



Corte III
C-312/2008/

{T 0/2}

Sentenza del 9 novembre 2009

Composizione

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

Parti

A. _____,
patrocinato dall'avvocato Luigi Potenza,
via della Repubblica 23, IT-73054 Presicce,
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
27 novembre 2007.

Fatti:**A.**

A._____, cittadino italiano nato il (...), coniugato, ha lavorato in Svizzera come elettricista dal 1962 al 1969, in modo discontinuo, versando i contributi obbligatori all'assicurazione per la vecchiaia, i superstiti e l'invalidità (AVS/AI). Il 10 febbraio 2005, per il tramite dell'Istituto nazionale italiano della previdenza sociale, l'assicurato, affetto in particolare da un diabete mellito di 2° tipo, ha formulato all'Ufficio dell'assicurazione per l'invalidità per gli assicurati residenti all'estero (UAIE) una domanda di rendita d'invalidità svizzera (doc. 1 a 5).

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

- la dichiarazione dei redditi per il 2004 (doc. 8);

- il questionario per indipendenti, del 15 febbraio 2006, dal quale si evince che l'assicurato ha svolto l'attività di commerciante dal 1° marzo 1986 al 31 dicembre 2005, cinquanta quattro ore alla settimana, realizzando un reddito mensile di EUR 1'000.-, e che, dopo l'insorgere dei suoi problemi di salute, ha dovuto diminuire l'orario di lavoro a tre o quattro giornaliere, conseguendo un reddito mensile di EUR 330.- (doc. 9),

- il questionario per l'assicurato, del 15 febbraio 2006, da cui risultano, in sostanza, le stesse indicazioni contenute nel questionario per gli indipendenti (doc. 10),

- un referto medico del 4 giugno 2004, nel quale sono diagnosticati un diabete mellito di tipo 2 e una retinopatia diabetica (doc. 11),

- due referti medici del 29 dicembre 2004, facenti stato della diagnosi di dolori alla spalla destra dovuti ad una tendinopatia della cuffia dei rotatori in paziente diabetico in terapia insulinica (doc. 12 e 13),

- un referto medico del 18 ottobre 2004, relativo ad un esame d'elettromiografia (EMG) degli arti superiori e inferiori, in cui è rilevata una globale alterazione dei parametri neurografici, compatibile con il sospetto clinico di una polineuropatia diabetica, e la possibile

presenza di una sindrome del tunnel carpale bilaterale (doc. 17),

- una perizia medica particolareggiata E 213 del dott. C._____, del 13 aprile 2005, nella quale è posta la diagnosi di diabete mellito di 2° tipo in trattamento misto, con retinopatia e polineuropatia diabetica iniziale, di poliartrosi a scarsa incidenza funzionale e d'ipertensione arteriosa lieve non complicata, e nella quale è specificato che l'assicurato può svolgere la sua ultima attività o altri lavori adeguati (cameriere) al massimo per cinque o sei ore giornaliere, ed è stabilito un grado d'invalidità del 50% per qualsiasi attività lavorativa (doc. 19).

C.

L'UAIE ha quindi sottoposto l'incarto all'apprezzamento del proprio servizio medico, nella persona del dott. B._____. Nel suo rapporto finale del 21 aprile 2006, quest'ultimo ha diagnosticato un diabete mellito di tipo 2, con polineuropatia e retinopatia anamnestica, e un'ipertensione arteriosa, ed ha stabilito che l'incapacità lavorativa nell'attività abituale, come pure in altre attività adeguate, è nulla (doc. 21).

Sulla base di questa valutazione medica, l'UAIE ha emanato una decisione l'8 maggio 2006, con la quale ha respinto la domanda di rendita d'invalidità presentata dall'assicurato (doc. 22).

D.

Rappresentato dall'avvocato Potenza, l'assicurato ha formulato opposizione contro questa decisione mediante scritto del 9 giugno 2006, chiedendone l'annullamento (doc. 23).

L'UAIE ha quindi fatto esibire un nuovo questionario per l'assicurato, datato 20 agosto 2007, da cui risultano le stesse indicazioni contenute nei precedenti questionari ed egli ha inoltre prodotto nuova documentazione medica, tra cui due referti d'angiografia retinica del 23 marzo e 13 giugno 2007, da cui si evince la diagnosi di retinopatia diabetica non proliferante all'occhio destro e proliferante all'occhio sinistro e d'edema maculare, con l'esecuzione di una panfotocoagulazione retinica mediante laser (doc. 29 a 29.3).

Chiamata a pronunciarsi dall'UAIE sulla nuova documentazione medica esibita dall'assicurato, la dott.ssa V._____ ha rilevato, nella sua presa di posizione del 1° ottobre 2007, che, rispetto alla

valutazione del dott. B._____ del 21 aprile 2006, si è sviluppata una retinopatia diabetica in entrambi gli occhi, la quale ha generato una diminuzione dell'acuità visiva e, quindi, della capacità lavorativa in qualsiasi attività. La dott.ssa V._____ ha inoltre precisato che l'assicurato non può praticare attività implicanti sforzi fisici, a causa del rischio d'emorragia retinica, e che la sua incapacità lavorativa è del 50% in qualsiasi attività, dal 10 giugno 2006 (data di un'angiografia eseguita lo stesso giorno; doc. 29.2), come pure che la malattia di lunga durata è cominciata il 21 maggio 2004, con una diminuzione del 20% della capacità lavorativa dal 5 luglio 2004, ossia dall'inizio della terapia con insulina (doc. 32).

Mediante decisione del 27 novembre 2007, l'UAIE ha quindi accolto parzialmente l'opposizione dell'assicurato, riconoscendogli il diritto ad un quarto di rendita d'invalidità dal 1° febbraio 2007 e ad una mezza rendita dal 1° maggio 2007, ed ha conseguentemente annullato la decisione dell'8 maggio 2006 (doc. 36 a 39).

E.

Contro questa decisione su opposizione, per il tramite dell'avvocato Potenza, l'assicurato ha inoltrato ricorso al Tribunale amministrativo federale il 12 gennaio 2008, chiedendo, in ordine, di dichiarare nulla la decisione impugnata perché carente di motivazione, e, nel merito, di riconoscergli il diritto ad una rendita intera d'invalidità a far data dalla presentazione della domanda amministrativa, come pure di rifondergli le spese di procedura.

L'UAIE ha risposto il 18 marzo 2008, proponendo di respingere il ricorso e di confermare la decisione impugnata.

Il ricorrente ha replicato il 30 aprile 2008, ribadendo le proprie conclusioni.

L'UAIE ha ancora duplicato il 15 maggio 2008, confermando il proprio punto di vista.

F.

Con decisione incidentale del 21 maggio 2008, questo Tribunale ha notificato al ricorrente una copia della duplice dell'UAIE, invitandolo nel contempo a versare un anticipo equivalente alle presunte spese processuali di Fr. 300.-. Il relativo versamento è stato effettuato il 25

giugno 2008.

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^{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.

1.3 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 il

ricorrente ha provveduto a versare nel termine impartito l'anticipo di Fr. 300.-, relativo alle spese giudiziarie.

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

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^a revisione della LAI e della LPGGA, 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 formale della decisione dell'UAIE, rilevando che essa sarebbe nulla poiché priva di motivazione.

4.1 Il diritto di essere sentito, la cui garanzia è prevista all'art. 29 cpv. 2 della Costituzione federale della Confederazione svizzera del 18 aprile 1999 (Cost, RS 101), comprende il diritto per l'assicurato di prendere conoscenza dell'incarto (DTF 132 II 485 consid. 3, 126 I 7 consid. 2b), di esprimersi prima che una decisione sia emessa nei suoi confronti, di produrre delle prove pertinenti, di partecipare all'amministrazione delle prove essenziali, di prenderne conoscenza e di potersi esprimere in merito, allorquando questo è proprio ad influenzare la decisione da emanare (cfr. DTF 124 II 132 consid. 2b e giurisprudenza ivi citata). Nel quadro della procedura amministrativa il diritto di essere sentito è consacrato dagli art. 26 a 28 (diritto di esaminare gli atti), dagli art. 29 a 33 (diritto di essere sentito *stricto sensu*) e dall'art. 35 PA (diritto di ottenere una decisione motivata).

4.2 La giurisprudenza ha dedotto dal diritto di essere sentito, definito dalle norme speciali di procedura (quali l'art. 35 PA) l'obbligo per l'autorità di motivare la sua decisione, così da permettere ai destinatari ed a tutte le persone interessate di comprenderla, di impugnarla ed in modo da rendere possibile all'autorità di ricorso adita di esercitare convenientemente il suo controllo (DTF 129 I 232 consid. 3.2; DTF 126 I 97 consid. 2b; DTF 122 IV 8 consid. 2c, DTF 112 la 107 consid. 2b; cfr. inoltre la sentenza del Tribunale federale 2A.496/2006/2A.497/2006 del 15 ottobre 2007 consid. 5.1.1). Si è in presenza di una violazione del diritto di essere sentito se l'autorità non soddisfa al suo obbligo di esaminare e di trattare i problemi pertinenti (DTF 126 I 97 consid. 2b; DTF 122 IV 8 consid. 2c). Per adempiere a tali esigenze, è sufficiente che il giudice (o l'autorità) menzioni, almeno brevemente, i motivi sui quali ha fondato la sua decisione, in modo da permettere all'interessato di apprezzare la portata di quest'ultima e di impugnarla in piena conoscenza di causa (DTF menzionate). In generale, la portata dell'obbligo di motivare dipende dalla complessità della fattispecie da giudicare, dalla potenziale gravità delle conseguenze della decisione e dalle circostanze del singolo caso. Più la libertà d'apprezzamento dell'autorità è ampia e più la misura adottata arreca pregiudizio ai diritti dei singoli, più le esigenze legate alla motivazione della decisione devono essere elevate (DTF 112 la 107 consid. 2b; cfr. inoltre la sentenza del Tribunale federale 2A.496/2006 / 2A.497/2006 precitata). Sebbene la motivazione debba fare emergere le riflessioni dell'autorità in merito agli elementi (di fatto o di diritto) essenziali che hanno influenzato la decisione, l'autorità non è comunque tenuta a pronunciarsi su tutti i fatti, argomentazioni e mezzi di prova invocati dalle parti, ma può limitarsi a quelli che, senza arbitrio, le sembrano decisivi per la risoluzione della causa (DTF 126 I 97 consid. 2b; DTF 112 la 107 consid. 2b). È sufficiente che l'amministrazione indichi brevemente i motivi della decisione e quali sono gli elementi alla base di quest'ultima (DTF 124 V 180, consid. 1a, confermato nella sentenza del Tribunale federale, del 9 maggio 2000, in re I., ed in Pra 2001, n. 71, consid. 1 a/bb).

4.3 Il diritto di ottenere una decisione motivata costituisce una garanzia costituzionale di natura formale, la cui violazione causa in principio l'annullamento della decisione impugnata indipendentemente dalle possibilità di esito favorevole del ricorso nel merito (cfr. DTF 126 I 19 consid. 2d/bb; DTF 126 V 130 consid. 2b; DTF 122 II 464 consid. 4a e giurisprudenza citata). Eccezionalmente un'eventuale

violazione del diritto di essere sentito può essere sanata allorché l'autorità che ha emanato la decisione ha preso posizione in merito alle argomentazioni decisive nel quadro dello scambio degli scritti e che l'amministrato ha avuto la possibilità di esprimersi liberamente di fronte ad un'autorità di ricorso che disponga di piena cognizione (DTF 133 I 201 consid. 2.2; DTF 130 II 530 consid. 7.3; DTF 126 V 130 consid. 2b; DTF 124 V 389 consid. 5a e 180 consid. 4a).

4.4 In concreto, la motivazione della decisione impugnata appare certo succinta, ma ciò non ha però impedito il ricorrente di comprenderne la portata e di deferirla all'istanza superiore. Nell'ambito del ricorso, infatti, egli ha potuto difendersi in maniera corretta, nella misura in cui è stato in grado di dedurre i fatti su cui la decisione si fonda e le ragioni per cui è stata pronunciata. Tuttavia, anche se la decisione fosse considerata non sufficientemente motivata, si rileva che tale carenza sarebbe sanata dal ricorso davanti al Tribunale amministrativo federale, il quale dispone di un pieno potere d'esame (fatti e diritto).

Visto quanto precede, la censura del ricorrente in ordine all'insufficienza della motivazione e, quindi, alla violazione del diritto di essere sentito, deve essere respinta.

5.

Il ricorrente ha contestato la validità materiale della decisione dell'UAIE, chiedendo che gli sia riconosciuto il diritto ad una rendita intera d'invalidità a far data dalla presentazione della domanda.

6.

Secondo l'art. 24 cpv. 1 LPGA, il diritto a prestazioni si estingue cinque anni dopo la fine del mese per cui era dovuta la prestazione. In deroga a questa disposizione, l'art. 48 cpv. 2 LAI precisa che, se l'assicurato si annuncia più di dodici mesi dopo la nascita del diritto, le prestazioni dell'assicurazione invalidità possono essere assegnate soltanto per i dodici mesi precedenti la richiesta. Esse sono assegnate per un tempo anteriore, se l'assicurato non poteva conoscere i fatti motivanti il diritto e presenta la richiesta entro dodici mesi da quando ne ha avuto conoscenza.

In concreto, il ricorrente ha presentato la domanda di rendita il 10 febbraio 2005. Il Tribunale amministrativo federale potrebbe quindi, di

principio, limitarsi ad esaminare se il ricorrente abbia diritto ad una rendita il 10 febbraio 2004 (ossia dodici mesi precedenti la presentazione della domanda), oppure se il diritto ad una rendita sia sorto tra tale data ed il 27 novembre 2007, data della decisione su opposizione 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 stessa è stata resa (DTF 130 V 445, citato sopra al consid. 3.2).

7.

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.

8.

8.1 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.

8.2 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^{ter} 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.

8.3 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).

8.4 Per incapacità al lavoro s'intende qualsiasi incapacità, totale o parziale, derivante da un danno alla salute fisica, mentale o psichica di compiere un lavoro ragionevolmente esigibile nella professione o nel campo di attività abituale. In caso d'incapacità al lavoro di lunga durata possono essere prese in considerazione anche le mansioni esigibili in un'altra professione o campo d'attività (art. 6 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.

8.5 La nozione d'invalidità di cui all'art. 4 LAI e 8 LPGGA è di carattere giuridico economico, non medico (DTF 116 V 249 consid. 1b; 110 V 275, 105 V 207). In base all'art. 16 LPGGA, 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). 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, 105 V 158).

8.6 Secondo la giurisprudenza, nel caso di lavoratori indipendenti, il guadagno senza invalidità dev'essere determinato considerando l'evoluzione che l'azienda della persona assicurata avrebbe avuto se non fosse subentrata l'invalidità, tenuto conto delle sue attitudini professionali e personali come pure del genere di attività, nonché della situazione economica e dell'andamento dell'azienda prima dell'insorgere dell'invalidità. Il reddito medio o il risultato d'esercizio di aziende simili possono fungere da base per valutare il reddito ipotetico (cfr., tra altre, sentenze del 18 ottobre 2006 in re T. I 790/04 e del 24 maggio 2006 in re C., I 782/03, consid. 3.1.3). Se non è possibile determinare o stimare in maniera attendibile ("zuverlässig") i due redditi di cui si tratta, si deve procedere, ispirandosi al metodo specifico applicabile alle persone non esercitanti attività lucrativa (art. 27 OAI), al confronto delle attività e valutare il grado di invalidità ritenendo l'incidenza della diminuita capacità di rendimento sulla situazione economica concreta (metodo straordinario di graduazione; DTF 104 V 136 seg. consid. 2; VSI 1998 pag. 122 consid. 1a e pag. 257 consid. 2b). Questo metodo particolare si applica eccezionalmente (RCC 1969 pag. 699) e soprattutto nel caso di lavoratori indipendenti, ove un calcolo sufficientemente attendibile dei redditi da paragonare è escluso. La differenza fondamentale tra il metodo straordinario di graduazione e il metodo specifico (giusta i combinati disposti di cui agli art. 28 cpv. 3 LAI, 26bis e 27 cpv. 1 OAI) risiede nel fatto che l'invalidità non è graduata direttamente sulla base di un confronto di attività: si valuta infatti dapprima l'impedimento cagionato dalle condizioni di salute e solo successivamente si accertano le ripercussioni di tale impedimento sulla capacità di guadagno. Una certa diminuzione della capacità funzionale di rendimento può certo, nel caso di una persona attiva, determinare uno scapito economico di stessa misura, ma non ha necessariamente una simile conseguenza. Se ci si volesse, nel caso di persone attive, fondare esclusivamente sul risultato ottenuto dal confronto delle attività, si violerebbe il principio legale secondo cui per questa categoria di assicurati l'invalidità deve essere stabilita in base all'incapacità di guadagno (sentenza del 17 giugno 2008 del Tribunale federale 9C_580/2007 consid. 4; DTF 128 V 30 consid. 1, 104 V 136 consid. 2; VSI 1998 pag. 122 consid. 1a e pag. 257 consid. 2b). Occorre ancora precisare che,

nel caso in cui l'assicurato cessa l'attività indipendente, si può rinunciare all'applicazione del metodo straordinario in quanto il raffronto delle mansioni svolte prima e dopo la sopravvenienza del danno alla salute non è più attuabile (RAMI 1995 p. 107).

9.

9.1 Una rendita graduata nel tempo corrisponde materialmente ad una revisione, e se ne deve pertanto seguire i principi (DTF 125 V 417 consid. 2d). Se il grado d'invalidità del beneficiario della rendita subisce una modifica, che incide in modo rilevante sul diritto alla rendita, questa sarà, per il futuro, aumentata o ridotta proporzionalmente o soppressa, d'ufficio o su richiesta (art. 17 cpv. 1 LPG, corrispondente materialmente al precedente ed abolito art. 41 LAI).

9.2 Se la capacità al guadagno dell'assicurato migliora, v'è motivo di ammettere che il cambiamento determinante sopprime, all'occorrenza, tutto o parte del diritto a prestazioni dal momento in cui si può supporre che il miglioramento constatato perduri. Lo si deve in ogni caso tenere in considerazione allorché è durato tre mesi, senza interruzione notevole, e che presumibilmente continuerà a durare. Analogamente, in caso di aggravamento dell'incapacità al guadagno, occorre tenere conto del cambiamento determinante il diritto a prestazioni, non appena esso perdura da tre mesi senza interruzione notevole (art. 88a cpv. 1 e 2 OAI).

10.

Giova ancora 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.

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, consideri i disturbi lamentati dall'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).

12.

12.1 In concreto, è pacifico che il ricorrente soffre di un diabete mellito di tipo 2, di una polineuropatia, di una retinopatia diabetica in entrambi gli occhi e d'ipertensione arteriosa (doc. 19, 21 e 32).

Per quanto riguarda i dolori alla spalla destra, di cui si riferisce nei referti medici del 10 ottobre e 20 dicembre 2004 (doc. 12, 13 e 17), essi sono stati qualificati dal dott. C._____, nella sua perizia E 213 (doc. 19), come poliartrosi a scarsa incidenza funzionale. Per questo motivo, il collegio giudicante considera che essi sono ininfluenti sulla capacità lavorativa del ricorrente.

12.2 È opportuno rammentare che le affezioni in oggetto debbono, dal profilo giuridico, essere esaminate alla luce dell'art. 29 cpv. 1 lett. b LAI. Trattasi, infatti, di malattie che, per costante giurisprudenza, sono da configurare non già di carattere permanente (cioè di natura consolidata o irreversibile), bensì patologico-labile, ossia suscettibili di migliorare o peggiorare.

Ne discende che, in mancanza di una 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 d'attesa di un anno. Pertanto, il ricorrente potrebbe pretendere una rendita dell'assicurazione svizzera dell'invalidità solo a partire dal momento in cui ha subito, senza interruzione notevole, un'incapacità lavorativa media del 40% almeno durante un anno.

12.3 Per quanto concerne le conseguenze invalidanti delle affezioni diagnostiche, il dott. C._____ ha precisato, nella sua perizia E 213 del 13 aprile 2005, che il ricorrente può svolgere la sua ultima attività ed altri lavori confacenti durante cinque o sei ore al giorno, ed ha formulato un grado d'invalidità generale del 50%.

Dal canto suo, la dott.ssa V._____, medico dell'UAIE, ha stabilito, nella sua presa di posizione del 1° ottobre 2007 (doc. 32), che il ricorrente ha subito un'incapacità lavorativa del 20% già dal 5 luglio 2004, ossia da quanto ha iniziato a seguire il trattamento insulinico, e che essa è peggiorata, risultando pari al 50% per qualsiasi attività, dal 10 giugno 2006, in base alle risultanze di un'angiografia eseguita lo stesso giorno (doc. 29.2), la quale ha messo in evidenza lo sviluppo di una retinopatia diabetica dei due occhi, necessitante di una panfotocoagulazione. Il medico dell'UAIE ha concluso ad una diminuzione dell'acuità visiva e quindi della capacità lavorativa del ricorrente anche tenuto conto del fatto che egli deve evitare attività che necessitino sforzi fisici in ragione del rischio di emorragie.

12.4 Nell'evenienza concreta, visto le difficoltà evidenti che sorgerebbero al fine di accertare con esattezza il reddito che il ricorrente avrebbe potuto conseguire prima e dopo l'insorgenza del danno alla salute quale gestore di bar/pizzeria, il metodo generale di raffronto dei redditi non può essere applicato. Vero è che i medici non si sono espressi dettagliatamente sugli impedimenti causati dal danno alla salute nell'esercizio dell'attività di gestore di bar e quindi è difficilmente valutabile la ripercussione di tali impedimenti sulla capacità di guadagno. Tuttavia, essi sono unanimi nel considerare che, sia nell'attività di gestore di bar come pure in quella di cameriere, la capacità di lavoro del ricorrente non supera il 50%. Tenuto conto dell'età dell'assicurato, che al momento dell'insorgere del diritto alla rendita nel febbraio 2007 aveva quasi 63 anni, appare poco verosimile che egli avrebbe potuto sfruttare in maniera più proficua la sua residua

capacità di lavoro in attività leggere che non richiedano un'acuità visiva intatta. Ai sensi della giurisprudenza è anche opportuno rilevare che, allorquando si tratta di valutare l'invalidità di un assicurato che si trova al limite dell'età pensionabile per la vecchiaia, occorre procedere ad un'analisi globale della situazione e domandarsi se, in modo realistico, l'assicurato sarebbe nelle condizioni di ritrovare un impiego in un mercato equilibrato del lavoro (sentenza del Tribunale federale del 14 luglio 2008, nella causa M. 9C_612/20077, e referenze citate).

12.5 Tenuto conto che il ricorrente ha continuato, seppure in maniera ridotta, la propria attività d'indipendente (gestore di bar), e che sia il dott. C._____ sia la dott.ssa V._____ hanno considerato ragionevolmente esigibile, nella misura del 50%, lo svolgimento di tale attività, il collegio giudicante può quindi aderire a tali conclusioni e riconoscere che l'incapacità lavorativa del ricorrente in qualsiasi attività è pari al 20% dal 5 luglio 2004 e pari al 50% dal 10 giugno 2006 e che a tale incapacità lavorativa corrisponde un tasso d'invalidità del 50%.

13.

Per determinare a partire da quando il ricorrente è stato, per un anno e senza notevoli interruzioni, incapace al lavoro per almeno il 40% *in media*, come prescritto dall'art. 29 cpv. 1 let. b LAI, l'UAIE ha proceduto ad un calcolo retrospettivo. Considerando che l'incapacità lavorativa del ricorrente ha avuto inizio il 5 luglio 2004, con un grado del 20%, e che essa è aumentata al 50% dal 10 giugno 2006, l'UAIE ha stabilito che un'incapacità *media* del 40% si è verificata a partire dal 1° febbraio 2007 (quattro mesi al 20% e otto mesi al 50%). Per questo motivo, l'UAIE ha riconosciuto al ricorrente il diritto ad un quarto di rendita d'invalidità dal 1° febbraio 2007.

Tenendo conto di un'incapacità lavorativa del 50% dal 10 giugno 2006, l'UAIE ha poi riconosciuto, conformemente all'art. 88a cpv. 2 OAI, al ricorrente il diritto ad una mezza rendita d'invalidità dal 1° maggio 2007.

14.

Di conseguenza, il ricorso deve essere respinto e la decisione impugnata confermata.

15.

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 25 giugno 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 25 giugno 2008.

3.

Non si assegnano indennità per ripetibili.

4.

Comunicazione:

- al rappresentante del ricorrente (Raccomandata/AR);
- all'autorità inferiore (n. di rif. ...);
- 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: