



---

Corte III  
C-2485/2009/  
{T 0/2}

## **Sentenza del 15 settembre 2010**

---

Composizione

Giudici Elena Avenati-Carpani (presidente del collegio),  
Beat Weber, Vito Valenti,  
cancelliere Dario Quirici.

---

Parti

A. \_\_\_\_\_,  
patrocinato dall'avvocato Franco Papadia,  
viale O. Quarta 16, IT-73100 Lecce,  
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 invalidità, decisione del 3 marzo 2009.

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

A.\_\_\_\_\_, cittadino italiano nato il (...), coniugato, ha lavorato in Svizzera come operaio dal 1977 al 2007, versando i contributi obbligatori all'assicurazione per la vecchiaia, i superstiti e l'invalidità (AVS/AI; doc. 39). Il 18 marzo 2008, per il tramite dell'Istituto nazionale italiano della previdenza sociale (INPS), l'assicurato ha formulato all'Ufficio dell'assicurazione per gli assicurati residenti all'estero (UAIE) una domanda di rendita d'invalidità svizzera (doc. 1).

**B.**

Nell'ambito dell'istruzione della domanda di rendita, l'UAIE ha acquisito, tra gli altri, i documenti seguenti:

- i questionari per il datore di lavoro e per l'assicurato, del 15 e 16 luglio 2008 (doc. 9 e 10), dai quali traspare che quest'ultimo ha lavorato come "secondary logistics operator", dal 1° gennaio 1999 al 30 aprile 2007, quando ha cessato l'attività per rientrare in Italia, alle dipendenze della ditta "... S.A.", eseguendo da ultimo quaranta ore alla settimana, con un salario mensile di Fr. 6'070.-,
- un referto radiologico del 25 settembre 1996 (doc. 11), facente stato di un'ernia discale (EDD) paramediana sinistra a livello di L5-S1,
- un referto d'intervento operatorio, del 22 ottobre 1996 (doc. 12), relativo ad un'emilaminectomia e un'erniectomia a livello di L5-S1,
- un rapporto ospedaliero del 5 novembre 1996 (doc. 13), nel quale è descritto un decorso postoperatorio favorevole,
- un rapporto ospedaliero del 19 novembre 1996 (doc. 15), nel quale è riferito che le conseguenze postoperatorie sono semplici e che l'assicurato è stato dimesso dal servizio di chirurgia ortopedica il 16 novembre 1996, in buono stato generale, senza deficit neurologici e senza dolore,
- un referto di visita specialistica del 18 dicembre 2007 (doc. 16), di difficile lettura,
- un referto pneumotisiologico dell'8 gennaio 2008 (doc. 17 e 17.1),

facente stato di una disventilopatia di tipo misto di lieve entità,

- un referto cardiologico del 24 gennaio 2008 (doc. 18), nel quale è diagnosticata una cardiopatia ipertensiva,

- un referto radiografico del rachide, del 26 febbraio 2008 (doc. 19.2), facente stato, in particolare, di una rettilizzazione della lordosi con discopatia tra C5 e C6 e di una lomboartrosi osteofitica con discopatia tra L5 e S1,

- un referto d'esame ecocardiodoppler del 6 marzo 2008 (19 e 19.1), che riferisce la presenza di spessori parietali nei limiti superiori della norma, senza flussi patologici,

- un rapporto cardiologico del 5 aprile 2008 (doc. 20), nel quale sono descritti un ritmo sinusale con periodi diurni di tachicardia sinusale di frequenza massima, un'aritmia extrasistolica sopraventricolare sporadica, non ripetitiva, sporadiche extrasistole ventricolari, monomorfe e isolate, e un'assenza di aritmie ipocinetiche e di modificazioni ischemiche acute,

- un referto di esame ecocardiologico eseguito il 12 aprile 2008 (doc. 21), nel quale sono poste le seguenti conclusioni diagnostiche: ventricolo sinistro con dimensioni interne ai limiti alti, ipertrofia concentrica delle pareti e normale cinetica regionale, incontinenza della valvola mitrale, inversione del rapporto E/A mitralico da ridotta compliance del ventricolo sinistro,

- una perizia medica particolareggiata E 213 del dott. B.\_\_\_\_\_, del 15 aprile 2008 (doc. 22), nella quale sono diagnosticate una cardiopatia ipertensiva, una lombosciatalgia sinistra in esiti d'intervento per EDD e note di broncopatia cronica, ed è affermato che il ricorrente può continuare a svolgere a tempo parziale il suo ultimo lavoro o altre attività confacenti, il grado d'invalidità, secondo il diritto italiano, essendo valutato al 50%.

### **C.**

L'UAIE ha sottoposto per valutazione la documentazione raccolta al proprio servizio medico, nella persona del dott. C.\_\_\_\_\_, il quale, nella sua presa di posizione del 28 agosto 2008 (doc. 24), ha sollecitato l'esecuzione di un esame reumatologico dell'assicurato.

Per il tramite dell'INPS, l'UAIE ha fatto esibire un referto di visita ortopedica del 5 novembre 2008 (doc. 28), diagnosticante degli esiti di una remota erniectomia discale L4-L5 con risentimento radicolare all'arto inferiore sinistro, non trattato fisioterapicamente e con scarso impiego di farmaci, ad incidenza funzionale di grado lieve-moderato nella professione d'operaio logistico, come pure una nuova perizia medica particolareggiata E 213 della dott.ssa E.\_\_\_\_\_, del 6 novembre 2008 (doc. 29), dello stesso tenore della perizia E 213 del dott. B.\_\_\_\_ (doc. 22), senonché in essa è specificato che l'orario giornaliero massimo per l'ultimo lavoro svolto o per altre attività adeguate, è di tre o quattro ore.

**D.**

Il dott. C.\_\_\_\_\_ si è nuovamente pronunciato sul caso con rapporto del 18 dicembre 2008 (doc. 31), nel quale ha posto la diagnosi principale di lombosciatalgia con sindrome radicolare a livello di S1 a sinistra, di esiti da operazione di un'ernia del disco L5-S1 e di diagnosi associate senza ripercussione sulla capacità lavorativa di broncopneumopatia cronica ostruttiva (BPCO) di grado leggero, d'ipertensione e di cardiopatia ipertensiva, concludendo che la capacità lavorativa dell'assicurato nella sua ultima attività è completa.

Il 5 gennaio 2009 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 eventuali osservazioni entro un termine di trenta giorni (doc. 32).

Per il tramite del patronato Ente nazionale confederale di assistenza ai lavoratori (ENCAL), l'assicurato si è opposto al progetto con scritto del 16 gennaio 2009 (doc. 33), limitandosi a chiedere una rivalutazione della pratica.

Il 3 marzo 2009 l'UAIE ha emanato una decisione, mediante la quale ha negato all'interessato il diritto all'ottenimento di una rendita d'invalidità svizzera (doc. 34).

**E.**

Contro questa decisione, rappresentato dall'avvocato Papadia, l'assicurato ha inoltrato ricorso al Tribunale amministrativo federale l'11 aprile 2009, chiedendo che gli sia attribuita una rendita intera

d'invalidità o, a titolo sussidiario, di grado inferiore, previa esecuzione di misure istruttorie complementari. Egli ha prodotto diversa documentazione medica, in parte già agli atti, salvo un certificato medico del 7 marzo 2008, facente stato di una cardiopatia ipertensiva, di una spondilodiscoartrosi e di una bronchite cronica, ed un referto radiologico lombosacrale del 25 marzo 2009, in cui è riferita, tra l'altro, l'esistenza di una piccola ernia discale foraminale sinistra in L4-5.

Il dott. D.\_\_\_\_\_, medico dell'UAIE, si è pronunciato sulla detta documentazione con rapporto del 16 giugno 2009 (doc. 38), nel quale ha rilevato che essa non apporta nuovi elementi diagnostici, concludendo che l'apprezzamento del caso rimane invariato.

L'UAIE ha presentato la propria risposta al ricorso il 18 giugno 2009, chiedendo che sia respinto e che la decisione impugnata sia confermata.

Il ricorrente ha replicato il 29 luglio 2009, ribadendo le proprie conclusioni.

L'UAIE ha brevemente duplicato il 6 agosto 2009, riconfermando il proprio punto di vista.

## **F.**

Con decisione incidentale del 12 agosto 2009, questo Tribunale ha invitato il ricorrente a versare un anticipo equivalente alle presunte spese processuali di Fr. 300.-. Un pagamento di Fr. 307.- è stato effettuato il 9 settembre 2009.

## **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).

Di conseguenza, questo Tribunale è competente a giudicare il presente ricorso.

**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). In conformità con 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. 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), sempreché 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 e nel rispetto dei requisiti previsti dalla legge (art. 59 e 60 LPGA, nonché l'art. 52 cpv. 1 PA), e visto che l'anticipo relativo alle spese processuali, è stato versato nel termine impartito.

## **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). Si tratta 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 i cittadini di uno Stato membro della Comunità europea, ivi risidenti, ed i cittadini svizzeri (art. 2 e 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 italiano 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.**

Relativamente al diritto applicabile, deve essere ancora precisato che la presente procedura è retta dalla LAI nel suo tenore modificato il 6

ottobre 2006 (V revisione) ed in vigore dal 1° gennaio 2008, ritenuto tuttavia il principio secondo il quale le norme applicabili sono quelle in vigore al momento in cui dei fatti giuridicamente rilevanti si sono verificati (DTF 130 V 445 consid. 1.2).

#### **4.**

Il ricorrente contesta la validità materiale della decisione dell'UAIE, chiedendo che gli sia riconosciuto il diritto ad una rendita intera d'invalidità o, a titolo sussidiario, di grado inferiore.

#### **5.**

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;
- avere versato contributi all'AVS/AI svizzera durante almeno 3 anni (art. 36 LAI). A tale fine è possibile prendere in considerazione anche i contributi versati ad un'assicurazione sociale assimilata di uno Stato membro dell'Unione europea (UE) o dell'Associazione europea di libero scambio (AELS), a condizione che almeno un anno di contributi sia registrato all'AVS/AI svizzera (FF 2005 p. 4065; art. 45 del regolamento 1408/71).

In concreto, è pacifico che il ricorrente adempie la condizione della durata minima di contribuzione, alla quale la legge subordina l'erogazione di una rendita. Rimane ora da esaminare se sia invalido ai sensi di legge.

#### **6.**

**6.1** 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.

**6.2** 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. 2 LAI). In seguito all'entrata in vigore dell'ALC, 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 LPGGA), non è più applicabile quando l'assicurato è cittadino svizzero o dell'UE e vi risiede.

**6.3** 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 LPGGA) almeno del 40% in media durante un anno senza notevole interruzione; e (c) al termine di questo anno è invalido almeno al 40%. Tuttavia, il diritto alla rendita nasce al più presto dopo sei mesi dalla data in cui l'assicurato ha rivendicato il diritto alle prestazioni conformemente all'articolo 29 cpv. 1 LPGGA, ma al più presto a partire dal mese seguente il compimento dei 18 anni (art. 29 cpv. 1 LAI).

**6.4** 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 LPGGA). L'incapacità al guadagno è definita all'art. 7 LPGGA 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 nel suo nuovo tenore dal 1° gennaio 2008).

**6.5** La nozione d'invalidità di cui all'art. 4 cpv. 1 LAI e 8 cpv. 1 LPGGA è di carattere giuridico economico, non medico (DTF 116 V 249 consid. 1b). 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, 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. 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; Pratique VSI 2000 p. 84). La documentazione medica costituisce un importante elemento di giudizio per determinare quali lavori siano ancora ragionevolmente esigibili dall'assicurato, ma non spetta al medico graduare l'invalidità dell'assicurato (DTF 114 V 314).

## 7.

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).

## 8.

**8.1** In concreto, dall'insieme della documentazione medica agli atti e, in particolare, dalle perizie E 213 del dott. B. \_\_\_\_\_ e della dott.ssa E. \_\_\_\_\_, medici dell'INPS, del 15 aprile, rispettivamente del 6

novembre 2008, e dal rapporto del dott. C.\_\_\_\_\_, medico dell'UAIE, del 18 dicembre 2008 (doc. 22), risulta la diagnosi di lombosciatalgia con sindrome radicolare a livello di S1 a sinistra, di esiti da operazione di un'ernia del disco L5-S1, di BPCO di grado leggero, d'ipertensione e di cardiopatia ipertensiva.

Visto il carattere univoco di questa diagnosi, del resto non contestata dal ricorrente, il collegio giudicante non ha nessun motivo per scostarsene.

**8.2** 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, il ricorrente potrebbe pretendere una rendita dell'assicurazione svizzera per l'invalidità solo a partire dal momento in cui abbia subito, senza interruzione notevole, un'incapacità lavorativa di almeno il 40% durante un anno (art. 28 cpv. 1 lett. b LAI) e, al termine di questo anno, sia invalido almeno al 40% (art. 28 cpv. 1 lett. c LAI).

**8.3** Rispetto all'influenza delle dette affezioni sulla capacità lavorativa del ricorrente, nelle perizie E 213 del dott. B.\_\_\_\_\_ e della dott.ssa E.\_\_\_\_\_ è riportato, secondo il diritto italiano, un grado d'invalidità del 50% per l'ultima attività svolta o per altre attività confacenti, la dott.ssa E.\_\_\_\_\_ avendo inoltre specificato che l'orario di lavoro giornaliero massimo è di tre o quattro ore.

Nel referto di visita ortopedica del 5 novembre 2008 (doc. 28), è stato inoltre specificato che il rachide è spinalgico a livello lombare, con lieve accentuazione della cifosi dorsale, che le escursioni del distretto lombosacrale sono limitate solo ai gradi estremi, che le escursioni delle scapolo-omerale sono nei limiti, con conservazione della forza prensile, che il trofismo muscolare agli arti superiori è nei limiti, mentre è leggermente ridotto agli arti inferiori, che la manovra di Lasègue è positiva solo ai gradi estremi a sinistra e che la deambulazione è sufficientemente spedita, con accosciamento possibile fino ai gradi estremi e prudente recupero dell'ortostasi.

Dal canto suo, il dott. C.\_\_\_\_\_ ha considerato, nel suo rapporto del 18 dicembre 2008, che la capacità lavorativa è completa per l'attività d'operaio logistico. Egli ha sottolineato, riferendosi in particolare al referto di visita ortopedica del 5 novembre 2008 (doc. 28), che il

ricorrente, dopo l'intervento d'erniectomia discale L4-L5 nel 1996, non ha beneficiato di cure fisioterapiche, che la presa di medicinali analgici avviene in modo irregolare ed occasionale, e che gli esiti del detto intervento hanno un'incidenza di grado lieve-moderato.

In questa sede, il ricorrente ha esibito nuovi documenti medici, riferenti, sostanzialmente, la diagnosi di piccola ernia discale foraminale in L4-5, di cardiopatia ipertensiva, di spondilodiscoartrosi e di BPCO.

Pronunciandosi in proposito con rapporto del 16 giugno 2009 (doc. 38), il dott. D.\_\_\_\_\_, medico dell'UAIE, ha considerato che la diagnosi di piccola ernia discale L4-5 è compatibile con i problemi conosciuti d'ipodisestesia ("Sensibilitätsstörungen") del ricorrente, e, basandosi sul rapporto ortopedico del 5 novembre 2008, ha sottolineato che può essere esclusa una compressione del nervo ischiatico clinicamente rilevante. Il medico dell'UAIE ha inoltre osservato che gli ulteriori elementi diagnostici di cardiopatia ipertensiva con relativa terapia medicamentosa, di spondilodiscoartrosi e di BPCO, erano già conosciuti e sono già stati considerati dal dott. C.\_\_\_\_\_, concludendo che il ricorrente deve essere reputato in grado di svolgere il suo ultimo lavoro in maniera completa almeno fino alla data della decisione impugnata.

**8.4** Ne discende che il collegio giudicante, tenuto conto dell'intera documentazione medica all'incanto, non può che aderire alla valutazione dei medici dell'UAIE e ritenere il ricorrente capace di continuare ad esercitare il lavoro d'operaio logistico senza alcuna restrizione di natura funzionale.

## **9.**

Rispetto alla richiesta di mezzi di prova formulata dal ricorrente, se l'istruttoria da effettuare d'ufficio conduce l'amministrazione o il giudice, in base ad un apprezzamento coscienzioso delle prove, alla convinzione che la probabilità di determinati fatti deve essere considerata predominante e che altri provvedimenti probatori non potrebbero più modificare il risultato, si rinuncerà ad assumere altre prove (valutazione anticipata delle prove; DTF 122 II 469, 122 III 223, 119 V 344). Un tale modo di procedere non lede il diritto di essere sentito, garantito dall'art. 29 cpv. 2 della Costituzione federale della Confederazione svizzera del 18 aprile 1999 (Cost, RS 101;

Sozialversicherungsrecht, Rechtsprechung [SVR] 2001, IV, n. 10; riguardo al previgente art. 4 cpv. 1 v. Cost., cfr. DTF 124 V 94, 122 V 162 e 119 V 344).

In concreto, il collegio giudicante è del parere che la documentazione agli atti è sufficiente per statuire nel merito, per cui le richieste probatorie non possono essere soddisfatte.

#### **10.**

È necessario a questo punto ricordare che, secondo un principio generale del diritto delle assicurazioni sociali, ogni assicurato ha l'obbligo di ridurre il danno conseguente alla 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).

#### **11.**

Di conseguenza, la decisione impugnata del 3 marzo 2009 deve essere confermata e il ricorso respinto.

#### **12.**

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, le spese processuali sono poste a carico del ricorrente e compensate con l'anticipo versato il 9 settembre 2009.

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

**13.** 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 sono poste a carico del ricorrente e compensate con l'anticipo versato il 9 settembre 2009.

**3.**

Non si assegnano indennità per spese ripetibili.

**4.**

Comunicazione:

- al rappresentante del ricorrente (Raccomandata/AR);
- all'autorità inferiore (n. di rif. ...; Raccomandata);
- all'Ufficio federale delle assicurazioni sociali (Raccomandata).

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: