



Corte III
C-3450/2021

Sentenza del 9 maggio 2022

Composizione

Giudici Michela Bürki Moreni (presidente del collegio),
Caroline Bissegger, Beat Weber,
cancelliere Luca Rossi.

Parti

A. _____,
rappresentato dal sindacato UNIA B. _____ e (...),
ricorrente,

contro

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

Oggetto

Assicurazione per l'invalidità, nuova domanda di rendita
(decisione del 15 giugno 2021).

Fatti:**A.**

A.a A. _____, cittadino italiano, nato il (...) 1962, ha lavorato in Svizzera dal 1983 quale frontaliere presso differenti datori di lavoro, dapprima quale scalpellino-fresatore, poi come manovale, in seguito quale muratore e infine (per motivi di salute) quale muratore gruista, solvendo regolari contributi all'assicurazione svizzera per la vecchiaia, i superstiti e l'invalidità (AVS/AI; doc. 2, 3, 7, 20 dell'incarto dell'Ufficio dell'assicurazione per l'invalidità per gli assicurati residenti all'estero [UAIE]).

A.b

A.b.a In data 3 febbraio 2009 l'assicurato ha formulato all'Ufficio AI del Canton B. _____ (in seguito UAI-B. _____) una prima domanda volta al conseguimento di prestazioni dell'assicurazione svizzera per l'invalidità, in ragione dell'incapacità lavorativa insorta dal 3 giugno 2008 e il 31 marzo 2009 causata da malattia (lombalgia con irradiazione all'arto inferiore sinistro) e da una ricaduta dell'infortunio subito nell'agosto 2000 (frattura della caviglia sinistra) annunciato alla SUVA il 3 luglio 2008 (doc. 3, 10, 13, 160 segg., 257 segg.), in seguito al quale è stato posto al beneficio di una rendita di invalidità del 24% dal 1° maggio 2009 e di un'indennità per menomazione dell'integrità del 25% (decisione del 12 maggio 2009, doc. 285).

A.b.b Nell'ambito della procedura AI è stata ordinata una perizia reumatologica per indagare sia i disturbi alle caviglie (destra e sinistra) che al rachide (doc. 11). Nel rapporto peritale del 29 ottobre 2009 il dott. C. _____, specialista FMH in reumatologia, ha ritenuto le limitazioni derivanti dalla problematica alla schiena sostanzialmente sovrapponibili a quelle rilevate dalla SUVA per la caviglia sinistra. A partire dal 1° maggio 2009 ha pertanto ritenuto sussistere un'incapacità lavorativa del 25% nell'attività di muratore, mentre ha considerato l'assicurato completamente abile in un'attività sostitutiva rispettosa delle limitazioni funzionali (doc. 13). Non riscontrando un grado d'invalidità pensionabile al termine dell'anno di attesa, con decisione del 28 gennaio 2010 l'UAI-B. _____ ha negato il diritto a una rendita AI (doc. 15, 18). L'interessato ha continuato a svolgere l'attività di muratore malgrado le limitazioni (doc. 349 356 pag. 3).

B.**B.a**

B.a.a In data 31 gennaio 2017 l'assicurato ha depositato presso l'UAI-B. _____ una seconda domanda di prestazioni, in ragione dell'incapacità lavorativa persistente riconducibile all'infortunio professionale del 17 agosto 2016 allorquando, cadendo da un ponteggio, si è procurato una frattura pluriframmentaria al gomito destro, una frattura al polso destro e una ferita lacero-contusa prepatellare al ginocchio destro (doc. 20, 35, 37, 302). In seguito alle lesioni riportate è stato sottoposto ad un intervento di protesi bipolare del capitello radiale destro il 24 agosto 2016 (doc. 298, 319).

B.a.b Dal 2 aprile 2017 l'assicurato ha ripreso a lavorare al 50% presso il precedente datore di lavoro (doc. 349, 356 pag. 3) e, in occasione della visita circondariale della SUVA del 7 aprile 2017, i medici hanno constatato un buon recupero generale, pur persistendo disturbi al gomito destro e dolenzia alla caviglia sinistra nel contesto di una situazione stazionaria (doc. 356). In vista della ripresa a tempo pieno dell'attività lavorativa e nell'intento di conservare il posto di lavoro, persistendo limitazioni funzionali alla caviglia sinistra, relativi al sollevamento pesi e all'utilizzo di determinati attrezzi, l'AI ha preso a carico il finanziamento della patente di gruista, poi conseguita dall'interessato (doc. 42, 54, 360). Dal 1° giugno 2017 la SUVA ha pertanto ritenuto l'assicurato abile in misura completa nell'attività di muratore gruista (il salario al 100% è stato ridotto dell'importo della rendita, doc. 369, 376, 378.)

B.a.c In data 27 aprile 2018 l'assicurato ha annunciato alla SUVA un nuovo infortunio professionale occorso il 9 marzo 2018 a seguito del quale ha riportato dolore al polso e alla spalla sinistra ed è stata prescritta un'inabilità lavorativa totale dal 3 aprile 2018 (doc. 54, 383, 384).

B.a.d Nel frattempo con decisione del 4 maggio 2018 la SUVA ha confermato, dal 1° giugno 2017, il diritto alla precedente rendita LAINF del 24% ed una capacità lavorativa completa, non ritenendo sussistere il diritto ad un'ulteriore rendita per l'infortunio del 17 agosto 2016 in seguito all'ottenimento della patente di gruista e alla disponibilità del datore di lavoro per cui l'assicurato ha continuato a percepire il medesimo stipendio (doc. 392). Dal 9 maggio 2018 l'assicurato ha ripreso a svolgere le proprie mansioni al 50% (doc. 54, 399, 401), dal 2 luglio 2018 in misura completa, nel limite della rendita di cui beneficiava (doc. 408, 415, 416).

B.a.e In data 20 agosto 2018 all'assicurato è stata personalmente comunicata la disdetta del contratto di lavoro con effetto a fine novembre 2018 ed è stato immediatamente esonerato dal prestare servizio (doc. 423, 433). Uscendo dalla sede della ditta, il medesimo giorno, è inciampato su di un gradino procurandosi una distorsione alla caviglia sinistra, già lesionata nel 2000 (doc. 433). Il sinistro per il quale è stata attestata un'inabilità totale è stato annunciato il 3 settembre 2018 alla SUVA (doc. 425) che ha preso a carico il caso fino al 2 dicembre 2018, ritenendo in seguito l'assicurato nuovamente abile al lavoro in misura completa (doc. 456, 457). Il datore di lavoro e l'assicurato si sono accordati per prorogare il contratto di lavoro fino al raggiungimento del sessantesimo anno di età, in modo da permettere a quest'ultimo di beneficiare del pensionamento anticipato (doc. 452).

B.b Dal canto suo con progetto di decisione del 3 ottobre 2019 l'UAI-B. _____ ha prospettato l'attribuzione di $\frac{1}{4}$ di rendita (grado AI del 41%) dal 1° settembre 2018 e di una rendita intera dal 1° dicembre 2018 al 31 marzo 2019, ossia tre mesi dopo la constatazione del miglioramento dello stato di salute (doc. 73). Con due decisioni del 9 dicembre 2019 è stata confermata l'attribuzione della rendita limitata nel tempo (doc. 79, 80).

B.c In data 21 novembre 2019 all'assicurato è stata notificata la disdetta immediata del contratto di lavoro per violazione grave dei doveri di servizio (doc. 110), non contestata da quest'ultimo (doc. 121).

C.

C.a Il 5 marzo 2020 l'assicurato ha depositato una terza domanda di prestazioni, ricevuta dall'UAI-B. _____ l'11 marzo 2020, in ragione dei disturbi alla schiena persistenti, riconducibili al blocco lombare del 2 novembre 2019 (doc. 82-91). A fronte del referto neurochirurgico del 27 febbraio 2020, che descrive un conflitto radicolare con la radice di S1, l'amministrazione ha ritenuto giustificata l'entrata in materia (doc. 92 – annotazione del 13 marzo 2020).

C.b È stata quindi assunta agli atti la perizia medica particolareggiata E213 del 9 settembre 2020 (doc. 128, 129) e il 25 gennaio 2021 è stata fatta eseguire una perizia reumatologica a cura del dott. D. _____, specialista FMH in reumatologia, che, riconoscendo un'incapacità lavorativa totale a partire dal 27 febbraio 2020 – data della valutazione da parte del neurochirurgo dott. E. _____, specialista in neurochirurgia – nella professione precedentemente svolta (muratore addetto alla posa di tetti in piode), ha

ritenuto l'assicurato abile al 60%, a partire dalla medesima data, nella professione di muratore con attività associata di gruista, mentre in una professione sostitutiva rispettosa delle limitazioni funzionali lo ha considerato abile all'80%, con riduzione del rendimento del 20% in ragione della necessità di effettuare pause supplementari. Ha quindi suggerito un aiuto da parte dell'AI per reintegrare l'assicurato almeno fino al raggiungimento dell'età idonea per il prepensionamento all'età di 60 anni (doc. 133).

C.c Le valutazioni peritali sono state integralmente riprese nel rapporto finale SMR del 8 febbraio 2021, nel quale il dott. F. _____ ha attestato un'incapacità lavorativa totale dal 27 febbraio 2020 nella professione abituale di muratore e dalla stessa data un'incapacità del 20% in una professione sostitutiva adeguata, elencando le limitazioni funzionali (doc. 136).

C.d Con progetto di decisione del 12 febbraio 2021 l'UAI-B. _____, non riscontrando un grado di invalidità pensionabile (30%, doc. 134), ha prospettato il rigetto della domanda di prestazioni (doc. 137).

C.e Preso atto delle osservazioni del 22, 29 marzo 2021, nonché del nuovo referto del dott. G. _____, specialista FMH in neurochirurgia, di cui si dirà in dettaglio più avanti (doc. 142, 145), oltre che del rapporto del consulente in integrazione professionale (IP) del 12 febbraio 2021 (secondo il quale non esistono le premesse per la concessione di un provvedimento di riforma professionale [doc. 138]), con decisione del 15 giugno 2021 l'UAIE ha confermato il progetto di decisione, negando il diritto a una rendita e a provvedimenti professionali (doc. 155).

D.

D.a Con ricorso del 28 luglio 2021 l'assicurato, per il tramite del proprio rappresentante, ha impugnato la predetta decisione dinnanzi al Tribunale amministrativo federale (TAF) chiedendone l'annullamento e, in via principale il riconoscimento di una rendita intera di grado pari al 62% a decorrere da novembre 2020 (recte di $\frac{3}{4}$ di rendita), mentre in via subordinata il rinvio degli atti all'amministrazione per completare l'istruttoria. Egli ha in particolare contestato l'accertamento medico ed economico svolto dall'amministrazione. Sulle ulteriori motivazioni si dirà in dettaglio nei considerandi in diritto (doc. TAF 1).

D.b Con decisione incidentale del 3 agosto 2021 il ricorrente è stato invitato a versare un acconto di fr. 800.- corrispondente alle presumibili spese processuali (doc. TAF 2). L'importo è stato tempestivamente versato il 23 agosto 2021 (doc. TAF 4).

D.c Con memoriale del 25 agosto 2021 il ricorrente ha completato il ricorso versando agli atti il rapporto dell'11 agosto 2021 del dott. H. _____, specialista in medicina legale e delle assicurazioni, di cui si dirà nel dettaglio nei considerandi in diritto (doc. TAF 5).

D.d Con risposta del 30 settembre 2021 l'UAIE, aderendo al preavviso dell'UAI-B. _____ del 28 settembre 2021, a sua volta fondato sull'annotazione SMR del 27 settembre 2021, in cui l'amministrazione ha ribadito la bontà degli accertamenti medici ed economici svolti, ha proposto di respingere il ricorso e di confermare la decisione impugnata (doc. TAF 7).

D.e Con replica del 5 novembre 2021 il ricorrente ha confermato le proprie argomentazioni (doc. TAF 10).

D.f Con duplice del 25 novembre 2021 l'UAIE, seguendo il parere dell'UAI-B. _____ del 19 novembre 2021, ha ribadito la propria posizione (doc. TAF 12).

Diritto:

1.

1.1 In virtù dell'art. 31 LTAF, questo Tribunale giudica i ricorsi contro le decisioni ai sensi dell'art. 5 PA, emanate dalle autorità menzionate all'art. 33 LTAF, riservate le eccezioni di cui all'art. 32 LTAF. In particolare, le decisioni rese dall'UAIE concernenti l'assicurazione per l'invalidità possono essere impugnate davanti al Tribunale amministrativo federale (TAF) conformemente all'art. 69 cpv. 1 lett. b LAI (RS 831.20). Di conseguenza questo Tribunale è competente a giudicare il presente ricorso.

1.2 Secondo l'art. 3 lett. d^{bis} PA, a cui rinvia l'art. 37 LTAF, la procedura in materia di assicurazioni sociali non è disciplinata dalla PA, nella misura in cui è applicabile la LPGA (RS 830.1). In conformità con l'art. 2 LPGA, le disposizioni della presente legge 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), sempreché la LAI non deroghi alla LPGA.

1.3 In concreto, il ricorso è ammissibile nella misura in cui è stato presentato tempestivamente e nel rispetto dei requisiti previsti dalla legge e l'acconto spese è stato pagato (art. 59 e 60 LPGA, nonché l'art. 52 cpv. 1 e l'art. 63 cpv. 4 PA).

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

3.1.1 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).

3.1.2 Nel caso in esame l'UAIE ha respinto la nuova domanda di prestazioni presentata il 5/11 marzo 2020. In tali circostanze il diritto alla rendita sorgerebbe il più presto il 1° settembre 2020 (art. 29 cpv. 1 LAI, nella misura in cui sono dati i presupposti dell'anno d'attesa di cui all'art. 28 cpv. 1 LAI)

Pertanto sono applicabili le disposizioni della 6^a revisione della LAI entrate in vigore il 1° gennaio 2012 e le modifiche successive (RU 2011 5659; FF 2010 1603), entrate in vigore fino alla data della decisione impugnata, ossia il 15 giugno 2021. Non sono per contro applicabili alla fattispecie le nuove disposizioni della modifica intitolata “ulteriore sviluppo dell’AI”, entrate in vigore il 1° gennaio 2022 (lett. c delle disposizioni transitorie).

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 pronunciata e quindi il 15 giugno 2021 (DTF 132 V 215 consid. 3.1.1; 130 V 445 consid. 1.2).

4.

Il ricorrente è cittadino di uno Stato membro della Comunità europea e risiede in Italia, 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’Accordo del 21 giugno 1999 tra la Confederazione svizzera e la Comunità europea ed i suoi Stati membri sulla libera circolazione delle persone (ALC, RS 0.142.112.681) ed il relativo Allegato II che regola il coordinamento dei sistemi di sicurezza sociale. L’allegato II ALC prevede in particolare che le parti contraenti applicano tra di loro, dal 1° aprile 2012, il regolamento (CE) n. 883/2004 del Parlamento europeo e del Consiglio del 29 aprile 2004 (RS 0.831.109.268.1) relativo al coordinamento dei sistemi di sicurezza sociale, con le relative modifiche, e il regolamento (CE) n. 987/2009 del Parlamento europeo e del Consiglio del 16 settembre 2009 (RS 0.831.109.268.11) che stabilisce le modalità di applicazione del regolamento (CE) n. 883/2004 (art. 1 cpv. 1 Allegato II ALC in relazione con la Sezione A dell’Allegato II ALC). Il Regolamento (CE) n. 883/2004 è stato ulteriormente modificato dai regolamenti (UE) n. 1244/2010 (RU 2015 343), n. 465/2012 (RU 2015 345) e n. 1224/2012 (RU 2015 353), applicabili nelle relazioni tra la Svizzera e gli Stati membri dell’Unione europea a decorrere dal 1° gennaio 2015. Tuttavia, anche in seguito all’entrata in vigore dell’ALC, l’organizzazione della procedura come pure l’esame delle condizioni di ottenimento di una rendita d’invalidità svizzera, sono regolate dal diritto interno svizzero (art. 46 cpv. 3 del Regolamento n. 883/2004 in relazione con l’Allegato II del regolamento medesimo; DTF 130 V 253 consid. 2.4).

5.

5.1 Oggetto del contendere, nel caso concreto, è il rifiuto di attribuire al ricorrente $\frac{3}{4}$ di rendita AI a decorrere dal 1° novembre 2020, come preteso dal ricorrente a seguito della nuova domanda di prestazioni presentata il 5/11 marzo 2020.

5.2 Il rifiuto del diritto a provvedimenti professionali non è stato per contro contestata. Su questo punto la decisione è pertanto da ritenersi cresciuta in giudicato.

6.

6.1 L'invalidità ai sensi della LPGGA e della LAI è l'incapacità al guadagno totale o parziale presumibilmente permanente o di lunga durata che può essere conseguente a infermità congenita, malattia o infortunio (art. 8 LPGGA e art. 4 cpv. 1 LAI). L'invalidità è considerata insorgere quando, per natura e gravità, motiva il diritto alla singola prestazione (art. 4 cpv. 2 LAI). Ai sensi dell'art. 8 cpv. 3 LPGGA, 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 LPGGA è un concetto di carattere economico-giuridico e non medico (DTF 116 V 246 consid. 1b; sentenze del TF 8C_636/2010 del 17 gennaio 2011 consid. 3 e 9C_529/2008 del 18 maggio 2009).

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

professione o nel campo d'attività abituale. In caso d'incapacità al lavoro di lunga durata, possono essere prese in considerazione anche le mansioni esigibili in un'altra professione o campo d'attività.

L'assicurazione svizzera per l'invalidità risarcisce pertanto, e di principio, soltanto la perdita economica che deriva da un danno alla salute fisica o psichica dovuto a malattia o infortunio, non la malattia o la conseguente incapacità lavorativa (DTF 116 V 246 consid. 1b).

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 LPGGA) almeno del 40% in media durante un anno senza notevole interruzione (lettera b) e al termine di questo anno è invalido (art. 8 LPGGA) almeno al 40% (lettera c).

6.3 Giusta l'art. 28 cpv. 2 LAI, nella versione in vigore fino al 31 dicembre 2021, l'assicurato ha diritto ad un quarto di rendita se è invalido per almeno il 40%, ad una mezza rendita se è invalido per almeno la metà, a tre quarti di rendita se è invalido per almeno il 60% e ad una rendita intera se è invalido per almeno il 70%.

6.4 L'art. 29 cpv. 1 LAI prevede che il diritto alla rendita nasce al più presto dopo sei mesi dalla data in cui l'assicurato ha rivendicato il diritto alle prestazioni conformemente all'art. 29 cpv. 1 LPGGA (riservate altresì le condizioni dell'art. 28 cpv. 1 LAI; DTF 142 V 547 consid. 3.2), ma al più presto a partire dal mese seguente il compimento dei 18 anni. L'art. 29 cpv. 3 LAI precisa altresì che la rendita è versata all'inizio del mese in cui nasce il diritto.

7.

7.1 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]).

7.2 Se l'amministrazione entra nel merito della domanda deve esaminare la fattispecie da un punto di vista materiale e, in particolare, verificare se la

modifica del grado di invalidità si è effettivamente realizzata (DTF 109 V 115). A tale scopo si applicano per analogia le regoli vigenti in materia di revisione della rendita (art. 17 LPGGA).

7.3 La giurisprudenza ha stabilito che le rendite d'invalidità sono soggette a revisione non solo in caso di modifica rilevante dello stato di salute che ha un influsso sull'attività lucrativa, ma anche quando lo stato di salute è rimasto invariato, se le conseguenze sulla capacità di guadagno hanno subito un cambiamento importante (DTF 113 V 275 consid. 1a). La semplice valutazione diversa di circostanze di fatto rimaste sostanzialmente invariate non giustifica una revisione ai sensi dell'art. 17 LPGGA (DTF 112 V 372 consid. 2b e 390 consid. 1b, RCC 1987 p. 36, SVR 2004 IV n. 5 consid. 3.3.3). L'istituto della revisione non può infatti giustificare un riesame incondizionato del diritto alla rendita (cfr. anche: RUDOLF RÜEDI, Die Verfügungsanpassung als verfahrensrechtliche Grundfigur namentlich von Invalidenrentenrevisionen, in: SCHAFFAUSER/SCHLAURI, Die Revision von Dauerleistungen in der Sozialversicherung, San Gallo, 1999, p. 15).

7.4 Secondo il principio dell'onere probatorio materiale, la situazione giuridica precedente deve permanere se una modifica rilevante della fattispecie non è dimostrabile con il grado di verosimiglianza preponderante (v. sentenza del Tribunale federale 9C_158/2012 del 5 aprile 2013 consid. 3; SVR 2012 IV n. 18 pag. 81, 9C_418/2010, consid. 3.1; 9C_32/2012 consid. 2).

7.5 In ogni caso la revisione della rendita è possibile unicamente se, posteriormente alla pronuncia della decisione iniziale, la situazione invalidante è effettivamente mutata. Non basta invece che una situazione, rimasta sostanzialmente invariata, sia valutata in modo diverso (RCC 1987 p. 38 consid. 1a e 1985 pag. 336).

8.

8.1 Al fine di accertare se il grado di invalidità si è modificato in maniera tale da influire sul diritto alle prestazioni, si deve confrontare, da un lato, la situazione di fatto relativa all'ultima decisione cresciuta in giudicato che è stata sottoposta ad esame materiale tramite contestuale accertamento pertinente dei fatti, apprezzamento delle prove e confronto dei redditi, e, dall'altro lato, la situazione di fatto vigente all'epoca del provvedimento litigioso (DTF 133 V 108; sentenza del TF I 759/06 del 5 settembre 2007).

8.2 Nell'evenienza concreta il periodo di riferimento è quello intercorrente fra il 9 dicembre 2019, data della decisione con cui è stata attribuita la rendita limitata nel tempo, in base agli accertamenti approfonditi della SUVA (consid. B, 10.1 e doc. 80) e il 15 giugno 2021, data della decisione impugnata, con cui è stata respinta la nuova domanda di prestazioni (doc. 154).

9.

9.1 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 (DTF 140 V 356 consid. 3.1, 139 V 496 consid. 4.4 e 137 V 64 consid. 2). Determinante quindi per stabilire se un rapporto medico ha valore di prova non è tanto né l'origine del mezzo di prova, né la denominazione, ad esempio, quale perizia o rapporto (sentenza del TF 8C_153/2007 del 7 maggio 2008; DTF 125 V 351 consid. 3a pag. 352; 122 V 157 consid. 1c pag. 160; HANS-JAKOB MOSIMANN, Zum Stellenwert ärztlicher Beurteilungen, in: Aktuelles im Sozialversicherungsrecht, 2001, pag. 266).

9.2 Una valutazione medica completa, comprensibile e concludente che, considerata a sé stante in occasione di un'unica (prima) valutazione del diritto alla rendita, andrebbe ritenuta probante, non assurge a prova attendibile in caso di revisione – e pertanto anche in caso di nuova domanda – se non attesta in modo sufficiente in che modo rispettivamente in che misura ha avuto luogo un effettivo cambiamento nello stato di salute. Sono tuttavia riservati i casi evidenti (SVR 2012 IV n. 18 pag. 81 consid. 4.2). Dalla perizia deve quindi emergere chiaramente che i fatti con cui viene motivata la modifica sono nuovi o che i fatti preesistenti si sono modificati sostanzialmente per quanto riguarda la loro natura rispettivamente la loro entità. L'accertamento di una modifica dei fatti è in particolare sufficientemente comprovata se i periti descrivono quali aspetti concreti nell'evoluzione della malattia e nell'andamento dell'incapacità lavorativa hanno condotto alla nuova valutazione diagnostica e alla stima dell'entità dei disturbi. Le summenzionate esigenze devono trovare riscontro nel tenore delle domande poste al perito (sentenza del TF 9C_540/2020 del 18 febbraio 2021

consid. 4.2; 9C_158/2012 del 5 aprile 2013; SVR 2012 IV pag. 81 consid. 4.3).

9.3 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]).

Giova altresì rilevare come debba essere considerato con la necessaria prudenza l'avviso dei medici curanti, i quali possono tendere a pronunciarsi in favore del proprio paziente a dipendenza dei particolari legami che essi hanno con gli stessi (DTF 125 V 351 consid. 3b e relativi riferimenti).

9.4 Non va infine dimenticato che se vi sono dei rapporti medici contraddittori il giudice non può evadere la vertenza senza valutare l'intero materiale e indicare i motivi per cui si fonda su un rapporto piuttosto che su un altro (sentenza del Tribunale federale delle assicurazioni I 673/00 dell'8 ottobre 2002). 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 qual è l'opinione più adeguata (sentenza del Tribunale federale I 166/03 del 30 giugno 2004 consid. 3.3).

10.

10.1 Nell'evenienza concreta, nell'ambito della seconda domanda di prestazioni del 31 gennaio 2017 (cfr. consid. A.c), per valutare il diritto alle prestazioni (segnatamente la soppressione della rendita a partire dal 31 marzo 2019) l'amministrazione si era interamente fondata sulle valutazioni mediche risultanti dalla procedura infortunistica, in particolare sulle conclusioni espresse dal dott. I. _____, specialista FMH in chirurgia ortopedica e traumatologia dell'apparato locomotore, in occasione della visita medico-circondariale del 28 giugno 2018 (doc. 415), nonché della valutazione del 3 novembre 2018 (doc. 449).

10.1.1 Nel referto del 28 giugno 2018 lo specialista aveva considerato sia l'infortunio del 17 agosto 2016 che quello successivo del 9 marzo 2018 ed erano state poste le seguenti diagnosi:

“Riferito trauma contusivo polso e mano e spalla a sinistra del 09.03.2018. Non segni clinici e strumentali di sequele post-traumatiche al polso ed alla spalla. Residua dolenzia con moderata instabilità alla metacarpofalangea V come da stiramento delle strutture capsulo-legamentose radiali.

Stato dopo trauma da caduta del 17.08.2016 con lesione complessa del gomito destro con frattura pluriframmentaria scomposta del capitello radiale destro tipo Masan III, frattura del processo coronoideo tipo Regan-Morrey I, fratture osteocondrali multiple con diversi corpi liberi intrarticolari; frattura non dislocata dello scafoide destro con piccolo strappo osseo del pirarilidale; ferita lacerocontusa prepatellare ginocchio destro. Posa di protesi del capitello radiale del 24.08:2016.

Distorsione caviglia sinistra.

Esiti di frattura malleolare esterna sinistra sottoposta a osteosintesi, frattura della caviglia tipo C, successiva rimozione mezzi di sintesi. Sinostosi tibioperoneale dopo stabilizzazione provvisoria con placca e tre viti peronotibiali.

Diagnosi non Suva: Tendinopatia calcifica cuffia dei rotatori spalla sinistra.”

10.1.2 Per quanto concerne le limitazioni funzionali il dott. I. _____ aveva confermato l'esigibilità già espressa in occasione della visita medico-circondariale del 14 aprile 2017 (doc. 356) e meglio:

“L'assicurato è in grado di sollevare pesi molto leggeri e leggeri fino a 10 kg fino all'altezza dei fianchi con le due braccia senza limitazioni, pesi medi talvolta, pesi pesanti di rado, molto pesanti mai. È inoltre in grado di sollevare oltre l'altezza del petto pesi fino a 5 kg senza limitazione e pesi oltre i 5 kg con le limitazioni sopraesposte.

Maneggio di attrezzi: l'assicurato è in grado di utilizzare attrezzi leggeri e medi senza limitazione, attrezzi pesanti talvolta, molto pesanti mai. La rotazione della mano è possibile senza limitazione, con l'arto dominante sinistro, talvolta con l'arto destro.

Posizione e mobilità: l'assicurato è in grado di svolgere lavori sopra la testa molto spesso, non vi sono limitazioni per la rotazione del busto e per la posizione seduta e inclinata in avanti. Per la posizione in piedi e inclinata in avanti viene mantenuto quanto già in essere e cioè talvolta. Posizione

inginocchiata e con flessione delle ginocchia possibile senza limitazione. Posizione di lunga durata: l'assicurato è in grado di mantenere la posizione seduta senza limitazione, la posizione in piedi spesso. Spostamento: l'assicurato è in grado di camminare senza limitazione per tratti superiori ai 50 metri. Viene mantenuto quanta già espresso a suo tempo con possibilità di camminare per lunghi tratti talvolta, su terreno accidentato di rada, salire le scale e salire le scale a pioli talvolta. L'uso delle due mani è possibile, equilibrio e stare in equilibrio possibile.”

10.1.3 Dal punto di vista della capacità lavorativa il dott. I. _____ aveva considerato l'assicurato abile in misura completa nei limiti dell'esigibilità in essere (e meglio abile in misura completa nei limiti della rendita SUVA di cui è a beneficio, doc. 416), non ritenendo la residua sintomatologia riferita al V raggio della mano sinistra suscettibile di modificare tale valutazione.

10.2 Nel rapporto del 3 novembre 2018 il dott. I. _____, preso atto dei referti del dott. L. _____, specialista FMH in chirurgia ortopedica e traumatologia dell'apparato locomotore (per l'affezione al piede sinistro, doc. 438, 445) e del dott. M. _____, specialista FMH in chirurgia generale e traumatologia (per l'affezione al gomito destro, doc. 380), aveva confermato l'abilità lavorativa attestata in occasione della visita medico-circondariale del 28 giugno 2018, aveva segnalato di non ravvisare nuove affezioni alla caviglia sinistra che non risulta versare in uno stato peggiore rispetto a quello valutato in occasione della visita di chiusura del 7 aprile 2018 ed aveva ritenuto invariata la situazione al gomito destro (doc. 449).

La SUVA aveva quindi ritenuto l'assicurato abile al lavoro in misura totale (nei limiti della rendita del 24% attribuita in precedenza) nell'attività muratore gruista, grazie alla patente ottenuta tramite il sostegno dell'AI (consid. B.a.d).

10.3 Sulla scorta dei summenzionati atti medici – ai quali rinvia interamente per gli aspetti diagnostici e relativi all'esigibilità lavorativa, non avendo incaricato il proprio SMR – l'amministrazione aveva constatato un transitorio peggioramento dal 3 settembre 2018 per i disturbi al gomito destro (data del rapporto del dott. M. _____ [cfr. doc. 61, 71, 449]) e il miglioramento definitivo dello stato di salute a partire dal 2 dicembre 2018 (cfr. doc. 71, 451-457). L'interessato è stato quindi ritenuto in grado di riprendere, a partire dalla suddetta data, la precedente attività lavorativa, nella misura prevista dalla vigente rendita dell'assicurazione infortuni e con le limitazioni funzionali precedenti all'ultimo infortunio. L'amministrazione non si è per

contro espressa sull'esigibilità lavorativa in attività sostitutive, ritenendo l'attività abituale di muratore gruista sufficientemente adeguata.

11.

11.1 Nell'ambito della nuova domanda di prestazioni del 5/11 marzo 2020, oltre al persistere delle affezioni alla caviglia sinistra e al gomito destro prese a carico dall'assicuratore LAINF, l'assicurato ha fatto valere l'insorgere di gravi disturbi al rachide lombare a seguito del blocco lombare manifestatosi il 2 novembre 2019, per cui è stato attestato un nuovo periodo d'incapacità lavorativa totale a partire da gennaio 2020 (doc. 82, 86, 88).

11.2 A sostegno della propria richiesta l'assicurato ha versato agli atti il verbale di pronto soccorso del 2 novembre 2019 del dott. N. _____ (la cui specializzazione non è nota), l'esame RMN della colonna lombosacrale del 17 dicembre 2019, nonché il rapporto del 27 febbraio 2020 del dott. E. _____ secondo cui dal suddetto esame radiografico emergono "*marcate discopatie lombari multiple con marcata discopatia in L1-L2, marcate discopatie in L4-L5 e L5-S1, dove è presente ernia discale mediana-paramediana sinistra in conflitto radicolare con la radice di S1 omolaterale. Apparenti segni d'infiammazione delle ali del sacro*". Lo specialista ha consigliato di evitare sforzi fisici intensi e/o prolungati e il mantenimento di posture fisse per tempi prolungati (più di un'ora), suggerendo un percorso riabilitativo con ginnastica posturale, rinforzo muscolare, nuoto e cyclette (doc. 82, 86, 88).

Sono stati inoltre prodotti il rapporto medico del 24 luglio 2020 della dott.ssa O. _____, medico chirurgo, in cui è stata descritta una situazione instabile, con diagnosi di lombalgia acuta con blocco lombare da novembre 2019 in paziente con plurime discopatie ed ernie discali, per cui l'assicurato è stato ritenuto completamente inabile al lavoro (doc. 118) e la perizia medica particolareggiata E213 del 9 settembre 2020, in cui la dott.ssa P. _____, la cui specializzazione non è nota, ha posto le diagnosi di lombalgia in protrusioni discali multiple ed ernia discale lombare (codice ICD 13.02.722 e 13.02.724.2), pregressa frattura della caviglia sinistra, pregressa frattura del capitello radiale destro trattato con protesi di testa omerale destra. Essa ha ritenuto la situazione stazionaria, considerando l'assicurato in grado di svolgere lavori semi-pesanti, di riprendere a svolgere almeno parzialmente la precedente professione e di svolgere un lavoro adeguato alle sue condizioni (doc. 128, 129).

11.3 Per valutare l'incidenza sulla capacità lavorativa della nuova affezione come pure delle patologie preesistenti, così come la sua evoluzione, l'amministrazione ha ordinato l'erezione di una perizia reumatologica, eseguita il 25 gennaio 2021 dal dott. D. _____ sulla base della visita del 10 dicembre 2020.

11.3.1 Il perito ha posto le seguenti diagnosi con ripercussione sulla capacità lavorativa (doc. 133 pp. 11-12):

- Sindrome lombo-vertebrale con componente spondilogeno destra su discopatie plurisegmentali alla colonna lombare nonché leggera scoliosi destro-convessa al passaggio lombare;
- artrosi secondaria post-traumatica della caviglia sinistra in stato dopo frattura Weber C il 27 agosto 2000 trattata con osteosintesi nonché reintervento artroscopico l'8 giugno 2001 e ablazione del materiale di osteosintesi il 10 settembre 2001;
- stato dopo posa di protesi bipolare del capitello radiale destro il 24 agosto 2016 per lesione complessa del gomito destro, frattura pluriframmentaria scomposta del capitello radiale destro tipo Mason III e frattura del processo coroneoide tipo Regan-Morrison I, fratture osteocondrali multiple con diversi corpi liberi intra-articolari.

È stata inoltre posta la diagnosi senza influsso sulla capacità lavorativa di:

- stato dopo frattura non dislocata dello scafoide destro con piccolo strappo osseo del piramidale trattata conservativamente il 23 agosto 2016.

11.3.2 Nella propria valutazione il dott. D. _____ ha segnalato che, pur essendovi stato un piccolo episodio di recidiva nel mese precedente la visita peritale, trattato dal medico curante con delle punture di corticosteroidi, la sintomatologia dolorosa al rachide lombare era migliorata durante il decorso. Per quanto riguarda le problematiche post-infortunistiche egli ha riscontrato un'evoluzione favorevole, malgrado nel 2018 vi sia stato un episodio di esacerbazione dolorosa alla caviglia sinistra per cui si è rivelata necessaria una valutazione ortopedica. La stessa presenta un'artrosi post-traumatica per la quale potrebbero insorgere in futuro ulteriori disturbi. Per quanto riguarda il gomito e la mano destri il perito non ha riscontrato particolari evoluzioni, essendo la sintomatologia rimasta piuttosto contenuta. Ha quindi preso atto che i medici curanti non hanno posto indicazioni per interventi chirurgici e che una volta terminato il ciclo di fisioterapia per la

schiena, non è stata prescritta alcuna particolare terapia medicamentosa, né antiinfiammatoria, né antidolorifica (doc. 133 pp. 12-13).

11.3.3 Riguardo alle conseguenze sulla capacità lavorativa il dott. D. _____ ha riferito che l'assicurato presenta innanzitutto le limitazioni funzionali già espresse dal dott. Q. _____ il 13 gennaio 2009 (doc. 280) e dal dott. I. _____ il 14 aprile 2017 (doc. 356) in relazione alle problematiche post-infortunistiche prese a carico dalla SUVA: per quanto riguarda la caviglia sinistra, le limitazioni nel salire e scendere le scale o scale a pioli e la difficoltà nel camminare su terreni accidentati; per le problematiche al gomito destro il sollevamento di pesi (fino a 5 kg oltre l'altezza del petto, fino a 10 kg fino all'altezza dei fianchi) e l'utilizzo di attrezzi pesanti con l'arto destro. Si associano inoltre le limitazioni determinate dalla malattia degenerative alla colonna vertebrale. In tale ambito l'assicurato è limitato per quanta riguarda la colonna vertebrale in attività lavorative non ergonomiche in cui debba mantenere posizioni statiche prolungate per più di 30-40 minuti, la posizione seduta per più di un'ora, debba ripetutamente flettere il tronco o eseguire movimenti di rotazione con lo stesso. È pure limitato nell'alzare dei pesi tra i 10 e i 15 kg (doc. 133 pp. 13-14).

11.3.4 Nel rispetto dei suddetti limiti funzionali e a decorrere dal 27 febbraio 2020 (data della visita del dott. E. _____), il dott. D. _____ ha quindi ritenuto esigibile nella misura del 60% (per riduzione del rendimento) l'esercizio dell'attività di muratore con attività associata di gruista, rammentando in proposito che l'interessato aveva già beneficiato di una riforma professionale dall'AI (conseguendo la patente di gruista) come pure nella misura dell'80% (sempre per riduzione del rendimento riconducibile alla necessità di pause supplementari) in un'attività sostitutiva confacente. Ha per contro escluso la ripresa dell'attività da ultimo esercitata di muratore addetto alla costruzione di tetti in piode (doc. 133 p. 14).

11.4 Le diagnosi, le limitazioni funzionali e le conclusioni a cui è giunto il perito sono state fatte proprie dal dott. F. _____ nel rapporto finale SMR dell'8 febbraio 2021 (doc. 136).

11.5 A seguito dell'emanazione del progetto di decisione del 12 febbraio 2021 (doc. 137), il ricorrente ha prodotto, con osservazioni del 29 marzo 2021 (doc. 145), il rapporto del 18 marzo 2021 del dott. G. _____ che sulla base dell'esame clinico e dei referti radiografici del dicembre 2019, ha posto la diagnosi di "*discopatia L1-L2 evoluta, ernia discale posterolaterale sinistra L1-L2, discopatia L4-L5, scoliosi degenerativa lombare*". Egli

ha quindi attestato un'incapacità lavorativa totale nell'attività di muratore/gruista e un'incapacità del 50% in attività sostitutiva rispettosa delle limitazioni funzionali riscontrate dal dott. D. _____ (doc. 143).

11.6 Chiamato a prendere posizione dall'UAIE il dott. D. _____, con rapporto del 19 aprile 2021, ha confermato la propria valutazione, ritenendo le conclusioni del dott. G. _____ riguardo alla capacità lavorativa una valutazione differente della medesima fattispecie e non considerando essere nel frattempo intervenute modifiche rilevanti nello stato di salute dell'assicurato (doc. 151).

11.7 Con annotazione del 26 aprile 2021 il SMR ha pertanto confermato a sua volta le conclusioni del precedente rapporto (doc. 152).

In pendenza di ricorso, l'insorgente ha prodotto il rapporto dell'11 agosto 2021 del dott. H. _____ (doc. TAF 5), che, allineandosi interamente alla valutazione del dott. G. _____ in punto all'esigibilità lavorativa e, adducendo i motivi per cui una deduzione dal reddito da invalido superiore al 10% si imponga in concreto, ha proposto il riconoscimento di un grado d'invalidità del 62% a decorrere dal mese di novembre 2019.

12.

12.1 Il ricorrente contesta da un lato le valutazioni mediche su cui si è fondata l'UAIE, che pongono un quadro diagnostico a suo dire differente rispetto a quello riportato dai medici da lui consultati e che non danno il giusto peso alle limitazioni funzionali derivanti dalle affezioni distinte di cui soffre (cfr. consid. 13). Dall'altro si oppone alla determinazione del grado d'invalidità, avendo l'amministrazione fatto uso di parametri economici a suo dire inesatti e non adeguati alla situazione concreta (consid. 14).

12.2 Fondandosi sulle conclusioni peritali e del SMR e sulle indicazioni fornite il 12 febbraio 2021 dal consulente IP in merito alle attività sostitutive esigibili (possibilità di svolgere, a livello medico-teorico, un ampio ventaglio di attività sul mercato equilibrato del lavoro [doc. 138]), l'autorità inferiore ha ritenuto che a partire dal 27 febbraio 2020, l'assicurato era in grado di intraprendere un'attività sostitutiva adeguata con un minor rendimento del 20% che non giustificava un grado d'invalidità pensionabile.

13.

13.1 Si rileva innanzitutto che la perizia reumatologica del 25 gennaio 2021 – dalla quale è emersa una situazione valetudinaria attuale stabile sia per

quanto attiene alle problematiche infortunistiche pregresse che per quelle di nuova insorgenza al rachide – si fonda su informazioni fornite dalla persona esaminata e dai medici curanti, sull'esame del quadro clinico stabilito in occasione della visita dell'insorgente, nonché sulla documentazione medica agli atti così come sugli accertamenti radiologici eseguiti il 17 dicembre 2019 (RM alla colonna lombosacrale [doc. 82]). Il rapporto peritale contiene un'introduzione, un elenco degli atti e delle informazioni tratte dall'incarto, un'anamnesi dettagliata, le indicazioni soggettive del ricorrente e le constatazioni obiettive, la diagnosi, la discussione nonché le conclusioni sulle limitazioni funzionali e sulla capacità lavorativa residua. Per quanto concerne la competenza del perito, giova rilevare che il reumatologo è lo specialista delle malattie degenerative-infiammatorie dell'apparato locomotore, deputato a diagnosticare e stabilire una terapia mirata a curare l'affezione reumatica. Nel caso di un'affezione al rachide lombare, per la quale non vi è una chiara indicazione di procedere all'intervento chirurgico, come ad esempio una protrusione o un'ernia discale – per le quali nella maggior parte dei casi la sintomatologia algica sparisce entro poche settimane, con la somministrazione di una terapia conservativa a base di antidolorifici e fisioterapia, o mediante infiltrazioni – il reumatologo è senz'altro lo specialista più indicato per porre la diagnosi e valutare il corretto trattamento (<https://www.swissmedical.net/it/specialita/reumatologia/>). Contrariamente a quanto affermato dal dott. H._____, non vi sono evidenze agli atti che permettano di ritenere più indicato attribuire l'esame del caso a un ortopedico o a un neurochirurgo, dal momento che le lesioni postraumatiche alla caviglia sinistra e al gomito destro – per sua stessa ammissione – risultano stazionarie e dato che, per quanto riguarda la problematica lombare, non risultano esservi deficit neurologici (cfr. doc. 133 p. 10) e nessun medico ha posto l'indicazione per procedere chirurgicamente (il dott. G._____ si limita in tal senso a non escludere pro futuro tale possibilità che tuttavia, a seguito della visita del 18 marzo 2021, non viene ulteriormente ribadita). Ne consegue che tale referto può essere considerato perlomeno da un punto di vista formale un mezzo probatorio idoneo ai fini della valutazione dello stato di salute del ricorrente e dell'esigibilità dell'esercizio di un'attività lavorativa.

13.2

13.2.1 Ciò posto, alla luce della documentazione medica elencata nei considerandi che precedono, si può confermare che lo stato di salute dell'assicurato da fine 2019/inizio 2020 ha subito un significativo peggioramento rispetto a quello constatato in occasione della decisione del 9 dicembre

2019 che si riferiva alla situazione esistente alla fine di marzo 2019, data della soppressione della rendita (doc. 80). Rispetto alla situazione vigente all'epoca, si è infatti aggravata la malattia degenerativa al rachide lombosacrale, che tutti i medici sono concordi nel ritenere suscettibile di limitare maggiormente l'assicurato nello svolgimento di attività lucrativa in particolare medio pesante (consid. 11.3.3 in fine). In effetti se prima l'attività di muratore gruista svolta era ancora ammissibile nei limiti della rendita LAINF del 24% erogata dal 2009, in seguito tale attività è risultata ancora ammissibile solo al 60%. Pure in attività adeguate inoltre la capacità lavorativa risulta ridotta del 20%, mentre in precedenza era pari al 100%.

13.2.2 Per quanto concerne le conseguenze degli infortuni, prese a carico dalla SUVA tramite una rendita del 24%, non risulta dalla documentazione medica versata agli atti alcun peggioramento della sintomatologia sia dal profilo algico che funzionale. Come visto sopra, il dott. D._____ ritiene che tali affezioni siano stazionarie, malgrado una temporanea esacerbazione dei dolori alla caviglia destra nel mese di marzo 2018, senza influsso sulla capacità lavorativa e sulle limitazioni funzionali (doc. 133 p. 12). Dal canto suo il dott. G._____, non esprime un parere contrario, limitandosi a riferire della patologia al rachide lombosacrale, pur considerando brevemente nell'anamnesi le suddette patologie (doc. 143). Il dott. H._____, infine, non apporta nuovi elementi a suffragio di una modifica della situazione infortunistica, ma anzi si attiene, nell'esame della capacità lavorativa, alle limitazioni funzionali descritte dai periti della SUVA (allegato al doc. TAF 5 pp. 5-6).

13.3 Contrariamente a quanto preteso dal ricorrente, le diagnosi poste dal dott. D._____ e riprese dal SMR, concordano sostanzialmente con quelle attestate dal dott. G._____ e dal dott. H._____. Tutti i medici sono infatti concordi nel ritenere l'assicurato affetto da spondilosi lombare su discopatie plurisegmentali in presenza di una leggera scoliosi degenerativa lombare.

Riguardo all'ernia posterolaterale sinistra L1-L2 riferita dal dott. G._____, nel settembre 2020 il dott. D._____ ha rilevato dall'esame RM del 17 dicembre 2019 la presenza nella medesima regione di un'estesa *“alterazione di segnale delle limitanti somatiche contrapposte, in verosimile quadro di sofferenza degenerativo-osteocondrosica; il relativo disco intersomatico è nettamente ridotto in altezza, degenerato e ampiamente protruso con prevalenza a sinistra”*. Ha tuttavia riferito di non aver riscontrato in occasione della visita clinica *“la presenza di segni compressivi o irritativi radicalari a livello L1-L2 e neppure L5-S1 dove le alterazioni degenerative*

sono maggiori alle indagini di RM". Il perito ha precisato inoltre che "non vi è mai stata anamnesticamente un'irritazione radicolare in territorio L5 o S1 a sinistra".

Ciò posto, si osserva che nel proprio referto il dott. G. _____ non chiarisce se l'ernia riscontrata nell'esame RM del 17 dicembre 2019, fosse ancora presente o meno all'epoca della sua valutazione del 18 marzo 2021. Lo specialista non ne fa menzione né nell'esame oggettivo, né nella descrizione dei disturbi soggettivi. Quest'ultimo riferisce infatti che "il paziente presenta chiari sintomi meccanici lombari e radicolari con distribuzione L1 e L2 a sinistra, giustificati da un quadro di evoluta spondilosi lombare.

Alla luce di quanto sopra esposto questo Tribunale conclude che da un lato la situazione emersa dall'esame RM è parsa inizialmente peggiore di quella riscontrata in occasione dell'esame clinico (si cfr. a tal proposito la valutazione del dott. E. _____ del 27 febbraio 2020). Dall'altro è innegabile che la situazione al momento dell'esame del dott. G. _____, poteva essere differente rispetto a quella esistente nella fase acuta della lombalgia, quando è stato eseguito l'esame RM del dicembre 2019. Pur persistendo ancora nel marzo 2021 un quadro degenerativo in un contesto di estesa spondilosi lombare, su cui tutti i medici sono concordi, è del tutto coerente e verosimile che l'episodio erniario, trattato con una terapia conservativa e con un'infiltrazione nell'arco dell'anno e tre mesi che divide l'esame strumentale da quello clinico del dott. G. _____, si sia nel frattempo risolto – stando alla letteratura medica ([https://www.medtronic.com/it-it/pazienti/trattamenti-terapie/ernia-discale-cervicale.html#:~:text=In%20caso%20di%20ernia%20discale,approccio%20chirurgico%20come%20soluzione%20alternativa.](https://www.medtronic.com/it-it/pazienti/trattamenti-terapie/ernia-discale-cervicale.html#:~:text=In%20caso%20di%20ernia%20discale,approccio%20chirurgico%20come%20soluzione%20alternativa.;); <https://www.eoc.ch/neurochirurgia/Neurochirurgia-spinale/ernia-discale.html>; anche doc. 88 rapporto dell'ASL secondo cui il fatto acuto si è risolto in pochi giorni). A maggior ragione se si considera che l'assicurato, in questo lasso di tempo, non risulta aver dovuto svolgere sforzi importanti, non avendo più ripreso la propria attività lavorativa (causa licenziamento) e non avendo intrapreso altre attività professionali pesanti.

Al di fuori delle diagnosi esposte, infine, non vi sono elementi che consentano di ritenere che l'assicurato soffra di altre patologie suscettibili di influire durevolmente sullo stato di salute e sulla capacità lavorativa di quest'ultimo.

13.4

13.4.1 Ne consegue che, per eseguire la propria valutazione, i tre medici citati si sono fondati sul medesimo substrato fattuale. Pertanto laddove il dott. G. _____ ritiene sussistere un'incapacità lavorativa del 50% in un'attività confacente, esprime in realtà una differente valutazione delle conseguenze della medesima patologia. Non essendovi indizi concreti atti a suffragare maggiormente tale opinione (considerato che il dott. H. _____ si appoggia interamente sulla valutazione del dott. G. _____ e che la dott.ssa P. _____ nella perizia medica particolareggiata E213 non apporta maggiori chiarimenti al riguardo), questo Tribunale non ritiene necessario distanziarsi dalla valutazione completa, affidabile e conclusiva espressa dal dott. D. _____ in punto all'abilità lavorativa dell'assicurato.

13.4.2 Non va oltretutto dimenticato che in ragione della diversità dell'incarico assunto (a scopo di trattamento anziché di perizia), in caso di divergenza non ci si può di regola fondare sulla posizione del medico curante, anche se specialista (cfr., tra le tante, sentenza TF 9C_151/2011 del 27 gennaio 2012 consid. 5.1 con riferimenti; 9C_721/2012 del 24 ottobre 2012, consid. 4.4; I 1102/06 del 31 gennaio 2008; I 701/05 del 5 gennaio 2007 consid. 2), poiché alla luce del rapporto di fiducia esistente con il paziente, il medico curante attesterà, in caso di dubbio, in favore del suo paziente (DTF 125 V 353 consid. 3b)cc; DTF 124 I 175 consid. 4; DTF 122 V 161; Sentenza del TF 8C_828/2007 del 23 aprile 2008; R. SPIRA, *La preuve en droit des assurances sociales*, in *Mélanges en l'honneur de Henri-Robert Schüpbach*, Basilea 2000, p. 269s.). D'altro canto, il solo fatto che uno o più medici curanti esprimano un'opinione contraddittoria non è sufficiente a rimettere in discussione una perizia ordinata dal giudice o dall'amministrazione e a imporre nuovi accertamenti (Sentenze del TF 9C_710/2011 del 20 marzo 2012 consid. 4.5 e 9C_9/2010 del 29 settembre 2010 consid. 3.4, entrambe con i rinvii giurisprudenziali ivi menzionati).

13.4.3 Neppure soccorre il ricorrente il riconoscimento dell'invalidità civile e l'eventuale attribuzione di una prestazione da parte degli enti previdenziali italiani, poiché il sistema italiano è fondato su presupposti completamente diversi da quello svizzero (cfr. perizia medica particolareggiata E213 [doc. 129 p. 9]).

13.5

13.5.1 Riguardo al momento a partire dal quale occorre attestare un peggioramento della capacità lavorativa insorta in seguito al blocco del rachide lombare (il perito parte dal presupposto che si tratti del 27 febbraio 2020,

data della relazione per il medico curante del dott. E. _____), dagli atti risulta che alcuni giorni dopo il blocco lombare del 2 novembre 2019 (si confronti anche doc. 88 del 6 febbraio 2020 in cui si attesta che il blocco si è risolto in pochi giorni) l'assicurato ha ripreso a lavorare fino alla data della disdetta immediata del contratto di lavoro (il 20 novembre 2019 [doc. 110]). Dall'esame obiettivo del dott. N. _____ del 2 novembre 2019 (doc. 82) non emergeva infatti alcun deficit sensitivo-motorio né parestesie (cfr. annotazione SMR del 22 gennaio 2020 [doc. 84]). Nel rapporto medico del 24 luglio 2020 la dott.ssa O. _____, medico curante, generalista, pur segnalando il blocco lombare di inizio novembre 2019, ha riferito di avere in cura il paziente dal 17 gennaio 2020, attestando incapacità lavorativa totale presumibilmente dalla stessa data (doc. 118). L'indicazione riguardo all'inizio del trattamento ambulatoriale è in parte contraddetta da quanto riferito nel certificato di malattia del 3 gennaio 2020 che la stessa dott.ssa O. _____ ha rilasciato in occasione della prima visita medica per le problematiche al rachide lombare (cfr. doc. 88). Al riguardo si osserva che in tale certificato come in quelli successivi la curante indica la necessità di riposo "per motivi di salute". Il 27 febbraio 2020, in esito alla visita dell'assicurato, il dott. E. _____ ha poi individuato un conflitto radicolare con la radice di S1, consigliando di evitare sforzi fisici intensi e/o prolungati e il mantenimento di posture fisse per tempi prolungati e suggerito una terapia conservativa per rinforzare la muscolatura e l'equilibrio posturale (doc. 88).

13.5.2 Orbene, alla luce di quanto precede, in particolare del fatto che l'assicurato, nonostante il blocco lombare, da martedì 5 novembre 2019 è tornato sul posto di lavoro dove ha prestato servizio fino al 20 novembre 2019 (cfr. dichiarazioni assicurato in sede peritale [doc. 133 p. 13]) e considerato che l'affezione alla schiena non è stata annunciata a nessun assicuratore, prima della domanda presentata all'UAI-B. _____ il 5/11 marzo 2020, non è possibile ritenere, come richiesto dall'assicurato, il 2 novembre come data di inizio dell'incapacità lavorativa totale. È soltanto a seguito del licenziamento che all'assicurato è stata attestata l'incapacità lavorativa (cfr. perizia dott. D. _____ [doc. 133 p. 8]) e meglio a partire da gennaio 2020 stando ai certificati medici reperibili agli atti (doc. 88), momento in cui l'assicurato ha iniziato una terapia ambulatoriale. Ne consegue che, seppur la problematica vera e propria sia stata inquadrata unicamente a seguito della visita specialistica fatta dal dott. E. _____ il 27 febbraio 2020, la stessa era in realtà già presente in occasione della risonanza magnetica del 17 dicembre 2019. Ciononostante, è soltanto a partire da inizio gennaio 2020 che all'assicurato è stata prescritta una completa incapacità lavorativa. È pertanto a partire da tale data che occorre ritenere insorto il peggioramento dello stato di salute, dal momento che prima del 3 gennaio 2020, non vi

sono certificati medici attestanti un'inabilità lavorativa, nonostante la problematica potesse effettivamente già sussistere da dicembre. Su questo punto occorre pertanto distanziarsi dalla valutazione del dott. D. _____ e accogliere parzialmente la contestazione del ricorrente.

13.6 Alla luce di quanto susposto questa Corte non ha fondato motivo di scostarsi dalla valutazione peritale del dott. D. _____, apparendo la situazione valetudinaria dell'assicurato, l'evoluzione della stessa e della capacità lavorativa dall'ultima decisione cresciuta in giudicato sufficientemente approfondita, motivata e concludente – eccezion fatta per la decorrenza dell'incapacità lavorativa, circostanza che come emergerà dai considerandi che seguono risulta tuttavia in concreto irrilevante – motivo per cui non vi è motivo di rinviare l'incarto all'amministrazione per i complementi istruttori richiesti in via subordinata dal ricorrente.

13.7 In conclusione risulta quindi provato, con il grado della verosimiglianza preponderante valido nelle assicurazioni sociali, che almeno da gennaio 2020 lo stato di salute del ricorrente, così come le conseguenze sulla capacità lavorativa hanno subito un peggioramento (persistendo una riduzione del rendimento del 20% per ragioni reumatologiche in attività adeguate e rispettose dei limiti funzionali e del 40% nell'attività di muratore gruista, svolta precedentemente in misura superiore). A decorrere dal 27 febbraio 2020, lo stato di salute del ricorrente è tuttavia sostanzialmente stabile, con la sola eccezione del temporaneo peggioramento registrato poco prima dell'esame peritale, dal quale l'assicurato si è ripreso rapidamente dopo la somministrazione di infiltrazioni cortisoniche.

14.

14.1 Avendo appurato che, a far tempo dal mese di febbraio 2020, il ricorrente è abile all'80% in un'attività sostitutiva confacente al suo stato di salute, occorre ancora esaminare la conformità del tasso d'invalidità calcolato dall'autorità inferiore.

14.2 Secondo il metodo generale di comparazione dei redditi (art. 16 LPGGA), a cui rinvia l'art. 28a cpv. 1 LAI, per valutare il grado d'invalidità, il reddito che l'assicurato invalido potrebbe conseguire esercitando l'attività ragionevolmente esigibile da lui dopo la cura medica e l'eventuale esecuzione di provvedimenti d'integrazione, 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 (metodo ordinario del confronto dei redditi per gli assicurati esercitanti un'attività lucrativa; cfr. anche DTF 137 V 334 consid. 3.1.1).

14.3

14.3.1 Il momento determinante per il raffronto dei redditi, è quello in cui al più presto potrebbe nascere il diritto alla rendita (cfr. CR LPGGA- MARGIT MOSER-SZELESS, art. 16 LPGGA, N 41). Pertanto i redditi con e senza invalidità devono essere determinati sulla base delle indicazioni salariali o statistiche, valide per lo stesso anno (sentenza del TF I 471/05 del 11 maggio 2006 consid. 3.2) tenendo conto delle modifiche riguardanti tali redditi e suscettibili di influire sul diritto alla rendita fino all'emissione della decisione dell'autorità competente (DTF 129 V 222 consid. 4.1 e i riferimenti ivi citati; MICHEL VALTERIO, *Droit de l'assurance-vieillesse et survivants (AVS) e de l'assurance-invalidité (AI)*, Commentaire thématique, ed. Schulthess, Ginevra/Zurigo/Basilea 2011, p. 548, N. 2063-2064).

14.3.2 Nell'evenienza concreta, avendo l'assicurato depositato una nuova domanda di prestazioni il 5/11 marzo 2020, giusta l'art. 29 cpv. 1 LAI, il diritto alla rendita potrebbe nascere al più presto da settembre 2020. Al riguardo va rilevato che nella misura in cui si tratta dell'aggravamento di una patologia pregressa al rachide lombare, già presente nell'ambito della prima domanda di rendita, i presupposti dell'art. 29^{bis} OAI non sono comunque adempiuti per il maggior tempo trascorso. Tenendo conto dell'anno d'attesa previsto dall'art. 28 cpv. 1 let. c LAI, il diritto alla rendita non potrebbe insorgere prima del mese di gennaio 2021. Il momento determinante per procedere al raffronto dei redditi è pertanto il 2021. Non essendo tuttavia ancora pubblici, al momento dell'emanazione della decisione impugnata, i dati salariali (in particolar modo per l'indicizzazione) del 2021, occorrerà considerare come anno di riferimento il 2020.

14.4

14.4.1 Per determinare il reddito ipotetico conseguibile dalla persona assicurata senza il danno alla salute (reddito da valido), occorre stabilire quanto la stessa, nel momento determinante (ossia quello della modifica del diritto alla rendita), guadagnerebbe secondo il grado di verosimiglianza preponderante quale persona sana, tenuto conto delle sue capacità professionali e delle circostanze personali. Tale reddito dev'essere determinato il più concretamente possibile. Di regola ci si fonderà sull'ultimo reddito che la persona assicurata ha conseguito prima del danno alla salute,

se del caso adeguandolo all'evoluzione dei salari. Soltanto in presenza di circostanze particolari ci si potrà scostare da questo valore e ricorrere ai dati statistici risultanti dall'ISS (v. DTF 134 V 322 consid. 4.1 pag. 325; 129 V 222 consid. 4.3.1 pag. 224 con riferimenti). Questo sarà in particolare il caso qualora dovessero mancare indicazioni riguardanti l'ultima attività professionale dell'assicurato o nel caso in cui la cessazione di tale attività risalga a parecchi anni prima del momento determinante per la valutazione dell'invalidità (Sentenza del TF I 636/02 del 15 aprile 2003 consid. 4.1; I 574/01 del 17 dicembre 2002 consid. 3.4; MICHEL VALTERIO, Op. cit., p. 554, N. 2085). cfr. sentenza del TF 9C_416/2010 del 26 gennaio 2011 consid. 3.2).

14.4.2 Sulla base delle indicazioni salariali fornite dal datore di lavoro per l'ultimo impiego svolto di muratore gruista fino a fine novembre 2019, l'assicurato, che lavorava una media di 42.5 ore/settimana per uno stipendio orario di fr. 32.45 (comprensivo di indennità vacanze, festivi, pranzo e gratifica) percepiva uno stipendio di fr. 71'714.50/anno (cfr. doc. 110).

Al riguardo va rilevato che non è chiaro il motivo per cui, pur disponendo dei dati salariali concreti e attuali, l'amministrazione abbia preferito riferirsi alle tabelle ISS (doc. 134). È tuttavia a tale stipendio effettivamente percepito, indicizzato al 2020, che occorre riferirsi - e non a quello precedente l'infortunio del 2009, come richiesto dal ricorrente - siccome si tratta di un dato troppo lontano nel tempo e pertanto non attuale. Inoltre dagli atti SUVA emerge che l'assicurato, malgrado non potesse più svolgere l'attività di muratore, ma quella meno pesante di muratore gruista non aveva subito modifiche salariali (doc 369).

Sulla scorta dell'indice dei salari nominali valido per gli uomini fra il 2016-2020 (T1.1.15, settore costruzioni [41-43], edita dall'UFS il 30 aprile 2021 e pertanto disponibile al momento dell'emanazione della decisione impugnata il 15 giugno 2021), ne risulta quindi un reddito da valido indicizzato al 2020 pari a fr. 72'288.20 (71'714.50 + 0.8%).

14.4.3 Per stabilire il reddito da invalido, alla luce delle attività alternative adeguate proposte dal consulente d'integrazione professionale ed esigibili all'80% dal 27 febbraio 2020, va fatto riferimento a quello ottenibile dall'insorgente in attività semplici e ripetitive secondo la pertinente tabella dell'ISS 2018 (non essendo ancora stata pubblicata al momento dell'emanazione della decisione impugnata la tabella relativa all'anno 2020). Come indicato in entrata, occorre tuttavia, attualizzare il reddito che ne scaturisce al 2020, anno di riferimento per il raffronto dei redditi, ricorrendo all'indice

dei salari nominali valido per gli uomini fra il 2016-2020. Ne discende quindi che da invalido l'assicurato avrebbe potuto percepire nel 2020 un salario medio mensile di fr. 5'095.55 (5'010.-- [TA1 2020, livello 1, totale {cfr. Sentenza TF 8C_695/2015 del 19 novembre 2015 consid. 4.2 con riferimenti; M. E. MEIER/P. EGLI/M. FILIPPO/T. GÄCHTER, so konkret wie möglich, in: SZS 2021 p. 55, Stämpfli Verlag AG, p. 64}] +0.9% +0.8% [T1.1.15, settore totale]), che riportato su un orario usuale di 41.6 ore settimanali e con la deduzione del 20% per il minore rendimento in un'attività sostitutiva, corrisponderebbe a un salario mensile di fr. 4'239.50 ed annuale di fr. 50'873.75.

14.5 Tale importo può essere ridotto del 25%, al massimo, per tenere conto dei fattori professionali e personali del caso (DTF 126 V 75).

14.5.1 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 da sé che i fattori estranei all'invalidità di cui è già stato tenuto conto con il parallelismo dei redditi non possono essere presi in considerazione una seconda volta nell'ambito della deduzione per circostanze personali e professionali (DTF 135 V 297; 134 V 322).

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

apporte 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).

14.5.2 L'UAIE ha operato in concreto una riduzione del 10%, per tenere conto della necessità di svolgere attività leggere e delle difficoltà di adattamento dovute ai lunghi anni in cui l'interessato ha lavorato presso lo stesso datore di lavoro (circostanza specificata in sede di risposta di causa; si cfr. anche il doc. 134 in cui viene stabilita una riduzione di 5% per attività leggera e 5% per svantaggi salariali derivanti da contingenze particolari). Dal canto il ricorrente postula il riconoscimento di una riduzione giurisprudenziale compresa fra il 20-25%.

14.5.3 Una deduzione del 10% è di norma ammessa dalla giurisprudenza in quei casi in cui la persona assicurata svolge da sempre attività pesanti e che a causa del danno alla salute è in grado di svolgere soltanto attività leggere in assenza di una formazione professionale particolare (le attività a cui fa riferimento il dato statistico inoltre si riferiscono non solo ad attività leggere ma anche ad attività pesanti, di regola meglio remunerate, si confronti in proposito sentenza del TF 9C_179/2013 del 26 agosto 2013 consid. 5.7).

Nel caso concreto, l'assicurato ha sempre svolto attività pesanti nell'ambito edilizio, anche dopo gli infortuni egli è infatti stato attivo come muratore/gruista, pertanto una siffatta riduzione risulta in concreto senz'altro giustificata.

14.5.4 D'altro canto, non si può procedere a una riduzione giurisprudenziale in relazione alle molteplici affezioni di cui soffre il ricorrente, in quanto le stesse sono già state debitamente considerate nell'ambito della determinazione della residua capacità lavorativa – dell'80% da febbraio 2020 in attività sostitutive adeguate (presenza durante tutto il giorno, ma con rendimento ridotto riconducibile alla necessità di pause supplementari) – con conseguente riduzione del reddito da invalido del 20% per il minor rendimento. Peraltro, in questo ambito non è consentita una doppia deduzione (cfr., fra le tante, le sentenze del TF 8C_94/2018 del 2 agosto 2018 consid. 7.2 e 9C_264/2016 del 7 luglio 2016 consid. 5.2.2 con rinvii).

Questo Tribunale constata tuttavia che una riduzione giurisprudenziale può giustificarsi qualora sussistono altre restrizioni, come per esempio pause supplementari o limitazioni funzionali che in ragione della loro natura non sono facilmente compatibili con le esigenze che comportano di regola le attività sostitutive interessate (cfr. in particolare DTF 8C_552 del 18 gennaio 2018 consid. 5.2 con rinvio). Orbene, a fronte delle limitazioni funzionali elencate dott. D. _____ (come pure di quelle indicate dai medici curanti; consid. 10.1.2, 11.3.3) e dell'ampio spettro di attività adeguate disponibili sul mercato del lavoro equilibrato (elencate e descritte dal consulente IP), nel caso di specie l'alternanza di postura e il sovrapporsi di limitazioni di carico e di deambulazione dettate dalle differenti patologie, di cui si avvale il ricorrente, non possono giustificare un'ulteriore riduzione giurisprudenziale sotto questa voce.

14.5.5 Per quanto concerne ulteriori deduzioni, si osservi, innanzitutto, che una limitata formazione professionale non giustifica di per sé una riduzione giurisprudenziale, considerato che le attività adeguate (segnatamente semplici e ripetitive) non richiedono né un'esperienza professionale diversificata né un grado di istruzione particolare (cfr. in DTF 137 V 71 consid. 5.3).

14.5.6

14.5.6.1 Quanto al fattore età questo Tribunale rileva che a partire dai 55 anni si può valutare la possibilità di operare una riduzione giurisprudenziale a fronte delle potenziali difficoltà nel reperire un nuovo lavoro. L'età avanzata come fattore di deduzione deve sempre essere esaminata alla luce di tutte le circostanze specifiche del singolo caso (sentenze del TF 9C_366/2015 del 22 settembre 2015 consid. 4.3.2; 9C_334/2013 del 24 luglio 2013 consid. 3) e tenendo presente il fatto che il mercato del lavoro di riferimento è quello equilibrato, non quello effettivamente presente in una determinata regione del Paese (sentenza del TF 9C_455/2013 del 4 ottobre 2013 consid. 4.3). Secondo costante giurisprudenza il lavoro non qualificato è richiesto sul mercato del lavoro equilibrato pertinente indipendentemente dall'età (sentenze del TF 8C_403/2017 del 25 agosto 2017 consid. 4.4.1; 8C_805/2016 del 22 marzo 2017 consid. 3.4.3). Il Tribunale federale ha anzi sottolineato in svariate occasioni che, secondo la rilevazione della struttura dei salari, l'età degli uomini nel segmento di età tra i 50 e i 64/65 anni tende effettivamente ad avere un effetto di aumento del salario nei lavori senza una funzione di gestione (sentenza del TF 8C_466/2021 del 1° marzo 2022 consid. 3.6.2). Inoltre, il fatto che la ricerca di un lavoro

possa essere più difficile a causa dell'età viene regolarmente ignorato in quanto fattore non riconducibile alla disabilità (DTF 146 V 16 consid. 7.2.1; sentenza del TF 8C_411/2019 del 16 ottobre 2019 consid. 8.2; 8C_878/2018 del 21 agosto 2019 consid. 5.3.1; 8C_878/2018 del 21 agosto 2019 consid. 5.3.1; 8C_504/2018 del 19 ottobre 2018 consid. 3.6.2; 8C_227/2018 del 14 giugno 2018 consid. 4.2.3.4).

14.5.6.2 L'assicurato, che al momento della decisione impugnata aveva quasi 59 anni, è un muratore qualificato con molti anni di esperienza professionale presso differenti datori di lavoro, con una riqualifica professionale come gruista e un'esperienza risalente ai primi anni di servizio in Svizzera come scalpellino/fresatore (doc. 7). Benché a fronte delle attività sostitutive elencate a titolo esemplificativo dal consulente IP (doc. 138), possa risultare difficile individuare come egli possa beneficiare dell'esperienza maturata nell'ambito edilizio, secondo la prassi costante del TF tale esperienza può comunque essere messa a frutto in un altro contesto professionale nel mercato del lavoro equilibrato (DTF 146 V 16 consid. 7.2.2; sentenza del TF 8C_466/2021 del 1° marzo 2022 consid. 3.6.2). Ciò va ammesso a maggior ragione se si tien conto del fatto che non ci sono indicazioni sotto il profilo medico-teorico che la sua capacità di acclimatazione e adattamento sarebbero compromesse, circostanza senz'altro positiva in considerazione del periodo più breve di attività che lo attende (cfr. sentenza del TF 8C_439/2017 del 6 ottobre 2017 consid. 5.6.4).

Altri fattori possono avere un effetto sui salari quando i dipendenti più anziani vengono riassunti (come alti costi salariali accessori per il datore di lavoro, assenze più lunghe dovute a problemi di salute, pensionamento anticipato, diritto a ferie più lunghe e periodi di preavviso più lunghi) e può succedere che i dipendenti di età avanzata debbano accettare perdite salariali, dopo aver perso il lavoro per motivi di salute (cfr. P. GEERTSEN, *Der Tabellenlohnabzug*, in: Kieser/Lendfers [Hrsg.], *Jahrbuch zum Sozialversicherungsrecht* 2012, p. 139, p. 143 e seguenti). Tuttavia, in assenza di statistiche affidabili che mostrino gli svantaggi salariali dell'età avanzata in caso di perdita del lavoro, non è possibile effettuare una valutazione in modo generale e astratto (cfr. sentenza del TF 8C_439/2017 del 6 ottobre 2017 consid. 5.6.4). In definitiva, per quanto riguarda l'assicurato, non ci sono indicazioni sufficienti per cui debba aspettarsi un salario inferiore sul mercato del lavoro generale a causa della sua età rispetto ad altri impiegati della sua classe d'età.

14.5.7 Va poi aggiunto che il fatto che sia stato licenziato in tronco a causa di presunti furti sul posto di lavoro non entra in linea di conto essendo un fattore estraneo all'invalidità.

14.5.8

14.5.8.1 Neppure entra in linea di conto una riduzione legata allo statuto di frontaliere. Annullando una sentenza di questo Tribunale, l'Alta Corte ha infatti rammentato che per operare una deduzione dal salario statistico occorre sempre considerare il caso concreto e non fondarsi sulle statistiche attestanti che il salario dei lavoratori frontalieri è inferiore alla media (DTF 146 V 16 consid. 6.2.3).

14.5.8.2 In concreto dall'incarto emerge che l'assicurato aveva iniziato a lavorare in Svizzera già nel 1983 (doc. 7). Alla luce del calcolo esposto sopra (consid. 14.4.2), come pure dei dati precedenti l'infortunio del 2009 (cfr. ricorso p. 8) il suo reddito prima dell'inizio dell'invalidità era in linea con le tariffe abituali del settore (si cfr. a tal proposito il calcolo fondato sulle tabelle ISS proposto dall'amministrazione nella decisione impugnata). Non risultando che il ricorrente abbia dovuto accettare un salario inferiore alla media in passato, neppure ora vi è motivo di supporre che come frontaliere a seguito dell'insorgere della disabilità si troverebbe in un significativo svantaggio in termini di lavoro e opportunità di guadagno rispetto al gruppo di persone su cui si basano le indagini statistiche sui salari per determinare il reddito da invalido. In definitiva, non vi è motivo di credere che la nazionalità e lo status di frontaliere abbiano un effetto sfavorevole nel caso in questione. La critica del ricorrente su questo punto, che si limita a riferirsi ai valori statistici per giustificare lo svantaggio salariale, senza affrontare la sua situazione concreta, non può pertanto essere seguita.

14.5.9 L'insorgente non ha altresì fatto valere rispettivamente sostanziato con il necessario dettaglio ulteriori motivi di riduzione. Pertanto, anche tenuto conto del riserbo di cui deve dare prova il giudice delle assicurazioni sociali nel sostituire il proprio apprezzamento a quello dell'amministrazione (DTF 137 V 71 e 132 V 393 consid. 3.3), questo Tribunale potrebbe di principio limitarsi a rilevare che non sono state indicate nel gravame ragioni sufficienti per scostarsi dalla valutazione di cui alla decisione litigiosa secondo la quale si giustifica nel caso di specie una riduzione giurisprudenziale del 10%.

14.5.10 Applicando al dato salariale calcolato in entrata una riduzione del 10%, si ottiene pertanto un reddito annuo conseguibile da invalido di fr. 45'786.40.

14.6 Dal confronto fra il reddito da valido di fr. 72'288.20 e quello da invalido di fr. 45'786.40 risulta dunque un grado d'invalidità del 36.66% ($[(72'288.20 - 45'786.40) : 72'288.20] \times 100$), che pur arrotondato al 37% (ai sensi della DTF 130 V 121, consid. 3.2) risulta insufficiente per riconoscere il diritto a prestazioni AI.

15.

Da quanto esposto discende che il ricorso è destituito di fondamento e non merita pertanto tutela e la decisione impugnata, seppure con le correzioni indicate nei considerandi precedenti riguardanti la valutazione del tasso di invalidità, va confermata nella sostanza.

16.

16.1 Visto l'esito della procedura, le spese processuali di fr. 800.-, sono poste a carico del ricorrente (art. 63 cpv. 1 e cpv. 5 PA nonché art. 3 lett. b del regolamento del 21 febbraio 2008 sulle tasse e sulle spese ripetibili nelle cause dinanzi al Tribunale amministrativo federale [TS-TAF, RS 173.320.2]). Esse vengono compensate con l'anticipo spese, di identico ammontare, versato dall'insorgente il 23 agosto 2021 (doc. TAF 4).

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

**Per questi motivi, il Tribunale amministrativo federale pronun-
cia:**

1.

Il ricorso è respinto.

2.

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

3.

Non si riconoscono indennità per spese ripetibili.

4.

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

I rimedi giuridici sono menzionati alla pagina seguente.

La presidente del collegio:

Il cancelliere:

Michela Bürki Moreni

Luca Rossi

Rimedi giuridici:

Contro la presente decisione può essere interposto ricorso in materia di diritto pubblico al Tribunale federale, Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerna, entro un termine di 30 giorni dalla sua notificazione (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: