



---

Corte III  
C-2269/2007  
{T 0/2}

## **Sentenza dell'8 giugno 2009**

---

Composizione

Giudici Elena Avenati-Carpani (presidente del collegio),  
Franziska Schneider, Stefan Mesmer,  
cancelliere Dario Quirici.

---

Parti

A. \_\_\_\_\_,  
rappresentato dal Patronato INCA, Ufficio legale,  
casella postale 287, 4005 Basilea,  
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

prestazioni dell'assicurazione per l'invalidità.

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

A.\_\_\_\_\_, cittadino italiano nato il (...), coniugato, ha lavorato come operaio in Svizzera dal 1970 al 1978, versando i contributi obbligatori all'assicurazione per la vecchiaia, i superstiti e l'invalidità (AVS/AI). Egli ha da ultimo lavorato in Italia come bracciante agricolo fino al 31 dicembre 2001, quando ha smesso la sua attività per motivi di salute. Dal 1° gennaio 2002 egli percepisce una pensione d'invalidità italiana. Il 16 marzo 2005 l'assicurato ha presentato una domanda per l'ottenimento di una rendita d'invalidità svizzera all'Istituto nazionale italiano della previdenza sociale (INPS), trasmessa all'Ufficio dell'assicurazione per l'invalidità per gli assicurati residenti all'estero (UAIE) il 31 maggio 2005 (doc. 1 a 8).

**B.**

Nell'ambito dell'istruzione della domanda del 16 marzo 2005, l'UAIE ha acquisito i documenti seguenti:

- il questionario per il datore di lavoro, del 3 novembre 2005, dal quale si evince che l'assicurato ha lavorato, da ultimo, come bracciante agricolo (raccolta dell'uva), dal 30 agosto al 31 dicembre 2001 (fine del rapporto di lavoro per motivi di salute), otto ore al giorno, percependo un salario giornaliero di 60'320.- delle vecchie lire italiane, con normale rendimento, e che avrebbe guadagnato nel 2005 EUR 45.- al giorno (doc. 8),
- il questionario per l'assicurato, del 29 novembre 2005, dal quale risulta che quest'ultimo ha lavorato come bracciante agricolo in Italia dal 1° gennaio 1999 al 31 dicembre 2001, cento due giorni all'anno, per un salario giornaliero di 60'320.- delle vecchie lire italiane, e che ha cessato la sua attività per motivi di salute (doc. 9),
- diversa documentazione medica, inerente al periodo dal 1994 al 2005, in parte di difficile lettura, la quale attesta, in particolare, l'esistenza di una sindrome del tunnel carpale bilaterale in fase paretica avanzata e di un'asbestosi (doc. 12 a 41),
- la perizia medica particolareggiata E 213 del dott. P.\_\_\_\_\_, del 13 aprile 2005, nella quale è posta la diagnosi di cardiopatia ipertensiva, diabete mellito di tipo 2 non insulino-dipendente (NID), asbestosi in

bronicopatico cronico, spondiloartrosi, ipomiotrofia dell'eminenza tenare bilaterale e depressione reattiva, con un'invalidità parziale (doc. 42),

- un ulteriore questionario per il datore di lavoro, del 4 maggio 2006, dal quale risulta che l'assicurato è stato impiegato nella raccolta dell'uva, dal 30 agosto al 31 dicembre 2001, data del licenziamento, per sei ore e mezza al giorno, trenta due ore e mezza alla settimana, con pieno rendimento e un salario orario di EUR 4.79, che attualmente sarebbe pari a EUR 7.18 (doc. 45).

### C.

L'UAIE ha quindi sottoposto l'incarto all'apprezzamento del proprio servizio medico, nella persona del dott. B.\_\_\_\_\_. Nella sua presa di posizione del 13 settembre 2006, quest'ultimo ha posto la diagnosi, con influenza sulla capacità lavorativa, di sindrome del tunnel carpale avanzata a sinistra e sequele di tale sindrome a destra, diabete di tipo 2, disturbi depressivi e disturbi degenerativi diffusi, e la diagnosi, senza incidenza sulla capacità lavorativa, di esiti da interventi per un'ernia inguinale. Egli ha pure stabilito un'incapacità lavorativa completa nell'attività svolta in Svizzera, dal 1° gennaio 2000, e l'assenza d'incapacità lavorativa, a decorrere dalla stessa data, in attività confacenti leggere, ossia implicanti la possibilità di alternare la posizione di lavoro, seduta e in piedi, con il trasporto di carichi di 5 kg al massimo (doc. 49).

Sulla base di questi dati d'ordine medico, l'UAIE ha proceduto al calcolo del grado d'invalidità. Partendo da un salario da valido di EUR 1'209.69 per il 2004, secondo le statistiche dell'Ufficio internazionale del lavoro per il periodo da ottobre 2002 a fine 2003, e un salario da invalido di EUR 1'147.71, ridotto del 20% per tenere conto delle circostanze personali dell'assicurato, ossia EUR 918.17, l'UAIE ha ottenuto una perdita di guadagno del 24.10%, corrispondente a un grado d'invalidità del 24% (doc. 50).

Il 23 ottobre 2006 l'UAIE ha quindi approntato un progetto di decisione, con il quale ha preannunciato all'assicurato il rigetto della sua domanda d'invalidità, invitandolo nel contempo a formulare sue eventuali osservazioni entro un termine di trenta giorni (doc. 51).

Il 22 novembre 2006, per il tramite dell'Istituto nazionale italiano

confederale di assistenza (INCA), l'assicurato ha presentato le sue obiezioni, facendo valere una perdita di guadagno del 40% e chiedendo il riconoscimento del diritto ad una mezza rendita d'invalidità, od eventualmente superiore, da marzo 2004, ed ha allegato, per sostanziare la sua pretesa, oltre ad un esame medico già agli atti, un certificato medico del dott. C.\_\_\_\_\_, del 13 novembre 2006, dal quale si evince la diagnosi di cardiopatia ipertensiva con ipertrofia ventricolare sinistra (IVS), dispnea da sforzo, broncopneumopatia cronica ostruttiva (BPCO) con esiti di asbestosi, diabete mellito con vasculopatia diabetica, sinusite frontale cronica, sindrome ansioso-depressiva, deficit visivo bilaterale, deficit auditivo bilaterale, ipertrofia prostatica benigna (IPB), insufficienza venosa agli arti inferiori, sindrome dispeptica con epigastralgia e colonopatia, grave artrosi vertebrale con sindrome cefalgica, vertigini, dorsalgia, lombosciatalgia, sindrome del tunnel carpale bilaterale e artrosi di ginocchia e mani (doc. 54).

Prendendo posizione sul nuovo certificato medico prodotto dall'assicurato, il dott. B.\_\_\_\_\_ ha considerato, il 5 gennaio 2007, che esso si limita a elencare le diagnosi di cui egli aveva già tenuto conto nel suo rapporto del 13 settembre 2006, per cui la valutazione medica del caso rimane invariata (doc. 57).

Il 26 febbraio 2007 l'UAIE ha quindi emanato una decisione, con la quale ha respinto la domanda dell'assicurato, del 16 marzo 2005, tendente all'ottenimento di una rendita d'invalidità (doc. 61).

#### **D.**

Contro questa decisione, per il tramite dell'INCA, l'assicurato ha presentato ricorso al Tribunale amministrativo federale il 27 marzo 2007, chiedendo l'annullamento della decisione dell'UAIE, il riconoscimento del suo diritto ad una mezza rendita d'invalidità da marzo 2004 e l'assegnazione di un'adeguata indennità per ripetibili.

L'UAIE ha risposto il 1° giugno 2007, chiedendo il rigetto del ricorso e la conferma della decisione impugnata.

Il ricorrente ha inoltrato la replica il 19 giugno 2007, riconfermando le proprie conclusioni. Egli ha comunicato, nel contempo, che una domanda di prestazioni assicurative per malattia professionale è pendente presso l'Istituto nazionale svizzero dell'assicurazione contro

gli infortuni (Suva), ed ha chiesto perciò la sospensione della presente procedura fino alla pronuncia nel merito da parte della Suva.

Chiamato ad esprimersi dal Tribunale amministrativo federale sulla richiesta di sospensione della procedura, l'UAIE si è opposto ad essa, con duplica del 4 luglio 2007, reiterando per il resto le sue conclusioni di rigetto del ricorso e conferma della decisione impugnata.

Il 7 novembre 2007, mediante decisione incidentale, il Tribunale amministrativo federale ha invitato il ricorrente a versare un anticipo equivalente alle presunte spese processuali di Fr. 300.-. Il 10 dicembre 2007 il ricorrente ha versato Fr. 288.-. Mediante nuova decisione incidentale, il 17 dicembre 2007, il Tribunale ha chiesto al ricorrente di versare la differenza ancora dovuta di Fr. 12.-, al netto di eventuali spese postali o bancarie. Il 3 gennaio 2008 il ricorrente ha versato l'importo mancante dovuto.

In seguito, il Tribunale amministrativo federale ha chiesto ed ottenuto dalla Suva copia degli atti medici relativi alla domanda di prestazioni assicurative per malattia professionale del ricorrente, ossia cinque documenti, inerenti al periodo dal 2004 al 2006, tra cui un referto di spirometria, del 27 ottobre 2006, facente stato di una sindrome disventilatoria di lieve entità, che ha trasmesso all'UAIE per completamento della risposta al ricorso.

Invitata dall'UAIE a prendere posizione su questi atti, la dott.ssa S.\_\_\_\_\_ ha considerato, l'8 aprile 2009, che essi non contengono nessun nuovo elemento rispetto alla documentazione già all'incarto, per cui le valutazioni del dott. B.\_\_\_\_\_ del 13 settembre 2006 e del 5 gennaio 2007 rimangono immutate (doc. 63).

L'UAIE ha così reiterato, il 14 aprile 2009, le sue conclusioni tendenti al rigetto del ricorso e alla conferma della decisione impugnata.

#### **E.**

Con scritto del 27 maggio 2009, di cui una copia è stata trasmessa al Tribunale amministrativo federale su richiesta dello stesso, la Suva ha comunicato al ricorrente che le placche pleuriche rinvenute nei suoi polmoni sono state riconosciute come malattia professionale, ma che non esistono, per il momento, le premesse per il riconoscimento di prestazioni assicurative.

**Diritto:****1.**

**1.1** In virtù dell'art. 31 della legge sul Tribunale amministrativo federale del 17 giugno 2005 (LTAF, RS 173.32), questo tribunale giudica i ricorsi contro le decisioni ai sensi dell'art. 5 della legge federale sulla procedura amministrativa del 20 dicembre 1968 (PA, RS 172.021), emanate dalle autorità menzionate all'art. 33 LTAF, riservate le eccezioni di cui all'art. 32 LTAF. In particolare, le decisioni rese dall'UAIE concernenti l'assicurazione per l'invalidità possono essere portate davanti al Tribunale amministrativo federale conformemente all'art. 69 cpv. 1 lett. b della legge federale sull'assicurazione per l'invalidità del 19 giugno 1959 (LAI, RS 831.20).

**1.2** Secondo l'art. 3 lett. d<sup>bis</sup> PA, la procedura in materia di assicurazioni sociali non è disciplinata dalla PA, nella misura in cui è applicabile la legge federale del 6 ottobre 2000 sulla parte generale del diritto delle assicurazioni sociali (LPGA, RS 830.1). Giusta l'art. 1 cpv. 1 LAI, le disposizioni della LPGA sono applicabili all'assicurazione per l'invalidità (art. 1a-26<sup>bis</sup> e 28-70), sempre che la LAI non deroghi alla LPGA.

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

**1.4** In concreto, il ricorso è ammissibile, nella misura in cui è stato presentato tempestivamente, nel rispetto dei requisiti previsti dalla legge (art. 59 e 60 LPGA, nonché l'art. 52 cpv. 1 PA), e visto che l'anticipo equivalente alle presunte spese processuali di Fr. 300.- è stato versato nei termini.

## **2.**

**2.1** Il 1° giugno 2002 sono entrati in vigore l'Accordo tra la Confederazione svizzera, da una parte, e la Comunità europea ed i suoi Stati membri, dall'altra, sulla libera circolazione delle persone del 21 giugno 1999 (ALC, RS 0.142.112.681) ed il correlato 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) come pure il corrispondente Regolamento di applicazione (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). Trattasi di una normativa che si applica a tutte le rendite il cui diritto sorge a far data dal 1° giugno 2002 o successivamente e che sancisce il principio della parità di trattamento tra cittadini che risiedono in uno Stato membro della Comunità europea ed i cittadini svizzeri (art. 3 del Regolamento CEE n° 1408/71).

**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 (art. 6 del Regolamento CEE n° 1408/71). 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 (DTF 130 V 257 consid. 2.4).

**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 presente legge sono applicabili alle assicurazioni sociali disciplinate dalla legislazione federale, se e per quanto le singole leggi sulle assicurazioni sociali lo prevedano.

**3.2** L'esame del diritto a prestazioni secondo la LAI è retto dal tenore della LAI al momento della decisione impugnata, in virtù del principio secondo il quale sono determinanti le norme materiali in vigore al momento della realizzazione dello stato di fatto giuridicamente determinante (DTF 130 V 445 consid. 1.2 e relativi riferimenti). Le disposizioni della 5<sup>a</sup> revisione della LAI e della LPGA, in vigore dal 1° gennaio 2008, non sono pertanto applicabili nel caso concreto e, di seguito, è fatto riferimento alle disposizioni in vigore fino al 31 dicembre 2007.

### **4.**

Il ricorrente ha contestato la validità della decisione dell'UAIE, chiedendo che gli sia riconosciuto il diritto ad una rendita d'invalidità.

### **5.**

L'art. 24 cpv. 1 LPGA stipula che il diritto a prestazioni si estingue cinque anni dopo la fine del mese per cui era dovuta la prestazione. In deroga a questa norma, l'art. 48 cpv. 2 LAI stabilisce che, se l'assicurato si annuncia più di dodici mesi dopo la nascita del diritto, le prestazioni possono essere assegnate soltanto per i dodici mesi precedenti la richiesta.

In concreto, il ricorrente ha presentato la domanda di rendita il 16 marzo 2005. Il Tribunale amministrativo federale può quindi limitarsi ad esaminare se il ricorrente avesse diritto ad una rendita il 16 marzo 2004 (ossia dodici mesi precedenti la presentazione della domanda), oppure se un diritto alla rendita sia sorto tra tale data ed il 15 gennaio 2007, data della decisione impugnata. Il giudice delle assicurazioni sociali analizza, infatti, la legalità della decisione impugnata, in generale, secondo lo stato di fatto esistente al momento in cui la

decisione in lite è stata resa (DTF 130 V 445, citato sopra al consid. 3.2).

## 6.

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

- essere invalido ai sensi della legge svizzera;
- aver versato contributi all'AVS/AI svizzera durante un anno intero almeno (art. 36 cpv. 1 LAI).

In concreto, è pacifico che il ricorrente ha versato contributi all'AVS/AI svizzera durante più di un anno intero e, pertanto, adempie la condizione della durata minima di contribuzione, alla quale la legge subordina l'erogazione di una rendita.

## 7.

**7.1** In conformità con l'art. 8 LPGa, è considerata invalidità l'incapacità al guadagno totale o parziale presumibilmente permanente o di lunga durata. L'art. 4 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.

**7.2** L'assicurato ha diritto ad una rendita intera se è invalido per almeno il 70%, a tre quarti di rendita se è invalido per almeno il 60%, ad una mezza rendita se è invalido per almeno la metà e ad un quarto di rendita se è invalido per almeno il 40% (art. 28 cpv. 1 LAI). In seguito all'entrata in vigore dell'Accordo bilaterale, la limitazione prevista dall'art. 28 cpv. 1<sup>ter</sup> 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 della Comunità europea e vi risiede.

**7.3** Il diritto alla rendita, secondo l'art. 29 cpv. 1 LAI, nasce, al più presto, nel momento in cui l'assicurato presenta un'incapacità permanente di guadagno pari almeno al 40% (lettera a), oppure quando egli è stato per un anno e senza notevoli interruzioni,

incapace al lavoro per almeno il 40% in media (lettera b). La prima lettera si applica allorché lo stato di salute dell'assicurato si è stabilizzato; la seconda se lo stato di salute è labile, vale a dire suscettibile di evolvere verso un miglioramento od un peggioramento (DTF 121 V 264, 111 V 21 consid. 2b).

**7.4** 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 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.

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

## **8.**

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 (DTF 125 V 352 consid. 3a). Per costante giurisprudenza le certificazioni mediche possono costituire importanti elementi d'apprezzamento del danno invalidante, allorché permettono di valutare l'incapacità lavorativa e di guadagno dell'interessato in un'attività da lui ragionevolmente esigibile (DTF 115 V 134 consid. 2, 114 V 314 consid. 3c). Perché un rapporto medico abbia valore

probatorio è determinante che esso valuti ed esamini in maniera completa i punti litigiosi, si fondi su degli esami approfonditi, prenda conto di tutte le affezioni di cui si lamenta l'assicurato, sia stabilito in piena conoscenza dei suoi antecedenti (anamnesi) e sia chiaro nell'esposizione delle correlazioni mediche o nell'apprezzamento della situazione medica; le conclusioni dell'esperto devono inoltre essere motivate (DTF 125 V 352, 122 V 160). Per quel che riguarda i rapporti concernenti il medico curante, secondo la generale esperienza della vita, il giudice deve tenere conto del fatto che, alla luce del rapporto di fiducia esistente con il paziente, il medico curante attesterà, in caso di dubbio, in favore del suo paziente (DTF 125 V 353; VSI 2001 p. 109).

## **9.**

**9.1** In concreto, come risulta dai dati economici e, in particolare, dai questionari per il datore di lavoro del 3 novembre 2005 e del 4 maggio 2006 (doc. 8 e 45), il ricorrente ha lavorato da ultimo, a tempo pieno e con normale rendimento, in qualità di bracciante agricolo, dal 30 agosto al 31 dicembre 2001.

Da quanto precede è quindi lecito concludere che, almeno fino al 31 dicembre 2001, le condizioni per il riconoscimento del diritto ad una rendita d'invalidità non sono manifestamente soddisfatte. Per contro, per il periodo successivo, è necessario fondarsi sulla documentazione medica.

**9.2** La nozione d'invalidità di cui all'art. 4 LAI e 8 LPGA è di carattere giuridico economico, non medico (DTF 116 V 249 consid. 1b; 110 V 275, 105 V 207). 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). In altri termini, l'assicurazione svizzera per l'invalidità risarcisce soltanto la perdita economica che deriva da un danno alla salute fisica o psichica dovuto a malattia o infortunio, non la malattia o la conseguente incapacità lavorativa (metodo generale del raffronto dei redditi; DTF 128 V 30, 104 V 136; Pratique VSI 2000 p. 84).

In carenza di documentazione economica, la documentazione medica costituisce un importante elemento di giudizio per determinare quali lavori siano ancora esigibili dall'assicurato, ma non spetta al medico graduare il tasso d'invalidità dell'assicurato (DTF 114 V 314, 105 V 158). Infatti, per costante giurisprudenza le certificazioni mediche possono costituire importanti elementi d'apprezzamento del danno invalidante, allorché permettono di valutare l'incapacità lavorativa e di guadagno dell'interessato in un'attività da lui ragionevolmente esigibile (DTF 115 V 134 consid. 2, 114 V 314 consid. 3c).

## **10.**

**10.1** Dalla perizia E 213 del 13 aprile 2005 (doc. 42), emerge sostanzialmente la diagnosi di cardiopatia ipertensiva, diabete mellito di tipo 2 NID, asbestosi in broncopatico cronico, spondiloartrosi, ipomiotrofia dell'eminenza tenare bilaterale e depressione reattiva.

Considerato che gli atti medici all'incarto non palesano divergenze riguardo a questa diagnosi, il collegio giudicante non intravede nessun motivo per discostarsene.

**10.2** Per costante giurisprudenza, le affezioni appena menzionate sono di carattere labile, ossia suscettibili di migliorare o di peggiorare. Così, nell'assenza di uno stato di salute sufficientemente stabilizzato, è inapplicabile l'art. 29 cpv. 1 let. a LAI, per cui può entrare in considerazione solo la lettera b 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 almeno un anno.

## **11.**

**11.1** La decisione dell'UAIE si fonda sulla perizia E 213, del 13 aprile 2005 (doc. 42), nonché sulle prese di posizione del dott. B.\_\_\_\_\_, del 13 settembre 2006 e del 5 gennaio 2007 (doc. 49 e 57), e della dott.ssa S.\_\_\_\_\_, dell'8 aprile 2009 (doc. 63).

Dalla perizia E 213 risulta, da un lato, che il ricorrente non può più esercitare la sua ultima attività e nemmeno svolgere alcun lavoro adeguato alle sue condizioni di salute, in assenza di qualsiasi

precisazione delle ragioni di tali impedimenti, e, dall'altro lato, che la sua invalidità è parziale.

Secondo il dott. B.\_\_\_\_\_, le affezioni che si ripercuotono sulla capacità lavorativa del ricorrente sono la sindrome del tunnel carpale bilaterale, il diabete di tipo 2, i disturbi depressivi e dei disturbi degenerativi diffusi. A partire da questa diagnosi, il dott. B.\_\_\_\_\_ ha stabilito che l'incapacità lavorativa del ricorrente, nell'ultima attività svolta in Svizzera, è completa dal 1° gennaio 2000, mentre non sussiste alcuna incapacità lavorativa, sempre a decorrere da questa data, in attività adeguate leggere, che implicino la possibilità di alternare la posizione di lavoro, seduta e in piedi, con il trasporto di carichi di 5 kg al massimo.

Dal canto suo, la dott.ssa S.\_\_\_\_\_, esprimendosi in particolare sulla documentazione trasmessa dalla Suva, ha considerato che gli esami radiologici del torace, del 2004 e 2005, evocano la presenza di un'asbestosi, mentre il referto di spirometria del 27 ottobre 2006 attesta unicamente una sindrome disventilatoria di lieve entità. In accordo con il dott. B.\_\_\_\_\_, la dott.ssa S.\_\_\_\_\_ ha concluso che il ricorrente è da ritenersi abile ad esercitare un'attività di sostituzione leggera, che non implichi movimenti di precisione con le mani, senza porto di carichi né sforzi importanti.

Per quanto riguarda gli altri certificati medici all'incanto, nessuno di essi si pronuncia sull'incapacità lavorativa del ricorrente.

Alla luce di queste valutazioni, basandosi sulla documentazione di natura medica agli atti, il collegio giudicante non può che giungere alla conclusione che l'incapacità lavorativa del ricorrente, dal 1° gennaio 2000, deve essere considerata completa nell'ultima attività svolta in Svizzera come pure nell'attività di bracciante agricolo in generale, e nulla in attività confacenti al suo stato di salute. Occorre anche rilevare che la Suva, benché abbia riconosciuto l'esistenza di una malattia professionale, non ha accordato il diritto a prestazioni assicurative, all'infuori della presa a carico dei controlli medici necessari.

## **12.**

Per quanto riguarda il calcolo del grado d'invalidità, l'UAIE ha proceduto secondo il metodo generale del confronto dei redditi e sulla base delle statistiche dell'Ufficio internazionale del lavoro (ILO) per il

periodo da ottobre 2002 a fine 2003, considerando, per il 2004, un salario da valido, come operaio agricolo, di EUR 1'209.69, e un salario da invalido, in attività leggere come manovale nel campo dell'industria tipografica, di EUR 1'1471.71, e applicando una riduzione aggiuntiva del 20% sul salario da invalido, tenuto conto delle circostanze personali del ricorrente, ossia EUR 918.17.-, per giungere ad una perdita di guadagno del 24.10%, equivalente a un grado d'invalidità del 24%, il quale non dà diritto all'ottenimento di una rendita d'invalidità. Occorre ancora precisare che, anche indicizzando questi dati al 2006 (ultimi dati disponibili dell'ILO: <http://laborsta.ilo.org>), non si otterrebbe un grado d'invalidità sufficiente per il riconoscimento del diritto ad una rendita.

Ciò detto, bisogna evidenziare che, anche se i medici dell'UAIE hanno ritenuto un'incapacità lavorativa totale per l'ultima attività svolta in Svizzera dal ricorrente, è a giusta ragione che l'UAIE si è basato, nella decisione impugnata, sull'ultima attività effettivamente svolta dal ricorrente, ossia quella di bracciante agricolo, nella misura in cui si considera reddito di una persona non invalida l'ultimo reddito precedente l'insorgere del danno alla salute (Pratique VSI 6/2000 p. 310, DTF 129 V 222 consid. 4.3.1). E ciò, a maggior ragione, quando si osservi che il ricorrente ha cessato l'attività in Svizzera nel 1978 ed ha quindi svolto, in seguito, solamente l'attività di bracciante agricolo (cfr. sentenza del TF 9C\_560/2008, del 12 dicembre 2008).

### **13.**

Di conseguenza, conformemente alle considerazioni sopra esposte, la decisione di rigetto della domanda per l'ottenimento di una rendita d'invalidità deve essere confermata e il ricorso respinto.

### **14.**

Secondo l'art. 63 cpv. 1 PA, le spese processuali sono di regola messe a carico della parte soccombente.

In concreto, visto l'esito della procedura che vede il ricorrente soccombere, le spese processuali di Fr. 300.- sono poste a carico di quest'ultimo e compensate con l'anticipo dello stesso ammontare, versato il 10 dicembre 2007 e il 3 gennaio 2008.

In conformità con l'art. 64 cpv. 1 PA, l'autorità di ricorso, se ammette il ricorso in tutto o in parte, può assegnare al ricorrente una indennità

per le spese indispensabili e relativamente elevate che ha sopportato (spese ripetibili).

Visto l'esito della procedura, non si assegnano al ricorrente indennità per spese ripetibili.

Per quanto concerne l'UAIE, le autorità federali non hanno diritto ad un'indennità a titolo di ripetibili (art. 7 cpv. 3 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]).

**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 e compensate con l'anticipo dello stesso ammontare, versato il 10 dicembre 2007 e il 3 gennaio 2008.

**3.**

Non si assegnano al ricorrente indennità per spese ripetibili.

**4.**

Comunicazione:

- al rappresentante del ricorrente (atto giudiziario);
- all'autorità inferiore (n. di rif.; raccomandata);
- all'Ufficio federale delle assicurazioni sociali.

I rimedi giuridici sono menzionati alla pagina seguente.

La presidente del collegio:

Il cancelliere:

Elena Avenati-Carpani

Dario Quirici

**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: