



Corte III
C-1612/2016

Sentenza del 4 dicembre 2017

Composizione

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

Parti

A. _____,
patrocinato dall'avv. Lina Ratano,
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, diritto alla rendita
(decisione del 2 febbraio 2016).

Fatti:**A.**

A. _____, cittadino italiano, nato il (...), ha lavorato in Svizzera quale operaio dal 1973 al 1989 per differenti datori di lavoro, solvendo regolari contributi all'assicurazione svizzera per la vecchiaia, i superstiti e l'invalidità (doc. 31 dell'incarto dell'Ufficio dell'assicurazione per l'invalidità per gli assicurati residenti all'estero [UAIE], cfr. anche doc. TAF 13 [estratto allegato]). Dal 1993, dopo il rientro in patria, è impiegato stagionalmente quale bracciante agricolo, svolgendo per il resto del tempo piccole attività in nero e commercio di ortaggi del proprio terreno (doc. 26-36).

B.

In data 29 giugno 2015 l'assicurato, per il tramite dell'INPS di B. _____ alla quale si era rivolto il 18 aprile 2015, ha presentato all'UAIE una domanda volta al conseguimento di prestazioni dell'assicurazione svizzera per l'invalidità (doc. 28) esibendo numerosi documenti medici, relativi a differenti disturbi riguardanti gli arti, la colonna lombosacrale e quella cervicale, nonché problematiche di natura internistica (doc. 1-23).

È stata inoltre trasmessa la perizia medica particolareggiata E213 del 27 maggio 2015 attestante un'invalidità del 60% nell'attività abituale di operaio agricolo e una piena capacità lavorativa in un'attività di sostituzione adatta allo stato di salute (doc. 24).

C.

C.a L'autorità inferiore ha quindi acquisito agli atti il questionario del datore di lavoro (doc. 33, pp. 6-8) e ulteriori informazioni riguardanti l'attività svolta prima dell'insorgere del danno alla salute (doc. 34-36), appurando che a partire dal 2012, in ragione dei disturbi di cui l'assicurato è portatore, vi è stato un calo del rendimento nell'attività di bracciante (doc. 33, p. 7).

C.b L'incarto è stato quindi sottoposto al dr. C. _____, medico generalista del SMR D. _____ e medico perito SIM (Swiss Insurance Medicine), che nel rapporto del 20 ottobre 2015 (doc. 37), fondandosi sulla documentazione medica prodotta, ha riconosciuto una totale incapacità lavorativa nell'attività dipendente di bracciante agricolo dal 1° gennaio 2013, mentre ha ritenuto esigibile da parte dell'assicurato, una ripresa completa in un'attività più leggera a decorrere dalla stessa data (al riguardo si cfr. il consid. 11).

C.c Su invito dell'UAIE (doc. 38), l'insorgente ha quindi ritornato l'11 novembre 2015 il questionario per agricoltori indipendenti, munito dell'attestazione dell'Ufficio delle entrate (doc. 39), che ha permesso all'amministrazione di ritenere preponderante l'attività dipendente, rispetto a quella indipendente (doc. 40).

È quindi seguita la valutazione dell'invalidità in applicazione del metodo generale di raffronto dei redditi e dei dati statistici risultanti dalle tabelle ISS (TA1 2010), dalla quale è emerso un grado di invalidità dell'8.42% (doc. 41).

D.

Con decisione del 2 febbraio 2016 (doc. 43), anticipata dal progetto di decisione del 3 dicembre 2015 (doc. 42), l'autorità inferiore ha quindi negato il diritto alle prestazioni dell'assicurazione per l'invalidità, dal momento che, a fronte di una piena capacità lavorativa in un'attività sostitutiva rispettosa dei limiti funzionali di cui l'assicurato è portatore, questi non subisce un discapito sufficiente per riconoscere il diritto ad una rendita o a dei provvedimenti professionali.

E.

Con ricorso depositato il 10 marzo 2015, A. _____, regolarmente rappresentato dall'avv. Lina Ratano, ha chiesto, in via preliminare, la trasmissione del rapporto SMR ed ogni eventuale altro accertamento medico, facendo valere una violazione del diritto di essere sentito. Nel merito ha invece postulato l'annullamento del provvedimento amministrativo e l'accertamento del diritto alla rendita d'invalidità svizzera, protestando spese e ripetibili (doc. TAF 1). Delle motivazioni e della documentazione medica prodotta, in buona parte già agli atti, si dirà, se del caso, nei considerandi in diritto.

F.

Con ordinanza del 21 marzo 2016 codesto Tribunale ha invitato l'autorità inferiore a trasmettere tutta la documentazione medica posta alla base della decisione impugnata (doc. TAF 2-3), al fine di poter adempiere alla richiesta formulata in via preliminare dal ricorrente e consentire a quest'ultimo di completare il ricorso (doc. TAF 4).

G.

Con osservazioni complete del 18 maggio 2016, il ricorrente ha lamentato dei vizi nell'istruttoria della causa, chiedendo inoltre di precludere all'autorità inferiore la possibilità di produrre ulteriore documentazione a sostegno del provvedimento impugnato, essendo trascorso il termine assegnato dal

TAF (doc. TAF 2). Nello specifico è stata da un lato rilevata la presenza fra i documenti trasmessi dall'autorità inferiore di una presa di posizione medica riguardante un altro assicurato (doc. TAF 3). Dall'altro è stata contestata la valenza dell'accertamento del SMR, non disponendo il dr. C._____ delle specifiche competenze specialistiche ed avendo lo stesso valutato solo in maniera parziale i numerosi referti medici messi a sua disposizione. Per il resto sono state ribadite le argomentazioni ricorsuali.

H.

Con decisione incidentale del 26 maggio 2016 la parte ricorrente è stata invitata a versare un anticipo di fr. 800.-, corrispondente alle presunte spese processuali (doc. TAF 8), che è stato saldato in parte il 29 giugno 2016 e il 23 luglio 2016 (doc. TAF 11 e 12, 14, 15, 17, 19).

I.

Con risposta del 30 giugno 2016, l'UAIE propone la reiezione dell'impugnativa, rinviando alla presa di posizione del SMR del 27 giugno 2016 (doc. TAF 13). In tale rapporto, il dr. C._____ passa in rassegna le critiche esposte dalla patrocinatrice del ricorrente, difendendo il proprio operato e ribadendo, in assenza di elementi oggettivi nuovi, la valutazione già esposta nel rapporto finale SMR del 20 ottobre 2015 (doc. 37). In concreto, la documentazione medica prodotta attesta uno stato valetudinario già noto all'amministrazione (doc. TAF 13).

J.

Replicando, in data 3 ottobre 2016 (doc. TAF 21), l'assicurato si è sostanzialmente riconfermato nelle motivazioni e nelle conclusioni già esposte nei precedenti memoriali. Ha inoltre prodotto recenti e inediti accertamenti medici, di cui si dirà nei considerandi in diritto.

K.

Dopo aver sottoposto la nuova documentazione al proprio SMR, che nel rapporto del 14 novembre 2016 ha ritenuto la stessa non suscettibile di modificare le conclusioni espresse in precedenza, l'UAIE ha duplicato il 23 novembre 2016, indicando di mantenere la richiesta di reiezione del ricorso (doc. TAF 25).

L.

Sono seguite ulteriori osservazioni del 2 gennaio 2017 dell'interessato (doc. TAF 27) e la presa di posizione dell'autorità inferiore (doc. TAF 30) con cui le parti si sono sostanzialmente riconfermate nelle proprie antitetiche posizioni.

M.

Mediante ordinanza del 10 luglio 2017 (doc. TAF 32) questo Tribunale ha stralciato dai ruoli il rapporto SMR del 15 marzo 2016 riguardante un assicurato terzo, erroneamente integrato dall'autorità inferiore al fascicolo di documenti di cui al doc. TAF 3.

Diritto:**1.**

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

1.2 Secondo l'art. 3 lett. d^{bis} PA, a cui rinvia l'art. 37 LTAF, la procedura in materia di assicurazioni sociali non è disciplinata dalla PA, nella misura in cui è applicabile la LPGGA (RS 830.1). In conformità con l'art. 2 LPGGA, 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 LPGGA sono applicabili all'assicurazione per l'invalidità (art. 1a-26^{bis} e 28-70), sempreché la LAI non deroghi alla LPGGA.

1.3 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 LPGGA, nonché l'art. 52 cpv. 1 PA) e l'acconto spese è stato regolarmente saldato (doc. TAF 11, 12, 14, 15, 17).

2.

2.1 Il ricorrente è cittadino di uno Stato membro della Comunità europea, per cui è applicabile, di principio, l'ALC (RS 0.142.112.681), entrato in vigore il 1° giugno 2002.

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 in particolare che le parti contraenti appli-

cano tra di loro, nel campo del coordinamento dei sistemi di sicurezza sociale, gli atti giuridici di cui alla sezione A dello stesso allegato, comprese eventuali loro modifiche o altre regole equivalenti ad essi (art. 1 ch. 1) ed assimila la Svizzera, a questo scopo, ad uno Stato membro dell'Unione europea (art. 1 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.

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 premesso, 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).

2.5 Il regolamento (CE) n. 883/2004 è stato inoltre ulteriormente modificato dal regolamento (CE) n. 465/2012 del Parlamento europeo e del Consiglio del 22 maggio 2012, ripreso dalla Svizzera a decorrere dal 1° gennaio 2015 (cfr. sentenza del TF 8C_580/2015 del 26 aprile 2016 consid. 4.2 con rinvii).

3.

3.1 Dal profilo temporale si applicano le disposizioni in vigore al momento della realizzazione dello stato di fatto che deve essere valutato giuridicamente o che produce conseguenze giuridiche (DTF 136 V 24 consid. 4.3 e 130 V 445 consid. 1.2 con rinvii, nonché 129 V 1 consid. 1.2). Se le disposizioni legali si sono modificate nel corso del periodo sottoposto ad esame giudiziario, il diritto alle prestazioni si determina secondo le vecchie disposizioni per il periodo anteriore e secondo le nuove a partire della loro entrata in vigore (applicazione pro rata temporis; DTF 130 V 445).

3.2 Nell'evenienza concreta, la decisione impugnata, con cui è stata respinta la richiesta di prestazioni AI del 29 giugno 2015 (cfr. doc. 28), è stata emessa il 2 febbraio 2016. Ne consegue che sono applicabili le modifiche legislative di cui alla 6a revisione in vigore dal 1° gennaio 2012 (RU 2011 5659; FF 2010 1603), pur non comportanti cambiamenti rispetto al diritto precedente in merito alla valutazione dell'invalidità, così come eventuali modifiche entrate in vigore successivamente, ritenuto che il diritto alle prestazioni di invalidità sarebbe sorto al più presto il 1° dicembre 2015 (art. 29 cpv. 1 LAI).

4.

Giova altresì rilevare che il potere cognitivo di questo Tribunale è delimitato dalla data della decisione impugnata, in concreto il 10 novembre 2015. Il giudice delle assicurazioni sociali esamina infatti la decisione impugnata sulla base della situazione di fatto esistente al momento in cui essa è stata resa (DTF 136 V 24 consid. 4.3). Tiene tuttavia conto dei fatti verificatisi posteriormente quando essi possono imporsi quali elementi d'accertamento retrospettivo della situazione anteriore alla decisione stessa (DTF 129 V 1 consid. 1.2 e 121 V 362 consid. 1b), in altri termini se gli stessi sono strettamente connessi all'oggetto litigioso e se sono suscettibili di influire sull'apprezzamento del giudice al momento in cui detta decisione litigiosa è stata resa (cfr. sentenze del TF 8C_278/2011 del 26 luglio 2011 consid. 5.5, nonché 9C_116/2010 del 20 aprile 2010 consid. 3.2.2; DTF 118 V 200 consid. 3a in fine).

5.

Il TAF applica il diritto d'ufficio, senza essere vincolato in nessun caso dai motivi del ricorso (art. 62 cpv. 4 PA). In virtù dell'art. 12 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 i fatti determinanti per la soluzione della controversia, assume le prove necessarie e le valuta liberamente. Le parti sono tenute a cooperare all'accertamento dei fatti (art. 13 PA) ed a motivare il proprio ricorso (art. 52 PA). Ne consegue che l'autorità

di ricorso adita si limita di principio ad esaminare le censure sollevate, mentre le questioni di diritto non invocate dalle parti solo nella misura in cui queste emergono dagli argomenti delle parti o dall'incarto (DTF 122 V 157 consid. 1a; 121 V 204 consid. 6c e sentenza del TAF C-6034/2009 del 20 gennaio 2010 consid. 2).

6.

Oggetto del contendere, è la mancata assegnazione di una rendita di invalidità al ricorrente.

6.1 A mente di quest'ultimo il caso è stato, da un lato, istruito in maniera lacunosa e parziale dall'amministrazione, che non ha tenuto conto dell'insieme delle patologie ed ha fondato la decisione impugnata sulle sole valutazioni del dr. C. _____, medico per altro sprovvisto di specializzazione. Dall'altro, a fronte della copiosa documentazione medica versata agli atti, l'insorgente ritiene oltremodo dimostrata la presenza di un discapito economico conseguente al danno alla salute e dunque la necessità di riconoscere il diritto ad una rendita di invalidità (senza tuttavia precisarne la graduazione).

6.2 Dal canto suo l'autorità inferiore, ritenendo il caso sufficientemente indagato e non intravedendo elementi oggettivi suscettibili di mettere in dubbio la valutazione del proprio servizio medico, ha respinto la richiesta di prestazioni, dal momento che il discapito economico dell'assicurato (8%), calcolato sulla base di un'attività di sostituzione esigibile, alla luce dei limiti funzionali, non risulta essere sufficiente per riconoscere il diritto ad almeno un quarto di rendita di invalidità (40%).

7.

7.1 In via preliminare, l'insorgente lamenta la violazione del diritto di essere sentito nella misura in cui le motivazioni addotte nella decisione impugnata sarebbero manifestamente insufficienti per comprendere le ragioni poste alla base del provvedimento, segnatamente laddove l'amministrazione si riferisce a degli "atti in nostro possesso", che l'interessato non ha mai visto, nonostante già esistessero al momento dell'adozione della decisione impugnata.

7.2

7.2.1 Il diritto di essere sentito, sancito dall'art. 29 cpv. 2 Cost., garantisce all'interessato il diritto di esprimersi prima che sia resa una decisione sfavorevole nei suoi confronti, il diritto di prendere visione dell'incarto, la facoltà di offrire mezzi di prova su fatti suscettibili di influire sul giudizio, di esigerne l'assunzione, di partecipare alla loro assunzione e di potersi esprimere sulle relative risultanze, nella misura in cui esse possano influire sulla decisione (DTF 135 II 286 consid. 5.1 con rinvii; 122 V 157 consid. 1a; sentenze del TF 4A_35/2010 del 19 maggio 2010 e 8C_321/2009 del 9 settembre 2009). Tale garanzia non serve solo a chiarire i fatti, bensì rappresenta anche un diritto individuale di partecipare alla pronuncia di una decisione mirata sulla persona in quanto tale. Il diritto di essere sentito è quindi da un lato, il mezzo d'istruzione della causa, dall'altro un diritto della parte di partecipare all'emanazione della decisione che concerne la sua situazione giuridica. Garantisce quindi l'equità del procedimento (Adelio Scolari, *Diritto amministrativo, Parte generale*, 2002, n. 483 seg. con rinvii; Häfelin/Haller/Keller, *Schweizerisches Bundesstaatsrecht*, 8. ed., 2012, n. 835).

7.2.2 Il diritto di essere sentito è previsto, nella procedura amministrativa federale, agli art. 26-28 PA (diritto di esaminare gli atti), agli art. 29-33 PA (diritto di essere sentito stricto sensu). In materia di assicurazioni sociali, all'art. 42 LPGA (diritto di essere sentito stricto sensu) e, infine, per quanto riguarda la procedura di preavviso, all'art. 57a cpv. 1 LAI il quale stabilisce che l'Ufficio AI comunica all'assicurato, per mezzo di un preavviso, la decisione prevista in merito alla domanda di prestazione o alla soppressione o la riduzione della prestazione già assegnata, l'assicurato ha diritto di essere sentito conformemente all'art. 42 LPGA.

7.2.3 Detto diritto, così come quello di consultare gli atti (DTF 132 V 387 consid. 5.2), è una garanzia di natura formale, la cui violazione implica, di principio, l'annullamento della decisione, indipendentemente dalle possibilità di successo del ricorso nel merito (DTF 134 V 97; 132 V 387 consid. 5.1 con rinvii). Restano tuttavia riservati nella prassi i casi in cui la violazione è leggera e può essere sanata dinanzi ad un'autorità che dispone di pieno potere d'esame e meglio che può esaminare la decisione sia da un punto di vista del diritto che dei fatti. Il rinvio degli atti all'autorità inferiore, affinché questa proceda a sanare la violazione del diritto di essere sentito, avviene quindi quando si è in presenza di una grave violazione della garanzia procedurale. È tuttavia possibile prescindere da un rinvio se l'operazione si esaurirebbe in uno sterile esercizio procedurale e procrastinerebbe inutilmente il processo in contrasto con l'interesse della parte - di pari

rango del diritto di essere sentito - di essere giudicata celermente (DTF 132 V 387 consid. 5.1).

La censura va quindi esaminata prioritariamente dall'autorità di ricorso (DTF 127 V 431 consid. 3d/aa; 124 I 49 consid. 1).

7.3

7.3.1 Nella procedura d'audizione di cui all' art. 57a LAI, l'amministrazione deve sottoporre all'interessato il rapporto del medico del SMR. In caso contrario incorre in una violazione del diritto di essere sentito (sentenze del TF 8C_424/2008 del 16 settembre 2008 consid. 2.2; 8C_102/2007 del 25 ottobre 2007 consid. 3.2; I 211/06 del 22 febbraio 2007 consid. 5.4.2).

7.3.2 Se un atto è, senza alcun dubbio, un elemento fondamentale per la pronuncia della decisione su opposizione, la mancata trasmissione, prima dell'emanazione della decisione su opposizione e quindi anche precedentemente alla pronuncia della decisione emanata nell'ambito della procedura di audizione in materia di assicurazione invalidità, costituisce una grave violazione del diritto di essere sentito, che non può essere sanata (cfr. in questo senso DTF 132 V 387 consid. 5.2).

Se, infine, è vero che una parte deve, di principio, formulare una domanda per ottenere il diritto di consultare gli atti (art. 8 cpv. 1 LPGA), è pur vero che ciò presuppone che essa venga informata dell'assunzione di nuovi atti decisivi, che non conosce e nemmeno può conoscere (DTF 132 V 387 consid. 6.2).

7.3.3 Il diritto di accesso agli atti dell'incarto (cfr. DTF 132 II 485 consid. 3.2) – ovvero di consultare elementi probatori – presuppone unicamente che le parti siano a conoscenza delle prove prodotte e che le stesse siano a disposizione di coloro che le richiedono (cfr. DTF 128 V 272 consid. 5b/bb in fine e DTF 112 Ia 202 consid. 2a.). Detta garanzia non comprende il diritto di consultare tutto l'incarto, bensì unicamente gli atti che posso avere un'incidenza sull'esito della procedura. Giusta l'art. 26 PA – che riprende essenzialmente i principi giurisprudenziali (cfr. Moor/Poltier, op. cit., no. 2.2.7.6, pag. 327) – la parte o il suo rappresentante ha il diritto di esaminare alla sede dell'autorità statuyente o d'una autorità cantonale, designata da questa, le memorie delle parti o le osservazioni delle autorità (lett. a), tutti gli atti adoperati come mezzi di prova (lett. b), le copie delle decisioni notificate (lett. c). Secondo tale norma, il diritto di consultare gli atti si estende a tutti gli atti rilevanti per l'esito della procedura, ovvero tutti gli atti che

l'autorità prende in considerazione per motivare la propria decisione (cfr. DTF 132 II 485 consid. 3.2, DTF 121 I 225 consid. 2a e DTF 119 la 139 consid. 2b).

7.4 Va pure evidenziato che giusta l'art. 49 cpv. 3 seconda frase LPGa le decisioni devono essere motivate se non corrispondono interamente alle richieste delle parti. Dal diritto di essere sentito di cui all'art. 29 cpv. 2 Cost. deriva infatti l'obbligo per l'autorità di motivare le proprie decisioni. Esso ha lo scopo, da un lato, di porre la persona interessata nelle condizioni di afferrare le ragioni poste a fondamento della decisione, di rendersi conto della portata del provvedimento e di poterlo impugnare con cognizione di causa, e, dall'altro, di permettere all'autorità di ricorso di esaminare la fondatezza della decisione medesima. Ciò non significa tuttavia che l'autorità sia tenuta a pronunciarsi in modo esplicito ed esaustivo su tutte le argomentazioni addotte; essa può occuparsi delle sole circostanze rilevanti per il giudizio, atte ad influire sulla decisione (DTF 129 I 232 consid. 3.2 pag. 236; 126 I 97 consid. 2b pag. 102; 125 II 369 consid. 2c pag. 372).

7.5

7.5.1 Nel caso concreto, occorre riconoscere che l'UAIE si è pronunciato sul diritto alla rendita dell'assicurato senza indicare né trasmettere gli atti sui quali ha fondato la propria decisione, limitandosi a far riferimento a "atti in nostro possesso". La stessa formulazione era stata utilizzata nel progetto di decisione del 3 dicembre 2015 (doc. 42 p. 2) a cui l'interessato non si era tuttavia opposto, né aveva in tale contesto preteso chiarimenti. Tale circostanza, alla luce della suesposta giurisprudenza, configura chiaramente una violazione del diritto di essere sentito.

Ad ogni buon conto, il rapporto finale SMR del dr. C. _____ del 20 ottobre 2015 (doc. 37) su cui si è fondato l'UAIE per rifiutare il diritto alla rendita, nonché il resto della documentazione medica raccolta nel corso dell'istruttoria amministrativa, sono stati trasmessi al ricorrente dal TAF ancor prima della risposta di causa (doc. TAF 3-4). In pendenza di lite l'insorgente è pertanto venuto a conoscenza del contenuto dell'atto a cui fa riferimento l'amministrazione nella decisione impugnata (doc. 43 p. 2) ed ha potuto esprimersi esaustivamente tramite un complemento al ricorso (doc. TAF 6) che è poi stato trasmesso unitamente all'atto ricorsuale all'autorità inferiore per la risposta di causa. In simili circostanze, ai sensi della giurisprudenza suesposta, la violazione del diritto di essere sentito può essere considerata sanata, non avendo per altro l'insorgente patito alcun pregiudizio procedurale. A maggior ragione considerato che quest'ultimo, mostrando il giusto

grado di diligenza, avrebbe senz'altro potuto accedere agli atti (medici ed economici) prima della decisione impugnata, facendone richiesta all'amministrazione nel termine per le osservazioni al progetto di decisione del 3 dicembre 2015 (doc. 42), trascorso invece infruttuosamente.

Ciò non toglie tuttavia che all'amministrazione incombe l'obbligo di indicare precisamente gli atti su cui fonda la propria decisione allegandoli già al progetto di decisione e, nel caso ve ne fossero dei nuovi, alla decisione impugnata.

7.5.2 Riguardo alla seconda critica formale mossa dal ricorrente, questo Tribunale riconosce che, per quanto concerne gli elementi economici ritenuti dall'amministrazione, la motivazione contenuta nella decisione risulta effettivamente piuttosto approssimativa. Manca in particolare l'indicazione relativa ai redditi di riferimento (da valido e da invalido) per determinare il grado di invalidità come pure a un'eventuale riduzione del reddito da invalido in ragione delle particolari circostanze personali e professionali del caso (DTF 126 V 75). Informazioni che, tuttavia, figurano già agli atti, unitamente alla valutazione dell'invalidità e il metodo di calcolo applicato per il raffronto dei redditi (doc. 41). Ora, sebbene il ricorrente abbia potuto apprendere soltanto dopo la risposta di causa – con la trasmissione dell'incarto completo da parte di questo Tribunale (doc. TAF 18) – le motivazioni economiche e la valutazione dell'invalidità eseguita dall'UAIE, è pur vero che a tale incarto, essendo rappresentato da un legale, egli avrebbe potuto accedere sin dal deposito del ricorso (ma anche prima), formulando una semplice richiesta in tal senso all'amministrazione. Si osserva, oltretutto, che né in sede di replica (doc. TAF 21), né nelle ulteriori osservazioni (doc. TAF 27), sono state sollevate specifiche contestazioni relative all'indagine economica eseguita dall'amministrazione – in relazione alle attività da valido e da invalido, ai dati statistici ritenuti, alla riduzione sociale operata, al grado di invalidità calcolato, ecc. – ma solo contestazioni circostanziali, nonostante la patrocinatrice dell'insorgente abbia avuto ampiamente modo di chinarsi sulla questione. Alla luce della piena cognizione di cui dispone il Tribunale adito, il ricorrente sarebbe infatti stato in misura di contestare senza limitazione alcuna la posizione assunta dall'autorità inferiore, nonché di produrre, fino all'emissione della sentenza, nuove prove, quali atti medici ed economici, a sostegno della propria tesi. In tali condizioni, l'eventuale violazione del diritto di essere sentito ai sensi dell'art. 49 cpv. 3 LPGGA e dell'art. 29 cpv. 2 Cost. fed, va in ogni caso considerata sanata pendente causa di ricorso.

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'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%.

8.3 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'Accordo bilaterale, 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 dell'UE (DTF 130 V 253 consid. 2.3). Dopo l'entrata in vigore dei nuovi regolamenti (CE) n. 883/2004 e n. 987/2009, i cittadini svizzeri e dell'Unione europea che presentano un grado d'invalidità del 40% almeno, hanno diritto ad un quarto di rendita in applicazione dell'art. 28 cpv. 1 LAI indipendentemente dal loro domicilio e residenza (art. 4 del regolamento [CE] n. 883/04).

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 LPGGA).

8.5 La nozione d'invalidità di cui all'art. 4 LAI e 8 LPGGA è un concetto di carattere economico-giuridico e non medico (DTF 116 V 246 consid. 1b e 110 V 273; v. pure sentenze del TF 8C_636/2010 del 17 gennaio 2011 consid. 3 e 9C_529/2008 del 18 maggio 2009). In base all'art. 16 LPGGA, 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 (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). 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.

9.

9.1 Giusta il principio inquisitorio, che regge la procedura in materia di assicurazioni sociali (art. 43 LPGGA), l'amministrazione deve intraprendere d'ufficio gli accertamenti necessari 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).

9.2 Al fine di poter graduare l'invalidità, l'amministrazione (o il giudice in caso di ricorso) deve disporre di documenti rassegnati dal medico o eventualmente da altri specialisti, il compito del medico consistendo nel porre un giudizio sullo stato di salute, nell'indicare in quale misura e in quali attività l'assicurato è incapace al lavoro come pure nel fornire un importante elemento di giudizio per determinare quale sforzo si può ancora esigere da un assicurato, tenuto conto della sua situazione personale (DTF 125 V 256 consid. 4 pag. 261; 115 V 133 consid. 2 pag. 134; 404 consid. 2; 114 V 310 consid. 3c pag. 314; 105 V 156 consid. 1 pag. 158).

9.3 Spetta in seguito al consulente professionale, avuto riguardo alle indicazioni sanitarie, valutare quali attività professionali siano concretamente ipotizzabili (sentenza del TF 9C_13/2007 del 31 marzo 2008 consid. 3).

9.4 Quanto alla valenza probatoria di un rapporto medico, determinante, secondo la giurisprudenza, è che i punti litigiosi importanti siano stati oggetto di uno studio approfondito, che il rapporto si fondi su esami completi, che consideri parimenti le censure espresse, che sia stato approntato in piena conoscenza dell'incarto (anamnesi), che la descrizione del contesto medico sia chiara e che le conclusioni del perito siano ben motivate. Determinante quindi per stabilire se un rapporto medico ha valore di prova non è tanto né l'origine del mezzo di prova, né la denominazione, ad esempio, quale perizia o rapporto (DTF 134 V 231 consid. 5.1 pag. 232; 125 V 351 consid. 3a pag. 352; 122 V 157 consid. 1c pag. 160; HANS-JAKOB MOSIMANN, Zum Stellenwert ärztlicher Beurteilungen, in: Aktuelles im Sozialversicherungsrecht, 2001, pag. 266). Nella sentenza pubblicata in VSI 2001 pag. 106 segg. questa Corte ha però ritenuto conforme al principio del libero apprezzamento delle prove (art. 40 PC e art. 19 PA, art. 95 cpv. 2, art. 113 e 132 OG) definire delle direttive in relazione alla valutazione di determinate forme di rapporti e perizie.

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

9.6 Non va infine dimenticato che se vi sono dei rapporti medici contraddittori il giudice non può evadere la vertenza senza valutare l'intero materiale e indicare i motivi per cui si fonda su un rapporto piuttosto che su un altro (sentenza del Tribunale federale delle assicurazioni I 673/00 dell'8 ottobre 2002). Al riguardo va tuttavia precisato che non si può pretendere dal giudice che raffronti i diversi pareri medici e parimenti esponga correttamente da un punto di vista medico, come farebbe un perito, i punti in cui si evidenziano delle carenze e qual è l'opinione più adeguata (sentenza del Tribunale federale I 166/03 del 30 giugno 2004 consid. 3.3).

10.

10.1 Nel caso concreto, unitamente alla domanda di prestazioni, l'interessato ha prodotto numerosi referti medici.

10.1.1 Per le problematiche alla colonna cervicale e agli arti superiori, segnatamente gli accertamenti neurologici esperiti in occasione del ricovero dal 18 al 23 maggio 2012 presso E. _____ (di cui figurano solo rapporti parziali sub doc. 1 e doc. 22, ma che sono stati allegati per intero in sede di ricorso, cfr. doc. TAF 1 sub doc. 19-20) e la lettera di dimissioni dalla

degenza riabilitativa che ne è seguita dal 23 al 30 maggio 2012, nella quale è stata posta la diagnosi di “deficit sterico dell’arto superiore destro, spondilodiscoartrosi cervicale con ernie discali C3-C4, C4-C5, C5-C6, riserva per malattia del motoneurone, esofagite da reflusso, pregressa angina da sforzo, ateromasia carotidea non stenosante” (doc. 23).

Un esame RM del rachide cervicale e del gomito destro, eseguito il 7 giugno 2014 dal dr. F._____, specialista radiologo (doc. 2), al quale sono seguiti il rapporto ortopedico del 21 giugno 2014 del dr. G._____, specialista in ortopedia (doc. 3) e il rapporto neurochirurgico del 26 giugno 2014 del dr. H._____, specialista in neurochirurgia (doc. 4) nel quale, oltre agli accertamenti neurologici del 2012 (vedi sopra), è stato anche segnalato un esame RM dell’encefalo, che si presume essere quello del 21 gennaio 2011 prodotto dal ricorrente (doc. 21), attestante una situazione invariata rispetto a quella già riscontrata nella precedente indagine strumentale del 31 ottobre 2007 (doc. 19). Entrambi gli specialisti, nei rispettivi rapporti, hanno riferito la presenza di ernie discali multiple oltre che problematiche al braccio e alla spalla destra a seguito di un evento traumatico (di cui non vi è traccia agli atti) e hanno prescritto una terapia medicamentosa. Il dr. G._____ ha indicato una prognosi di guarigione in sette giorni un periodo di inabilità lavorativa di pari durata. Il dr. H._____ dal canto suo non ha escluso l’opzione chirurgica (pur non indicando se per le problematiche erniarie o per quelle al braccio destro) e ha consigliato l’esecuzione di ulteriori accertamenti strumentali.

Sono dunque stati eseguiti da parte del dr. I._____, la cui specializzazione non è nota, gli esami di TAC cervicale del 16 luglio 2014 (doc. 5) e di RM cervico-dorsale del 26 settembre 2014 (doc. 8) che hanno mostrato la presenza di diffuse alterazioni degenerative in sede cervicale e la presenza di lieve debordamento in sede C3-6. È stato inoltre eseguito il 20 novembre 2014 un esame elettromiografico agli arti superiori, dal quale è emerso “un netto danno neurogeno di tipo assonale cronico nel bicipite e deltoide destro e, in minor misura, nel bicipite sinistro, estensore comune dita e I° interosseo dorsale destro da sofferenza radicolare C5-C6-C7-C8 (specie in C5-C6 di destra)”, nonché una sindrome da tunnel carpale bilaterale di modesta entità (doc. 9).

È seguito il rapporto del 5 gennaio 2015 del dr. J._____, specialista in neurologia, che, preso atto dell’esame EMG del 20 novembre 2014, ha prescritto una nuova terapia farmacologica e consigliato un periodico controllo EMG, non è per contro stato consigliato alcun periodo di inabilità lavorativa (doc. 10).

10.1.2 Per le problematiche lombari è stato assunto un esame RM e RX alla colonna lombosacrale del 4 luglio 2007 eseguito dal dr. K._____, la cui specializzazione non è nota, attestante modeste protrusioni discali circonferenziali in zona L2-L5 con tendenza a impiegare i recessi laterali (doc. 17). Problematica rimasta invariata anche in occasione dell'esame RM del rachide lombosacrale del 18 luglio 2014 da parte del dr. F._____. (doc. 6).

10.1.3 Per le problematiche internistiche e urologiche è stata eseguita un'ecografia addominale del 5 agosto 2014 a cura del dr. F._____, specialista in radiologia, dalla quale non è emerso nulla di rilevante a carico degli organi interni (doc. 7 p. 2) e un'ecografia della prostata transrettale, eseguita lo stesso giorno a cura dello stesso medico, che ha indicato un lieve aumento di volume della prostata e la presenza di grossolane calcificazioni in sede centrale e pericentrale (doc. 7 p. 1). A seguito della biopsia prostatica transrettale del 9 febbraio 2015, l'esame istologico condotto dal dr. L._____, specialista in urologia, il 28 marzo 2015 non ha evidenziato la presenza di lesioni significative e non è stato prescritto alcun periodo di inabilità lavorativa (doc. 12).

10.1.4 Per le problematiche agli arti inferiori, va citato l'esame RM dell'11 marzo 2015 alla caviglia destra, che ha mostrato delle lesioni degenerative per le quali non è stato ritenuto necessario procedere ad alcun particolare trattamento (doc. 14).

L'esame RM dell'11 marzo 2015 (doc. 14) a seguito del quale il dr. M._____, specialista in ortopedia, ha eseguito il 22 aprile 2015, in regime di day surgery, un intervento di artroscopia in anestesia locale al ginocchio sinistro con shaving condrale e regolarizzazione del menisco mediale, per il quale è stato dimesso con la prescrizione di 20 giorni di riposo totale (doc. 15-16).

10.1.5 La perizia medica particolareggiata (E 213) del 27 maggio 2015, nella quale la dr.ssa N._____, specialista in medicina e chirurgia, dopo aver visitato l'assicurato ha posto la seguente diagnosi: "spondiloscartrosi cervico-lombare con ernie discali multiple a lieve impegno funzionale. Ateromasia carotidea stenosante. Ipoacusia percettiva bilaterale con udito sociale valido" (doc. 24 p. 7). Dal punto di vista fisico, essa ha constatato una lieve scoliosi del tratto dorso-lombare che tuttavia non impedisce la flessione quasi completa del tronco in avanti, nonché un tono muscolare e una capacità di movimento nella norma (pp. 3-4). Dal profilo professionale, la dr.ssa N._____ ha ritenuto inesigibile la ripresa della precedente attività

di bracciante agricolo segnalando a tal proposito un grado di invalidità del 60%, ai sensi del diritto italiano. In un'attività leggera e adeguata alle sue condizioni fisiche, tuttavia, essa ha considerato l'interessato reinseribile nel mondo lavorativo, con possibilità di eseguire l'attività professionale sia da casa, che sul posto di lavoro, in maniera autonoma (pp. 8-9).

11.

Fondandosi sui summenzionati referti medici, il dr. C._____ del SMR D._____ ha constatato nel rapporto finale del 20 ottobre 2015 (doc. 37) una situazione stabilizzata, pronta per essere definita con una prognosi favorevole, non entrando in linea di conto alcun particolare trattamento medico volto a migliorare la capacità lavorativa. Egli ha in particolare ritenuto, quali diagnosi con influsso sulla capacità lavorativa, la spondiloartrosi con localizzazione vertebrale multipla (M47.90), artrosi al ginocchio sinistro, artrosi alla caviglia destra. Ha per contro ritenuto ininfluenti dal punto di vista lavorativo le diagnosi di ipoacusia e di iperplasia benigna della prostata (doc. 37 p. 2).

Il medico SMR ha quindi attestato che l'interessato, in qualità di dipendente, dal 1° gennaio 2013 presentava un'incapacità lavorativa completa nell'attività abituale di bracciante agricolo, in ragione dei limiti funzionali che impediscono i lavori pesanti e il sollevamento di pesi di massimo 10kg (solo occasionalmente 15kg), mentre dalla stessa data poteva essere considerato interamente abile al lavoro in un'attività sostitutiva più leggera (doc. 37). Il dr. C._____ ha inoltre segnalato che, dandosene il caso, in un'attività agricola indipendente, non soggetta a un obbligo di rendimento orario, che permetta al ricorrente di gestire il proprio tempo secondo le proprie risorse e i propri bisogni, una ripresa lavorativa all'80% sarebbe esigibile, senza particolari rischi per la salute (doc. 37 p. 3).

Unitamente al rapporto SMR è stata allestita una lista esemplificativa delle attività esigibili, segnatamente operaio non qualificato, custode d'immobili, sorvegliante di posteggi o di musei, magazziniere (gestione degli stock), piccole consegne con veicoli, vendita per corrispondenza, varie attività nel commercio al dettaglio e infine attività semplici senza particolari qualifiche amministrative e d'ufficio (doc. 37, pp. 5-6).

12.

12.1 In pendenza di causa, oltre ai documenti già versati agli atti (cfr. consid. 10.1.1-10.1.5), il ricorrente ha esibito nuova documentazione a supporto della propria richiesta, segnatamente:

12.1.1 Il certificato medico del 25 febbraio 2016, nel quale il dr. O._____, medico curante dell'insorgente (cfr. doc. 24) ha elencato una serie di diagnosi, in parte già note, in parte inedite, come quella di "sindrome ansioso depressiva", di "angina da sforzo" e di "coxartrosi bilaterale" (doc. TAF 1 sub doc. 5).

12.1.2 Gli esami del sangue del 15 gennaio 2015, dai quali è possibile evincere la presenza di un livello relativamente elevato di colesterolo (doc. TAF 1 sub doc. 6).

12.2 Nel rapporto SMR del 27 giugno 2016 (allegato al doc. TAF 13), il dr. C._____ ha indicato di non aver riscontrato alcuna sostanziale modifica nei nuovi accertamenti medici rispetto a quanto già indicato nel RAF del 22 ottobre 2015 (doc. 37), ad eccezione dell'insorgenza delle nuove affezioni diagnosticate dal dr. O._____ nel certificato del 25 febbraio 2016, comunque non avvalorate da alcun reperto oggettivo. Esaminando nuovamente i rapporti ospedalieri relativi al ricovero dal 18 al 30 maggio 2012 (doc. 22-23, nuovamente prodotti quali doc. TAF 1 sub doc. 19) il medico del SMR ha tenuto a precisare che un fatto nuovo effettivamente emergeva dall'indagine EMG agli arti superiori del 22 maggio 2012, ossia una leggera sofferenza in territorio radicolare L5 e S1 (di tale esame non vi è traccia agli atti, ma viene citato nel rapporto di cui al doc. 22). Prendendo atto del fatto che i medici curanti, all'epoca, non avevano ritenuto opportuno svolgere alcun accertamento supplementare riguardo a tale problematica – comunque di minima portata – e constatando una situazione sostanzialmente invariata nell'esame EMG del 20 novembre 2014 (doc. 9, nuovamente prodotto quale doc. TAF 1 sub doc. 16), egli ha pertanto ritenuto la stessa ininfluenza sulla capacità lavorativa dell'assicurato in un'attività adatta ai limiti funzionali di cui è portatore (cfr. doc. 37).

Oltre a ciò, il dr. C._____ ha passato in rassegna le numerose critiche esposte dalla patrocinatrice del ricorrente riguardo al rapporto finale del 22 ottobre 2015 (doc. 37) e, difendendo il proprio operato, ha spiegato nel dettaglio le proprie valutazioni. Egli ha in particolare indicato di aver fatto proprie le conclusioni a cui è giunta la dr.ssa N._____ nella perizia E 213 (doc. 24) e chiarito di aver ritenuto unicamente le patologie più importanti, al fine di rendere più comprensibile il proprio referto. In tal senso, egli ha quindi spiegato il motivo per cui numerose affezioni di cui è portatore l'interessato non sono state considerate, non avendo alcun influsso sulla capacità di lavoro in un'attività idonea (allegato al doc. TAF 13 – vedi anche consid. 14.3.2).

12.3 A fronte della richiesta di reiezione del ricorso avanzata dall'autorità inferiore con il memoriale di risposta del 30 giugno 2016 (doc. TAF 13), il ricorrente ha prodotto in sede di replica ulteriore documentazione medica.

Figurano in particolare, il rapporto del laboratorio di microbiologia e virologia dell'8 giugno 2016 (doc. TAF 21 sub all. 5), la relazione del controllo doppler del 9 giugno 2016 (doc. TAF 21 sub all. 4), l'esame RM alla colonna cervicale, dorsale e lombare del 15 giugno 2016 (doc. TAF 21 sub all. 3) e la relazione di dimissione del 17 giugno 2016 del dr. P._____, specialista in neurologia e psichiatria, nella quale ha posto la diagnosi di "neuropatia assonale sensitivo-motoria in corso di definizione; ipertrofia prostatica benigna; stenosi carotidee lieve a destra" e consigliato una valutazione per un eventuale intervento di chirurgia plastica per "asportazione di lipoma all'arto superiore sinistro e in sede sottoascellare a sinistra" (doc. TAF 21 sub all. 2). Infine, l'esame elettromiografico del 19 settembre 2016, risultato nella norma sia per gli arti superiori che per quelli inferiori, sebbene nelle proprie conclusioni la dr.ssa Q._____ abbia indicato la presenza di "lievi segni di neuropatia motoria demielinizzante agli arti inferiori e una riduzione del potenziale sensitivo del nervo mediano ed ulnare di sinistra, da controllare a distanza" (doc. TAF 21 sub all. 1).

12.4 Nell'annotazione del 14 novembre 2016 il dr. C._____, pur estendendo le diagnosi già segnalate in precedenza (cfr. consid. 11) ha sostanzialmente chiarito che nessuno dei nuovi referti permette di influenzare durevolmente la capacità lavorativa o di modificare i limiti funzionali già ritenuti a carico dell'assicurato. Di conseguenza si è interamente riconfermato nelle proprie conclusioni nel rapporto finale del 20 ottobre 2015 (allegato al doc. TAF 25).

13.

13.1 L'art. 59 cpv. 2^{bis} LAI ricorda che i servizi medici regionali sono a disposizione degli uffici AI per valutare le condizioni mediche del diritto alle prestazioni, stabiliscono la capacità funzionale dell'assicurato - determinante per l'AI secondo l'art. 6 LPGGA - di esercitare un'attività lucrativa o di svolgere le mansioni consuete in una misura ragionevolmente esigibile e sono indipendenti per quanto concerne le decisioni in ambito medico nei singoli casi. Scopo e senso dell'art. 59 cpv. 2^{bis} LAI, come pure dell'art. 49 OAI risiedono nella possibilità, per gli uffici AI, di fare capo ai propri medici per la valutazione degli aspetti sanitari del diritto alla rendita. Questi ultimi, grazie alle loro specifiche conoscenze medico-assicurative, sono quindi

chiamati a valutare la capacità funzionale della persona assicurata. In questo modo è stata creata una chiara separazione di competenze tra medici curanti e assicurazione sociale. Sulla base delle indicazioni del SMR, l'UAI deve così decidere cosa si può ragionevolmente pretendere da un assicurato e cosa invece no (sentenza del TF 9C_9/2010 del 29 settembre 2010 consid. 2). Peraltro, i rapporti SMR hanno la funzione di effettuare una sintesi delle informazioni e degli esami medici di cui agli atti di causa e formulare delle raccomandazioni quanto al seguito da dare all'incarto da un punto di vista medico (sentenza del TF 9C_542/2011 del 26 gennaio 2012 consid. 4.1). Per poter loro attribuire pieno valore probatorio, i rapporti dei servizi medici regionali devono essere redatti da medici che dispongono delle qualifiche specialistiche richieste nel singolo caso di specie. Se ciò non è il caso, il loro valore probatorio è affievolito (sentenza del TF 9C_826/2009 del 20 luglio 2010 consid. 4.2).

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

13.3 Al riguardo va in particolare rilevato che se è vero che nelle procedure concernenti l'assegnazione o il rifiuto di prestazioni di assicurazioni sociali non sussiste un diritto formale di essere sottoposto a perizia medica esterna da parte dell'ente assicuratore, un tale provvedimento (o perlomeno accertamenti complementari) deve tuttavia essere ordinato qualora sussistano anche solo dubbi minimi riguardo l'attendibilità e la concludenza delle attestazioni mediche interne dell'assicurazione (DTF 135 V 465 consid. 4, nel caso in esame un rapporto interno all'INSAI).

14.

14.1 Come indicato sopra, la valutazione del dr. C._____ contenuta nel rapporto finale SMR del 20 ottobre 2015 (doc. 37) si fonda sostanzialmente sugli atti medici prodotti dal ricorrente (cfr. consid. 10.1.1-10.1.5), fra i quali figurano numerosi esami strumentali nonché pareri specialistici relativi alle differenti problematiche lamentate dall'assicurato, oltre alla perizia medica particolareggiata E 213 del 27 maggio 2015 della dr.ssa N._____.

Sebbene il dr. C._____ non disponga di una specializzazione in alcuno specifico campo medico, contrariamente a quanto sostiene il ricorrente ciò non toglie legittimità o valenza al rapporto da lui stilato. Come indicato nella giurisprudenza citata, il SMR è sostanzialmente incaricato di fornire all'amministrazione una sintesi delle indicazioni mediche contenute nei differenti reperti medici assunti nel corso dell'istruttoria e, in caso di bisogno, proporre ulteriori accertamenti specialistici volti ad indagare determinati aspetti ancora inesplorati. Nella fattispecie, tali complementi di istruttoria non erano necessari, dal momento che questi erano già stati esperiti privatamente dal ricorrente e ampiamente prodotti all'inizio della procedura amministrativa, unitamente alla perizia particolareggiata E 213, redatta a seguito della visita medica del 27 maggio 2015 (doc. 24 p. 2). Dalla documentazione prodotta non emergono contraddizioni riguardo alle diagnosi e ai disturbi lamentati dall'insorgente, né tantomeno vi sono richieste da parte dei medici curanti di indagare ulteriormente determinate problematiche. Non era di conseguenza necessario selezionare in seno al SMR un medico specializzato in un determinato ambito della medicina. Né tantomeno era necessario incaricarlo dopo la valutazione del caso da parte del dr. C._____, non avendone questi fatto domanda e non essendovi motivo di credere che quest'ultimo, dotato di una formazione quale medico perito SIM, non disponesse di tutte le informazioni necessarie per valutare lo stato di salute e la capacità lavorativa dell'insorgente.

14.2

14.2.1 D'altro canto, il medico del SMR ha fatto sostanzialmente proprie le conclusioni cui è giunta la dr.ssa N._____ nella perizia E 213 (doc. 24). Ciò a valere per le diagnosi e le patologie invalidanti, come pure per le valutazioni inerenti la capacità lavorativa dell'assicurato, sulla quale – per altro – nessun altro medico o specialista consultato dall'interessato si era espresso in precedenza.

14.2.2 Si rammenta che la dr.ssa N. _____ aveva considerato inesigibile la ripresa a tempo pieno dell'abituale attività dipendente di bracciante agricolo, stimando "un'invalidità parziale del 60%" ai sensi del diritto italiano. Ritenuto che la prassi nell'ambito delle assicurazioni sociali italiane può divergere nella terminologia da quella svizzera, l'indicazione di tale invalidità parziale da parte della dr.ssa N. _____ – esposta sulla base di una valutazione medica e non economica (cfr. consid. 7.5) – andrebbe piuttosto interpretata quale inabilità lavorativa nella misura del 60% nella surriferita attività. Circostanza questa che troverebbe conferma nelle dichiarazioni del datore di lavoro presso il quale l'assicurato ha svolto per anni l'attività di bracciante agricolo stagionale, che nel rapporto del 23 settembre 2015 (doc. 33 p. 7) ha segnalato proprio il calo di rendimento come problematica correlata all'insorgere dei disturbi attestati dai certificati medici.

Dal canto suo, il dr. C. _____, non soltanto ha seguito il parere della collega italiana, ma ha esposto una valutazione ancor più favorevole al ricorrente, considerando quest'ultimo completamente inabile nell'attività dipendente di bracciante agricolo. Analogamente alla dr. N. _____, il dr. C. _____ ha invece ritenuto l'interessato completamente abile al lavoro in un lavoro adeguato alle sue condizioni di salute, precisando che lo stesso sarebbe esigibile già a partire dal 1° gennaio 2013 (cfr. doc. 24 p. 9 e doc. 37 p. 2).

14.2.3 Il parere del dr. C. _____ coincide con la perizia E 213 anche riguardo ai limiti funzionali di cui l'assicurato è portatore, che gli consentono di svolgere attività prevalentemente leggere (dunque con carico di massimo 10kg) e solo occasionalmente al limite inferiore delle attività medio pesanti (15kg), a tempo pieno, sia da casa che sul posto di lavoro (doc. 24 pp. 7-9 e doc. 37 p. 3). In aggiunta a quanto indicato dalla collega, il medico SMR ha inoltre escluso le attività da eseguirsi su terreni accidentati, richiedenti posizione inginocchiata o accovacciata, o l'utilizzo di scale o piani inclinati (doc. 37 p. 3).

14.2.4 La dr.ssa N. _____ non si esprime per contro, in merito alla valutazione dell'attività di agricoltore indipendente svolta in nero dall'assicurato al di fuori dell'attività stagionale (vendita dei propri ortaggi cfr. doc. 35-36), che il dr. C. _____ ha ritenuto eventualmente esigibile nella misura dell'80%, non essendo sottoposto l'assicurato a particolari obblighi di rendimento orario e potendo gestire il proprio tempo a seconda del bisogno (doc. 37 p. 3). Ciò posto, alla luce dell'esigua entità delle entrate provenienti dall'attività indipendente (doc. 39) e in ossequio dell'obbligo di ridu-

zione del danno, occorre attenersi piuttosto alla valutazione dell'abilità lavorativa indicata dai medici nel contesto dell'attività dipendente (cfr. consid. 13.2.1). Del resto la differenza fra l'attività di agricoltore e di bracciante agricolo è senz'altro sottile.

14.3

14.3.1 Il ricorrente ha infine contestato al dr. C._____ di aver tenuto in conto solo di parte degli accertamenti medici, formulando diagnosi parziali e incomplete.

14.3.2 A tale critica il medico del SMR aveva già risposto per esteso nell'annotazione del 27 giugno 2016 (allegata al doc. TAF 13) spiegando che la diagnosi principale di spondilartrosi, con localizzazione vertebrale multipla (M47.90), riguarda le lesioni degenerative dell'insieme del rachide, dalla nuca ai lombi senza che occorra indicare la problematica riguardante ogni singola vertebra. In tale contesto ha chiarito che l'ernia del disco senza conflitto radicolare, la malattia di Forestier o ancora la modesta lesione a livello degli arti superiori riscontrata mediante esame EMG (senza impatto sulla capacità lavorativa) non vanno considerate come patologie a se stanti, ma possono essere raggruppate appunto sotto la diagnosi principale.

Il dr. C._____ aveva pure fatto presente che, dopo la cinquantina, la totalità dei pazienti sottoposti a un esame radiologico presenta delle modeste degenerazioni senza dirette conseguenze cliniche. A conferma di ciò il dr. C._____ rileva che, nonostante gli esami abbiano mostrato che già prima del 2007 l'insorgente fosse affetto da problematiche di natura degenerativa, queste non hanno mai influito sulla sua capacità lavorativa o sul rendimento.

Infine, aveva spiegato che non è necessario soffermarsi o approfondire diagnosi secondarie come la sindrome da tunnel carpale, esofagite da reflusso, diminuzione moderata dell'udito, o ancora l'ateromasia carotidea non stenosante senza effetto emodinamico, dal momento che le stesse non hanno alcun influsso sulla capacità lavorativa (cfr. doc. TAF 13).

14.4 Nel successivo rapporto del 14 novembre 2016, il dr. C._____, ha valutato e preso dettagliatamente posizione su ognuno dei cinque nuovi reperti, estendendo le diagnosi già ritenute in precedenza (cfr. consid. 11). In tal senso è stata inserita fra le affezioni con effetto sulla capacità lavorativa la discreta neuropatia motrice degli arti inferiori rilevata dalla dr.ssa Q._____, mentre sono state ritenute senza ripercussioni sulla capacità

lavorativa le diagnosi di prediabete, di ipercolesterolemia e di danno a carico dei nervi mediano e ulnare sinistro. Pur riconoscendo che da tali atti emergono alcuni fatti nuovi, ha comunque ritenuto che nessuno di questi è suscettibile di influire durevolmente sulla capacità lavorativa, segnalando in particolare che i limiti funzionali riconducibili alla neuropatia dei membri inferiori – inserita fra le diagnosi con ripercussioni sulla capacità di lavoro – confluiscono in quelli già esposti nel rapporto finale del 20 ottobre 2015 (doc. 37), nelle cui conclusioni si è di conseguenza interamente riconfermato (allegato al doc. TAF 25). Del resto tali diagnosi sono state poste dopo la decisione impugnata e pertanto esulano dalla cognizione di questo Tribunale e andrebbero esaminate dall'amministrazione alla luce di una nuova domanda di prestazioni.

14.4.1 Questa Corte ritiene quindi condivisibili le considerazioni esposte dal medico SMR, che, si rammenta, è in primo luogo incaricato di fornire all'amministrazione un'interpretazione delle risultanze mediche, dandole così gli elementi necessari per accertare se il danno alla salute comporta o meno, e se del caso da quando e in che attività, un'inabilità lavorativa. Dal momento che un'affezione non ha impatto sull'attività lavorativa, ai fini assicurativi riveste un interesse marginale. Di conseguenza un rapporto SMR che tratta solo limitatamente una tale affezione non può certo dirsi incompleto o parziale.

Oltre a ciò si osserva che a giusto titolo il dr. C. _____ non ha considerato le nuove diagnosi esposte nel certificato del 25 febbraio 2016 (doc. TAF 1 sub doc. 5) dal dr. O. _____, la cui specializzazione non è nota. Non vi infatti alcun elemento oggettivo, né alcun parere specialistico agli atti a supporto di diagnosi relative a problematiche quali la sindrome ansioso-depressiva, l'angina da sforzo e la coxartrosi bilaterale elencate dal medico curante dell'assicurato. Neppure dal rapporto neurologico del 22 giugno 2015 del dr. P. _____, che si è per lo più soffermato su aspetti neurologici – già noti all'amministrazione – relativi alla colonna cervicale, non emerge in alcun modo l'esistenza di una patologia di origine psichiatrica (cfr. doc. TAF 1 sub doc. 7).

Con richiamo alla giurisprudenza citata sopra (cfr. consid. 12.2), va infine rilevato – vista la critica del ricorrente al riguardo – che l'assenza di un esame clinico diretto da parte del medico estensore del rapporto SMR non costituisce di principio un motivo per metterne in dubbio la validità, nella misura in cui, come nel caso concreto, questo soddisfa le esigenze di forma e contenuto, che per invalsa giurisprudenza permettono di riconoscergli pieno valore probatorio.

15.

In definitiva, alla luce delle considerazioni appena esposte, occorre riconoscere che non vi è alcun documento medico agli atti suscettibile di mettere in dubbio le complete ed esaustive valutazioni del dr. C. _____ riguardo alle numerose affezioni lamentate dall'assicurato. Conto tenuto della copiosa documentazione medica versata agli atti, dalla quale non emergono contraddizioni di sorta, al momento della decisione il caso appariva senz'altro sufficientemente indagato e pronto per la definizione. È dunque a giusto titolo che l'autorità inferiore non ha ordinato ulteriori accertamenti peritali, ritenendo sufficiente il parere esposto dal proprio servizio medico su cui si è fondata la decisione impugnata del 2 febbraio 2016 (doc. 43) che, su questo punto, merita dunque di essere confermata.

16.

16.1 Avendo appurato che, a far tempo dal 1° gennaio 2013 il ricorrente è abile al 100% in un'attività sostitutiva confacente al suo stato di salute, occorre ancora esaminare la conformità del tasso di invalidità calcolato dall'autorità inferiore, contestata dalla rappresentante del ricorrente (doc. TAF 21 consid. D).

16.2 Secondo il metodo generale di comparazione dei redditi (art. 16 LPGA), per valutare il grado di invalidità occorre procedere a un confronto del reddito che l'assicurato conseguiva da valido con quello che lo stesso percepisce, o potrebbe ipoteticamente percepire da invalido.

Secondo l'art. 25 cpv. 1 OAI sono considerati redditi ai sensi dell'art. 16 LPGA i redditi annui presumibili sui quali sarebbero riscossi i contributi disposti dalla LAVS. Se un assicurato esercita sia un'attività indipendente, che un'attività salariata, il suo reddito è determinato tenendo conto dei proventi di entrambe le attività (MICHEL VALTERIO, Droit de l'assurance-veilles et survivants (AVS) e de l'assurance-invalidité (AI), Commentaire thématique, ed. Schulthess, Ginevra/Zurigo/Basilea 2011, p.548, N. 2065).

Il momento determinante per il raffronto dei redditi, è quello in cui dovrebbe insorgere il diritto alla rendita. Pertanto i redditi con e senza invalidità devono essere determinati sulla base delle indicazioni statistiche, valide per lo stesso anno (sentenza del TF I 471/05 del 11 maggio 2006 consid. 3.2) tenendo conto delle modifiche riguardanti tali redditi e suscettibili di influire sul diritto alla rendita fino all'emissione della decisione dell'autorità competente (DRF 129 V 222 consid. 4.1 e i riferimenti ivi citati; MICHEL VALTERIO,

Droit de l'assurance-vieillesse et survivants (AVS) e de l'assurance-invalidité (AI), Commentaire thématique, ed. Schulthess, Ginevra/Zurigo/Basilea 2011, p.548, N. 2063-2064).

La comparazione dei redditi determinanti per valutare il grado di invalidità di un assicurato residente all'estero, deve inoltre essere eseguita sul medesimo mercato del lavoro, posto che la disparità della remunerazione e del costo della vita da un paese all'altro non permette di procedere a una comparazione oggettiva dei redditi in questione (ATF 110 V 273 consid. 4b).

16.3 Nel caso concreto, la valutazione dell'invalidità (doc. 41) eseguita dall'autorità inferiore non appare del tutto allineata alla giurisprudenza appena citata.

Non è innanzitutto corretta la scelta di procedere al raffronto dei redditi basandosi sui dati statistici del 2012. Occorre infatti fare riferimento ai dati dell'anno 2015 (v. DTF 129 V 222), ritenuto che il diritto alla rendita sorgerebbe al più presto il 1° dicembre 2015, ossia sei mesi dopo il deposito della richiesta di prestazioni da parte dell'interessato (art. 29 cpv. 1 e 3 LAI), ricevuta dall'UAIE il 29 giugno 2015 da parte dell'INPS, presso la quale era stata presentata domanda il 18 aprile 2015 (doc. 28).

È inoltre censurabile il ricorso a differenti dati statistici per determinare il reddito da valido e quello da invalido: per il primo l'amministrazione ha utilizzato quelli della tabella (TA1) ISS 2010, mentre per il secondo quelli della tabella ISS 2012, ciò che è contrario ai dettami giurisprudenziali.

Occorre pertanto correggere tali errori e procedere qui di seguito a un nuovo raffronto dei redditi.

16.4

16.4.1 Per determinare il reddito ipotetico conseguibile dalla persona assicurata senza il danno alla salute (reddito da valido), andrebbe, di regola, ritenuto l'ultimo reddito conseguito dalla persona assicurata prima del danno alla salute, se del caso adeguandolo all'evoluzione dei salari. Sol tanto in presenza di circostanze particolari ci si potrà scostare da questo valore ricorrendo ai dati statistici risultanti dall'ISS (v. DTF 134 V 322 consid. 4.1 pag. 325; 129 V 222 consid. 4.3.1 pag. 224 con riferimenti). Ciò che è precisamente giustificato nella fattispecie.

Sebbene agli atti figurino le indicazioni fornite dal datore di lavoro riguardanti l'attività dipendente di bracciante agricolo, che l'interessato svolgeva generalmente fra il 1° settembre e il 31 dicembre (doc. 33), non vi è, per contro, alcuna traccia del provento dell'attività lavorativa indipendente (vendita di ortaggi e prestito di manodopera) che per sua stessa ammissione il ricorrente svolgeva in nero durante il resto dell'anno (doc. 35-36). A tale scopo non pare, infatti, attendibile il conteggio dell'Agenzia delle entrate, le cui indicazioni, a fronte dell'attività non dichiarata, non possono che essere parziali (doc. 39 p. 4). Nell'impossibilità di determinare in maniera concreta il reddito complessivo percepito dall'assicurato senza il danno alla salute e a fronte della difficoltà di fare capo a statistiche complete e attualizzate concernenti le retribuzioni in Italia, è dunque a giusto titolo che l'autorità inferiore ha fatto riferimento ai dati statistici risultanti dall'ISS (doc. 41).

16.4.2 Non pare invece corretta la scelta dell'amministrazione di riferirsi alla tabella ISS 2010, per stabilire il reddito da valido. Al momento dell'emissione della decisione litigiosa, il 2 febbraio 2016, l'UAIE poteva infatti già disporre dei dati del 2012, ritenuto che sono stati pubblicati nel corso del mese di ottobre 2014 (Lettera circolare Al n. 328 dell'Ufficio federale delle assicurazioni sociali [UFAS] del 22 ottobre 2014; sentenze 9C_225/2016 del 14 luglio 2016 consid. 6.3.2 e 9C_767/2015 del 19 aprile 2016 consid. 3.4 con i riferimenti). È dunque alla tabella ISS 2012 che occorre fare capo nell'evenienza concreta, indipendentemente dal fatto che la stessa disponga o meno dei dati statistici riguardanti il settore primario. In assenza di tali dati di riferimento, al fine di stabilire il reddito da valido conseguibile dal ricorrente occorrerà dunque riferirsi a un settore analogo – quantomeno sotto il profilo dell'importo salariale – a quello in cui egli era attivo prima del danno alla salute (a tal proposito si cfr. la sentenza del TF I 869/05 del 26 marzo 2006 consid. 5.2, nella quale a un assicurato di professione pescatore sono stati applicati i dati validi nel settore dell'orticoltura che risultavano più favorevoli). Posto che il reddito ottenibile nel settore primario, alla luce dei dati statistici figuranti nelle tabelle precedenti, è generalmente inferiore a quello conseguibile in uno degli altri due settori di attività, tale modo di procedere risulta senz'altro più favorevole all'assicurato (cfr. sentenza citata), che in un'attività semplice e non qualificata di tipo manuale (livello 1, uomini) nel settore terziario (categoria 45-96) avrebbe potuto percepire nel 2012 un salario medio mensile di fr. 4'760, che riportato su un orario usuale di 41.7 ore settimanali (cfr. La Vie économique, 9-2005, p. 90, B9.2), corrisponderebbe a un salario mensile di fr. 4'962.30 ed annuale di 59'547.60. Sulla scorta dell'indice dei salari nominali valido per gli uomini fra il 2011-2015 (T1.1.10, settore terziario), ne

consegue un reddito da valido indicizzato al 2015 (+0.8% nel 2013, +0.6% nel 2014, +0.2% nel 2015), pari a fr. 60'504.90.

A titolo abbondanziale e puramente comparativo, si osserva infatti che l'applicazione dei dati salariali relativi al reddito conseguibile nel settore primario sarebbe stata più svantaggiosa per l'assicurato dal momento che la tabella ISS 2010 prevedeva, per un'attività semplice e non qualificata (livello 4, uomini) nel settore della silvicoltura (02), un reddito mensile riportato su 42.3 ore settimanali di fr. 4664.65 (= 4'411.- x 42.3 : 40) ed annuale di 55'975.60. Posto che anche per l'indicizzazione dei salari, il TF ha ritenuto necessario fondarsi sui dati statistici disponibili per i settori specifici o quantomeno per analoghi generi di attività (sentenza del TF 8C_155/2016 dell'8 agosto 2016 consid. 4.4, e giurisprudenza citata), occorre nuovamente riferirsi all'indice dei salari nominali valido per gli uomini fra il 2011-2015 (T1.1.10, settore terziario), al fine di indicizzare il reddito da valido nel settore primario al 2015 (+1% nel 2011, +0.8% nel 2012, +0.8% nel 2013, +0.6% nel 2014, +0.2% nel 2015), ottenendo così un importo di fr. 57'903.80, che, seppure lievemente inferiore, non è lontano da quello di fr. 60'504.90 ritenuto in questa sede.

16.5

16.5.1 Per stabilire il reddito da invalido, alla luce delle attività alternative leggere proposte dal servizio medico ed esigibili al 100% dal 1° gennaio 2013, va fatto riferimento a quello ottenibile dall'insorgente in attività semplici e ripetitive secondo la pertinente tabella dell'ISS 2012 (TA1), come correttamente fatto dall'amministrazione. Come indicato in entrata, occorre tuttavia, aggiornare il reddito che ne scaturisce al 2015, anno di riferimento per il raffronto dei redditi, ricorrendo all'indice dei salari nominali valido per gli uomini fra il 2011-2015. Ne discende quindi che da invalido l'assicurato avrebbe potuto percepire nel 2015 un salario medio mensile di fr. 5'608.70 (5'210.-- [TA1 2012, categoria 1, uomini] +0.8% nel 2013, +0.7% nel 2014, +0.3% nel 2015 [T1.1.10, settore totale]), che riportato su un orario usuale di 41.6 ore settimanali, corrisponderebbe a un salario mensile di fr. 5'516.50 ed annuale di fr. 66'197.75.

16.5.2 Questo reddito può essere pure ridotto, al massimo del 25%, per tenere conto dei fattori professionali e personali del caso (DTF 126 V 75).

Se e in quale misura, nel singolo caso, i salari fondati su dati statistici debbano essere ridotti dipende dall'insieme delle circostanze personali e professionali concrete (limitazione addebitabile al danno alla salute, età,

anni di servizio, nazionalità e tipo di permesso di dimora, grado di occupazione), criteri che l'amministrazione è tenuta a valutare globalmente. Il Tribunale federale ha precisato al riguardo che una deduzione globale massima del 25% del salario statistico permette di tenere conto delle varie particolarità suscettibili di influire sul reddito del lavoro. A seconda della loro incidenza infatti, è possibile che la persona assicurata, anche in un mercato del lavoro equilibrato, non sia in grado di realizzare un salario medio sfruttando la capacità lavorativa residua (DTF 126 V 75 consid. 5b/aa in fine). La deduzione non è automatica, ma deve essere valutata di caso in caso e complessivamente, non separatamente, in maniera schematica, sommando i singoli fattori di deduzione, tenendo conto di tutte le circostanze del singolo caso (sentenza del TF 9C_751/2011 del 30 aprile 2012 consid. 4.2.1 e DTF 126 V 75 consid. 5b/aa in fine). Va da sé che i fattori estranei all'invalidità di cui è già stato tenuto conto con il parallelismo dei redditi non possono essere presi in considerazione una seconda volta nell'ambito della deduzione per circostanze personali e professionali (DTF 135 V 297; 134 V 322).

Va aggiunto che è compito dell'amministrazione e, in caso di ricorso, del giudice, motivare l'entità della deduzione, fermo restando che quest'ultimo non può scostarsi dalla valutazione dell'amministrazione senza fondati motivi (DTF 126 V 75 consid. 5b/dd e 6; cfr. pure 129 V 472 che conferma questi principi). Al riguardo va rilevato che quando è chiamato a verificare il potere di apprezzamento esercitato dall'amministrazione (v. art. 37 LTAF in relazione con l'art. 49 PA), per stabilire l'estensione della riduzione da apporre al reddito da invalido, il Tribunale amministrativo federale deve valutare le differenti soluzioni di cui disponevano agli organi esecutivi dell'Al e domandarsi se una deduzione più o meno elevata fosse maggiormente appropriata e quindi si imponga per un valido motivo, senza tuttavia sostituire il proprio apprezzamento a quello dell'amministrazione (DTF 137 V 71 consid. 5.2; sentenze del TF 9C_273/2011 del 27 gennaio 2012 consid. 1.3, 9C_280/2010 del 12 aprile 2011 consid. 5.2 in fine).

Occorre infine rammentare che per prassi del Tribunale federale vengono abitualmente applicati, a questo genere di deduzioni, multipli di 5 a causa dell'ininfluenza del calcolo per l'esito della valutazione. L'applicazione di tassi più frazionati si rivelerebbe invece problematica poiché siffatte riduzioni sarebbero difficilmente concretizzabili e quindi anche difficilmente verificabili in sede giudiziaria (cfr. sentenze 9C_767/2015 del 19 aprile 2016 consid. 4.6; 9C_179/2013 del 26 agosto 2013 consid. 5.5 e 9C_643/2010

del 27 dicembre 2010 consid. 3.4 in fine; PHILIPP GEERSTEN, Der Tabellenlohnabzug, in: KIESER/LENDFERS, Jahrbuch zum Sozialversicherungsrecht [JaSo] 2012, pag. 142).

16.5.3 L'UAIE ha operato in concreto una riduzione del 20% per tenere conto delle limitazioni funzionali in relazione al danno alla salute, l'età dell'assicurato e la mancanza di formazione. La questione se una riduzione massima del 25% avrebbe potuto essere applicata al caso di specie può restare indecisa, essendo la questione irrilevante.

16.5.4 Applicando il tasso di riduzione massimo (25%), si otterrebbe infatti un reddito conseguibile da invalido di fr. 49'648.30 (= 66'197.75 – 25%).

16.5.5 Dal confronto fra il reddito da valido di fr. 60'504.90 (cfr. consid. 16.4.2) e quello da invalido di fr. 49'648.30 risulta dunque un grado d'invalidità del 17.94% ($\frac{60'504.90 - 49'648.30}{60'504.90} \times 100$), che pur arrotondato al 18% (ai sensi della DTF 130 V 121, consid. 3.2) risulta comunque insufficiente per giustificare il diritto a prestazioni AI.

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

17.

Da quanto esposto, consegue che il ricorso, destituito di fondamento, non merita tutela e la decisione impugnata, seppure con le correzioni indicate nel considerando precedente riguardanti la valutazione dell'invalidità, va confermata nella sostanza.

18.

18.1 Visto l'esito della procedura le spese processuali di fr. 800.-, sono poste a carico del ricorrente (art. 63 cpv. 1 e cpv. 5 PA nonché art. 3 lett. b del regolamento del 21 febbraio 2008 sulle tasse e sulle spese ripetibili nelle cause dinanzi al Tribunale amministrativo federale [TS-TAF, RS 173.320.2]). Esse vengono compensate con l'anticipo spese, di identico ammontare, versato dall'insorgente il 29 giugno 2016 e il 23 luglio 2016 (cfr. doc. TAF 11 e 15).

18.2 Al ricorrente, interamente 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).

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

Per questi motivi, il Tribunale amministrativo federale pronuncia:

1.

Il ricorso è respinto.

2.

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

3.

Non si riconoscono indennità per spese ripetibili.

4.

Comunicazione a:

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

(I rimedi giuridici sono menzionati alla pagina seguente)

La presidente del collegio:

Il cancelliere:

Michela Bürki Moreni

Luca Rossi

Rimedi giuridici:

Contro la presente decisione può essere interposto ricorso in materia di diritto pubblico al Tribunale federale, Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerna, entro un termine di 30 giorni dalla sua notificazione (art. 82 e segg., 90 e segg. e 100 LTF). 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: