggiata del 15 gennaio 2018 (formulario E213, allegato al doc. UAIE 21), entrambi allestiti dal dott.

I._____, specialista in medicina generale, sul rapporto del 5 febbraio 2018 del consulente in integrazione professionale dell'Ufficio AI L._____
(doc. UAIE 23), nonché sui questionari per i datori di lavoro del 17 novembre 2017 (doc. UAIE 15) e 12 febbraio 2018 (doc. UAIE 24).

B.d Con rapporto finale del 18 gennaio 2018 il dott. M._____, medico del servizio medico regionale (SMR), specialista in medicina generale, ha riconosciuto all'assicurato un'incapacità lavorativa totale nell'attività abituale di addetto alle pulizie dal 15 gennaio 2017, mentre un'incapacità lavorativa del 100% dallo stesso giorno al 9 novembre 2017 e nulla dal giorno successivo in attività sostitutive idonee, rispettose di determinate limitazioni funzionali (doc. UAIE 22).

C.

C.a Con decisione del 6 febbraio 2018 l'INSAI ha respinto la richiesta di rendita di invalidità dell'assicurato. L'assicuratore infortuni lo ha ritenuto in grado di svolgere al 100% un lavoro molto leggero, talvolta leggero, sotto l'orizzontale, in cui avrebbe potuto realizzare nel 2017 un reddito medio di fr. 51'051.- (salario da invalido), mentre il reddito da valido per lo stesso anno è stato quantificato in fr. 38'747.-. Per contro gli è stata riconosciuta un'indennità per menomazione dell'integrità del 15% (doc. INSAI 96).

C.b Tramite decisione su opposizione del 12 giugno 2018 (doc. INSAI 126), passata incontestata in giudicato, la SUVA ha respinto l'opposizione presentata dall'interessato il 6 marzo/30 maggio 2018 (doc. INSAI 110 e 124), precisando che il reddito da invalido è stato calcolato in base alla propria documentazione di posti di lavoro DPL. Mediante decisione del 12 giugno 2019 (doc. INSAI 147) la SUVA ha respinto la richiesta di riapertura del caso presentata dall'assicurato il 14 marzo precedente (doc. INSAI 129). L'assicuratore infortuni ha in particolare indicato che la situazione radiologica del paziente risultava invariata.

D.

D.a Mediante progetto di decisione del 21 febbraio 2018 l'Ufficio AI ha ripreso le conclusioni del SMR quo alla capacità lavorativa di A._____. L'amministrazione ha respinto la domanda di rendita, fissando un grado di invalidità dello 0%, tenuto conto di un reddito da valido di fr. 47'153.61 e di un reddito da invalido di fr. 60'433.-. Esso ha inoltre rifiutato l'adozione di provvedimenti professionali (doc. UAIE 29).

D.b Il 20 marzo 2018 (doc. UAIE 31), per il tramite del Patronato INAS, l'assicurato si è opposto al progetto di decisione, producendo il parere medico-legale del 13 marzo precedente del dott. N._____, specialista in medicina legale e delle assicurazioni (doc. UAIE 30).

D.c Secondo il dott. M._____ (annotazione dell'11 aprile 2018) la documentazione prodotta non modificava le conclusioni del rapporto finale del 18 gennaio precedente (doc. UAIE 35).

D.d Con decisione del 1° maggio 2018 (doc. UAIE 38) l'UAIE ha quindi ripreso le argomentazioni del progetto di decisione dell'Ufficio AI del 21 febbraio 2018 (consid. D.a) rifiutando il diritto ad una rendita di invalidità.

E.

Il 1° giugno 2018, sempre per il tramite del Patronato INAS, A._____ ha interposto ricorso dinanzi al Tribunale amministrativo federale, postulando l'annullamento della decisione del 1° maggio 2018, l'ammissione all'assistenza giudiziaria e il riconoscimento di una rendita di invalidità di almeno il 50% (doc. TAF 1 e allegati). Delle motivazioni si dirà, se necessario, nei considerandi di diritto.

F.

Con risposta del 4 settembre 2018 (doc. TAF 5) l'UAIE, richiamato il preavviso dell'Ufficio AI del 31 agosto precedente (allegato al doc. TAF 5), ha proposto la reiezione del ricorso e la conferma della decisione impugnata.

G.

G.a Con decisione incidentale del 26 settembre 2018 (doc. TAF 6) il Tribunale adito ha respinto la domanda di assistenza giudiziaria formulata dall'insorgente.

G.b Mediante pagamenti rateali del 29 novembre 2018 (doc. TAF 12), 28 dicembre 2018 (doc. TAF 14) e 31 gennaio 2019 (doc. TAF 15) il ricorrente ha versato l'anticipo spese di fr. 800.-.

H.

Con complemento al ricorso del 27 dicembre 2018 (doc. TAF 13) l'assicurato ha, per l'essenziale, ripreso le conclusioni espresse nel gravame. Esso ha inoltre prodotto il rapporto del 3 dicembre precedente del dott. O._____, specialista in ortopedia e traumatologia (allegato al doc. TAF 13).

I.

Invitata il 7 febbraio 2019 a prendere posizione in merito alla vertenza (doc. TAF 16), con scritto del 20 febbraio seguente la Fondazione collettiva P._____ ha rinunciato a tale prerogativa (doc. TAF 18).

J.

Con replica dell'11 marzo 2019 (doc. TAF 21) l'insorgente si è riconfermato nelle argomentazioni esposte nel ricorso e prodotto un rapporto medico a firma illeggibile del 16 gennaio 2019 (allegato al doc. TAF 21).

K.

Con duplice dell'11 aprile 2019 (doc. UAIE 23) l'UAIE, richiamato il rapporto dell'Ufficio AI del 5 aprile precedente (allegato al doc. TAF 23), ha proposto la reiezione del ricorso e la conferma della decisione impugnata.

L.

Tramite osservazioni del 14 maggio 2019 il ricorrente si è riconfermato nelle argomentazioni e conclusioni precedentemente esposte (doc. TAF 25).

Diritto:**1.**

1.1 Il Tribunale amministrativo federale esamina d'ufficio e con piena cognizione la sua competenza rispettivamente l'ammissibilità dei gravami che gli vengono sottoposti (art. 7 cpv. 1 PA; DTAF 2016/15 consid. 1; 2014/4 consid. 1.2).

Il Tribunale amministrativo federale giudica, in virtù dell'art. 31 LTAF in combinazione con l'art. 33 lett. d LTAF e l'art. 69 cpv. 1 lett. b LAI (RS 831.20), i ricorsi contro le decisioni, ai sensi dell'art. 5 PA, rese dall'UAIE.

1.2 La procedura dinanzi al Tribunale amministrativo federale è retta dalla PA, in quanto la LTAF non disponga altrimenti (art. 37 LTAF). In virtù dell'art. 3 lett. d^{bis} PA, la procedura in materia di assicurazioni sociali non è disciplinata dalla PA nella misura in cui è applicabile la LPGA (RS 830.1). Secondo l'art. 2 LPGA, le disposizioni della legge stessa sono applicabili alle assicurazioni sociali disciplinate dalla legislazione federale, se e per quanto le singole leggi sulle assicurazioni sociali lo prevedano. Giusta

l'art. 1 cpv. 1 LAI, le disposizioni della LPGA sono applicabili all'assicurazione per l'invalidità (art. 1a-26^{bis} e 28-70), sempre che la LAI non deroghi alla LPGA. Secondo le regole generali del diritto intertemporale, si applicano le norme procedurali in vigore al momento dell'esame del ricorso (DTF 130 V 1 consid. 3.2).

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

2.

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

3.

3.1 Dal profilo temporale, con riserva di disposizioni particolari di diritto transitorio, sono applicabili le disposizioni in vigore al momento della realizzazione dello stato di fatto che deve essere valutato giuridicamente o che produce conseguenze giuridiche (DTF 143 V 446 consid. 3.3; 139 V 335 consid. 6.2; 138 V 475 consid. 3.1).

3.2 La decisione impugnata con cui l'UAIE ha respinto la domanda di rendita AI presentata il 24 ottobre 2017 è stata emessa il 1° maggio 2018. Ne consegue che sono applicabili le modifiche legislative di cui alla 6ª revisione della LAI (primo pacchetto) entrate in vigore il 1° gennaio 2012 e le eventuali modifiche successive intervenute fino alla data della decisione impugnata.

3.3 Il potere cognitivo di questo Tribunale è delimitato dalla data della decisione impugnata. Il giudice delle assicurazioni sociali esamina infatti la decisione impugnata sulla base della situazione di fatto esistente al momento in cui essa è stata resa e meglio il 1° maggio 2018 (DTF 132 V 215 consid. 3.1.1; 130 V 445 consid. 1.2). Tiene tuttavia conto dei fatti verificatisi dopo tale data quando essi possano imporsi quali elementi d'accertamento retrospettivo della situazione anteriore alla decisione stessa (DTF 129 V 1 consid. 1.2; 121 V 362 consid. 1b), in altri termini se gli stessi sono strettamente connessi all'oggetto litigioso e se sono suscettibili di influire sull'apprezzamento del giudice al momento in cui detta decisione litigiosa è stata resa (sentenze del TF 8C_278/2011 del 26 luglio 2011 consid. 5.5 nonché 9C_116/2010 del 20 aprile 2010 consid. 3.2.2; DTF 118 V 200 consid. 3a in fine).

4.

Il ricorrente è cittadino di uno Stato membro della Comunità europea e risiede in Italia, per cui è applicabile, di principio, l'Accordo del 21 giugno 1999 tra la Confederazione svizzera e la Comunità europea ed i suoi Stati membri sulla libera circolazione delle persone (ALC, RS 0.142.112.681) ed il relativo Allegato II che regola il coordinamento dei sistemi di sicurezza sociale. L'allegato II ALC prevede in particolare che le parti contraenti applicano tra di loro, dal 1° aprile 2012, il regolamento (CE) n. 883/2004 del Parlamento europeo e del Consiglio del 29 aprile 2004 (RS 0.831.109.268.1) relativo al coordinamento dei sistemi di sicurezza sociale, con le relative modifiche, e il regolamento (CE) n. 987/2009 del Parlamento europeo e del Consiglio del 16 settembre 2009 (RS 0.831.109.268.11) che stabilisce le modalità di applicazione del regolamento (CE) n. 883/2004 (art. 1 cpv. 1 Allegato II ALC in relazione con la Sezione A dell'Allegato II ALC). Il Regolamento (CE) n. 883/2004 è stato ulteriormente modificato dai regolamenti (UE) n. 1244/2010 (RU 2015 343), n. 465/2012 (RU 2015 345) e n. 1224/2012 (RU 2015 353), applicabili nelle relazioni tra la Svizzera e gli Stati membri dell'Unione europea a decorrere dal 1° gennaio 2015. Tuttavia, anche in seguito all'entrata in vigore dell'ALC, l'organizzazione della procedura come pure l'esame delle condizioni di ottenimento di una rendita d'invalità svizzera, sono regolate dal diritto interno svizzero (art. 46 cpv. 3

del Regolamento n. 883/2004 in relazione con l'Allegato II del regolamento medesimo; DTF 130 V 253 consid. 2.4).

5.

5.1 Oggetto del contendere è il diritto di A. _____ di percepire una rendita di invalidità a partire dal 1° aprile 2018, e meglio al più presto dopo sei mesi dalla data in cui ha rivendicato il diritto alle prestazioni – consid. B.a – conformemente all'art. 29 cpv. 1 LPGA (art. 29 cpv. 1 LAI), in relazione con l'art. 29 cpv. 3 LAI.

5.2 L'insorgente, fondandosi sulla documentazione medica agli atti, in particolare sui referti radiologici relativi al periodo febbraio-ottobre 2017, sulla valutazione ambulatoriale dell'11 ottobre 2017 del dott. E. _____ e della dott.ssa G. _____, sul certificato medico del 18 gennaio 2018 della dott.ssa G. _____, nonché sui referti del 18 maggio 2018 del dott. Q. _____, specialista in ortopedia e traumatologia (allegato 5 al doc. TAF 1) e del 22 maggio seguente del dott. I. _____, sostiene che lo stato di salute, sia fisico che psichico comporta una riduzione della capacità lavorativa di almeno il 50% in qualsiasi attività. In particolare sarebbe subentrato un peggioramento delle condizioni della spalla destra (doc. TAF 1 pag. 4). L'interessato chiede inoltre implicitamente di procedere, nell'ambito del calcolo dell'invalidità, alla parallelizzazione dei redditi, considerato che il reddito da invalido è superiore al reddito da valido.

5.3 L'amministrazione ritiene per contro, segnatamente sulla base del rapporto medico circondariale finale INSAI dell'11 ottobre 2017 (doc. INSAI 75), del rapporto SMR del 18 gennaio 2018 (doc. UAIE 22), di quello del 5 febbraio 2018 del consulente in integrazione professionale (doc. UAIE 23), nonché della decisione su opposizione dell'assicuratore infortuni del 12 giugno seguente (allegato al doc. TAF 5), che il ricorrente è interamente inabile al lavoro nell'attività abituale di addetto alle pulizie dal 15 gennaio 2017, mentre è incapace al lavoro al 100% dalla stessa data al 9 novembre 2017 e abile al 100% dal giorno successivo in attività sostitutive idonee (molto leggere, talvolta leggere, sotto l'orizzontale), rispettose di determinate limitazioni funzionali.

6.

6.1 L'invalidità ai sensi della LPGA e della LAI è l'incapacità al guadagno totale o parziale presumibilmente permanente o di lunga durata che può essere conseguente a infermità congenita, malattia o infortunio (art. 8

LPGA e art. 4 cpv. 1 LAI). L'invalidità è considerata insorgere quando, per natura e gravità, motiva il diritto alla singola prestazione (art. 4 cpv. 2 LAI). Ai sensi dell'art. 8 cpv. 3 LPGA, gli assicurati maggiorenni che prima di subire un danno alla salute fisica, mentale o psichica non esercitavano un'attività lucrativa e dai quali non si può ragionevolmente esigere che l'esercitino sono considerati invalidi se tale danno impedisce loro di svolgere le proprie mansioni consuete. La nozione d'invalidità di cui all'art. 4 LAI e 8 LPGA è un concetto di carattere economico-giuridico e non medico (DTF 116 V 246 consid. 1b; sentenze del TF 8C_636/2010 del 17 gennaio 2011 consid. 3 e 9C_529/2008 del 18 maggio 2009). Secondo l'art. 7 cpv. 1 LPGA, è considerata incapacità al guadagno la perdita, totale o parziale, della possibilità di guadagno sul mercato del lavoro equilibrato che entra in considerazione, provocata da un danno alla salute fisica, mentale o psichica e che perdura dopo aver sottoposto l'assicurato alle cure e alle misure d'integrazione ragionevolmente esigibili. Per valutare la presenza di un'incapacità al guadagno sono considerate esclusivamente le conseguenze del danno alla salute. Inoltre, sussiste un'incapacità al guadagno soltanto se essa non è obiettivamente superabile (art. 7 cpv. 2 LPGA). Secondo l'art. 6 LPGA, è considerata incapacità al lavoro qualsiasi incapacità, totale o parziale, derivante da un danno alla salute fisica, mentale o psichica, di compiere un lavoro ragionevolmente esigibile nella professione o nel campo d'attività abituale. In caso d'incapacità al lavoro di lunga durata, possono essere prese in considerazione anche le mansioni esigibili in un'altra professione o campo d'attività. L'assicurazione svizzera per l'invalidità risarcisce pertanto, e di principio, soltanto la perdita economica che deriva da un danno alla salute fisica o psichica dovuto a malattia o infortunio, non la malattia o la conseguente incapacità lavorativa (DTF 116 V 246 consid. 1b).

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

6.3 Giusta l'art. 28 cpv. 2 LAI, l'assicurato ha diritto ad un quarto di rendita se è invalido per almeno il 40%, ad una mezza rendita se è invalido per almeno la metà, a tre quarti di rendita se è invalido per almeno il 60% e ad una rendita intera se è invalido per almeno il 70%.

7.

La nozione di invalidità in ambito AI coincide con quella vigente in ambito LAINF e nell'assicurazione militare (art. 16 LPGGA; DTF 127 V 129 consid. 4d; 133 V 549 consid. 6). Se il danno alla salute è il medesimo, la valutazione dell'invalidità in ambito AI, LAINF e assicurazione militare dovrebbe condurre al medesimo grado di invalidità (DTF 133 V 549 consid. 6; 126 V 288 consid. 2a con rinvii). Un assicuratore non è tuttavia vincolato ad una decisione emessa da un altro ente per esempio nel caso in cui il grado di invalidità risulta da un accordo intercorso tra le parti (DTF 127 V 129 consid. 4d; 126 V 288 consid. 2a) rispettivamente si fonda su un errore di diritto (DTF 126 V 288 consid. 2a).

Se inoltre in DTF 126 V 288 il TF ha relativizzato il carattere vincolante di una valutazione dell'invalidità passata in giudicato nei confronti di un assicuratore contro gli infortuni nel senso che una determinazione differente del grado d'invalidità nell'ambito dell'assicurazione per l'invalidità entrava in linea di conto eccezionalmente e a condizione che sussistessero motivi pertinenti, in DTF 133 V 549 il Tribunale federale (TF) ha precisato la propria giurisprudenza concludendo che la valutazione dell'invalidità da parte dell'assicurazione infortuni non vincola l'assicurazione per l'invalidità ai sensi della precedente giurisprudenza (DTF 126 V 288) e, di conseguenza, l'Ufficio AI non è legittimato a interporre opposizione, rispettivamente ricorso, contro la decisione, rispettivamente contro la decisione su opposizione, dell'assicuratore infortuni sulla questione del diritto alla rendita in quanto tale o sul grado d'invalidità (DTF 133 V 549 consid. 6; sentenza del TF 9C_903/2011 del 25 gennaio 2013 consid. 10).

8.

8.1 Al fine di poter graduare l'invalidità, all'amministrazione (o al giudice in caso di ricorso) è necessario disporre di documenti che devono essere rassegnati dal medico o eventualmente da altri specialisti. Benché l'invalidità sia una nozione economico-giuridica, le certificazioni mediche possono costituire importanti elementi per apprezzare il danno invalidante e per determinare quali lavori siano ancora ragionevolmente esigibili dall'assicurato (DTF 132 V 93 consid. 4). Il compito del medico consiste nel porre un giudizio sullo stato di salute, nell'indicare in quale misura e in quali attività l'assicurato è incapace al lavoro come pure nel fornire un importante elemento di giudizio per determinare quali lavori siano ancora ragionevolmente esigibili dall'assicurato. Affinché un rapporto medico acquisti valore di prova rilevante è determinante che esso sia completo in merito ai temi

sollevati, si fondi, in piena conoscenza della pregressa situazione valetudinaria (anamnesi), su esami approfonditi, tenga conto di tutte le affezioni di cui si lamenta l'assicurato e sia chiaro nell'esposizione delle correlazioni mediche o nell'apprezzamento della situazione medica; le conclusioni dell'esperto devono inoltre essere motivate. Determinante quindi per stabilire se un rapporto medico ha valore di prova non è né la sua origine né la sua denominazione, ad esempio, quale perizia o rapporto, ma il suo contenuto (DTF 134 V 231 consid. 5.1; 125 V 351 consid. 3a). Il rapporto medico deve altresì essere redatto da medici che dispongono delle qualifiche specialistiche richieste nel singolo caso (sentenze del TF 9C_855/2017 del 22 novembre 2017 consid. 3.1 e 9C_826/2009 del 20 luglio 2010 consid. 4.2).

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

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

9.

9.1 Nel quadro della procedura LAINF con rapporto del 23 febbraio 2017, il dott. E. _____, richiamata l'artroresonanza magnetica del 14 febbraio 2017, da lui ordinata (doc. INSAI 12), ha attestato all'attenzione dell'INSAI che " l'esame ha confermato una rottura a tutto spessore del sovraspinoso con retrazione del moncone tendineo di circa 4 cm, una rottura anche preinserzionale del terzo superiore del sottoscapolare con una lussazione del capo lungo del bicipite " e consigliato un intervento per via artroscopica di riparazione dei tendini della cuffia dei rotatori della spalla destra (doc. INSAI 15).

9.2 Il 29 marzo 2017 il ricorrente si è quindi sottoposto ad un intervento di riparazione della cuffia dei rotatori e decompressione sottoacromiale per via artroscopica alla spalla destra (doc. INSAI 23). Il decorso post-operatorio si è svolto in maniera regolare e soddisfacente (doc. INSAI 30 e 50).

9.3 Con valutazione ambulatoriale dell'11 ottobre 2017 all'attenzione dell'INSAI il dott. E. _____ e la dott.ssa G. _____ hanno attestato che " quanto valutato in data odierna clinicamente difficilmente è migliorabile (se non di poco fino ad un anno dall'intervento eseguito) con ulteriori cure né tanto meno con pre-interventi chirurgici ", precisando che " abbiamo spiegato al paziente che la spalla, anche se lentamente, fino a un anno dall'intervento può recuperare in termini di miglioramento della mobilità e della motilità. La forza difficilmente sarà recuperabile per la scarsa qualità del tendine residuo (...) ".

I medici interpellati hanno altresì ritenuto che " considerato che il paziente svolge un'attività lavorativa manuale, ripetitiva e pesante (...) difficilmente riuscirà a riprendere la propria attività lavorativa " (doc. INSAI 54).

9.4 Dopo aver visitato l'assicurato il 9 novembre 2017, il dott. H. _____, mediante rapporto di visita medica circondariale di chiusura del giorno successivo (doc. INSAI 78) ha posto le diagnosi di " stato dopo infortunio

spalla destra con rottura massiva della cuffia. Stato dopo ricostruzione parziale della cuffia. Persiste importante limitazione funzionale e calo della forza “. Esso ha poi indicato di non attendersi un netto e sostanziale miglioramento da ulteriori terapie e paventato, in caso di peggioramento, un intervento protesico.

Il perito ha quindi ritenuto A. _____ totalmente inabile nell'attività abituale di addetto alle pulizie, mentre abile nella misura del 100% in attività adeguate senza riduzione del rendimento e senza pause supplementari, nel rispetto dei seguenti limiti funzionali: “ l'assicurato può molto spesso sollevare pesi fino all'altezza dei fianchi fino a 5 kg. Talvolta anche 10 kg ma mai superiori ai 10 kg. Molto spesso può sollevare pesi oltre l'altezza del petto fino a 5 kg ma mai superiori ai 5 kg. Molto spesso può eseguire lavori leggeri e di precisione. Talvolta lavori medi ma mai più lavori pesanti e molto pesanti. Molto spesso può effettuare lavori che comportano la rotazione della mano. Non può mai più fare lavori sopra la testa. Molto spesso può eseguire attività che comportano la rotazione del busto. Molto spesso può mantenere la posizione seduta e inclinata in avanti così come quella in piedi e inclinata in avanti. Molto spesso può mantenere la posizione inginocchiata e con ginocchia in flessione così come la posizione seduta, in piedi e a libera scelta. Nessun problema riguardo agli spostamenti tranne il salire la scala a pioli che può essere fatto di rado. L'uso delle due mani è possibile. Non vi sono problemi di equilibrio “.

10.

10.1

10.1.1 In occasione della procedura amministrativa è stato inoltre assunto agli atti il rapporto del 13 dicembre 2017 del dott. I. _____ che ha ritenuto l'insorgente inabile al 100% nell'attività di addetto alle pulizie dal 16 gennaio 2017 al 31 dicembre 2017, dichiarato esigibili mansioni che non richiedono l'utilizzo di sforzo del braccio destro e formulato una prognosi negativa quo all'assunzione di misure mediche e alla ripresa di un'attività lavorativa (doc. UAIE 19).

10.1.2 Nella perizia medica particolareggiata del 15 gennaio 2018 (allegato al doc. UAIE 21, formulario E213) il dott. I. _____ ha inoltre posto le diagnosi di “ esiti ricostruzione della cuffia dei rotatori e decompressione sottoacromiale della spalla destra per rottura massiva del t. sovraspinoso e del t. sottospinoso di natura traumatica “ (allegato al doc. UAIE 21 pag. 7).

In ragione della grave limitazione funzionale alla spalla destra il medico ha ritenuto l'insorgente totalmente inabile nella precedente attività di addetto alle pulizie ed in ogni altra attività manuale ripetitiva e pesante dal 1° gennaio 2018, evidenziando nel contempo che provvedimenti tendenti alla riqualifica professionale non erano atti a migliorare la capacità lavorativa. Ha inoltre indicato che l'interessato è in grado di svolgere attività adeguate – lavori leggeri, che non comportano frequenti flessioni, trasporto e sollevamento di pesi e con ridotto utilizzo della spalla destra – nella misura del 100% pure dal 1° gennaio 2018 (allegato al doc. UAIE 21 pag. 7-10).

10.2 Con rapporto del 18 gennaio 2018 il medico SMR dott. M. _____ ha posto, in virtù del rapporto di chiusura dell'INSAI (consid. 9.4), la diagnosi con ripercussione sulla capacità lavorativa di intervento di riparazione della cuffia dei rotatori (29 marzo 2017) e decompressione sottoacromiale per via artroscopica alla spalla destra interessante i tendini del sovraspinoso e sottospinoso con importante limitazione funzionale e calo della forza e ha ripreso le conclusioni del dott. H. _____ per quanto attiene le limitazioni funzionali. Il medico interpellato dall'UAIE ha attestato una completa incapacità lavorativa nell'attività abituale di addetto alle pulizie dal 15 gennaio 2017, mentre un'incapacità lavorativa del 100% dalla stessa data al 9 novembre 2017 e nulla dal giorno successivo in attività sostitutive idonee (doc. UAIE 22).

10.3 Mediante rapporto del 5 febbraio 2018, infine L. _____, in base ai limiti funzionali descritti, ha concluso che il ricorrente ha accesso ad un mercato sufficiente costituito da attività semplici e ripetitive, vale a dire di professioni che non richiedono una preparazione professionale o una formazione specifica e che possono essere esercitate dopo una semplice introduzione al posto di lavoro. A titolo esemplificativo egli ha indicato che l'insorgente potrebbe, tra l'altro, svolgere professioni quali imballaggio e controllo in una fabbrica, aiuto amministrativo, vendita presso una stazione di benzina. Il consulente ha infine evidenziato che “ a questo assicurato (...) non è proponibile una riqualifica professionale che comporta l'apprendimento di nozioni teoriche perché è inibito oltre che dal danno alla salute anche da fattori quali l'età, l'esperienza professionale specifica, la scolarità “ (doc. UAIE 23).

10.4 In sede di osservazioni al progetto di decisione del 21 febbraio 2018 l'insorgente ha prodotto il rapporto del 13 marzo 2018 del dott. N. _____ il quale ha sostenuto che “ l'attuale rilevante deficit funzionale a carico della spalla dx. rende impossibile al paziente il sollevamento di gravi oltre i 5 kg; il sollevamento di tali gravi non deve avvenire oltre il piano della spalla; non

risultano proponibili lavori con movimenti ripetitivi, anche leggeri, a carico dell'arto sup. dx. Risulta preclusa la precedente attività lucrativa di operaio manutentore, addetto alla pulizia dei bagni, vetrate, pavimenti e balaustre ". Egli ha attestato inabilità lavorativa dal 15 gennaio 2017 al 31 gennaio 2018, mentre un grado di invalidità nel paese di residenza pari al 22% (doc. UAIE 30).

11.

11.1 Pendente causa di ricorso è stato assunto agli atti il certificato medico del 18 gennaio 2018 in cui la dott.ssa G. _____ ha ritenuto l'insorgente abile al 100% dal 1° febbraio 2018 " solo per attività adeguata allo stato attuale. Non può sollevare pesi oltre l'orizzontale; max. 5 kg ai fianchi. Non lavori con movimenti ripetitivi anche leggeri ", precisando che " non può svolgere l'attività precedente, solo attività leggera al di sotto dell'orizzonte " (allegato 6 al doc. TAF 1).

11.2 Con breve rapporto del 18 maggio 2018 il dott. Q. _____ ha indicato che l'assicurato " adesso accusa netta limitazione articolare su tutti i piani (...) " (allegato 5 al doc. TAF 1).

11.3 Mediante rapporto del 22 maggio 2018 il dott. I. _____ ha ribadito "(...) importante limitazione funzionale, deficit di forza e artralgia. In particolare non si ritiene il paziente in grado di sollevare pesi oltre l'orizzonte né di compiere lavori con movimenti ripetitivi, anche leggeri " (allegato 4 al doc. TAF 1).

11.4 In sede di completamento del ricorso il ricorrente ha prodotto il rapporto del 3 dicembre 2018 del dott. O. _____ da cui emerge che " permane grave limitazione, quadro clinico di spalla pseudoparalitica (...). Segni di sofferenza sottoscapolare " e che " il paziente necessiterà con ogni probabilità di nuova procedura chirurgica (...) ", nonché quello del 16 gennaio 2019, a firma illeggibile, che conferma la valutazione testé esposta (entrambi allegati al doc. TAF 21).

12.

12.1

12.1.1 Per l'art. 59 cpv. 2^{bis} LAI i servizi medici regionali sono a disposizione degli uffici AI per valutare le condizioni mediche del diritto alle prestazioni, stabiliscono la capacità funzionale dell'assicurato – determinante

per l'AI secondo l'art. 6 LPGA – di esercitare un'attività lucrativa o di svolgere le mansioni consuete in una misura ragionevolmente esigibile e sono indipendenti per quanto concerne le decisioni in ambito medico nei singoli casi. Scopo e senso dell'art. 59 cpv. 2^{bis} LAI, come pure dell'art. 49 OAI risiedono nella possibilità, per gli uffici AI, di fare capo ai propri medici per la valutazione degli aspetti sanitari del diritto alla rendita. Questi ultimi, grazie alle loro specifiche conoscenze medico-assicurative, sono quindi chiamati a valutare la capacità funzionale della persona assicurata. In questo modo è stata creata una chiara separazione di competenze tra medici curanti e assicurazione sociale. Sulla base delle indicazioni del SMR, l'UAI deve così decidere cosa si può ragionevolmente pretendere da un assicurato e cosa invece no (sentenza del TF 9C_9/2010 del 29 settembre 2010 consid. 2). Peraltro, i rapporti SMR hanno la funzione di effettuare una sintesi delle informazioni e degli esami medici di cui agli atti di causa e formulare delle raccomandazioni quanto al seguito da dare all'incarto da un punto di vista medico (sentenza del TF 9C_542/2011 del 26 gennaio 2012 consid. 4.1). Per poter loro attribuire pieno valore probatorio, i rapporti dei servizi medici regionali devono essere redatti da medici che dispongono delle qualifiche specialistiche richieste nel singolo caso di specie. Se ciò non è il caso, il loro valore probatorio è affievolito (sentenza del TF 9C_826/2009 del 20 luglio 2010 consid. 4.2).

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

12.1.3 Al riguardo va in particolare rilevato che se è vero che nelle procedure concernenti l'assegnazione o il rifiuto di prestazioni di assicurazioni sociali non sussiste un diritto formale di essere sottoposto a perizia medica

esterna da parte dell'ente assicuratore, un tale provvedimento (o perlomeno accertamenti complementari) deve tuttavia essere ordinato qualora sussistano anche solo dubbi minimi riguardo l'attendibilità e la concluzione delle attestazioni mediche interne dell'assicurazione (DTF 135 V 465 consid. 4).

13.

13.1 Nel merito va rilevato in primo luogo che la decisione impugnata si basa principalmente sul rapporto finale del medico SMR dott. M. _____ del 18 gennaio 2018 (doc. UAIE 22), che si fonda a sua volta sul rapporto di chiusura dell'INSAI redatto dal dott. H. _____ (consid. 9.4), il quale ha visitato l'assicurato e consultato i rapporti medici assunti, in particolare quelli del dott. E. _____ e della dott.ssa G. _____ dell'Ente ospedaliero cantonale (consid. 9.1-9.3), nonché sul rapporto del 13 dicembre 2017 e sulla perizia medica particolareggiata E213 del 15 gennaio 2018, entrambi del dott. I. _____ (consid. 10.1).

13.2 Il medico SMR ha in particolare fatto proprie le conclusioni a cui è giunto il dott. H. _____, che a loro volta coincidono con quelle tratte dal medico curante dott. I. _____, sia per quanto riguarda le diagnosi, sia per quel che concerne la capacità lavorativa, ma anche per quanto riguarda i limiti funzionali.

Il medico SMR, dopo aver attestato un'inabilità totale nell'attività abituale di addetto alle pulizie, mentre un'abilità completa in attività adeguate senza riduzione del rendimento e senza pause supplementari ha ripreso i limiti funzionali elencati dal medico dell'INSAI (consid. 9.4) che gli consentono in particolare di svolgere unicamente attività leggere che non necessitano il sollevamento di pesi superiori ai 5 kg oltre l'altezza del petto e, in generale di pesi superiori ai 10 kg.

Su questo punto concorda anche la dott.ssa G. _____ la quale ha attestato che l'insorgente non può sollevare pesi "oltre l'orizzonte e al massimo 5kg ai fianchi; non sono permessi lavori ripetitivi anche leggeri" (consid. 11.1), come indicato anche dal dott. I. _____ (consid. 10.1 e 11.3).

Dello stesso avviso è il dott. N. _____ (consid. 10.4). Il medico italiano, in applicazione della tabella INAIL, ha altresì quantificato i postumi dell'infortunio nella misura del 22% in attività sostitutive. Ora, ritenuto che il concetto di invalidità in diritto italiano non coincide forzatamente con quello

svizzero, l'indicazione di tale invalidità parziale da parte del perito – esposta sulla base di una valutazione medica e non economica – andrebbe piuttosto interpretata quale inabilità lavorativa nella misura del 22%.

La documentazione stringata prodotta con la replica non si esprime per contro né sulle limitazioni funzionali né sulla capacità lavorativa residua del ricorrente (consid. 11.4).

14.

14.1 Da quanto sopra esposto emerge che non vi sono documenti agli atti che giungono a conclusioni diverse da quelle del medico SMR e dell'INSAI. Nessuno specialista infatti attesta una capacità lavorativa inferiore al 100% in attività leggere e adeguate ai limiti funzionali elencati dai medici interpellati, al contrario di quanto sostiene il ricorrente.

14.2 Ne consegue che il Tribunale adito non ha motivo di scostarsi dalle conclusioni, approfondite, motivate e concludenti del medico dell'INSAI, che possono essere riprese integralmente ritenuto che si tratta di una vertenza prettamente di natura infortunistica.

15.

A titolo abbondanziale giova infine rammentare che la questione di un eventuale intervento chirurgico, già accennata dal dott. H. _____ (consid. 9.4 e allegato al doc. TAF 21), si riferisce ad una situazione posteriore all'emanazione della decisione impugnata ed esula dal potere cognitivo del Tribunale adito. Non costituisce pertanto oggetto del contendere essendo di competenza dell'UAIE.

16.

In definitiva, alla luce delle considerazioni appena esposte, occorre riconoscere che non vi è alcun documento medico agli atti suscettibile di mettere in dubbio le valutazioni del dott. M. _____ riguardo alle affezioni lamentate dall'assicurato e alle conseguenze sulla capacità lavorativa. Conto tenuto della documentazione versata agli atti, dalla quale non emergono contraddizioni di sorta, al momento della decisione il caso appariva senz'altro sufficientemente indagato e pronto per la definizione.

Su questo punto la decisione merita quindi di essere confermata, essendo il ricorso manifestamente infondato.

17.

17.1 Infine occorre ancora esaminare la conformità del tasso di invalidità con effetto dal 1° aprile 2018.

17.2

17.2.1 Per determinare il reddito ipotetico da valido, occorre stabilire quanto guadagnerebbe la persona assicurata, secondo il grado di verosimiglianza preponderante, quale persona sana al momento della decorrenza del diritto alla rendita, tenuto conto delle sue capacità professionali e delle circostanze personali. Di regola, ci si fonda sull'ultimo reddito che la persona assicurata ha conseguito prima dell'insorgenza del danno alla salute, se del caso adeguato al rincaro e all'evoluzione reale dei salari. Questo perché normalmente, in base all'esperienza comune, la persona interessata avrebbe continuato la precedente attività in assenza del danno alla salute. Eccezioni a questo principio devono essere previste secondo la verosimiglianza preponderante (DTF 139 V 28 consid. 3.3.2; 134 V 322 consid. 4.1). Tuttavia, in circostanze particolari ci si può scostare dal reddito ipotetico che l'assicurato avrebbe potuto conseguire senza invalidità e ricorrere ai dati statistici risultanti dall'inchiesta svizzera sulla struttura dei salari (ISS) edita dall'Ufficio federale di statistica. Questo sarà in particolare il caso qualora non fosse possibile quantificare in maniera attendibile il reddito ipotetico, segnatamente qualora dovessero mancare indicazioni riguardanti l'ultima attività professionale dell'assicurato o se l'ultimo salario percepito non corrispondesse manifestamente a quello che egli sarebbe stato in grado di conseguire con ogni verosimiglianza in qualità di persona valida; ad esempio se l'assicurato, prima di essere riconosciuto definitivamente incapace al lavoro, si trovava in disoccupazione o percepiva una remunerazione inferiore alle usuali norme salariali. Entra ugualmente in linea di conto la situazione in cui il posto di lavoro della persona assicurata prima dell'insorgenza del danno alla salute non esiste più al momento determinante della valutazione dell'invalidità (sentenza del TF 9C_348/2016 del 7 dicembre 2016 consid. 3.2.3). Poiché i salari statistici sono generalmente fondati su un orario di lavoro settimanale di 40 ore, gli stessi devono essere adeguati all'orario usuale medio settimanale del corrispondente settore d'impiego (DTF 126 V 75 consid. 3b/bb). Inoltre, tali salari devono essere adeguati all'evoluzione dei salari nominali, applicando l'indice per gli uomini o per le donne (DTF 129 V 408 consid. 3.1.2).

17.2.2 Nella decisione impugnata l'UAIE ha ritenuto che, senza danno alla salute, nel 2016 A. _____ avrebbe percepito nella sua attività abituale di

addetto alle pulizie presso la B. _____ SA un reddito annuo pari a 40'732.65 franchi (doc. UAIE 15) – dato peraltro non contestato dall'assicurato – che si riferisce ad un'attività di 37 ore settimanali rispetto alle 42,5 previste per un tempo pieno, corrispondenti all'87% del tempo di lavoro.

Per quanto attiene all'attività quale addetto alle pulizie a ore svolta dall'insorgente presso la C. _____ SA, pari a 5 ore settimanali, corrispondente al 12% del suo tempo di lavoro (per una settimana lavorativa a tempo pieno di 42,5 ore), l'autorità di prime ha rilevato che il contratto di lavoro è stato sciolto con effetto al 31 dicembre 2016 in ragione della cessazione dell'attività aziendale (doc. UAIE 24). Utilizzando i dati ufficiali editi dall'Ufficio federale di statistica (UFS, [RSS 2014]), settore 96 (altre attività di servizi personali), attività semplici e ripetitive, livello 1, l'UAIE ha ritenuto un reddito statistico mensile conseguibile nel 2014 di fr. 3'898.-. Questo importo, aggiornato al 2016 e tenuto conto di un orario usuale di 41,8 ore settimanali, nonché ad una percentuale occupazionale del 13% ammonta a fr. 6'420.96 annui.

Il reddito da valido totale considerato ammonta quindi a fr. 47'153.61 (fr. 40'732.65 + fr. 6'420.96; allegato al doc. UAIE 24).

17.2.3 Al momento della decisione litigiosa, il 1° maggio 2018, l'UAIE non poteva già disporre dei dati del 2016, ritenuto che sono stati pubblicati il 14 maggio 2018 (cfr. sito internet: <https://www.bfs.admin.ch/bfs/it/home/statistiche/cataloghi-banche-dati/carte.assetdetail.5247366.html>). È dunque a giusto titolo che l'autorità inferiore si è riferita alle tabelle del 2014. Il calcolo da essa effettuato può essere confermato. I redditi vanno tuttavia indicizzati al 2018 (anno dell'eventuale nascita del diritto, consid. 5.1) a mezzo della tabella T1.2.10. Si ottiene così un reddito annuo di fr. 40'529.15 (valore mediano - 0,1% nel 2017, - 0,4% nel 2018). Rapportato al 100% esso ammonta a fr. 46'657.64.

17.3

17.3.1 Per determinare il reddito da invalido fa stato in primo luogo la situazione salariale concreta dell'assicurato, a condizione che, cumulativamente, il rapporto di lavoro sia particolarmente stabile, egli sfrutti in maniera completa e ragionevole la capacità di lavoro residua, il reddito derivante dall'attività effettivamente svolta sia adeguato e non costituisca un salario sociale. Qualora difettino indicazioni economiche effettive, segnatamente perché dopo l'insorgenza dell'invalidità la persona assicurata non ha più esercitato alcuna attività lucrativa oppure non ha esercitato una

nuova attività lucrativa, malgrado essa sia ragionevolmente esigibile, possono essere ritenuti i dati forniti dalle statistiche salariali, come risultano dall'inchiesta svizzera sulla struttura dei salari (ISS; DTF 139 V 592 consid. 2.3; sentenza del TF 9C_205/2011 del 10 novembre 2011 consid. 7), fermo restando che di principio occorre fare riferimento ai dati statistici più recenti (DTF 143 V 295 consid. 2.3).

Di principio, sono applicabili i dati salariali medi nazionali risultanti dalla Tabella TA1 dell'ISS relativa al settore privato, segnatamente il salario lordo, valore mediano, per divisioni economiche, totale. Tuttavia, qualora ciò risulti opportuno, ci si può riferire al salario lordo di un singolo settore o di una singola categoria professionale al fine di permettere all'assicurato di sfruttare in maniera ragionevolmente esigibile la sua piena capacità lavorativa residua. Questo sarà in particolare il caso qualora, prima dell'insorgenza del danno alla salute, la persona assicurata ha lavorato per molti anni nello stesso settore e l'esercizio di un'attività lucrativa in un altro settore non appare esigibile (sentenza del TF 8C_457/2017 dell'11 ottobre 2017 consid. 6.2). Poiché i salari statistici sono generalmente fondati su un orario settimanale di 40 ore, gli stessi devono essere adeguati all'orario usuale medio settimanale del corrispondente settore d'impiego (DTF 126 V 75 consid. 3b/bb). Inoltre, tali salari devono essere adeguati all'evoluzione dei salari nominali, applicando l'indice per gli uomini o per le donne (DTF 129 V 408 consid. 3.1.2).

17.3.2 Utilizzando i dati ufficiali editi dall'UFS (RSS 2014, tabella TA1 nazionale, anno 2014) l'UAIE ha computato quale reddito da invalido, il salario annuale conseguibile nel 2016 (attività semplici e ripetitive, livello 1), ossia fr. 60'433.39, tenuto conto di un salario mensile aggiornato al 2016 di fr. 5'367.56, di un orario usuale di 41,7 ore settimanali, nonché di una riduzione del 10% per attività leggere (allegato al doc. UAIE 24).

17.3.3 Il calcolo effettuato dall'autorità di prime cure è corretto. Analogamente a quanto fatto con il salario da valido, occorre poi indicizzare i dati ottenuti al 2018. Si ottiene così un il reddito annuo (senza riduzione del 10% per attività leggere) di fr. 66'812.74 (fr. 67'148.21 - 0,1% [2017], - 0,4% [2018]), pari a fr. 60'131.46 dopo deduzione.

17.4 Dal raffronto dei redditi è scaturito quindi un grado d'invalidità dello 0% (allegato al doc. UAIE 24).

17.5 Il reddito da invalido può quindi essere ridotto, al massimo del 25%, per tenere conto dei fattori professionali e personali del caso (DTF 126 V 75).

17.5.1 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), criteri che l'amministrazione è tenuta a valutare globalmente. Il Tribunale federale ha precisato al riguardo che una deduzione globale massima del 25% del salario statistico permette di tenere conto delle varie particolarità suscettibili di influire sul reddito del lavoro. A seconda della loro incidenza infatti, è possibile che la persona assicurata, anche in un mercato del lavoro equilibrato, non sia in grado di realizzare un salario medio sfruttando la capacità lavorativa residua (DTF 126 V 75 consid. 5b/aa in fine). La deduzione non è automatica, ma deve essere valutata di caso in caso e complessivamente, non separatamente, in maniera schematica, sommando i singoli fattori di deduzione, tenendo conto di tutte le circostanze del singolo caso (sentenza del TF 9C_751/2011 del 30 aprile 2012 consid. 4.2.1 e DTF 126 V 75 consid. 5b/aa in fine).

Va aggiunto che è compito dell'amministrazione e, in caso di ricorso, del giudice, motivare l'entità della deduzione, fermo restando che quest'ultimo non può scostarsi dalla valutazione dell'amministrazione senza fondati motivi (DTF 126 V 75 consid. 5b/dd e 6; cfr. pure 129 V 472 che conferma questi principi). Al riguardo va rilevato che quando è chiamato a verificare il potere di apprezzamento esercitato dall'amministrazione (v. art. 37 LTAF in relazione con l'art. 49 PA), per stabilire l'estensione della riduzione da apporre al reddito da invalido, il Tribunale amministrativo federale deve valutare le differenti soluzioni di cui disponevano agli organi esecutivi dell'Al e domandarsi se una deduzione più o meno elevata fosse maggiormente appropriata e quindi si imponga per un valido motivo, senza tuttavia 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).

17.5.2 Come detto l'UAIE ha operato in concreto una decurtazione del 10% per attività leggere (allegato al doc. UAIE 24).

17.5.2.1 Nella fattispecie va senz'altro riconosciuta una deduzione del 10% per il fatto che l'assicurato, dopo aver sempre svolto attività manuali pesanti (manovale e muratore in patria, addetto alla pulizia presso due società in

Svizzera [manutenzione parti comuni, pavimenti, vetri, bagni, scale]; cfr. curriculum vitae, doc. UAIE 2, questionario datore di lavoro, doc. UAIE 15), può occuparsi ora unicamente di attività leggere (cfr. tra le tante sentenza del TF 9C_455/2013 consid. 4.4). Oltre a ciò al momento dell'interruzione dell'attività professionale (gennaio 2017) l'insorgente non disponeva né di una particolare formazione scolastica, avendo terminato solo la scuola elementare, né di alcuna formazione professionale (DTF 138 V 457 consid. 2.2, sentenze del TF 8C_594/2011 del 20 ottobre 2011 consid. 5, 9C_334/13 del 24 luglio 2013 consid. 3, si confrontino anche sentenze del Tribunale federale delle assicurazioni U 436/04 del 12 aprile 2005 e U 86/06 del 13 giugno 2006; in simili circostanze l'amministrazione deduce per prassi costante un tasso del 10%).

17.5.2.2 Non vanno, per contro, considerati nel calcolo altri fattori di riduzione quali età, anni di servizio, nazionalità e tipo di permesso. Per quanto attiene l'età avanzata giova rammentare come l'Alta Corte abbia ritenuto che per gli uomini tra i 40 e i 64/65 anni (il ricorrente aveva quasi 57 anni e mezzo al momento determinante, vale a dire quello in cui è stata accertata la capacità lavorativa totale in attività sostitutive adeguate, ossia il 10 novembre 2017 [rapporto del dott. H. _____]) esercitanti attività di manovalanza di livello 4 questo fattore potrebbe perfino comportare un aumento salariale. Essa ha inoltre sostenuto come il fatto che l'età possa effettivamente ostacolare la ricerca di un impiego costituisce un fattore estraneo all'invalidità che non va quindi preso in considerazione (DTF 132 V consid. 3.1.1; sentenza del TF 8C_939/2011 del 13 febbraio 2012 consid. 5.2.3).

17.5.2.3 Si potrebbe per contro tener conto delle ulteriori limitazioni funzionali, in particolare l'impossibilità di sollevare pesi oltre l'altezza del petto e di effettuare lavori sopra la testa (consid. 9.4), che restringono sensibilmente lo spettro di attività ancora esigibili dall'assicurato. La questione può tuttavia restare irrisolta in quanto in ogni caso anche tenuto conto della deduzione massima del 25% non sarebbe dato alcun diritto alla rendita.

17.6 Applicando al reddito conseguibile da invalido un tasso di riduzione del 15% si ottiene un importo annuo di fr. 56'790.83 (= fr. 66'812.74 – 10'021.83), che è superiore al reddito da valido (consid. 17.2.3).

18.

18.1 Ritenuto che il reddito da invalido è superiore a quello da valido, occorre ancora domandarsi se il reddito da valido così calcolato è inferiore

alla media dei salari per un'attività equivalente nel settore economico nel quale lavorava l'interessato, segnatamente se è necessario procedere a parallelizzare i redditi.

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

18.2.1 In concreto, stando ai dati dell'UFS per il 2014 (tabella TA1 1), nel settore altre attività di servizi personali (cat. 96, livello 1), il salario medio equivaleva a fr. 3'898.- mensili, ossia fr. 46'776.- all'anno, per un orario settimanale di 40 ore. Rapportato ad un orario usuale di 41,7 ore settimanali e indicizzando tale dato al 2018 a mezzo della tabella T1.2.10 (altre attività di servizi [cat. 90-96], + 0,5% nel 2015, valore mediano + 0,7% nel 2016, - 0,1% nel 2017, - 0,4% nel 2018), si ottiene così un importo di fr. 49'104.30.

Ciò significa che una persona operante in attività di servizi personali in Svizzera avrebbe potuto mediamente conseguire nel 2018 un guadagno di fr. 49'104.30, mentre l'interessato, nello stesso anno, avrebbe percepito in D._____ un reddito di fr. 46'657,64. In concreto, la differenza è di fr. 2'446.66, pari al 4,98%, arrotondato al 5%.

18.2.2 Nella fattispecie malgrado il salario da valido dell'interessato è inferiore alla media svizzera, tenuto conto della franchigia del 5%, il salario da valido non va incrementato in ragione del gap salariale.

19.

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

20.

Da quanto esposto consegue che il ricorso, manifestamente infondato, non merita tutela e la decisione impugnata va confermata.

Il giudice dell'istruzione, anteriormente o posteriormente a uno scambio di scritti, decide quale giudice unico, con motivazione sommaria, i ricorsi manifestamente infondati, pronunciandone la non entrata in materia o il rigetto (art. 85^{bis} cpv. 3 LAVS, in combinazione con l'art. 69 cpv. 2 LAI; cfr. anche le sentenze del TAF C-3936/2015 del 24 gennaio 2017 consid. 12 e C-1257/2013 del 27 marzo 2013 consid. 4).

Ne segue che la presente sentenza di rigetto del ricorso può essere resa a giudice unico.

21.

21.1 Visto l'esito della causa le spese processuali di fr. 800.- sono poste a carico del ricorrente, soccombente (art. 63 cpv. 1 e cpv. 5 PA nonché art. 3 lett. b del regolamento del 21 febbraio 2008 sulle tasse e sulle spese ripetibili nelle cause dinanzi al Tribunale amministrativo federale [TS-TAF, RS 173.320.2]). Esse sono computate con l'anticipo spese, di identico ammontare, versato dall'insorgente con pagamenti rateali del 29 novembre 2018 (doc. TAF 12), 28 dicembre 2018 (doc. TAF 14) e 31 gennaio 2019 (doc. TAF 15).

21.2 Al ricorrente, soccombente, non spetta alcuna indennità per spese ripetibili (art. 64 PA in combinazione con gli art. 7 cpv. 1 e 2 TS-TAF a contrario).

Peraltro, le autorità federali, quand'anche vincenti, non hanno di principio diritto a un'indennità a titolo di ripetibili (art. 7 cpv. 3 TS-TAF), salvo eccezioni non ravvisabili nel caso concreto (v., fra l'altro, DTF 127 V 205).

(dispositivo alla pagina seguente)

Per questi motivi, il Tribunale amministrativo federale pronuncia:

1.

Il ricorso è respinto.

2.

Le spese processuali di fr. 800.-, anticipate dal ricorrente, sono poste a suo carico e vengono compensate con l'acconto già versato.

3.

Non si attribuiscono spese ripetibili.

4.

Comunicazione a:

- rappresentante del ricorrente (atto giudiziario)
- autorità inferiore (n. di rif. [...]); raccomandata; allegato: osservazioni del ricorrente del 14 maggio 2019 [doc. TAF 25])
- Ufficio federale delle assicurazioni sociali (raccomandata)
- Fondazione collettiva P. _____(raccomandata)

I rimedi giuridici sono menzionati alla pagina seguente.

La giudice unica:

Il cancelliere:

Michela Bürki Moreni

Graziano Mordasini

Rimedi giuridici:

Contro la presente decisione può essere interposto ricorso in materia di diritto pubblico al Tribunale federale, Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerna, entro un termine di 30 giorni dalla sua notificazione (art. 82 e segg., 90 e segg. e 100 LTF). Il termine è reputato osservato se gli atti scritti sono consegnati al Tribunale federale oppure, all'indirizzo di questo, alla posta svizzera o a una rappresentanza diplomatica o consolare svizzera al più tardi l'ultimo giorno del termine (art. 48 cpv. 1 LTF). Gli atti scritti devono contenere le conclusioni, i motivi e l'indicazione dei mezzi di prova ed essere firmati. La decisione impugnata e – se in possesso della parte ricorrente – i documenti indicati come mezzi di prova devono essere allegati (art. 42 LTF).

Data di spedizione: