



Corte III
C-233/2008
{T 0/2}

Sentenza del 3 marzo 2010

Composizione

Giudici Vito Valenti (presidente del collegio),
Francesco Parrino e Stefan Mesmer,
Cancelliera Marcella Lurà.

Parti

A. _____,
patrocinato dall'avvocato Luigi Potenza,
ricorrente,

contro

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

Oggetto

Assicurazione per l'invalidità (decisione del
21 novembre 2007).

Fatti:**A.**

A._____, cittadino italiano, nato il (...), coniugato, ha lavorato in Svizzera nel 1980 (7 mesi), nel 1981 (8 mesi), nel 1982 (10 mesi), nel 1988 (6 mesi), nel 1989 (10 mesi) e nel 1990 (9 mesi), solvendo contributi all'assicurazione svizzera per la vecchiaia, i superstiti e l'invalidità durante tali periodi (doc. UAIE [di seguito doc.] 6). Rientrato in Italia, ha svolto attività lucrativa come manovale nell'edilizia, da ultimo (febbraio 2004) presso l'impresa B._____; egli era alle dipendenze di tale impresa alla data di compilazione del formulario del datore di lavoro (doc. 9; v. anche doc. 38 [quest'ultimo del 30 giugno 2007]). Il 5 novembre 2004, ha formulato una richiesta volta all'ottenimento di una rendita dell'assicurazione svizzera per l'invalidità (doc. 1).

B.

B.a Nel suo rapporto del 25 settembre 2005 (doc. 18), il dott. C._____, medico dell'UAIE, ha rilevato, in virtù della documentazione medica agli atti (doc. 12 a 16), che l'assicurato soffre degli esiti d'intervento per ginecomastia destra e degli esiti di frattura distale del radio del polso destro, che il medesimo presenta parestesie e deficit funzionale all'arto superiore sinistro nonché stato ansioso e che le condizioni di salute dello stesso, segnatamente dal profilo ortopedico, sono buone. Il medico ha quindi concluso che l'interessato presenta una capacità lavorativa intatta, dunque del 100%.

B.b Il 12 ottobre 2005, l'autorità inferiore ha respinto la domanda di prestazioni dell'assicurazione invalidità. Ha osservato che l'assicurato non ha subito né un'incapacità permanente di guadagno né un'incapacità al lavoro media sufficiente per un anno, ai sensi delle disposizioni dell'assicurazione svizzera per l'invalidità. Ha precisato, in particolare, che l'interessato esercita un'attività lucrativa confacente al suo stato di salute, con orario normale e senza diminuzione di guadagno (doc. 19).

B.c Nella decisione su opposizione del 12 aprile 2006, l'autorità inferiore ha rilevato che l'incapacità al lavoro è stata determinata dal proprio servizio medico dopo un esame dei documenti medici assunti agli atti. Ha osservato, come ritenuto dal servizio medico dell'UAIE,

che le patologie di cui soffre l'interessato non hanno alcuna ripercussione sulla capacità al lavoro e che lo stesso è pertanto in grado di svolgere il suo ultimo lavoro di manovale. L'autorità inferiore ha quindi respinto l'opposizione dell'interessato dell'11 novembre 2005 e confermato la propria decisione del 12 ottobre 2005 (doc. 22).

C.

C.a Il 3 giugno 2006, l'interessato ha interposto ricorso contro la decisione su opposizione dell'UAIE del 12 aprile 2006 mediante il quale ha chiesto sostanzialmente il riconoscimento del suo diritto ad una prestazione dell'assicurazione svizzera per l'invalidità (v. doc. 26).

C.b Nel suo rapporto del 12 settembre 2006, la dott.ssa D._____, medico dell'UAIE, ha rilevato che l'interessato soffre di dorsolombalgie con deficit della forza muscolare nonché dolori alla spalla destra con limitazione funzionale moderata. Secondo detto medico, lo stato di salute dell'assicurato potrebbe essere peggiorato. Lo stesso esercita altresì un'attività pesante. La dott.ssa D._____ ha quindi chiesto un complemento d'istruttoria, segnatamente un esame ortopedico (doc. 25).

C.c Il 14 novembre 2006, la Commissione federale di ricorso in materia d'assicurazione per la vecchiaia, i superstiti e l'invalidità per le persone residenti all'estero ha parzialmente accolto il ricorso, annullato la decisione su opposizione impugnata del 12 aprile 2006 e rinviato gli atti di causa all'UAIE affinché detto Ufficio procedesse al completamento dell'istruttoria relativamente alla situazione medica dell'interessato ed alla sua capacità lavorativa conformemente alle indicazioni di cui alla presa di posizione dell'UAIE del 19 settembre 2006 (doc. 26).

D.

D.a Il 9 febbraio 2007, l'autorità inferiore ha chiesto all'INPS di E._____ di sottoporre l'assicurato a nuove visite mediche e di far pervenire la seguente documentazione: un esame sullo stato di salute generale (rapporto dattiloscritto su modulo E 213), un esame ortopedico (rapporto dattiloscritto che deve contenere indicazioni relative alle date d'inizio dei sintomi, alle limitazioni funzionali nonché alla capacità lavorativa nel precedente lavoro ed in un'attività

confacente allo stato di salute) ed un referto di elettro-neuromiografia degli arti inferiori (doc. 28).

D.b Dalle carte processuali risultano essere stati prodotti i seguenti documenti:

- un certificato medico del 5 luglio 2004, da cui emerge la diagnosi di rinite primaverile (doc. 40);
- un referto di esame RX (segnatamente spalla destra) dell'8 novembre 2004 (doc. 41);
- una scheda ospedaliera concernente il ricovero dal 2 al 10 ottobre 2006 per ipertrofia linfatica del rinofaringe, unitamente ai referti di rinofaringoscopia del 21 settembre 2006 e del 18 gennaio 2007 (doc. 42 a 44);
- un referto di elettromiografia (EMG) (arti superiori) del 22 marzo 2007, nel quale è indicato “neurografia sensitiva positiva per sofferenza del nervo mediano al tunnel del carpo destro” (doc. 45-1);
- un certificato medico del 22 marzo 2007, secondo cui il paziente è affetto segnatamente da esiti frattura polso sinistro, spondilodiscoartrosi cervicale, spondilodiscoartrosi lombare con discopatie multiple e protusioni discali lombari L4-L5 e L5-S1, sindrome del tunnel carpale destro, sindrome ansioso depressiva (doc. 45);
- un referto di elettromiografia (EMG) (arti inferiori) del 2 aprile 2007, nel quale è segnalato che l'esame “non rivela segni di patologia a carico dei distretti esplorati del sistema nervoso periferico e muscolare” (doc. 47);
- un referto di visita ortopedica del 30 aprile 2007, nel quale è posta la diagnosi di spondilodiscoartrosi lombare a lieve incidenza funzionale senza deficit neurologici periferici, esiti di frattura polso sinistro “tipo colles”, sindrome del tunnel carpale destro, tendinopatia del flessore del 3° dito (doc. 48; v. anche doc. 46 del 30 marzo 2007);

- la perizia medica particolareggiata E 213 della previdenza sociale italiana del 16 maggio 2007, attestante spondilartrosi, esiti frattura polso sinistro, sindrome del tunnel carpale a destra, ipertrofia linfatica del rinofaringe, nevrosi ansiosa; le condizioni di salute dell'interessato sono state definite come peggiorate e lo stesso è stato ritenuto in grado di svolgere regolarmente lavori leggeri, nonché il suo ultimo lavoro ed un lavoro adeguato alle sue condizioni a tempo pieno. È stato segnalato che l'assicurato è considerato invalido al 40% nella sua precedente attività, conformemente alle disposizioni di legge del Paese di residenza (doc. 49);
- il questionario per il datore di lavoro del 30 giugno 2007, dal quale risulta che l'interessato è stato assunto in qualità di "operaio comune" nel febbraio del 2004 e che il medesimo era alle dipendenze dell'impresa B._____ alla data di compilazione del formulario (doc. 38);
- il questionario per l'assicurato del 2 luglio 2007, nel quale l'interessato ha affermato di continuare a svolgere un'attività lucrativa come operaio nell'impresa B._____, nonostante i numerosi problemi di salute, per mantenere decorosamente la sua famiglia (doc. 39).

D.c Nel suo rapporto del 18 settembre 2007, la dott.ssa D._____ ha rilevato che l'interessato è affetto da spondilodiscoartrosi lombare a lieve incidenza funzionale senza deficit neurologici, esiti di frattura al polso sinistro, sindrome del tunnel carpale destra, tendinopatia del flessore del 3° dito (a sinistra), artrosi alla spalla destra, rinite allergica primaverile ed ipertrofia linfatica del rinofaringe, senza incidenza significativa sulla capacità lavorativa. Ha peraltro osservato che l'assicurato continua ad esercitare la precedente attività, senza svolgere lavori più leggeri per motivi di salute, e che non vi sono state assenze sul lavoro prolungate (ad eccezione di quella da ottobre 2003 a gennaio 2004). La dott.ssa D._____ ha pertanto concluso, date le premesse, che l'interessato non presenta un'incapacità lavorativa significativa e duratura nella sua precedente attività, benché nella perizia E 213 sia stata indicata un'incapacità al lavoro del 40% nella precedente professione, e che può pure esercitare senza restrizioni numerose attività di sostituzione (doc. 52).

E.

Il 2 ottobre 2007, l'autorità inferiore, mediante progetto di decisione, ha comunicato all'assicurato che la richiesta di prestazioni sarebbe stata respinta, ritenuto in particolare che un'attività lucrativa confacente allo stato di salute è esercitata con orario normale e senza diminuzione di guadagno. L'autorità inferiore ha altresì concesso all'interessato la facoltà di formulare, nel termine di 30 giorni dalla ricezione del progetto di decisione, delle obiezioni per iscritto (doc. 53).

F.

L'8 novembre 2007, l'interessato ha presentato le sue osservazioni al progetto di decisione del 2 ottobre 2007, mediante le quali ha postulato il riconoscimento del suo diritto ad una prestazione dell'assicurazione svizzera per l'invalidità, in virtù della documentazione medica agli atti. Ha indicato che le patologie di cui è affetto, fra cui, brachialgia da discopatie multiple, ipertrofia linfatica del rinofaringe, esiti di osteocondrite giovanile, postumi da intervento per frattura di colles polso sinistro e rachialgia, comportano delle notevoli limitazioni della capacità lavorativa. Ha sottolineato che tali patologie nonché i dolori di cui soffre non gli consentono di svolgere alcuna attività lucrativa, neppure una leggera (doc. 54).

G.

Il 21 novembre 2007, l'autorità inferiore ha respinto la domanda di prestazioni dell'assicurazione invalidità. Ha osservato che l'assicurato non ha subito né un'incapacità permanente di guadagno né un'incapacità al lavoro media sufficiente per un anno, ai sensi delle disposizioni dell'assicurazione svizzera per l'invalidità. Ha precisato, in particolare, che l'interessato esercita un'attività lucrativa confacente al suo stato di salute, con orario normale e senza diminuzione di guadagno. Inoltre, le osservazioni presentate dall'assicurato l'8 novembre 2007 non sono state ritenute suscettibili di giustificare una modifica della valutazione del caso come effettuata nel progetto di decisione (doc. 55).

H.

Il 9 gennaio 2008, l'interessato ha interposto ricorso dinanzi al Tribunale amministrativo federale contro la decisione dell'UAIE del 21 novembre 2007 mediante il quale ha chiesto, sostanzialmente, il riconoscimento del suo diritto ad una rendita intera dell'assicurazione svizzera per l'invalidità a far tempo da novembre 2004 (data della

richiesta volta all'ottenimento di una rendita). Si è doluto di un'insufficiente motivazione della decisione impugnata. Ha fatto valere che il provvedimento litigioso non indica quale parametro è stato adottato per escludere un'incapacità lavorativa di livello pensionabile e neppure le valutazioni del servizio medico dell'autorità inferiore. Non gli è quindi stato consentito di farsi un'idea chiara della portata della decisione che lo riguardava per poterla, se del caso, impugnare. A tal fine, l'autorità inferiore deve in ogni decisione menzionare, anche se sommariamente, le considerazioni che ne hanno determinato il convincimento. L'insorgente ha poi ribadito che le patologie di cui è affetto (brachialgia da discopatie multiple, ipertrofia linfatica del rinofaringe, esiti di osteocondrite giovanile, postumi da intervento per frattura di colles polso destro, rachialgia) nonché i dolori di cui soffre non gli consentono di svolgere alcuna attività lucrativa, neppure una leggera (doc. TAF 1).

I.

Nella risposta al ricorso del 17 marzo 2008, l'autorità inferiore ha proposto la reiezione del ricorso. In virtù del rapporto medico del 18 settembre 2007 del servizio medico, il ricorrente è stato ritenuto in grado di svolgere la precedente attività di manovale edile. Per conseguenza, non ha mai subito un'incapacità lavorativa di livello pensionabile. Infine, l'autorità inferiore ha rilevato che l'insorgente non ha allegato alcun fatto nuovo e neppure ha esibito nuova documentazione medica suscettibile di giustificare un diverso apprezzamento (doc. TAF 3).

J.

Nella replica del 28 aprile 2008, il ricorrente ha ribadito la sua richiesta volta all'ottenimento di una rendita intera d'invalidità. Ha segnalato che le patologie di cui è affetto (segnatamente spondilodiscoartrosi cervicale e lombare con esiti di fratture e interventi chirurgici agli arti superiori nonché sindrome depressiva reattiva) non gli consentono di far fronte anche ai più semplici atti della vita quotidiana, quindi tanto meno di svolgere una qualsiasi attività lucrativa, neppure leggera. Ha esibito una relazione medica del febbraio 2008 del dott. F._____, psichiatra (doc. TAF 6).

K.

K.a Chiamato ad esprimersi sulla replica dell'insorgente, l'UAIE ha sottoposto l'incarto al proprio servizio medico (doc. 56).

K.b Nel suo rapporto del 9 giugno 2008, la dott.ssa D._____ ha rilevato che nel certificato psichiatrico esibito con l'atto di replica sono certo rilevati dolori diffusi, umore depresso, astenia, disturbi del sonno, rallentamento ideo-verbale e palpitazioni, ma che l'esame obiettivo è molto succinto. L'unico elemento nuovo in detto rapporto è ravvisabile in una sindrome depressiva reattiva che non è però suscettibile di determinare un'incapacità lavorativa. In conclusione, non vi sono nelle carte processuali dei documenti che permettano di concludere ad un'incapacità al lavoro né sul piano osteoarticolare né su quello psichiatrico. Peraltro, il ricorrente continuerebbe ad esercitare il suo precedente lavoro senza che si possa affermare, in virtù d'elementi concreti, che ciò sia fatto a detrimento della sua salute. Degli esami complementari non sono necessari, fermo restando che l'esame ortopedico è già stato richiesto ed effettuato. La dott.ssa D._____ ha quindi confermato la precedente presa di posizione (doc.57).

K.c Nella duplice del 12 giugno 2008, l'autorità inferiore ha constatato, in virtù del rapporto del giugno 2008 del servizio medico che la relazione del febbraio 2008 del dott. F._____ non comporta elementi tali da modificare la valutazione riguardo alla capacità lavorativa dell'insorgente. L'autorità inferiore ha quindi nuovamente proposto la reiezione del ricorso (doc. TAF 8).

L.

Con decisione incidentale del 17 giugno 2008 (notificata il 20 giugno 2008; doc. TAF 10 [avviso di ricevimento]), questo Tribunale ha trasmesso per conoscenza al ricorrente la duplice e l'ha invitato a versare, nel termine di 40 giorni dalla notificazione della decisione incidentale medesima, un anticipo di fr. 300.-- a copertura delle presumibili spese processuali. L'anticipo è stato versato il 17 luglio 2008 (doc. TAF 9 a 12).

Diritto:

1.

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

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

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

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

2.

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

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

2.3 L'art. 80a LAI sancisce espressamente l'applicabilità nella presente procedura, trattandosi di un cittadino che risiede nell'Unione europea, dell'ALC e dei Regolamenti (CEE) n° 1408/71 del Consiglio del 14 giugno 1971 e (CEE) n° 574/72 del Consiglio del 21 marzo 1972 relativo all'applicazione del Regolamento n° 1408/71.

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

3.

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

3.2 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 5a revisione della LAI, 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.

3.3 Il ricorrente ha presentato la richiesta di rendita il 5 novembre 2004. In deroga all'art. 24 LPGA, l'art. 48 cpv. 2 LAI precisa che, se l'assicurato si annuncia più di dodici mesi dopo l'inizio del diritto, le prestazioni sono assegnate soltanto per i 12 mesi precedenti la richiesta. In concreto, questo Tribunale può limitarsi ad esaminare se il ricorrente avesse diritto ad una rendita il 5 novembre 2003 (ossia 12 mesi precedenti la presentazione della domanda), oppure se un diritto alla rendita sia sorto tra tale data e il 21 novembre 2007, data della decisione impugnata. Il giudice delle assicurazioni sociali esamina la decisione impugnata sulla base della situazione di fatto esistente al momento in cui essa è stata resa. Tiene conto dei fatti verificatisi dopo tale data quando essi possano imporsi quali elementi d'accertamento retrospettivo della situazione anteriore alla decisione stessa (DTF 129 V 1 consid. 1.2 e DTF 121 V 362 consid. 1b).

4.

Nel gravame il ricorrente rimprovera all'autorità inferiore di non avere indicato il parametro che è stato ritenuto per escludere un'incapacità lavorativa di livello pensionabile – doglianza infondata per i motivi di cui al considerando 11, in particolare 11.3, della presente sentenza – e di non avergli dato la possibilità d'esaminare i risultati del supplemento d'istruttoria sulle sue condizioni di salute imposto dal giudizio (del 14 novembre 2006) della Commissione federale di ricorso in materia d'assicurazione per la vecchiaia, i superstiti e l'invalidità per le persone residenti all'estero. Quest'ultima censura non appare del tutto priva di fondamento nella misura in cui il ricorrente non è stato reso edotto dall'autorità inferiore in particolare del contenuto essenziale della presa di posizione del servizio medico dell'UAIE del 18 settembre 2007 (doc. 52), benché la medesima avesse la sua importanza nella determinazione dei lavori ancora ragionevolmente esigibili per l'assicurato (v., sulla questione dell'esigibilità di un'attività lavorativa, DTF 125 V 256 consid. 4, DTF 115 V 133 consid. 261 e sentenze del Tribunale federale I 765/04 del 7 novembre 2005 consid. 2 e I 534/05 del 10 novembre 2006 consid. 2). Giova tuttavia osservare, da un lato, che il ricorrente non ha chiesto l'edizione degli atti di causa una volta ricevuto il progetto di decisione dell'UAIE del 2 ottobre 2007, benché già all'epoca fosse rappresentato da un mandatario professionale, e, dall'altro lato, che nella risposta al ricorso del 17 marzo 2008 – trasmessa all'insorgente, unitamente al rapporto del 18 settembre 2007 del servizio medico dell'UAIE (doc. 52), mediante provvedimento di

questo Tribunale del 20 marzo 2008 (cfr. doc. TAF 4) – l'autorità inferiore ha comunque provveduto a pronunciarsi esplicitamente sulla questione dell'esigibilità dell'attività di operaio esercitata dal ricorrente ed ha pure indicato il mezzo di prova (doc. 52) su cui ha fondato la propria valutazione. Peraltro, al ricorrente è stata data facoltà in sede di ricorso – dinanzi ad un'autorità, il Tribunale amministrativo federale, che gode di piena cognizione – di pronunciarsi in merito alle ragioni presentate dall'autorità inferiore nella risposta al ricorso. Con atto inoltrato il 28 aprile 2008, quest'ultimo ha presentato la propria replica, con la conseguenza che quand'anche nel caso di specie si volesse, per denegata ipotesi, ravvisare un'eventuale – e peraltro lieve in considerazione delle circostanze del caso di specie – violazione del diritto d'essere sentito del ricorrente da parte dell'autorità inferiore, detta violazione dovrebbe considerarsi siccome sanata in questa sede. In siffatte circostanze, un annullamento della decisione impugnata costituirebbe in ogni caso una vana formalità. Occorre altresì rammentare che la procedura in materia d'assicurazione per l'invalidità è retta pure dai principi della celerità (DTF 126 V 244) e della semplicità (cfr. sentenza del Tribunale federale 9C_162/2007 del 3 aprile 2008 consid. 2.3 e relativi riferimenti).

5.

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

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

Il ricorrente ha versato contributi all'AVS/AI svizzera durante più di un anno intero in totale e, pertanto, adempie la condizione della durata minima di contribuzione. Rimane ora da esaminare se sia invalido ai sensi di legge.

6.

6.1 L'invalidità ai sensi della LPGA e della LAI è l'incapacità al guadagno totale o parziale presumibilmente permanente o di lunga

durata che può essere conseguente ad infermità congenita, malattia o infortunio (art. 8 LPGA e 4 cpv. 1 LAI). Secondo l'art. 7 LPGA, è considerata incapacità al guadagno la perdita, totale o parziale, della possibilità di guadagno sul mercato del lavoro equilibrato che entra in considerazione, provocata da un danno alla salute fisica, mentale o psichica e che perdura dopo aver sottoposto l'assicurato alle cure ed alle misure d'integrazione ragionevolmente esigibili. In caso d'incapacità al lavoro di lunga durata, possono essere prese in considerazione anche le mansioni esigibili in un'altra professione o campo d'attività (art. 6 LPGA).

6.2 Giusta l'art. 28 cpv. 1 LAI, in vigore dal 1° gennaio 2004, l'assicurato ha diritto ad un quarto di rendita se è invalido per almeno il 40%, ad una mezza rendita se è invalido per almeno la metà, a tre quarti di rendita se è invalido per almeno il 60% e ad una rendita intera se è invalido per almeno il 70%. In seguito all'entrata in vigore dell'Accordo sulla libera circolazione, la limitazione prevista dall'art. 28 cpv. 1^{ter} LAI, secondo cui le rendite per un grado d'invalidità inferiore al 50%, ma pari almeno al 40%, sono versate solo ad assicurati che sono domiciliati e dimorano abitualmente in Svizzera (art. 13 LPGA), non è più applicabile segnatamente quando l'assicurato è cittadino dell'UE o svizzero e risiede nell'UE (DTF 132 V 423 consid. 6.4.1 e sentenza del Tribunale federale I 702/03 del 28 maggio 2004 consid. 1 e relativi riferimenti).

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

Tribunale federale I 282/01 del 4 ottobre 2001; DTF 119 V 98 consid. 4a).

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

7.

7.1 La nozione d'invalidità di cui all'art. 4 LAI e 8 LPGA è di carattere economico-giuridico e non medico (DTF 116 V 246 consid. 1b, DTF 110 V 273 e DTF 105 V 205). In base all'art. 16 LPGA, applicabile per il rinvio dell'art. 28 cpv. 2 LAI, per valutare il grado d'invalidità, il reddito che l'assicurato potrebbe conseguire esercitando l'attività ragionevolmente esigibile da lui dopo la cura medica e l'eventuale esecuzione di provvedimenti d'integrazione (reddito da invalido), tenuto conto di una situazione equilibrata del mercato del lavoro, è confrontato con il reddito che egli avrebbe potuto ottenere se non fosse diventato invalido (reddito da valido; metodo generale del raffronto dei redditi).

7.2 L'assicurazione svizzera per l'invalidità risarcisce pertanto, e di principio, soltanto la perdita economica che deriva da un danno alla salute fisica o psichica dovuto a malattia o infortunio, non la malattia o la conseguente incapacità lavorativa.

7.3 Benché l'invalidità sia una nozione economico-giuridica, le certificazioni mediche possono costituire importanti elementi per apprezzare il danno invalidante e per determinare quali lavori siano ancora ragionevolmente esigibili dall'assicurato (DTF 125 V 256 consid. 4, DTF 115 V 133 consid. 2 e DTF 114 V 310 consid. 3c).

8.

8.1 Giusta il principio inquisitorio che regge la procedura in materia di assicurazioni sociali (art. 43 LPGA), l'amministrazione deve intraprendere d'ufficio i necessari accertamenti e raccogliere le informazioni di cui ha bisogno. In particolare, deve ordinare una perizia

allorquando è necessario per la valutazione medica del caso (DTF 117 V 282 consid. 4a).

8.2 Se gli accertamenti svolti d'ufficio permettono all'amministrazione o al giudice, che si sono fondati su un apprezzamento diligente delle prove, di giungere alla convinzione che certi fatti presentino una verosimiglianza preponderante, e che ulteriori misure probatorie non potrebbero modificare questo apprezzamento, è superfluo assumere altre prove (apprezzamento anticipato delle prove; UELI KIESER, ATSG-Kommentar, 2a ed., Zurigo 2009, art. 42 n. 19 pag. 536; sentenza del Tribunale federale K 24/04 del 20 aprile 2005; DTF 122 II 464 consid. 4a). In tal caso, non sussiste una violazione del diritto costituzionale di essere sentito secondo l'art. 29 cpv. 2 Cst. (Sozialversicherungsrecht [SVR] 2001 IV n. 10 pag. 28).

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

9.

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

9.2 Per quel che riguarda le perizie di parte, il Tribunale federale ha precisato che esse contengono considerazioni specialistiche che possono contribuire ad accertare i fatti, da un punto di vista medico. Malgrado esse abbiano lo stesso valore probatorio di una perizia giudiziaria, il giudice deve valutare se questi referti medici sono atti a

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

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

10.

Nel caso di specie, occorre rilevare che dalla documentazione medica agli atti emerge che il ricorrente soffre segnatamente di spondilodiscoartrosi, esiti frattura polso sinistro, sindrome del tunnel carpale a destra, ipertrofia linfatica del rinofaringe, nevrosi ansiosa (cfr. perizia particolareggiata E 213 del 16 maggio 2007 pag. 8 [doc. 49]). Si tratta di affezioni di carattere labile, ossia suscettibili di migliorare o peggiorare. Ne discende che, in mancanza di uno stato di salute sufficientemente stabilizzato, è inapplicabile la prima lettera dell'art. 29 cpv. 1 LAI, per cui può entrare in considerazione solo la seconda lettera della citata norma legale, la quale prevede un termine di attesa di un anno. Pertanto, il ricorrente potrebbe pretendere una rendita dell'assicurazione svizzera per l'invalidità solo a partire dal momento in cui ha subito, senza interruzione notevole, un'incapacità lavorativa di almeno il 40% in media durante un anno.

11.

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

11.2 Dalle carte processuali emerge che, dopo il rimpatrio, il ricorrente ha ancora esercitato un'attività lucrativa a tempo pieno (doc.

10). In particolare, da febbraio del 2004 è stato alle dipendenze dell'impresa B._____ (società di costruzioni e gestioni), come "operaio comune" in ragione di 40 ore alla settimana. Ha lavorato a tempo pieno almeno fino al 30 giugno 2007, data di compilazione del formulario del datore di lavoro, in un'attività che il datore di lavoro stesso ha definito siccome pesante (doc. 38, pto 3a).

11.3 Da queste considerazioni discende che al momento in cui è stata resa la decisione amministrativa litigiosa, vale a dire il 21 novembre 2007, non era ancora decorso il termine di carenza di un anno secondo l'art. 29 cpv. 1 lett. b LAI (cf. sentenza del Tribunale federale delle assicurazioni I 148/00 del 30 giugno 2000 consid. 2b). Già per questo motivo il ricorso deve essere respinto.

12.

12.1 Per sovrabbondanza, e quanto alla questione dell'esigibilità dell'attività di operaio svolta dal ricorrente fino al 30 giugno 2007, quest'ultimo sostiene che la stessa è inesigibile (v. in particolare doc. 39 pag. 5). Avrebbe continuato ad esercitare il suo lavoro, nonostante lo stato di salute deficitario, solo per potere mantenere decorosamente la sua famiglia. Nei suoi rapporti del 18 settembre 2007 e del 9 giugno 2008, la dott.ssa D._____ ha rilevato, sulla base della documentazione medica agli atti, che il ricorrente è affetto da spondilodiscoartrosi cervicale e lombare a lieve incidenza funzionale senza deficit neurologici, esiti di frattura al polso sinistro, sindrome del tunnel carpale a destra, tendinopatia del flessore del 3° dito (mano sinistra), artrosi alla spalla destra, sindrome depressiva reattiva, rinite allergica primaverile ed ipertrofia linfatica del rinofaringe. Secondo detto medico, l'insorgente non è tuttavia affetto da alcuna patologia invalidante né di natura osteoarticolare né di natura psichica, trattandosi d'affezioni di poca gravità, conclusione avvalorata pure dal fatto che lo stesso ha continuato a lavorare a tempo pieno dal 2004, in un'attività che non è stata alleggerita (cfr. doc. 38), senza che vi siano state interruzioni prolungate dal lavoro (ad eccezione di quella da ottobre del 2003 al 9 gennaio 2004). Conseguentemente, secondo la dott.ssa D._____ non v'è ragione di ritenere che l'attività di operaio svolta dal ricorrente almeno fino al 30 giugno 2007 dovesse considerarsi inesigibile poiché esercitata a detrimento della sua salute (doc. 52 e 57). Questo Tribunale non ha ragione di scostarsi da detta valutazione che si fonda sostanzialmente su sufficienti riscontri, in

particolare medici. Sulla questione può tutt'al più essere ancora osservato che la valutazione al riguardo di cui alla perizia medica particolareggiata E 213 del 16 maggio 2007 è contraddittoria e dunque inidonea a fondare un diverso apprezzamento. In effetti, il medico incaricato dell'esame ha, da un lato, indicato che l'insorgente è in grado di svolgere regolari lavori ma unicamente leggeri (doc. 49 pag. 8), dall'altro lato che il ricorrente è pure in grado di esercitare a tempo pieno la sua precedente attività (doc. 49 pag. 10 n. 11.4), la quale è però pesante e, infine, che conformemente alle disposizioni di legge del Paese di residenza l'invalidità per l'ultimo lavoro svolto è del 40% (doc. 49 pag. 10 n. 11.7). Neppure la relazione di consulenza tecnica del dott. F._____, psichiatra e psicoterapeuta, del mese di febbraio del 2008 – dunque di data posteriore alla decisione impugnata e nella quale il consulente s'esprime pure in merito alle conseguenze sulla capacità lavorativa di patologie estranee alla sua specializzazione – fornisce nuovi elementi concludenti suscettibili di giustificare una diversa valutazione del caso sulla questione dell'esigibilità del lavoro di operaio esercitato dal ricorrente (rispettivamente dell'esigibilità di numerose attività sostitutive adeguate al suo stato di salute). Può ancora essere osservato, per quanto attiene alle affezioni psichiche menzionate nella citata relazione di consulenza, che non sono fondate su indicazioni precise relative ad un metodo di classificazione internazionale riconosciuto.

12.2 Giova infine rammentare che, per costante giurisprudenza, ogni 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 130 V 97 consid. 3.2 e DTF 113 V 22 consid. 4a).

13. In conclusione – e conto tenuto dell'insieme delle circostanze del caso di specie – questo Tribunale non ravvisa pertanto alcuna ragione per scostarsi dalle conclusioni di cui alla decisione impugnata, dal momento che non risulta in particolare dalle carte processuali che alla data della decisione impugnata (21 novembre 2007) il ricorrente abbia subito un'incapacità al lavoro del 40% almeno in media per un anno.

14.

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

15.

15.1 Visto l'esito della procedura, le spese processuali, di fr. 300.--, sono poste a carico del ricorrente (art. 63 cpv. 1 e cpv. 5 PA nonché art. 3 lett. b del regolamento sulle tasse e sulle spese ripetibili nelle cause dinanzi al Tribunale amministrativo federale del 21 febbraio 2008 [TS-TAF, RS 173.320.2]). Esse sono computate con l'anticipo spese, di identico ammontare, versato dal ricorrente stesso il 17 luglio 2008.

15.2 Al ricorrente, soccombente, non spetta altresì alcuna indennità per spese ripetibili della sede federale (art. 64 PA in combinazione con l'art. 7 cpv. 1 e 2 TS-TAF a contrario). Peraltro, le autorità federali, quand'anche vincenti, non hanno di principio diritto ad un'indennità a titolo di ripetibili (art. 7 cpv. 3 TS-TAF), salvo eccezioni non ravvisabili nel caso concreto (v., fra l'altro, DTF 127 V 205).

(dispositivo alla pagina seguente)

Per questi motivi, il Tribunale amministrativo federale pronuncia:

1.

Il ricorso è respinto.

2.

Le spese processuali, di fr. 300.--, sono poste a carico del ricorrente. L'anticipo spese di fr. 300.--, versato il 17 luglio 2008, è computato con le spese processuali.

3.

Non si attribuiscono spese ripetibili.

4.

Comunicazione a:

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

Il presidente del collegio:

La cancelliera:

Vito Valenti

Marcella Lurà

Rimedi giuridici:

Contro la presente decisione può essere interposto ricorso in materia di diritto pubblico al Tribunale federale, Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerna, entro un termine di 30 giorni dalla sua notificazione (art. 82 e segg., 90 e segg. e 100 della legge sul Tribunale federale del 17 giugno 2005 [LTF, RS 173.110]). Gli atti scritti devono contenere le conclusioni, i motivi e l'indicazione dei mezzi di prova ed essere firmati. La decisione impugnata e – se in possesso della parte ricorrente – i documenti indicati come mezzi di prova devono essere allegati (art. 42 LTF).

Data di spedizione: