



Corte III
C-1544/2008
{T 0/2}

Sentenza del 22 aprile 2010

Composizione

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

Parti

A. _____,
patrocinato dall'avvocato Marco Cereghetti,
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
6 febbraio 2008).

Fatti:**A.**

A._____, cittadino italiano, nato l'(...), ha lavorato in Svizzera dal 1969 al 1978, solvendo contributi all'assicurazione svizzera per la vecchiaia, i superstiti e l'invalidità durante tale periodo (doc. 80.1). Rientrato in Italia, ha svolto attività lucrativa come commerciante (di abbigliamento intimo; v. doc. 11) in ragione di 60 ore alla settimana da maggio del 1978 a luglio del 2005. L'assicurato ha altresì dichiarato d'aver ridotto l'attività lavorativa per motivi di salute a 35 ore alla settimana da agosto del 2005 e a 27 ore alla settimana da giugno del 2006 (doc. 12). Il 30 settembre 2005, ha formulato una richiesta volta all'ottenimento di una rendita dell'assicurazione svizzera per l'invalidità (doc. 1).

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:

- documenti medici di data intercorrente da ottobre 1982 a dicembre 2005 (doc. 13 a 46 e 48);
- la perizia medica dettagliata E 213 della previdenza sociale italiana del 27 dicembre 2005, da cui emerge la diagnosi di broncopneumopatia cronica ostruttiva (BPCO) con note di enfisema con lieve deficit funzionale, progressiva pleurite bibasilar, esiti tumorectomia per carcinoma (K) rene ben incapsulato, esiti doppio intervento di viscerolisi per occlusione intestinale, discartrosi. È stato segnalato che l'interessato è considerato invalido al 55% nella precedente attività, dal momento dell'inoltro della domanda, conformemente alle disposizioni di legge del Paese di residenza (doc. 47);
- documenti medici di data intercorrente da gennaio a luglio 2006 (doc. 49 a 64, 66 a 70 nonché doc. 73 e 74);
- un rapporto di visita ortopedica del 10 maggio 2006, nel quale è posta la diagnosi di lombosciatalgie verosimilmente posturali in esiti d'asportazione di carcinoma renale. La terapia indicata consiste nell'assunzione d'antalgici al bisogno (doc. 65);

- il questionario per indipendenti del 6 giugno 2006 (doc. 11);
- il questionario per l'assicurato del 6 giugno 2006, nel quale l'interessato ha affermato di continuare a svolgere un'attività lucrativa, seppure ridotta, come commerciante (doc. 12).

C.

Nel suo rapporto del 16 novembre 2006, il dott. B._____, del Servizio medico regionale (SMR) "Rhône", ha esposto la diagnosi principale di leggera a moderata broncopneumopatia cronica ostruttiva (BPCO). Ha pure evidenziato la diagnosi secondaria, con ripercussioni sulla capacità lavorativa, di lombalgie con discreti disturbi degenerativi. Ha altresì considerato lo stato dopo intervento per tumore renale nell'agosto 2005, l'ipertrofia prostatica e la gastrite 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 commerciante in proprio. Il medico dell'UAIE ha in particolare considerato ingiustificata, dal profilo medico, la riduzione del tempo di lavoro successivamente all'intervento del tumore renale. Ha altresì indicato che i documenti medici agli atti concernenti i problemi polmonari e lombari non sono suscettibili di dimostrare una riduzione della capacità lavorativa dell'assicurato (doc. 81).

D.

Il 21 novembre 2006, l'autorità inferiore, mediante progetto di decisione, ha comunicato all'assicurato che la domanda di prestazioni sarebbe stata respinta, ritenuto in particolare che un'attività lucrativa confacente allo stato di salute è esercitata 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. 82).

E.

E.a Il 15 dicembre 2006, l'interessato ha presentato le sue osservazioni al progetto di decisione del 21 novembre 2006. Ha indicato che a causa della malattia, manifestatasi nell'agosto del 2005, deve essere aiutato dai figli nell'espletamento dell'attività lavorativa, che dal 6 giugno 2006 vi è stato un ulteriore peggioramento del suo stato di salute, che ha dovuto essere ricoverato in ospedale dal 22 al

29 novembre 2006 e che le sue condizioni di salute sono tali da giustificare un'incapacità di guadagno determinante dal profilo dell'invalidità (doc. 85).

E.b Agli atti risultano essere state prodotte le cartelle cliniche concernenti il ricovero dal 20 al 27 novembre e dal 29 novembre al 9 dicembre 2006 nonché un certificato medico del 12 dicembre 2006 del dott. C._____ (doc. 71.1 a 71.57, 72, 75, 76.1 a 76.39, 77 e 78).

F.

Nel suo rapporto del 21 febbraio 2007, il dott. B._____ ha evidenziato la diagnosi principale di stato dopo adesiolisi per occlusione intestinale nel novembre del 2006. Ha pure ripreso la diagnosi esposta nella sua precedente presa di posizione. Il medico ha in particolare rilevato che l'interessato è stato ricoverato nel novembre del 2006 per un intervento per occlusione intestinale con formazione di aderenze e sottoposto a trattamento per sub-occlusione intestinale. Ha pure rilevato che in tale occasione è stato effettuato pure un esame completo polmonare ed addominale senza scoperta di segni di recidiva tumorale. Ha altresì giudicato che le conseguenze del menzionato intervento, in assenza di complicanze, dovrebbero essere superate nel breve volgere di due o tre mesi. Ha quindi chiesto un complemento d'istruttoria nella forma di un esame sullo stato di salute generale (rapporto su modulo E 213) da effettuarsi verso la fine di marzo del 2007 (doc. 87).

G.

Dalle carte processuali risultano essere stati prodotti i seguenti documenti:

- documenti medici di data intercorrente da maggio a settembre 2007 (doc. 93 a 97);
- la perizia medica particolareggiata E 213 della previdenza sociale italiana del 26 settembre 2007, attestante BPCO con note di enfisema e discreto deficit funzionale, esiti di tumorectomia renale destra per via lombotomica e costectomia destra (XII) di necessità nell'agosto 2005 per carcinoma a cellule chiare del rene destro (T1a; G2), addominoalgia in esiti di plurimi interventi di viscerolisi per stati subocclusivi, iperplasia prostatica con microfocolai di PIN a basso grado, lombalgia cronica in discopatie lombari

con protusioni discali; le condizioni di salute dell'interessato sono state definite come peggiorate e lo stesso è stato ritenuto in grado di svolgere regolarmente il suo precedente lavoro, ma anche eventuali lavori sostitutivi leggeri, nella misura del 30%. È stato segnalato che l'interessato è considerato invalido al 70%, conformemente alle disposizioni di legge del Paese di residenza, nella precedente attività (doc. 99).

H.

Nel suo rapporto del 28 ottobre 2008 (recte 28 gennaio 2008), il dott. B._____ ha rilevato che la documentazione medica prodotta non fa stato di alcuna patologia significativa. In particolare, ha indicato che il formulario E 213 non segnala niente di particolare dal profilo post-operatorio (intervento addominale). Il dott. B._____ ha quindi confermato le sue precedenti valutazioni (doc. 101).

I.

Il 6 febbraio 2008, 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 un'attività lucrativa confacente allo stato di salute è esercitata in misura sufficiente per escludere il diritto ad una rendita. L'autorità inferiore ha altresì rilevato che la documentazione medica prodotta successivamente alla ricezione del progetto di decisione non comporta nuovi elementi clinici di rilievo (doc. 102).

J.

Il 7 marzo 2008 (e il 16 aprile 2008 con atto di complemento), l'interessato ha interposto ricorso dinanzi al Tribunale amministrativo federale (TAF) contro la decisione dell'UAIE del 6 febbraio 2008 mediante il quale ha chiesto, sostanzialmente, il riconoscimento del suo diritto ad una rendita intera dell'assicurazione svizzera per l'invalidità sulla base di un grado d'incapacità lavorativa dell'80% almeno. Ha segnalato che le patologie di cui è affetto – segnatamente lombalgie croniche, discopatie lombari, cervicalgie, gastrite cronica con metaplasia intestinale, carcinoma alle cellule del rene, asma bronchiale cronica, dispnea – gli consentono di svolgere la sua

precedente attività, ma anche una sostitutiva leggera, nella misura del 30% al massimo, come indicato nella perizia medica E 213. Ha sottolineato di essere aiutato dai figli nello svolgimento dell'attività di commerciante in proprio e di essere in grado di svolgere solo mansioni leggere e accessorie. I guadagni della sua attività sono realizzati grazie al lavoro dei figli. Ha segnalato di essere stato riconosciuto invalido nella misura dell'80% dalle autorità italiane. Chiede peraltro, nell'eventualità che fosse ritenuta una sua capacità lavorativa residua superiore al 30%, che nell'ambito del raffronto dei redditi sia effettuata una riduzione giurisprudenziale massima del 25% in particolare in considerazione della sua età (56 anni), della mancanza di formazione scolastica e professionale. Ha esibito documenti medici già agli atti nonché i certificati medici del 10 maggio e 28 dicembre 2006, una relazione medica del 5 gennaio 2007 del dott. D._____, i formulari per la dichiarazione dei redditi per gli anni 2004, 2005, 2006 ed una scheda con l'indicazione dei ricavi per l'anno 2007 (doc. TAF 1 e 3).

K.

K.a Nel suo rapporto del 6 giugno 2008, il dott. E._____, medico dell'UAIE, ha rilevato, da un lato, che la documentazione medica prodotta conferma le note diagnosi e, dall'altro, che non vi sono nelle carte processuali dei documenti che permettano di concludere ad una patologia invalidante. Pertanto, ha confermato le precedenti prese di posizione (doc. 106).

K.b Nella risposta al ricorso del 16 giugno 2008, l'autorità inferiore ha proposto la reiezione del ricorso. In virtù dei rapporti medici del 16 novembre 2006, del 21 febbraio 2007 nonché del 28 gennaio e 6 giugno 2008 del proprio servizio medico, il ricorrente è stato ritenuto in grado di svolgere la precedente attività di commerciante in proprio. Per conseguenza, non ha mai subito un'incapacità lavorativa di livello pensionabile. In tale caso, non è necessario procedere ad un raffronto dei redditi ipotetici. L'autorità inferiore ha pure sottolineato che l'assicurazione svizzera per l'invalidità non è vincolata dal fatto che l'interessato è stato riconosciuto quale invalido in Italia (doc. TAF 5).

L.

Nella replica del 23 luglio 2008, l'interessato ha confermato, in virtù della documentazione medica agli atti, le argomentazioni in fatto e in diritto di cui al ricorso del 7 marzo/16 aprile 2008. Si è doluto di una

valutazione non corretta del suo stato di salute. Chiede peraltro di essere sottoposto ad una prova di carico di lavoro (doc. TAF 7).

M.

Con decisione incidentale del 25 luglio 2008 (notificata il 28 luglio 2008 [cfr. avviso di ricevimento agli atti; doc. TAF 9]), questo Tribunale ha invitato il ricorrente a versare, nel termine di 30 giorni dalla notificazione della decisione incidentale medesima, un anticipo di fr. 300.-- a copertura delle presumibili spese processuali. L'anticipo è stato versato il 6 agosto 2008 (doc. TAF 8 a 10).

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^{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). Giusta l'art. 1 cpv. 1 LAI, le disposizioni della LPGA sono applicabili all'assicurazione per l'invalidità (art. 1a-26^{bis} e 28-70), sempre che la LAI non deroghi alla LPGA.

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 al 6 febbraio 2008 (data della decisione impugnata) non risulterebbe più favorevole al ricorrente (cfr. sentenza del Tribunale amministrativo federale C-1224/2008 del 28 gennaio 2010 consid. 2.2). 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 30 settembre 2005. 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 30 settembre 2004 (ossia 12 mesi precedenti la presentazione della domanda), oppure se un diritto alla rendita sia sorto tra tale data e il 6 febbraio 2008, 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 LPGA e della LAI (art. 8 LPGA 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 durante più di un anno intero in totale 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 LPGA e della LAI è l'incapacità al guadagno totale o parziale presumibilmente permanente o di lunga durata che può essere conseguente ad infermità congenita, malattia o infortunio (art. 8 LPGA e 4 cpv. 1 LAI). Secondo l'art. 7 LPGA, è considerata incapacità al guadagno la perdita, totale o parziale, della possibilità di guadagno sul mercato del lavoro equilibrato che entra in considerazione, provocata da un danno alla salute fisica, mentale o psichica e che perdura dopo aver sottoposto l'assicurato alle cure ed alle misure d'integrazione ragionevolmente esigibili. In caso d'incapacità al lavoro di lunga durata, possono essere prese in considerazione anche le mansioni esigibili in un'altra professione o campo d'attività (art. 6 LPGA).

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^{ter} 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). Se non è possibile determinare o stimare in maniera attendibile i due redditi di cui si tratta, si deve procedere, ispirandosi al metodo specifico applicabile alle persone non esercitanti un'attività lucrativa (art. 27 dell'ordinanza del 17 gennaio 1961 sull'assicurazione per l'invalidità [OAI; RS 831.201]), al confronto delle attività e valutare il grado d'invalidità ritenendo l'incidenza della diminuita capacità di rendimento sulla situazione economica concreta (metodo straordinario di graduazione; v. sentenza del Tribunale federale I 782/03 del 24 maggio 2006 consid. 2.3, DTF 128 V 29 e DTF 104 V 135).

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).

7.

7.1 Giusta il principio inquisitorio che regge la procedura in materia di assicurazioni sociali (art. 43 LPG), 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. 3a).

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 emerge che il ricorrente soffre segnatamente di broncopneumopatia cronica ostruttiva con note di enfisema e discreto deficit funzionale, esiti di tumorectomia renale destra per via lombotomica e costectomia destra di necessità nell'agosto 2005 per carcinoma a cellule chiare del rene destro (T1a; G2), addominalgia in esiti di plurimi interventi di viscerolisi per stati subocclusivi, iperplasia prostatica con microfocolai di PIN a basso grado, lombalgia cronica in discopatie lombari con protusioni discali (cfr. in particolare perizia medica particolareggiata E 213 del 26 settembre 2007, doc. 99).

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 Nella fattispecie in esame, occorre 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 quale commerciante in proprio, in ragione di 60 ore settimanali, dal 1978 al luglio del 2005. In seguito, e nonostante le affezioni di cui soffre, ha continuato a svolgere tale attività, in ragione di 35 ore alla settimana, fino al giugno del 2006, allorquando ha ridotto l'attività a 27 ore settimanali (doc. 11 e 12). In sede di ricorso, il ricorrente ha confermato di seguire a svolgere l'attività di commerciante, seppure a tempo ridotto (doc. TAF 1 e 3).

10.3

10.3.1 Nei loro rapporti del 16 novembre 2006, del 21 febbraio 2007, del 28 gennaio 2008 e del 6 giugno 2008, i dott. B._____ e E._____, medici dell'UAIE, hanno constatato, sulla base della documentazione medica agli atti, che il ricorrente ha subito un intervento per un piccolo tumore renale destro nell'agosto del 2005, che il decorso post-operatorio è stato senza particolari complicanze e che gli esami clinici non attestano segni di recidiva del tumore. L'assicurato è certo stato sottoposto successivamente (novembre 2006) ad un intervento per occlusione intestinale, ma pure tale intervento è stato privo di complicanze. Il ricorrente, a causa dei menzionati interventi chirurgici, è stato pertanto inabile al lavoro per due volte durante due o tre mesi. Tuttavia, non ha mai subito un'incapacità al lavoro di livello pensionabile. Peraltro, né la leggera a moderata broncopneumopatia cronica ostruttiva di cui soffre l'insorgente, e che comporta moderate limitazioni funzionali, né le lombalgie, in assenza di compromissione radicolare, giustificano un'incapacità lavorativa. Secondo i citati medici non è neppure dimostrato con riscontri oggettivi che le ulteriori patologie menzionate dal ricorrente comportino una limitazione funzionale determinante nella precedente attività di commerciante, attività che avrebbe

potenzialmente potuto essere esercitata senza riduzione dell'orario di lavoro, fermo restando che un IMC/BMI (indice di massa corporea) di 18, ai limiti della norma, non comporta degli impedimenti (doc. 81, 87, 101 e 106).

10.3.2 L'insorgente ha certo confermato – ancora in sede di ricorso – di continuare a svolgere l'attività di commerciante, ma solo grazie all'aiuto decisivo dei figli, dal momento che il suo stato di salute gli permette di effettuare solo mansioni leggere ed accessorie nella misura massima del 30%. Tuttavia, secondo i medici dell'UAIE non ha prodotto, neppure in sede di ricorso, della documentazione, fondata su riscontri oggettivi medici verificabili, suscettibile di dimostrare la pretesa invalidità. Il ricorrente appare fondare la sua diversa opinione sulla base della perizia medica particolareggiata E 213 del 26 settembre 2007 (doc. 99), in cui è certo stata evidenziata una capacità lavorativa del 30% solamente nella precedente attività lavorativa. Tale valutazione non è però corroborata da riscontri medici oggettivi né nella citata perizia né in altri documenti medici, segnatamente da indicazioni precise, affidabili o oggettivabili sull'esistenza di problemi di salute maggiori di quelli ritenuti dai medici dell'UAIE e suscettibili d'incidere sulla capacità lavorativa dell'insorgente nella sua precedente professione. Per quanto attiene peraltro ai nuovi documenti prodotti dal ricorrente in sede di ricorso, occorre precisare che nella misura in cui la relazione medica del 5 gennaio 2007 del dott. D._____ (doc. TAF 1) si riferisce alle note diagnosi (segnatamente asma bronchiale cronica ostruttiva, esiti di intervento per carcinoma renale ed occlusioni intestinali, ipertrofia prostatica nonché lombalgie) non apporta alcun (nuovo) elemento medico oggettivo con riferimento ad eventuali limitazioni funzionali aventi un'incidenza determinante sulla capacità lavorativa dell'insorgente nella precedente attività di commerciante in proprio. Laddove tale relazione medica fa stato, in virtù dei certificati medici del maggio e dicembre 2006 (doc. TAF 1), di nuove patologie – un'affezione vestibolare nonché un'alterata propriocezione – queste non sono corroborate da riscontri medici oggettivi nella relazione medesima (peraltro dalla perizia particolareggiata E 213 del settembre 2007, ossia di data posteriore, non appare che il ricorrente soffre di una sindrome vertiginosa rispettivamente di un disturbo nella percezione della postura del corpo suscettibili d'incidere in modo determinante sulla sua capacità lavorativa). Ne discende che la valutazione medico-legale del dott. D._____ non comporta una

motivazione convincente con riferimento alle ragioni che stanno alla base della conclusione d'inabilità lavorativa del 70% in qualsiasi attività.

10.3.3 Non soccorre il ricorrente neppure il fatto che sia stato riconosciuto invalido ai sensi del diritto italiano (v. doc. 45.1 nonché doc. TAF 1, segnatamente la copia del verbale del 17 novembre 2005 della Commissione sanitaria per l'accertamento degli stati di invalidità civile di F._____). Giova in effetti rammentare che la valutazione di un'autorità straniera con riferimento all'incapacità lavorativa di un assicurato non vincola di principio le autorità svizzere nell'apprezzamento del caso secondo il diritto svizzero (v. sentenza del Tribunale federale I 435/02 del 4 febbraio 2003 consid. 2 nonché consid. 2.4 del presente giudizio).

10.3.4 In siffatte circostanze, ben poteva l'autorità inferiore decidere il caso sulla base della documentazione medica agli atti senza dovere procedere d'ufficio ad ulteriori accertamenti dal profilo medico, non risultando dalla documentazione sufficienti indizi che potessero giustificare dubbi od incertezze riguardo all'esito della causa per quanto attiene alla valutazione medica sulla capacità lavorativa dell'insorgente. In altri termini, sulla scorta della documentazione medica agli atti nonché delle considerazioni che precedono, questo Tribunale ritiene che risulta giustificato l'apprezzamento dell'autorità inferiore secondo cui il ricorrente presenta, nel periodo di riferimento, ad esclusione di qualche mese a seguito dei due interventi chirurgici subiti nel 2005 e nel 2006, una capacità lavorativa del 100% nella sua precedente attività di commerciante in proprio. Da quanto esposto, discende che non è necessario procedere a un confronto dei redditi per determinare l'eventuale grado d'invalidità del ricorrente. Occorre altresì rilevare che, per giurisprudenza, una persona che non è colpita da un'incapacità di lavoro almeno parziale, non subisce un'incapacità di guadagno e non è perciò invalida ai sensi della LAI (cfr. sentenza del Tribunale federale I 688/06 dell'8 ottobre 2007 consid. 4.2). Basti ancora osservare, per sovrabbondanza, che né nell'ambito della procedura di prima istanza né in sede di ricorso il ricorrente ha mai indicato con la necessaria precisione, tanto meno dimostrato con documentazione medica oggettiva, quali specifiche attività della sua professione (in percentuale rispetto al totale) non sarebbe più in grado di svolgere, e a partire da quando, a causa delle affezioni da lui

evocate, non essendo decisivo per la determinazione del grado d'invalidità la sua decisione di ridurre l'orario lavorativo.

10.4 Per conseguenza, il ricorso, destituito di fondamento, non merita tutela e la decisione impugnata va confermata.

11.

11.1 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 del 21 febbraio 2008 [TS-TAF, RS 173.320.2]). Esse sono computate con l'anticipo spese, di identico ammontare, versato dal ricorrente stesso il 6 agosto 2008.

11.2 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).

(dispositivo alla pagina seguente)

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 6 agosto 2008, è computato con le spese processuali.

3.

Non si attribuiscono spese ripetibili.

4.

Comunicazione a:

- rappresentante del ricorrente (Atto giudiziario)
- 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).

Data di spedizione: