

---

Corte III  
C-1324/2009

## Sentenza del 7 febbraio 2011

---

Composizione

Giudici Vito Valenti (presidente del collegio),  
Franziska Schneider e Beat Weber,  
cancelliera Marcella Lurà.

---

Parti

A. \_\_\_\_\_,  
patrocinato dall'avvocato Alfredo Arcorace,  
ricorrente,

contro

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

---

Oggetto

Assicurazione per l'invalidità (decisione del 15 gennaio  
2009).

**Fatti:****A.**

A.\_\_\_\_\_, cittadino italiano, nato il (...), coniugato, con una figlia, ha lavorato in Svizzera nel 1982 (6 mesi), nel 1986 (9 mesi), nel 1989 (9 mesi), nel 1990 (10 mesi), nel 1991 (9 mesi), nel 1992 (9 mesi), nel 1993 (2 mesi), nel 1994 (6 mesi) e dal gennaio del 1995 al febbraio del 1999 ed ha beneficiato di indennità dell'assicurazione svizzera contro la disoccupazione dal marzo del 1999 al luglio del 2000, solvendo contributi all'assicurazione svizzera per la vecchiaia, i superstiti e l'invalidità durante tale periodo (doc. 27). Dagli atti di causa risulta che rientrato in Italia, l'assicurato ha svolto attività lucrativa come operaio nel settore agricolo presso un privato almeno dal 2005, in ragione di 40 ore alla settimana fino al 12 giugno 2007 poi ridotte a 25 ore settimanali (in lavoro più leggero) dal 13 giugno 2007 (doc. 6 e 7). Il 5 marzo 2007, ha formulato una richiesta volta all'ottenimento di una rendita dell'assicurazione svizzera per l'invalidità (doc. 1). Il 31 dicembre 2007, ha interrotto l'attività a seguito della fine del rapporto di lavoro (doc. 6).

**B.**

Nel corso dell'istruttoria, l'Ufficio dell'assicurazione per l'invalidità per gli assicurati residenti all'estero (UAIE) ha in particolare assunto agli atti la seguente documentazione:

- la perizia medica particolareggiata E 213 della previdenza sociale italiana del 2 ottobre 2007 attestante esiti di meniscectomia interna selettiva ginocchio destro con osteocondromalacia rotulea discreto impegno funzionale con eccesso ponderale ed ipertensione borderline, malattia da reflusso gastro-esofageo; le condizioni di salute dell'interessato sono state definite come migliorate e lo stesso è stato ritenuto in grado di svolgere regolarmente lavori semipesanti nonché un lavoro adeguato alle sue condizioni, ma non il suo ultimo lavoro a tempo pieno (massimo: 60% dell'orario giornaliero). È stato segnalato che l'interessato è considerato invalido al 46%, conformemente alle disposizioni di legge del Paese di residenza, sia nella precedente attività sia in un'attività adeguata alle sue condizioni, dal 16 febbraio 2007 (doc. 3);
  
- il questionario per il datore di lavoro dell'8 maggio 2008 (doc. 6);

- il questionario per l'assicurato dell'8 maggio 2008 (doc. 7), nel quale l'assicurato ha affermato di avere lavorato durante 102 giornate nel 2005, nel 2006 e nel 2007.

### **C.**

**C.a** Nel suo rapporto del 26 giugno 2008, il dott. B. \_\_\_\_\_, del Servizio medico regionale (SMR) "Rhône", ha ritenuto che la documentazione medica è insufficiente al fine di una valutazione del caso. In particolare, ha rilevato che mancano il rapporto di visita ortopedica come pure i referti degli esami segnalati nella perizia medica particolareggiata E 213 dell'ottobre 2007. Ha quindi chiesto un complemento d'istruttoria (doc. 9).

**C.b** Il 1° luglio 2008, l'autorità inferiore ha chiesto all'INPS di C. \_\_\_\_\_ di far pervenire i risultati degli esami specialistici menzionati nel rapporto medico E 213 dell'ottobre 2007 (doc. 10).

**C.c** Il 6 ottobre 2008 (doc. 20), l'INPS di C. \_\_\_\_\_ ha in particolare prodotto:

- i referti di gastroscopia del 4 dicembre 2001 e di risonanza magnetica (ginocchio destro e piede destro) del 18 luglio 2002, 11 maggio 2004 e 21 agosto 2006 (doc. 14 a 17);
- un rapporto di visita ortopedica del 19 settembre 2006 (doc. 18);
- una relazione medica della previdenza sociale italiana del 29 maggio 2008, in cui è posta la diagnosi di esiti di meniscectomia ginocchio destro a discreto impegno funzionale con ipertensione borderline e malattia da reflusso gastro-esofageo nonché indicato che, conformemente alle disposizioni di legge del Paese di residenza, l'interessato è considerato non invalido e non inabile (doc. 19).

**C.d** Nel rapporto del 5 novembre 2008, il dott. B. \_\_\_\_\_ ha esposto la diagnosi principale di dolori al ginocchio destro dopo meniscectomia e intervento ai legamenti ed obesità morbida. Ha altresì considerato lo stato dopo frattura al femore destro durante l'infanzia, lo stato dopo frattura al polso destro durante l'infanzia, l'ipertensione arteriosa, la sindrome metabolica ed il reflusso gastro-esofageo siccome senza ripercussioni sulla capacità lavorativa. Il dott. B. \_\_\_\_\_ ha quindi ritenuto che l'interessato presenta una capacità lavorativa intatta, dunque del 100%, nella precedente attività di bracciante agricolo (doc. 22).

### **D.**

L'11 novembre 2008, l'autorità inferiore, mediante progetto di decisione, ha comunicato all'interessato che la domanda di prestazioni sarebbe stata respinta, ritenuto in particolare che l'esercizio di un'attività lucrativa è da considerare esigibile in misura sufficiente per escludere il diritto ad una rendita. L'autorità inferiore ha altresì concesso all'interessato la

facoltà di formulare, nel termine di 30 giorni dalla ricezione del progetto di decisione delle obiezioni per iscritto (doc. 23), facoltà di cui l'assicurato non ha fatto uso.

**E.**

Il 15 gennaio 2009, l'autorità inferiore ha respinto la domanda di prestazioni dell'assicurazione svizzera per l'invalidità. Ha osservato che l'interessato non ha subito un'incapacità al lavoro media sufficiente per un anno, ai sensi delle disposizioni dell'assicurazione svizzera per l'invalidità. In particolare, ha precisato che dagli atti risulta che malgrado il danno alla salute l'esercizio di un'attività lucrativa è da considerare esigibile in misura sufficiente per escludere il diritto ad una rendita (doc. 24).

**F.**

Il 25 febbraio 2009, l'interessato ha interposto ricorso dinanzi al Tribunale amministrativo federale contro la decisione dell'UAIE del 15 gennaio 2009 mediante il quale ha chiesto, sostanzialmente, il riconoscimento del suo diritto ad una prestazione dell'assicurazione svizzera per l'invalidità. Ha segnalato che la sindrome dolorosa femoro-patellare del ginocchio destro con distrazioni muscolo articolari dopo ripetute artroscopie con asportazioni parziale del menisco dorso mediale destro (a seguito di un infortunio professionale) di cui soffre comporta una completa incapacità al lavoro. Ha fatto valere d'essere invalido nella misura del 100%. Ha esibito segnatamente documenti già agli atti nonché rapporti medici ortopedici di data intercorrente da agosto 1995 a giugno 1997, un'attestazione del Centro per l'impiego di D. \_\_\_\_\_ ed una relazione medica del 19 febbraio 2009 (doc. TAF 1).

**G.**

Con decisione incidentale del 17 marzo 2009 (notificata il 23 marzo 2009; doc. TAF 3 [avviso di ricevimento]), questo Tribunale ha invitato il ricorrente a versare, entro il termine di 30 giorni dalla notificazione della decisione incidentale medesima, un anticipo di fr. 300.-- a copertura delle presumibili spese processuali. L'anticipo spese è stato versato il 31 marzo 2009 (doc. TAF 2 a 4).

**H.**

**H.a** Nel rapporto del 15 giugno 2009, il dott. E. \_\_\_\_\_, medico dell'UAIE, ha rilevato che la relazione medica del febbraio 2009 espone la nota anamnesi, senza peraltro apportare nuovi elementi clinici oggettivi. Tale rapporto fa stato certo di dolori lombari, al ginocchio destro ed all'articolazione del piede destro. Il sovrappeso di cui è affetto l'interessato (IMC/BMI [indice di massa corporea] di 38) comporta

tuttavia un aumento dei dolori alle articolazioni. Sennonché, appare esigibile che il medesimo riduca il proprio peso corporeo. Il dott. E. \_\_\_\_\_ ha pertanto ritenuto che l'interessato è abile nella precedente attività. Ha quindi confermato la precedente valutazione (doc. 26).

**H.b** Nella risposta al ricorso del 23 giugno 2009, l'autorità inferiore ha proposto la reiezione del ricorso. In virtù dei rapporti medici del 5 novembre 2008 e del 15 giugno 2009 del proprio servizio medico, il ricorrente è stato ritenuto in grado di svolgere la precedente attività. Per conseguenza, non ha mai subito un'incapacità lavorativa di livello pensionabile. L'autorità inferiore ha pure precisato che ogni assicurato deve intraprendere tutto quanto sia esigibile per ovviare alle conseguenze della sua invalidità (doc. TAF 8).

**I.**

Nella replica inoltrata il 14 agosto 2009, il ricorrente si è riconfermato, in virtù della documentazione medica agli atti, nelle argomentazioni in fatto e in diritto di cui al ricorso del 25 febbraio 2009 (doc. TAF 10).

**J.**

Con provvedimento del 17 settembre 2009, questo Tribunale ha trasmesso all'autorità inferiore per conoscenza la replica dell'insorgente inoltrata il 14 agosto 2009 (doc. TAF 11).

**Diritto:**

**1.**

**1.1.** Il Tribunale amministrativo federale esamina d'ufficio e con piena cognizione la sua competenza (art. 31 e segg. della legge del 17 giugno 2005 sul Tribunale amministrativo federale [LTAF, RS 173.32]), rispettivamente l'ammissibilità dei gravami che gli vengono sottoposti (DTF 133 I 185 consid. 2 e relativi riferimenti).

**1.2.** Riservate le eccezioni – non realizzate nel caso di specie – di cui all'art. 32 LTAF, questo Tribunale giudica, in virtù dell'art. 31 LTAF in combinazione con l'art. 33 lett. d LTAF e l'art. 69 cpv. 1 lett. b della legge federale del 19 giugno 1959 sull'assicurazione per l'invalidità (LAI, RS 831.20), i ricorsi contro le decisioni, ai sensi dell'art. 5 della legge federale del 20 dicembre 1968 sulla procedura amministrativa (PA, RS 172.021), rese dall'Ufficio AI per le persone residenti all'estero.

**1.3.** In virtù dell'art. 3 lett. d<sup>bis</sup> 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). Giusta l'art. 1 cpv. 1 LAI, le

disposizioni della LPGA sono applicabili all'assicurazione per l'invalidità (art. 1a-26<sup>bis</sup> e 28-70), sempre che la LAI non deroghi alla LPGA.

**1.4.** Presentato da una parte direttamente toccata dalla decisione e avente un interesse degno di protezione al suo annullamento o alla sua modifica (art. 59 LPGA), il ricorso – interposto tempestivamente e rispettoso dei requisiti previsti dalla legge (art. 60 LPGA nonché art. 52 PA) – è pertanto ammissibile.

## **2.**

**2.1.** Il 1° giugno 2002 sono entrati in vigore l'Accordo tra la Confederazione svizzera e la Comunità europea ed i suoi Stati membri sulla libera circolazione delle persone del 21 giugno 1999 (ALC, RS 0.142.112.681) ed il relativo Allegato II che regola il coordinamento dei sistemi di sicurezza sociale, nonché il Regolamento (CEE) n° 1408/71 del Consiglio del 14 giugno 1971 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 (RS 0.831.109.268.1), che si applica a tutte le rendite il cui diritto sorge a far data dal 1° giugno 2002 o successivamente e si sostituisce a qualsiasi convenzione di sicurezza sociale che vincoli due o più Stati (art. 6 Regolamento), come pure il Regolamento (CEE) n° 574/72 del Consiglio del 21 marzo 1972 relativo all'applicazione del Regolamento n° 1408/71 (RS 0.831.109.268.11). L'art. 3 del regolamento (CEE) n° 1408/71 sancisce il principio della parità di trattamento tra cittadini che risiedono in uno Stato membro della Comunità europea ed i cittadini svizzeri.

**2.2.** Giusta l'art. 20 ALC, salvo disposizione contraria contenuta nell'allegato II, gli accordi bilaterali tra la Svizzera e gli Stati membri della Comunità europea in materia di sicurezza sociale vengono sospesi a decorrere dall'entrata in vigore del presente Accordo qualora il medesimo campo sia disciplinato da quest'ultimo. Nella misura in cui l'Accordo, in particolare l'Allegato II che regola il coordinamento dei sistemi di sicurezza sociale (art. 8 ALC), non prevede disposizioni contrarie, l'organizzazione della procedura come pure l'esame delle condizioni di ottenimento di una rendita di invalidità svizzera sono regolate dal diritto interno svizzero.

**2.3.** L'art. 80a LAI sancisce espressamente l'applicabilità nella presente procedura, trattandosi di un cittadino che risiede nell'Unione europea, dell'ALC e dei Regolamenti (CEE) n° 1408/71 del Consiglio del 14 giugno

1971 e (CEE) n° 574/72 del Consiglio del 21 marzo 1972 relativo all'applicazione del Regolamento n° 1408/71.

**2.4.** Per costante giurisprudenza, l'ottenimento di una pensione straniera d'invalidità non pregiudica l'apprezzamento di un'invalidità secondo il diritto svizzero (v. sentenza del Tribunale federale I 435/02 del 4 febbraio 2003 consid. 2). Anche in seguito all'entrata in vigore dell'ALC, il grado d'invalidità di un assicurato che pretende una rendita dell'assicurazione svizzera è determinato esclusivamente secondo il diritto svizzero (DTF 130 V 253 consid. 2.4).

### **3.**

**3.1.** Secondo l'art. 2 LPGA, le disposizioni della legge stessa sono applicabili alle assicurazioni sociali disciplinate dalla legislazione federale, se e per quanto le singole leggi sulle assicurazioni sociali lo prevedano.

**3.2.** Dal profilo temporale sono applicabili le disposizioni in vigore al momento della realizzazione dello stato di fatto che deve essere valutato giuridicamente o che produce conseguenze giuridiche (DTF 130 V 445 consid. 1.2 e relativi riferimenti nonché DTF 129 V 1 consid. 1.2). Ne discende che si applicano, da un lato, le norme materiali in vigore fino al 31 dicembre 2007, per quanto attiene allo stato di fatto realizzatosi fino a tale data, mentre dall'altro lato, e per il periodo successivo, le nuove norme della 5a revisione della LAI (cf. DTF 130 V 1 consid. 3.2 per quanto concerne le disposizioni formali della LPGA, immediatamente applicabili con la loro entrata in vigore). Peraltro, e per l'esame del diritto eventuale a una rendita, l'applicazione delle nuove norme della 5a revisione della LAI per il periodo dal 1° gennaio 2008 al 15 gennaio 2009 (data della decisione impugnata) non avrebbe alcuna incidenza sull'esito delle questioni sottoposte nel caso concreto all'esame di questo Tribunale (cfr. sentenza del Tribunale federale 9C\_942/2009 del 15 marzo 2010 consid. 3.1; cfr. pure sentenza del Tribunale amministrativo federale C-1284/2008 del 30 marzo 2010 consid. 3.2 e DTF 136 V 216 consid. 5). Pertanto, e salvo indicazione contraria, di seguito è fatto riferimento alle norme in vigore fino al 31 dicembre 2007.

**3.3.** Il ricorrente, come già menzionato, ha presentato la richiesta di rendita il 5 marzo 2007. In deroga all'art. 24 LPGA, l'art. 48 cpv. 2 LAI precisa che, se l'assicurato si annuncia più di dodici mesi dopo l'inizio del diritto, le prestazioni sono assegnate soltanto per i 12 mesi precedenti la richiesta. In concreto, questo Tribunale può limitarsi ad esaminare se il

ricorrente avesse diritto ad una rendita il 5 marzo 2006 (ossia 12 mesi precedenti la presentazione della domanda), oppure se un diritto alla rendita sia sorto tra tale data e il 15 gennaio 2009, data della decisione impugnata. Il giudice delle assicurazioni sociali esamina la decisione impugnata sulla base della situazione di fatto esistente al momento in cui essa è stata resa. Tiene conto dei fatti verificatisi dopo tale data quando essi possano imporsi quali elementi d'accertamento retrospettivo della situazione anteriore alla decisione stessa (DTF 129 V 1 consid. 1.2 e DTF 121 V 362 consid. 1b).

#### **4.**

Secondo le norme applicabili, ogni richiedente, per avere diritto ad una rendita dell'assicurazione invalidità svizzera, deve adempiere cumulativamente le seguenti condizioni:

- essere invalido ai sensi della LPGGA e della LAI (art. 8 LPGGA nonché art. 4, 28 e 29 cpv. 1 LAI);
- aver pagato i contributi durante un anno intero (art. 36 cpv. 1 LAI).

Il ricorrente ha versato contributi all'AVS/AI svizzera per più di 10 anni (doc. 27) e, pertanto, adempie la condizione della durata minima di contribuzione. Rimane ora da esaminare se sia invalido ai sensi di legge.

#### **5.**

**5.1.** 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 ad infermità congenita, malattia o infortunio (art. 8 LPGGA e 4 cpv. 1 LAI). Secondo l'art. 7 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 ed alle misure d'integrazione ragionevolmente esigibili. In caso d'incapacità al lavoro di lunga durata, possono essere prese in considerazione anche le mansioni esigibili in un'altra professione o campo d'attività (art. 6 LPGGA).

**5.2.** Giusta l'art. 28 cpv. 1 LAI, in vigore dal 1° gennaio 2004, 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%. In seguito all'entrata in vigore dell'Accordo sulla libera

circolazione, la limitazione prevista dall'art. 28 cpv. 1<sup>ter</sup> LAI, secondo cui le rendite per un grado d'invalidità inferiore al 50%, ma pari almeno al 40%, sono versate solo ad assicurati che sono domiciliati e dimorano abitualmente in Svizzera (art. 13 LPGA), non è più applicabile segnatamente quando l'assicurato è cittadino dell'UE o svizzero e risiede nell'UE (DTF 132 V 423 consid. 6.4.1 e sentenza del Tribunale federale I 702/03 del 28 maggio 2004 consid. 1 e relativi riferimenti).

**5.3.** Il diritto alla rendita, secondo l'art. 29 cpv. 1 LAI, nasce, il più presto, nel momento in cui l'assicurato presenta un'incapacità permanente al guadagno pari almeno al 40% (lettera a), oppure quando egli è stato per un anno senza notevoli interruzioni, incapace al lavoro per almeno il 40% in media (lettera b). La lettera a della citata norma si applica allorché lo stato di salute dell'assicurato si è stabilizzato ed è essenzialmente irreversibile e suscettibile di pregiudicare la capacità di guadagno probabilmente in modo permanente, in una misura giustificante il riconoscimento di una rendita (sentenza del Tribunale federale I 146/02 del 5 agosto 2002). La lettera b se lo stato di salute è labile, vale a dire suscettibile di evolvere verso un miglioramento od un peggioramento (DTF 111 V 21 consid. 2). Un danno alla salute tipicamente labile può essere reputato relativamente stabilizzato soltanto se la sua natura si è modificata a tal punto che si possa ammettere non essere verosimilmente suscettibile di subire modifiche di rilievo in un futuro presagibile (sentenza del Tribunale federale I 282/01 del 4 ottobre 2001; DTF 119 V 98 consid. 4a).

**5.4.** Un'incapacità al lavoro del 20% deve essere presa in considerazione per il calcolo dell'incapacità al lavoro media giusta l'art. 29 cpv. 1 lett. b LAI (cfr. nota marginale 2020 della Circolare sull'invalidità e la grande invalidità nel suo tenore applicabile fino al 31 dicembre 2007; *Jurisprudence et pratique administrative des autorités d'exécution de l'AVS/AI [Pratique VSI] 1998 p. 126 consid. 3c*).

## **6.**

**6.1.** La nozione d'invalidità di cui all'art. 4 LAI e 8 LPGA è di carattere economico-giuridico e non medico (DTF 116 V 246 consid. 1b, DTF 110 V 273 e DTF 105 V 205). In base all'art. 16 LPGA, applicabile per il rinvio dell'art. 28 cpv. 2 LAI, per valutare il grado d'invalidità, il reddito che l'assicurato potrebbe conseguire esercitando l'attività ragionevolmente esigibile da lui dopo la cura medica e l'eventuale esecuzione di provvedimenti d'integrazione (reddito da invalido), tenuto conto di una

situazione equilibrata del mercato del lavoro, è confrontato con il reddito che egli avrebbe potuto ottenere se non fosse diventato invalido (reddito da valido; metodo generale del raffronto dei redditi).

**6.2.** 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.

**6.3.** Benché l'invalidità sia una nozione economico-giuridica, le certificazioni mediche possono costituire importanti elementi per apprezzare il danno invalidante e per determinare quali lavori siano ancora ragionevolmente esigibili dall'assicurato (DTF 115 V 133 consid. 2 e DTF 114 V 310 consid. 3c).

**6.4.** Peraltro, e secondo un principio generale del diritto delle assicurazioni sociali, ogni assicurato ha l'obbligo di ridurre il danno conseguente la sua invalidità (sentenza del Tribunale federale I 147/01 del 9 maggio 2001; DTF 123 V 230 consid. 3c e DTF 117 V 275 consid. 2b). In virtù di tale obbligo, l'assicurato deve intraprendere tutto quanto sia ragionevolmente esigibile per ovviare nel modo migliore possibile alle conseguenze della sua invalidità, segnatamente mettendo a profitto la sua residua capacità lavorativa se necessario in una nuova professione (sentenza del Tribunale federale I 543/03 del 27 agosto 2004; DTF 113 V 22 consid. 4a).

## **7.**

**7.1.** Giusta il principio inquisitorio che regge la procedura in materia di assicurazioni sociali (art. 43 LPGA), l'amministrazione deve intraprendere d'ufficio i necessari accertamenti e raccogliere le informazioni di cui ha bisogno. In particolare, deve ordinare una perizia allorquando è necessario per la valutazione medica del caso (DTF 117 V 282 consid. 4a).

**7.2.** Se gli accertamenti svolti d'ufficio permettono all'amministrazione o al giudice, che si sono fondati su un apprezzamento diligente delle prove, di giungere alla convinzione che certi fatti presentino una verosimiglianza preponderante, e che ulteriori misure probatorie non potrebbero modificare questo apprezzamento, è superfluo assumere altre prove (apprezzamento anticipato delle prove; Ueli Kieser, ATSG-Kommentar, 2a ed., Zurigo 2009, art. 42 n. 19 pag. 536; sentenza del Tribunale

federale K 24/04 del 20 aprile 2005; DTF 122 II 464 consid. 4a). In tal caso, non sussiste una violazione del diritto costituzionale di essere sentito secondo l'art. 29 cpv. 2 Cst. (Sozialversicherungsrecht [SVR] 2001 IV n. 10 pag. 28).

**7.3.** In virtù degli art. 12 e 13 PA e dell'art. 19 PA in relazione con l'art. 40 della legge federale di procedura civile del 4 dicembre 1947 (PCF, RS 273), il tribunale accerta, con la collaborazione delle parti, i fatti determinanti per la soluzione della controversia, assume le prove necessarie e le valuta liberamente.

## **8.**

**8.1.** Il giudice delle assicurazioni sociali deve esaminare in maniera obiettiva tutti i mezzi di prova, indipendentemente dalla loro provenienza, e poi decidere se i documenti messi a disposizione permettono di giungere ad un giudizio attendibile sulle pretese giuridiche litigiose. Affinché il giudizio medico acquisti valore di prova rilevante, esso deve essere completo in merito ai temi sollevati, deve fondarsi, in piena conoscenza della pregressa situazione valetudinaria (anamnesi), su esami approfonditi e tenere conto delle censure sollevate dal paziente, per poi giungere in maniera chiara a fondate, logiche e motivate deduzioni. Peraltro, per stabilire se un rapporto medico ha valore di prova non è determinante né la sua origine né la sua denominazione – ad esempio quale perizia o rapporto – ma il suo contenuto (DTF 125 V 351 consid. 3).

**8.2.** In particolare, per quanto concerne le perizie giudiziarie la giurisprudenza ha stabilito che il giudice non si scosta senza motivi imperativi dal parere degli esperti, il cui compito è quello di mettere a disposizione del tribunale le loro conoscenze specifiche e di valutare, da un punto di vista medico, una certa fattispecie (sentenza del Tribunale federale U 505/06 del 17 dicembre 2007). Ragioni che possono indurre il giudice a non fondarsi su un tale referto sono ad esempio affermazioni contraddittorie, il contenuto di una superperizia, o altri rapporti da cui emergono validi motivi per farlo e, meglio, se l'opinione di altri esperti appare sufficientemente fondata da mettere in discussione le conclusioni peritali (sentenza del Tribunale federale I 166/03 del 30 giugno 2004 consid. 3.3).

**8.3.** Per quel che riguarda le perizie di parte, il Tribunale federale ha precisato che esse contengono considerazioni specialistiche che possono

contribuire ad accertare i fatti, da un punto di vista medico. Malgrado esse abbiano lo stesso valore probatorio di una perizia giudiziaria, il giudice deve valutare se questi referti medici sono atti a mettere in discussione la perizia giudiziaria oppure quella ordinata dall'amministrazione (DTF 125 V 351). 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).

**8.4.** 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 egli si fonda su un rapporto piuttosto che su un altro. Al riguardo va tuttavia precisato che non si può pretendere dal giudice che raffronti i diversi pareri medici e parimenti esponga correttamente da un punto di vista medico, come farebbe un perito, i punti in cui si evidenziano delle carenze e quale sia l'opinione più adeguata (sentenza del Tribunale federale I 166/03 del 30 giugno 2004 consid. 3.3).

## **9.**

**9.1.** Dalla documentazione medica agli atti appare che il ricorrente soffre segnatamente di esiti di meniscectomia ginocchio destro a discreto impegno funzionale con eccesso ponderale ed ipertensione borderline e malattia da reflusso gastro-esofageo (cfr. perizia medica particolareggiata E 213 del 2 ottobre 2007 [doc. 3] e relazione medica dell'INPS di C. \_\_\_\_\_ del 29 maggio 2008 [doc. 19]).

**9.2.** Si tratta di affezioni di carattere labile, ossia suscettibili di migliorare o peggiorare. Ne discende che, in mancanza di uno stato di salute sufficientemente stabilizzato, è inapplicabile la prima lettera dell'art. 29 cpv. 1 LAI, per cui può entrare in considerazione solo la seconda lettera della citata norma legale, la quale prevede un termine di attesa di un anno. Pertanto, il ricorrente potrebbe pretendere una rendita dell'assicurazione svizzera per l'invalidità solo a partire dal momento in cui ha subito, senza interruzione notevole, un'incapacità lavorativa di almeno il 40% durante un anno.

## **10.**

**10.1.** Occorre quindi determinare se il ricorrente ha subito nel periodo determinante (cfr. consid. 3.3 del presente giudizio), e senza interruzione notevole, un'incapacità lavorativa media di almeno il 40% durante un anno giusta l'art. 29 cpv. 1 lett. b LAI.

**10.2.** Dalle carte processuali emerge che, dopo il rimpatrio, il ricorrente ha ancora esercitato un'attività lucrativa. In particolare, ha lavorato alle dipendenze di un privato, come operaio agricolo, in ragione di 40 ore alla settimana, almeno dal 2005 al giugno del 2007. In seguito, e nonostante le evocate affezioni, ha continuato a svolgere tale attività in ragione di 25 ore alla settimana, fino al 31 dicembre 2007, allorquando ha cessato l'attività a seguito della fine del rapporto di lavoro (doc. 6 e 7).

**10.3.** L'UAIE ha respinto la domanda di rendita dell'assicurazione svizzera per l'invalidità fondandosi sulle valutazioni dei dott. B.\_\_\_\_\_, medico del SMR, e E.\_\_\_\_\_, medico dell'UAIE. Nei rapporti del 26 giugno e 5 novembre 2008 (doc. 9 e 22), il dott. B.\_\_\_\_\_ ha rilevato che il ricorrente ha subito tre interventi chirurgici a seguito di lesioni al menisco destro ed ai legamenti e che lo stesso è affetto da un'artrosi in fase iniziale al ginocchio. Ha constatato che dalla perizia medica E 213 del febbraio 2007 (doc. 3) emerge che l'insorgente è obeso (164 cm/97 kg), che lo stesso mostra una claudicazione a destra e che i movimenti di flesso-estensione del ginocchio sono dolenti e ridotti. Tali disturbi comportano comunque delle moderate limitazioni funzionali. In particolare, ha segnalato che nella relazione medica dell'INPS di C.\_\_\_\_\_ del maggio 2008 (doc. 19) è evidenziato che l'interessato è considerato non invalido e non inabile e che la gonartrosi deve considerarsi debuttante. Detto medico ha altresì osservato che dalla documentazione economica risulta che l'insorgente ha interrotto l'attività a seguito della fine del rapporto di lavoro. Ha quindi concluso che il ricorrente è completamente abile nella precedente attività di bracciante agricolo. Il dott. E.\_\_\_\_\_, nel rapporto del 15 giugno 2009 (doc. 26), ha altresì, e nella sostanza, confermato la valutazione del dott. B.\_\_\_\_\_, anche alla luce della nuova documentazione presentata. In particolare, ha segnalato che il sovrappeso di cui soffre l'insorgente (IMC/BMI di 38) implica certo un aumento dei dolori alle articolazioni, ma che appare esigibile che il medesimo riduca in misura rilevante il proprio peso corporeo.

**10.4.** Certo, nella perizia medica particolareggiata E 213 del 2 ottobre 2007 (doc. 3), l'insorgente è stato ritenuto capace di svolgere la sua precedente attività di bracciante agricolo solo nella misura del 60%

dell'orario giornaliero normale. Sennonché, detta valutazione medica non è condivisibile, risultando difficilmente compatibile con la diagnosi nonché le limitazioni funzionali accertate, segnatamente esiti di meniscectomia ginocchio destro a discreto impegno funzionale con movimenti di flessione-estensione del ginocchio riferiti ridotti e dolenti e lieve deficit della deambulazione, ma movimenti degli arti superiori e della colonna vertebrale nella norma e forza e tono muscolare normale (doc. 3 pag. 3 e 4 n. 4.1, 4.8 e 4.10). Il medico incaricato dell'esame ha altresì considerato che le condizioni di salute dell'insorgente sono migliorate e che il medesimo è in grado di svolgere regolari lavori semi-pesanti. Basti ancora rilevare che nella relazione medica del maggio 2008 dell'INPS di C.\_\_\_\_\_ (doc. 19) lo stesso è stato ritenuto "non invalido e non inabile" (doc. 19 pag. 10).

**10.5.** Il ricorrente ha fatto valere, in sede di ricorso, di avere sicuramente diritto ad una rendita in quanto inabile al 100% a svolgere qualsiasi attività. Sennonché, agli atti di causa non figura alcun documento medico di data anteriore alla decisione impugnata che concluda ad un'incapacità totale dell'insorgente nella sua precedente attività. In particolare, dai documenti ortopedici (doc. TAF 1; doc. 1 e 2) emerge segnatamente che il decorso post-operatorio è risultato privo di complicanze (v. rapporto medico del 17 agosto 1995) e che gli specialisti hanno fissato un'incapacità al lavoro del 50% nella precedente attività di muratore, a decorrere dal 1° gennaio 1997, ma sempre da tale data, hanno considerato l'interessato abile al 100% in un'attività sostitutiva leggera (v. rapporto medico del 10 giugno 1997). Tuttavia, rientrato in Italia, l'insorgente ha dimostrato di poter lavorare quale operaio agricolo a tempo pieno almeno fino al 12 giugno 2007 (doc. 7). Peraltro, sulla base della documentazione agli atti, vi è motivo di ritenere che lo stesso, dando prova di uno sforzo ragionevolmente esigibile, avrebbe potuto continuare a svolgere tale attività in misura superiore al 60%, come peraltro, secondo le sue stesse allegazioni (doc. 7), ha fatto dal 13 giugno al 31 dicembre 2007 (riduzione a 25 ore settimanali sulle precedenti 40 ore settimanali [pari al 62,5% dell'orario settimanale]). Il datore di lavoro ha altresì dichiarato che il rapporto lavorativo è cessato a seguito della fine del contratto (doc. 6). Non risulta altresì dalle carte processuali che da fine dicembre 2007 vi sia stato un aggravamento determinante dello stato di salute dell'insorgente. Non soccorre lo stesso neppure la relazione medica del 19 febbraio 2009 del dott. F.\_\_\_\_\_ (doc. TAF 1; doc. 9), relazione peraltro di data posteriore alla decisione impugnata. La stessa si esaurisce essenzialmente in una semplice enumerazione di affezioni di cui soffrirebbe l'interessato (alcune fino ad allora mai ritenute), che non è

corroborata da riscontri medici oggettivi (i problemi ed i disturbi ortopedici non sono peraltro stati diagnosticati da uno specialista in ortopedia), e l'esame obiettivo appare estremamente generico. In conclusione, il ricorrente non ha presentato argomenti o mezzi di prova suscettibili di far sorgere dei dubbi sulla valutazione dei dott. B. \_\_\_\_\_ e E. \_\_\_\_\_.

**10.6.** Sulla scorta della documentazione medica agli atti e delle considerazioni che precedono, questo Tribunale condivide pertanto la valutazione dell'autorità inferiore secondo la quale il ricorrente presentava, decorso l'anno d'attesa, una capacità lavorativa residua comunque superiore al 60% nella sua precedente attività di operaio agricolo.

**11.**

Da quanto esposto, consegue che il ricorso, destituito di fondamento, non merita tutela e la decisione impugnata va confermata.

**12.**

**12.1.** Visto l'esito della procedura, le spese processuali, di fr. 300.--, sono poste a carico del ricorrente (art. 63 cpv. 1 e cpv. 5 PA nonché art. 3 lett. b del regolamento sulle tasse e sulle spese ripetibili nelle cause dinanzi al Tribunale amministrativo federale [TS-TAF, RS 173.320.2]). Esse sono computate con l'anticipo spese, di identico ammontare, versato dal ricorrente stesso il 31 marzo 2009.

**12.2.** 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 ad 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 pronuncia:**

**1.**

Il ricorso è respinto.

**2.**

Le spese processuali, di fr. 300.--, sono poste a carico del ricorrente. L'anticipo spese di fr. 300.--, versato il 31 marzo 2009, è computato con le spese processuali.

**3.**

Non si attribuiscono spese ripetibili.

**4.**

Comunicazione a:

- rappresentante del ricorrente (Raccomandata con avviso di ricevimento)
- autorità inferiore (n. di rif. )
- Ufficio federale delle assicurazioni sociali

Il presidente del collegio:

La cancelliera:

Vito Valenti

Marcella Lurà

**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).