



Corte III
C-1160/2013

Sentenza del 25 novembre 2013

Composizione

Giudice Elena Avenati-Carpani, giudice unica
cancelliere Manuel Borla.

Parti

A. _____,
...,
patrocinato dall'avv. ...,
ricorrente,

Contro

**Ufficio dell'assicurazione per l'invalidità per gli
assicurati residenti all'estero UAIE,**
Avenue Edmond-Vaucher 18, casella postale 3100,
1211 Genève 2,
autorità inferiore.

Oggetto

Assicurazione per l'invalidità (decisione del 30 gennaio
2013).

Fatti:**A.**

A._____, cittadino italiano nato il ... 1965, coniugato e padre di tre figli, ha lavorato in Svizzera nel 1983 e dal 1986 al 1995, versando i relativi contributi obbligatori all'assicurazione per la vecchiaia, i superstiti e l'invalidità (AVS/AI; doc. 34). Il 6 marzo 2012, per il tramite dell'Istituto nazionale italiano della previdenza sociale (INPS), l'assicurato ha formulato, all'Ufficio dell'assicurazione per l'invalidità per gli assicurati residenti all'estero (UAIE), una domanda di rendita d'invalidità svizzera (doc. 15 e 16), la cui istruzione ha permesso di acquisire agli atti, tra gli altri:

- diversa documentazione medica italiana, in parte di difficile lettura (doc. 1 a 12), tra cui due referti della Divisione di ortopedia e traumatologia dell'Ospedale civile di B._____ (...);

- una perizia medica particolareggiata E 213 del dott. H._____, medico dell'INPS, del 4 aprile 2012 (doc. 14), diagnosticante, una lombalgia recidivante in iniziale spondilosi e esiti di pregressa erniectomia L5-S1 Nella perizia risulta inoltre che A._____ è in grado di svolgere a tempo pieno il suo ultimo lavoro (pag. 9 quesito 11.4) e che lo stesso è comunque riconosciuto invalido "per l'ultimo lavoro svolto" in modo parziale e meglio al 50% (pag. 19, quesito 11.7);

- questionario per l'assicurato in cui figura che egli non esercita più alcuna attività lavorativa dal 31 ottobre 2001 (doc. 20).

B.

L'UAIE ha quindi sottoposto l'incarto alla valutazione del proprio servizio medico, nella persona del dott. C._____, il quale, in una presa di posizione del 5 luglio 2012 (doc. 22), ha indicato che dalla documentazione agli atti non emerge uno stato di invalidità per quanto attiene ai problemi lombari evidenziati.

Conseguentemente, in data 11 luglio 2012, l'UAIE ha trasmesso a A._____ il progetto di decisione inerente la domanda di prestazioni di assicurazione invalidità, rilevando che in assenza di un grado di invalidità era sua intenzione respingere la richiesta.

C.

L'interessato ha quindi prodotto della documentazione complementare a

comprova del suo stato di salute segnatamente un referto dell'Ospedale D. _____ (...), Servizio Neurologia, redatto dal dott. E. _____, diagnosticante un "reperto di danno neurogeno di tipo assonale cronico nel bicipite dx, tibiale anteriore dx e sn e gastrocnemio sn, da sofferenza radicolare C6, L5-S1".

D.

Il 25 ottobre 2012, il servizio medico dell'UAIE, considerando il nuovo referto del dott. E. _____, si è nuovamente pronunciato, ribadendo e confermando le conclusioni già inoltrate in occasione del primo rapporto. In particolare il dott. C. _____ ha osservato che il referto menzionato non ha valore clinico se non è confrontato ad un esame clinico ed ai segni clinici.

L'incarto è quindi stato sottoposto al dott. F. _____, specialista in neurologia, il 17 gennaio 2013. Sulla base di quest'ultimo, il 22 gennaio seguente, il dott. C. _____ ribadendo nuovamente le proprie conclusioni, ha rilevato che "l'etat clinique de l'assuré est tout à fait rassurant et permet, sans équivoque, une activité professionnelle qui respecte les limitations habituelles après une intervention sur les rachis".

E.

Con decisione del 30 gennaio 2013 l'autorità di prime cure ha quindi respinto la domanda di prestazioni dell'assicurazione per l'invalidità. In particolare l'UAIE ha rilevato che la documentazione supplementare del dott. E. _____ conferma i danni alla salute già conosciuti e non porta nessun elemento nuovo; inoltre lo stato clinico attuale è del tutto rassicurante e permette un'attività professionale che rispetti le limitazioni abituali dopo un intervento del rachide.

F.

Contro questa decisione, rappresentato dall'avvocato G. _____, l'assicurato ha inoltrato ricorso al Tribunale amministrativo federale (in seguito il TAF o il Tribunale) in data 26 febbraio 2013, chiedendo di annullare la decisione impugnata, di riconoscere il diritto ad una rendita intera di invalidità, nonché la rifusione delle spese di procedura. L'insorgente ha chiesto una nuova perizia indipendente, al fine di accertare le proprie reali condizioni. Nel dettaglio A. _____ ha rilevato che da un punto di vista formale la decisione dell'autorità inferiore viola l'art. 29 cpv. 2 della Costituzione federale (Cost. RS 101) nella misura in cui essa è priva di motivazione. Nel merito il ricorrente ha evidenziato la presenza di un "complesso patologico morboso" in cui il problema principale è causato dagli

interventi di erniectomia discale L5-S1, diagnosticata già un decennio or sono. A suo dire il sonno è disturbato e perfino le mansioni di economia domestica sono compromesse; in proposito, il ricorrente chiede un'indagine domiciliare. Inoltre le sue precarie condizioni di salute sarebbero accentuate da una "grave sindrome ansioso-depressiva, che da sola è in grado di provocare uno stato di invalidità quasi totale", che comporta sovente un rallentamento psicomotorio, un linguaggio non più fluido e un "senso di astenia", nonché provoca disturbi della memoria e difficoltà di concentrazione.

G.

Con scritto del 9 aprile 2013 l'autorità di prime cure ha chiesto la reiezione del ricorso e la conferma della decisione impugnata. A sostegno delle proprie allegazioni l'UAIE ha rilevato che il servizio medico chiamato ad esprimersi sullo stato di salute dell'insorgente non ha evidenziato alcuna incapacità lavorativa.

H.

Con scritto del 21 maggio 2013 il ricorrente, per il tramite del proprio patrocinatore, ha trasmesso una perizia della Corte di Appello di ..., del 15 settembre 2006, secondo cui egli avrebbe subito una riduzione permanente della capacità lavorativa. A._____ sottolinea inoltre che tale documento medico non possa avere una rilevanza minore, rispetto ai rapporti medici svizzeri, atteso che deve essere considerata non la provenienza dell'accertamento ma la sua rilevanza e validità.

I.

Con osservazioni del 27 giugno 2013 l'autorità di prime cure, dopo aver sottoposto la documentazione supplementare al proprio servizio medico, ha nuovamente confermato le precedenti conclusioni, chiedendo la reiezione del ricorso e la conferma della decisione impugnata.

J.

Invitato ad anticipare 400.- franchi a titolo di presunte spese processuali, in con decisione incidentale del 4 luglio 2013, il ricorrente ha chiesto, con scritto del 27 agosto seguente, di poter beneficiare del gratuito patrocinio poiché si trova in una "situazione di indigenza". A sostegno della propria pretesa A._____ ha trasmesso il 9 settembre 2013 il formulario standard di "domanda di gratuito patrocinio".

Diritto:**1.**

1.1 In virtù dell'art. 31 della legge sul Tribunale amministrativo federale del 17 giugno 2005 (LTAF, RS 173.32), questo Tribunale giudica i ricorsi contro le decisioni ai sensi dell'art. 5 della legge federale sulla procedura amministrativa del 20 dicembre 1968 (PA, RS 172.021), 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 portate davanti al Tribunale amministrativo federale conformemente all'art. 69 cpv. 1 lett. b della legge federale sull'assicurazione per l'invalidità del 19 giugno 1959 (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, la procedura in materia di assicurazioni sociali non è disciplinata dalla PA, nella misura in cui è applicabile la legge federale del 6 ottobre 2000 sulla parte generale del diritto delle assicurazioni sociali (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-26bis e 28-70), sempreché la LAI non deroghi alla LPGA.

1.3 Conformemente all'art. 59 LPGA, ha diritto di ricorrere chiunque è toccato dalla decisione o dalla decisione su opposizione ed ha un interesse degno di protezione al suo annullamento o alla sua modificazione. Il ricorso deve essere interposto entro 30 giorni dalla notificazione della decisione o della decisione contro cui l'opposizione è esclusa (art. 60 LPGA). Esso deve contenere le conclusioni, i motivi, l'indicazione dei mezzi di prova e la firma del ricorrente o del suo rappresentante, con allegati la decisione impugnata e i documenti indicati come mezzi di prova, se sono in possesso del ricorrente (art. 52 cpv. 1 PA).

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

2.

2.1 Il ricorrente è cittadino di uno Stato membro della Comunità europea, per cui è applicabile, di principio, l'Accordo sulla libera circolazione delle persone, del 21 giugno 1999, fra la Confederazione svizzera, da una parte, e la Comunità europea ed i suoi Stati membri, dall'altra, entrato in vigore il 1° giugno 2002 (ALC, RS 0142.112.681), in particolare il suo allegato II relativo al coordinamento dei sistemi di sicurezza sociale. Secondo l'art. 20 ALC, salvo disposizione contraria contenuta nell'allegato II, gli accordi bilaterali fra la Svizzera e gli Stati membri della Comunità europea in materia di sicurezza sociale sono sospesi con l'entrata in vigore dell'Accordo, qualora il medesimo campo sia disciplinato da quest'ultimo.

2.2 L'allegato II è stato modificato con effetto dal 1° aprile 2012 (Decisione 1/2012 del Comitato misto, del 31 marzo 2012; RU 2012 2345). Nella sua nuova versione esso prevede che le parti contraenti applicano tra di loro, nel campo del coordinamento dei sistemi di sicurezza sociale, gli atti giuridici riferiti nella sezione A dello stesso allegato, comprese eventuali loro modifiche o altre regole equivalenti ad essi (art. 1 ch. 1), assimila la Svizzera, a questo scopo, ad uno Stato membro dell'Unione europea (UE; art. 1 ch. 2), e stabilisce, ai fini dell'applicazione delle disposizioni dello stesso allegato, la necessità di tenere in debita considerazione gli atti giuridici dell'UE riferiti nella sezione B (art. 2 ch. 1) e di prendere atto di quelli menzionati alla sezione C (art. 2 ch. 2).

2.3 Gli atti giuridici riportati nella sezione A dell'allegato II sono, in particolare, il regolamento (CE) n. 883/2004 del Parlamento europeo e del Consiglio, del 29 aprile 2004 (RS 0.831.109.268.1), relativo al coordinamento dei sistemi di sicurezza sociale, con le relative modifiche, e il regolamento (CE) n. 987/2009 del Parlamento europeo e del Consiglio, del 16 settembre 2009 (RS 0.831.109.268.11), che stabilisce le modalità di applicazione del regolamento (CE) n. 883/2004, nonché il regolamento (CEE) n. 1408/71 del Consiglio, del 14 giugno 1971 (RU 2004 121, 2008 4219 4237, 2009 4831), relativo all'applicazione dei regimi di sicurezza sociale ai lavoratori subordinati, ai lavoratori autonomi e ai loro familiari che si spostano all'interno della Comunità, con le relative modifiche, e il regolamento (CEE) n. 574/72 del Consiglio, del 21 marzo 1972 (RU 2005 3909, 2008 4273, 2009 621 4845), che stabilisce le modalità di applicazione del regolamento (CEE) n. 1408/71, con le relative modifiche, entrambi applicabili tra la Svizzera e gli Stati membri fino al 31 marzo 2012 e quando vi si fa riferimento nel regolamento (CE) n.

883/2004 o nel regolamento (CE) n. 987/2009 oppure quando si tratta di casi verificatisi in passato.

Gli atti giuridici elencati nella sezione B dell'allegato II rappresentano diverse decisioni della Commissione amministrativa per il coordinamento dei sistemi di sicurezza sociale, mentre quelli esposti nella sezione C corrispondono a due raccomandazioni della stessa commissione.

L'allegato II è peraltro completato da un protocollo, che ne costituisce parte integrante (art. 3 ch. 2), in cui sono stipulate regole speciali riguardo all'assicurazione contro la disoccupazione, agli assegni per grandi invalidi e alla previdenza professionale per la vecchiaia, i superstiti e l'invalidità.

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

3.

L'esame del diritto a prestazioni secondo la LAI è retto dal tenore della stessa al momento della decisione impugnata, in virtù del principio secondo il quale sono determinanti le norme materiali in vigore al momento della realizzazione dello stato di fatto giuridicamente determinante (DTF 130 V 445 consid. 1.2 e relativi riferimenti). Le disposizioni della 6^a revisione della LAI (primo pacchetto di misure), in vigore dal 1° gennaio 2012 (RU 2011 5659; FF 2010 1603), sono quindi applicabili, come lo sono le disposizioni della LPGa, se e per quanto la LAI lo preveda (art. 2 LPGa).

4.

Il periodo di cognizione giudiziaria di questo Tribunale si estende fino al 30 gennaio 2013, data della decisione avversata, visto che il giudice delle assicurazioni sociali deve analizzare, come appena ricordato al consid. 3, la legalità della decisione impugnata, in generale, secondo lo stato di fatto esistente al momento in cui essa è stata resa, anche se può tenere conto dei fatti verificatisi dopo tale data, quando essi possono imporsi quali elementi d'accertamento retrospettivo della situazione anteriore alla deci-

sione stessa (DTF 130 V 138 e 445, 121 V 366 consid. 1b, 116 V 248 consid. 1a).

5.

Il ricorrente contesta in via preliminare la validità della decisione impugnata a motivo della violazione del diritto di essere sentito nel suo corollario dell'obbligo di motivazione da parte della autorità inferiore.

5.1 Il diritto di essere sentito, la cui garanzia è prevista all'art. 29 cpv. 2 della Costituzione federale della Confederazione svizzera del 18 aprile 1999 (Cost, RS 101), comprende il diritto per l'assicurato di prendere conoscenza dell'incarto (DTF 132 II 485 consid. 3, 126 I 7 consid. 2b), di esprimersi prima che una decisione sia emessa nei suoi confronti, di produrre delle prove pertinenti, di partecipare all'amministrazione delle prove essenziali, di prenderne conoscenza e di potersi esprimere in merito, allorquando questo è proprio ad influenzare la decisione da emanare (cfr. DTF 124 II 132 consid. 2b e giurisprudenza ivi citata). Nel quadro della procedura amministrativa il diritto di essere sentito è consacrato dagli art. 26 a 28 (diritto di esaminare gli atti), dagli art. 29 a 33 (diritto di essere sentito *stricto sensu*) e dall'art. 35 PA (diritto di ottenere una decisione motivata).

5.2 La giurisprudenza ha dedotto dal diritto di essere sentito, definito dalle norme speciali di procedura (quali l'art. 35 PA) l'obbligo per l'autorità di motivare la sua decisione, così da permettere ai destinatari ed a tutte le persone interessate di comprenderla, di impugnarla ed in modo da rendere possibile all'autorità di ricorso adita di esercitare convenientemente il suo controllo (DTF 129 I 232 consid. 3.2; DTF 126 I 97 consid. 2b; DTF 122 IV 8 consid. 2c, DTF 112 Ia 107 consid. 2b; cfr. inoltre le sentenze del Tribunale federale 2A.496/2006 e 2A.497/2006 del 15 ottobre 2007 consid. 5.1.1). Si è in presenza di una violazione del diritto di essere sentito se l'autorità non soddisfa al suo obbligo di esaminare e di trattare i problemi pertinenti (DTF 126 I 97 consid. 2b; DTF 122 IV 8 consid. 2c). Per adempiere a tali esigenze, è sufficiente che il giudice (o l'autorità) menzioni, almeno brevemente, i motivi sui quali ha fondato la sua decisione, in modo da permettere all'interessato di apprezzare la portata di quest'ultima e di impugnarla in piena conoscenza di causa (DTF menzionate). In generale, la portata dell'obbligo di motivare dipende dalla complessità della fattispecie da giudicare, dalla potenziale gravità delle conseguenze della decisione e dalle circostanze del singolo caso. Più la libertà d'apprezzamento dell'autorità è ampia e più la misura adottata arreca pregiudizio ai diritti dei singoli, più le esigenze legate alla motivazione della de-

cisione devono essere elevate (DTF 112 la 107 consid. 2b; cfr. inoltre la sentenza del Tribunale federale 2A.496/2006 / 2A.497/2006 precitata). Sebbene la motivazione debba fare emergere le riflessioni dell'autorità in merito agli elementi (di fatto o di diritto) essenziali che hanno influenzato la decisione, l'autorità non è comunque tenuta a pronunciarsi su tutti i fatti, argomentazioni e mezzi di prova invocati dalle parti, ma può limitarsi a quelli che, senza arbitrio, le sembrano decisivi per la risoluzione della causa (DTF 126 I 97 consid. 2b; DTF 112 la 107 consid. 2b). È sufficiente che l'amministrazione indichi brevemente i motivi della decisione e quali sono gli elementi alla base di quest'ultima (DTF 124 V 180, consid. 1a, confermato nella sentenza del Tribunale federale, del 9 maggio 2000, in re I., ed in Pra 2001, n. 71, consid. 1 a/bb).

5.3 Il diritto di ottenere una decisione motivata costituisce una garanzia costituzionale di natura formale, la cui violazione causa in principio l'annullamento della decisione impugnata indipendentemente dalle possibilità di esito favorevole del ricorso nel merito (cfr. DTF 126 I 19 consid. 2d/bb; DTF 126 V 130 consid. 2b; DTF 122 II 464 consid. 4a e giurisprudenza citata). Eccezionalmente un'eventuale violazione del diritto di essere sentito può essere sanata allorquando l'autorità che ha emanato la decisione ha preso posizione in merito alle argomentazioni decisive nel quadro dello scambio degli scritti e che l'amministrato ha avuto la possibilità di esprimersi liberamente di fronte ad un'autorità di ricorso che disponga di piena cognizione (DTF 133 I 201 consid. 2.2; DTF 130 II 530 consid. 7.3; DTF 126 V 130 consid. 2b; DTF 124 V 389 consid. 5a e 180 consid. 4a).

5.4 In concreto, se la motivazione della decisione impugnata risulta effettivamente essere succinta, ciò non ha comunque impedito al ricorrente di comprenderne la portata e di deferirla all'istanza superiore. Nell'ambito del ricorso, infatti, egli ha potuto difendersi in maniera corretta, nella misura in cui è stato in grado di dedurre i fatti su cui la decisione si fonda e le ragioni per cui è stata pronunciata. Tuttavia, anche se la decisione fosse considerata non sufficientemente motivata, si rileva che tale carenza sarebbe sanata dal ricorso davanti a questo Tribunale, che dispone di un pieno potere d'esame (fatti e diritto).

Visto quanto precede, la censura del ricorrente in ordine all'insufficienza della motivazione e, quindi, alla violazione del suo diritto di essere sentito, deve essere respinta.

6.

Nel merito A._____ contesta la validità materiale della decisione

dell'UAIE, chiedendo che gli sia riconosciuto il diritto ad una rendita intera d'invalidità.

7.

Secondo le norme applicabili, per avere diritto ad una rendita dell'assicurazione per l'invalidità svizzera, un cittadino italiano deve, cumulativamente, essere invalido ai sensi della legge svizzera ed avere versato contributi all'AVS/AI svizzera durante almeno tre anni (art. 36 LAI). A tale fine è possibile prendere in considerazione anche i contributi versati ad un'assicurazione sociale assimilata di uno Stato membro dell'UE o dell'Associazione europea di libero scambio (AELS), a condizione che almeno un anno di contributi sia registrato all'AVS/AI svizzera (FF 2005 pag. 4065; art. 45 del Regolamento n. 1408/71).

In concreto, è pacifico che il ricorrente adempie la condizione della durata minima di contribuzione. Rimane ora da esaminare se A. _____ sia invalido ai sensi di legge.

8.

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

8.2 L'assicurato ha diritto ad una rendita intera se è invalido per almeno il 70%, a tre quarti di rendita se è invalido per almeno il 60%, ad una mezza rendita se è invalido per almeno la metà e ad un quarto di rendita se è invalido per almeno il 40% (art. 28 cpv. 2 LAI). In seguito all'entrata in vigore dell'ALC, la limitazione prevista dall'art. 29 cpv. 4 LAI, secondo il quale le rendite per un grado d'invalidità inferiore al 50% sono versate solo ad assicurati che sono domiciliati e dimorano abitualmente in Svizzera (art. 13 LPGA), non è più applicabile quando l'assicurato è cittadino svizzero o dell'UE e vi risiede.

8.3 Il diritto alla rendita, secondo l'art. 28 cpv. 1 LAI stabilisce che l'assicurato ha diritto ad una rendita alle seguenti condizioni: (a) la sua capacità di guadagno o la sua capacità di svolgere le mansioni consuete non può essere ristabilita, mantenuta o migliorata mediante provvedimenti d'integrazione ragionevolmente esigibili; (b) ha avuto un'incapacità di lavoro

(art. 6 LPGA) almeno del 40% in media durante un anno senza notevole interruzione; e (c) al termine di questo anno è invalido almeno al 40%. Tuttavia, 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'articolo 29 cpv. 1 LPGA, ma al più presto a partire dal mese seguente il compimento dei 18 anni (art. 29 cpv. 1 LAI).

8.4 Per incapacità al lavoro s'intende qualsiasi incapacità, totale o parziale, derivante da un danno alla salute fisica, mentale o psichica di compiere un lavoro ragionevolmente esigibile nella professione o nel campo di attività abituale. In caso d'incapacità al lavoro di lunga durata possono essere prese in considerazione anche le mansioni esigibili in un'altra professione o campo d'attività (art. 6 LPGA). L'incapacità al guadagno è definita all'art. 7 cpv. 1 LPGA e consiste nella perdita, totale o parziale, della possibilità di guadagno sul mercato del lavoro equilibrato che entra in considerazione, provocata da un danno alla salute fisica, mentale o psichica e che perdura dopo aver sottoposto l'assicurato alle cure ed alle misure d'integrazione ragionevolmente esigibili. Per valutare la presenza di un'incapacità al guadagno sono considerate esclusivamente le conseguenze del danno alla salute; inoltre, sussiste un'incapacità al guadagno soltanto se essa non è obiettivamente superabile (art. 7 cpv. 2 LPGA, nel suo nuovo tenore dal 1° gennaio 2008).

8.5 La nozione d'invalidità di cui all'art. 4 cpv. 1 LAI e 8 cpv. 1 LPGA è di carattere giuridico economico, non medico (DTF 116 V 249 consid. 1b). In base all'art. 16 LPGA, applicabile per il rinvio dell'art. 28a cpv. 1 LAI, per valutare il grado d'invalidità, il reddito che l'assicurato potrebbe conseguire esercitando l'attività ragionevolmente esigibile da lui dopo la cura medica e l'eventuale esecuzione di provvedimenti d'integrazione, 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. In altri termini, l'assicurazione svizzera per l'invalidità risarcisce 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 (metodo generale del raffronto dei redditi; DTF 128 V 30; Pratique VSI 2000 pag. 84). La documentazione medica costituisce un importante elemento di giudizio per determinare quali lavori siano ancora ragionevolmente esigibili dall'assicurato, ma non spetta al medico graduare l'invalidità dell'assicurato (DTF 114 V 314).

8.6 Occorre precisare che l'invalidità dell'assicurato che non esercita un'attività lucrativa, ma svolge le mansioni consuete, e dal quale non si

può ragionevolmente esigere che intraprenda un'attività lucrativa, è determinata, in deroga all'art. 16 LPGa, in funzione dell'incapacità di svolgere le mansioni consuete (art. 5 e 28a cpv. 2 LAI e art. 8 cpv. 3 LPGa; metodo specifico). L'art. 27 OAI precisa che, per mansioni consuete di una persona senza attività lucrativa occupata nell'economia domestica, s'intendono gli usuali lavori domestici, l'educazione dei figli nonché le attività artistiche e di pubblica utilità.

Per quanto riguarda la scelta del metodo di valutazione dell'invalidità di una persona assicurata che non esercita più un'attività lucrativa, si deve verificare quale sarebbe stata l'attività esercitata se non fosse subentrata l'invalidità. In altre parole, lo statuto dell'assicurato viene determinato valutando se lo stesso, da sano, quindi se non fosse subentrato il danno alla salute, avrebbe consacrato l'essenziale del suo lavoro all'economia domestica o ad un'occupazione remunerata, e questo tenendo conto dell'evoluzione della situazione fino all'emanazione della decisione impugnata. L'ipotetica ripresa di un'attività lucrativa va ammessa dove tale eventualità si presenti alla luce della situazione personale, familiare, sociale ed economica, con un grado di verosimiglianza preponderante (DTF 133 V 504 consid.3.3, 125 V 150 consid. 2c e 117 V 194 consid. 3b).

9.

Il giudice delle assicurazioni sociali fonda la sua decisione, salvo disposizioni di legge contrarie, su fatti che, senza essere stabiliti in modo irrefutabile, appaiono come i più verosimili, ossia che presentano un grado di verosimiglianza preponderante (DTF 126 V 353 consid. 5b e relativi riferimenti). Egli 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 352 consid. 3a). Per costante giurisprudenza le certificazioni mediche possono costituire importanti elementi d'apprezzamento del danno invalidante, allorché permettono di valutare l'incapacità lavorativa e di guadagno dell'interessato in un'attività da lui ragionevolmente esigibile (DTF 115 V 134 consid. 2, 114 V 314 consid. 3c). Perché un rapporto medico abbia valore probatorio è determinante che esso valuti ed esamini in maniera completa i punti litigiosi, si fondi su degli esami approfonditi, prenda conto di tutte le affezioni di cui si lamenta l'assicurato, sia stabilito in piena conoscenza dei suoi antecedenti (anamnesi) e sia chiaro nell'esposizione delle correlazioni mediche o nell'apprezzamento della situazione medica; le conclusioni dell'esperto devono inoltre essere motivate (DTF 125 V 352, 122 V 160). Per quel che riguarda i rapporti concernenti il medico curante, secondo la generale

esperienza della vita, il giudice deve tenere conto del fatto che, 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; VSI 2001 pag. 109).

10.

10.1 In concreto, A._____ ha affermato di aver cessato la propria attività di guardiano nel 2001 a causa di sopraggiunti problemi di salute.

Dall'insieme della documentazione medica agli atti e, in particolare, dalla perizia E 213 del dott. H._____, medico dell'INPS, del 4 aprile 2012 (doc. 14), risulta la diagnosi di lombagia recidivante in iniziale spondilosi e esiti di pregressa erniectomia L5-S1. Inoltre i primi due rapporti del servizio medico dell'UAIE, del 5 luglio 2012 e del 25 ottobre 2012, dopo aver sottolineato che i rapporti medici presentati dal ricorrente risalgono all'anno 1998 e 2001-2002 senza che nessun rapporto medico esaustivo sia stato allegato, giungono alla conclusione che la documentazione a disposizione non mette in evidenza uno stato invalidante dal punto di vista lombare.

10.2 Per quanto riguarda lo stato di invalidità, il dott. H._____ ha concluso per un'invalidità parziale del 50% (cfr. doc. 14), mentre i rapporti medici del servizio medico dell'UAIE hanno sempre riconosciuto l'assenza di una incapacità lavorativa. Più precisamente nel terzo rapporto del servizio medico dell'UAIE del 27 novembre 2012 il dott. C._____ ha indicato che l'attività di guardiano resta esigibile poiché compatibile con le limitazioni funzionali determinate dallo stato di salute del ricorrente (cfr. doc. 30).

Nel quadro dell'istruttoria, il 21 maggio 2013, l'insorgente ha trasmesso un'ulteriore perizia medica del 15 settembre 2006 del dott. I._____ presentata nel quadro del procedimento civile davanti alla Corte di Appello di ..., in cui egli veniva riconosciuto "invalido con riduzione permanente della capacità lavorativa pari al 75% a far data, orientativamente dal luglio 2005, epoca in cui è ragionevole supporre che si siano realizzate tutte le condizioni necessarie per la adozione di tale provvedimento" (perizia, pag. 9). Conseguentemente il servizio medico dell'UAIE ha eseguito un'ulteriore valutazione della fattispecie al fine di appurare nuovamente le condizioni dell'insorgente, in particolare consultando il dott. F._____, specialista in neurologia, il quale ha concluso che "l'état clinique actuel de l'assuré est tout à fait rassurant et permet, sans équivoque, une activité

professionnelle qui respecte les limitations habituelles après une intervention sur le rachis". Sulla scorta di tale avviso il servizio medico dell'UAIE si è riconfermato nelle proprie conclusioni già espresse precedentemente.

10.3 Con riferimento alle numerose affezioni di cui si duole il ricorrente riassunte nel "complesso patologico morboso" in cui l'affezione principale è causata dagli interventi di erniectomia discale L5-S1, diagnosticata un decennio or sono, il Tribunale rileva che dalla documentazione agli atti non emerge una diagnosi che attesti una conseguente incapacità lavorativa nella sua ultima attività che resta ragionevolmente esigibile.

Occorre ancora rilevare, per quanto concerne la grave sindrome ansioso-depressiva (cfr. ricorso pag. 2-4), che il dott. H._____ ha unicamente rilevato, a riguardo delle condizioni psichiche e del tono dell'umore, che si trattava di "soggetto ansioso" e nessun altro documento medico fa stato di problemi psichici.

10.4 Nel suo gravame A._____ ha domandato la stesura di una perizia indipendente.

In casu, il TAF ritiene che gli elementi pertinenti della causa sono stati accertati in modo appropriato e non necessitano quindi di alcun complemento di istruttoria (cfr. DTF 136 I 229 consid. 5.3; 130 II 169 consid. 2.3.2 e 2.3.3 e riferimenti ivi citati); in particolare il servizio medico dell'UAIE ha presentato 4 rapporto medici. L'autorità è infatti abilitata a mettere fine all'istruttoria allorquando le prove prodotte le hanno permesso di formare la propria convinzione e che, procedendo in maniera non arbitraria ad un apprezzamento anticipato delle prove che le sono proposte essa ha la certezza che queste ultime non potrebbero condurre a modificare la propria opinione (cfr. sentenza del Tribunale amministrativo federale C-7793/2010 del 15 luglio 2011 consid. 8 e giurisprudenza citata; DTF 131 I 153 consid. 3; 130 III 734 consid. 2.2.3; 130 II 425 consid. 2.1). Ne discende che la stesura di una nuova perizia si rivela superflua.

11.

Visto quanto precede e nella misura in cui il ricorrente non presenta un grado di invalidità tale per poter beneficiare di una rendita dell'assicurazione invalidità svizzera, il ricorso è respinto e la decisione dell'UAIE del 30 gennaio 2013 è confermata.

12.

In virtù dell'art. 24 cpv. 1 LTAF, il giudice dell'istruzione decide quale giu-

dice unico circa lo stralcio dal ruolo delle cause divenute prive di oggetto (lett. a) e la non entrata nel merito di impugnazioni manifestamente inammissibili (lett. b). Sono fatte salve, secondo il cpv. 2, le competenze del giudice unico secondo le leggi federali in materia di assicurazioni sociali.

Ai sensi dell'art. 85^{bis} cpv. 3 della legge federale sull'assicurazione per la vecchiaia e i superstiti (LAVS, RS 831.10), se l'esame preliminare, anteriore o posteriore a uno scambio di scritti, rileva che il ricorso al Tribunale amministrativo federale è inammissibile o manifestamente infondato, un giudice unico può, con motivazione sommaria, pronunciare la non entrata in materia o il rigetto. Questa disposizione è applicabile anche in ambito dell'assicurazione invalidità, conformemente all'art. 69 cpv. 2 3^a frase LAI.

In concreto, questo Tribunale può quindi pronunciare, quale giudice unico, il rigetto del presente ricorso manifestamente infondato.

13.

Considerato che il ricorrente ha dimostrato di non disporre dei mezzi necessari sufficienti (cfr. formulario standard di gratuito patrocinio del 10 ottobre 2012) e considerato che le sue conclusioni non sembravano di principio prive di probabilità di successo, l'autorità di ricorso, dispensa l'interessato dal pagamento delle spese processuali (art. 65 cpv. 1 PA).

(dispositivo sulla pagina seguente)

Per questi motivi, il Tribunale amministrativo federale pronuncia:

1.

Il ricorso è respinto.

2.

Non si prelevano spese processuali.

3.

Comunicazione a:

- ricorrente (Raccomandata/AR)
- autorità inferiore (n. di rif. ...; Raccomandata)
- all'Ufficio federale delle assicurazioni sociali, Berna (Raccomandata)

La giudice unica:

Il cancelliere:

Elena Avenati-Carpani

Manuel Borla

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 della legge sul Tribunale federale del 17 giugno 2005 [LTF, RS 173.110]). 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: