



---

Corte III  
C-3220/2013

## **Sentenza del 16 settembre 2014**

---

Composizione

Giudici Michela Bürki Moreni (presidente del collegio),  
Christoph Rohrer, Maurizio Greppi;  
Cancelliere: Dario Croci Torti.

---

Parti

A. \_\_\_\_\_,  
rappresentato dall'avv. Lina Ratano,  
ricorrente,

Contro

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

---

Oggetto

Assicurazione per l'invalidità (decisione del 30 aprile 2013).

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

A.\_\_\_\_\_, cittadino italiano, nato il , ha svolto attività lavorativa in Svizzera dal 1971 al 2006 e nel 2008, solvendo regolari contributi all'assicurazione svizzera per la vecchiaia, i superstiti e l'invalidità (AVS/AI, doc. 53). Dal 1987 al 2006 ha lavorato quale gessino e si è occupato di ristrutturazioni edili per conto proprio (doc. 23, 53); nel 2008 ha brevemente lavorato per conto di terzi (doc. 21, 23). Dopo il rimpatrio ha svolto attività lucrativa dal 1° giugno al 30 settembre 2006 (doc. 23) come intonacatore/gessino in proprio (doc. 23).

In data 28 agosto 2012, A.\_\_\_\_\_ ha presentato domanda volta al conseguimento di una prestazione dell'assicurazione svizzera per l'invalidità all'Ufficio dell'assicurazione per l'invalidità per gli assicurati residenti all'estero (UAIE, doc. 15, 16).

**B.**

Il 2 ottobre 2012 il richiedente è stato visitato presso i servizi medici dell'Istituto nazionale della previdenza sociale di Casarano (INPS), ove il medico incaricato ha diagnosticato ipertensione arteriosa in buon controllo farmacologico, iniziali note degenerative del rachide con modeste protrusioni discali cervico-lombari con lieve impegno funzionale ponendo un tasso d'invalidità del 35% (doc. 13).

A.\_\_\_\_\_ ha esibito i seguenti documenti medici, segnatamente:

- i risultati di esami cardiologici effettuati nel settembre/ottobre 2009 ove si segnala un'ipertensione arteriosa in controllo farmacologico e null'altro di patologico (doc. 2, 3, 24, 25, 26);

- i risultati di una risonanza magnetica (RM) encefalica del 20-28 maggio 2011 (doc. 4) ed un breve referto di visita urologica del 22 luglio 2011 (doc. 5);

- un rapporto di dimissione ospedaliera concernente il ricovero dal 4 al 9 gennaio 2008 per trauma cranico commotivo per piccolo ematoma subdurale frontale destro (doc. 7);

- un breve rapporto d'esame ecodoppler relativo agli arti inferiori del 17 marzo 2009 (doc. 8);

- un rapporto d'esame Holter su 24 ore del 25 febbraio 2009 (doc. 9);
- una RM cervicale del 20 gennaio/1° febbraio 2010 (doc. 10);
- un'ecografia muscolo tendinea alla gamba destra del 2 maggio 2012 (doc. 27) ed una RM all'arto inferiore destro del 18/23 ottobre 2012 (doc. 28);

### **C.**

La documentazione prodotta è stata sottoposta per esame al Dott. B.\_\_\_\_\_, medico di fiducia dell'UAIE, generalista, il quale, nel rapporto del 20 gennaio 2013, ha affermato che il richiedente non presenta alcuna invalidità di rilievo (doc. 36).

Un progetto di decisione comportante il diniego di prestazioni assicurative è stato inviato al Patronato INAPA, già regolare rappresentante di A.\_\_\_\_\_, il 7 febbraio 2013 (doc. 37).

L'assicurato ha confermato la sua richiesta di prestazioni con scritto del 23 marzo 2013 (doc. 44), con cui ha esibito documenti già ad atti, fatta eccezione per un certificato del medico curante Dott. Ferilli del 19 marzo 2013, nel quale sostanzialmente si attesta un'artrosi diffusa del rachide cervicale e lombare con ernie discali, gonartrosi bilaterale, più grave a destra, sindrome del tunnel carpale bilaterale, ipertensione (doc. 38) e un referto radiologico delle ginocchia del 19 dicembre 2012 (doc. 42).

L'incarto è stato risottoposto al Dott. B.\_\_\_\_\_, il quale, con nota del 20 aprile 2013, si è riconfermato nelle sue precedenti considerazioni (doc. 46).

Mediante decisione del 30 aprile 2013, l'UAIE ha respinto la domanda di prestazioni (doc. 47), in quanto dagli atti esaminati non risultava un'incapacità al lavoro media sufficiente per un anno ai sensi della disposizioni legali.

### **D.**

Con il ricorso depositato il 1° giugno 2013, A.\_\_\_\_\_, rappresentato dall'avv. Lina Ratano, chiede, in via preliminare di ordinare all'UAIE di trasmettere eventuali rapporti medici stilati dal servizio medico, nel merito l'annullamento del summenzionato provvedimento amministrativo e, di conseguenza, il riconoscimento del diritto a prestazioni assicurative, così come il pagamento di spese e onorari da parte dell'UAIE. In caso di necessità postula pure l'erezione di una perizia medica per verificare il suo stato di salute.

A motivazione del proprio gravame A. \_\_\_\_\_ invoca in particolare la violazione del diritto di essere sentito, in quanto la decisione impugnata sarebbe scarsamente motivata, non esponendo le ragioni di rigetto e pertanto rendendo impossibile la sua impugnazione. Egli non avrebbe altresì potuto prendere visione dei documenti, in particolare della presa di posizione del medico dell'UAIE del 20 aprile 2013. Nella decisione non sarebbero tra l'altro state menzionate le patologie di cui è affetto, né altri elementi importanti, quali il nome del medico, la data del suo rapporto, l'eventuale sua specializzazione, né il contenuto essenziale di detto rapporto.

Nel merito, l'amministrazione avrebbe comunque violato le norme di valutazione dell'invalidità. L'insorgente produce, infine, oltre a documentazione già ad atti, un attestato di riconoscimento dell'invalidità civile del 3 dicembre 2012 (a tratti non leggibile), un referto di valutazione angiologia degli arti inferiori del 16 dicembre 2006, un'ecografia muscolo tendinea della gamba destra del 2 maggio 2012, un breve rapporto d'esame ortopedico del 7 dicembre 2012 ed un esame dello stesso tipo del 29 gennaio 2013 che, in base agli accertamenti oggettivi, certifica una gonartrosi bilaterale più grave a destra con meniscopatia mediale (allegati doc. TAF 1).

#### **E.**

L'Ufficio AI ha risottoposto gli atti al Dott. B. \_\_\_\_\_, il quale, riconsiderando le precedenti prese di posizione alla luce della nuova documentazione medica trasmessa dall'assicurato, ha ammesso che quest'ultimo non può più svolgere l'attività di piastrellista (recte gessino, addetto alle ristrutturazioni) a causa della gonartrosi bilaterale, ma altri lavori medio-leggeri e/o semisedentari in misura completa, a partire dal 7 dicembre 2012, data del certificato ortopedico di ASL di Lecce (doc. TAF 1/14; rapporto del 10 luglio 2013, doc. 49).

Sulla scorta di questo parere, l'UAIE ha svolto un'indagine comparativa dei redditi, eseguita sul mercato del lavoro italiano, da cui è risultato che, svolgendo attività alternative, A. \_\_\_\_\_ subirebbe un'incapacità di guadagno del 41% (doc. 52).

Nelle proprie osservazioni ricorsuali del 9 ottobre 2013 l'UAIE ammette che un caso d'invalidità è sorto dal 7 dicembre 2012, ma il periodo d'attesa di un anno viene a cadere dopo la data dell'impugnata decisione, che coincide con il 30 aprile 2013. Pertanto il ricorso andrebbe respinto.

#### **F.**

Dopo aver preso atto della risposta dell'Ufficio AI e di altra documentazione

di rilievo la rappresentante del ricorrente, con replica del 16 novembre 2013, riafferma le motivazioni esposte in sede ricorsuale riguardanti la violazione del diritto di essere sentito (mancata trasmissione del rapporto del medico del SMR) ed osserva di non accettare le nuove considerazioni del Dott. B. \_\_\_\_\_, medico generalista, che non possiederebbe le competenze per confutare pareri di specialisti. Inoltre auspicabile sarebbe stato consultare un altro medico. Il ricorrente non concorda inoltre con la decorrenza dell'invalidità (doc. 13 e 17, così come altri atti, non considerati integralmente dal medico interpellato, indicherebbero un'incapacità lavorativa precedente) e con l'asserita capacità lavorativa totale in attività adeguate e pertanto con il grado di invalidità (che si fonda, tra l'altro, erroneamente su dati del 2008). Il rappresentante del ricorrente produce una "ipotesi di nota spese" del montante complessivo di Eur 2'831,20.

#### **G.**

Duplicando in data 23 gennaio 2013 (recte: 2014), l'Ufficio AI ripropone la reiezione del ricorso, fondandosi sul rapporto del Dott. B. \_\_\_\_\_ del 16 gennaio 2014 (allegato doc. TAF 12).

#### **H.**

Con ordinanza del 25 marzo 2014, il Tribunale amministrativo federale ha invitato la parte ricorrente a versare un anticipo di fr. 400.-, corrispondente alle presunte spese processuali. Detto anticipo è stato regolarmente versato il 23 aprile 2014 (doc. TAF 17).

#### **I.**

In data 28 aprile 2014 l'avvocata Ratano ha presentato ulteriori osservazioni alla replica (doc. TAF 18), di cui si dirà, per quanto occorra, nei considerandi in diritto.

### **Diritto:**

#### **1.**

**1.1** Riservate le eccezioni di cui all'art. 32 della legge del 17 giugno 2005 sul Tribunale amministrativo federale (LTAF, RS 173.32), questo Tribunale giudica, in virtù dell'art. 31 LTAF, i ricorsi contro le decisioni ai sensi dell'art. 5 della legge federale del 20 dicembre 1968 sulla procedura amministrativa (PA, RS 172.021) emanate dalle autorità menzionate all'art. 33 LTAF. In particolare, le decisioni rese dall'UAIE concernenti l'assicurazione per l'in-

validità possono essere impugnate innanzi a questo Tribunale conformemente all'art. 69 cpv. 1 lett. b della legge federale del 19 giugno 1959 sull'assicurazione per l'invalidità (LAI, RS 831.20).

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

**1.3** Secondo l' art. 59 LPGA (così come l'art. 48 PA in relazione con l'art. 37 PA) 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. Queste condizioni sono adempiute nella specie.

**1.4** Il ricorso è tempestivo e rispetta i requisiti minimi prescritti dalla legge (art. 60 LPGA e 52 PA). L'interessato ha versato l'anticipo delle presunte spese processuali, entro il termine impartito. Il gravame è dunque ammissibile, nulla ostando all'esame del merito dello stesso.

## **2.**

**2.1** Dal profilo temporale sono applicabili le disposizioni in vigore al momento della realizzazione dello stato di fatto che deve essere valutato giuridicamente o che produce conseguenze giuridiche (DTF 136 V 24 consid. 4.3 e 130 V 445 consid. 1.2 e relativi riferimenti nonché 129 V 1 consid. 1.2).

Se è intervenuto un cambiamento delle norme legislative nel corso del periodo sottoposto ad esame giudiziario, il diritto eventuale alle prestazioni si determina secondo le vecchie disposizioni per il periodo anteriore e secondo le nuove a partire della loro entrata in vigore (applicazione pro rata temporis; DTF 130 V 445).

**2.2** Giova altresì rilevare che il potere cognitivo di questo Tribunale è delimitato dalla data della decisione impugnata. Il giudice delle assicurazioni sociali esamina infatti la decisione impugnata sulla base della situazione di fatto esistente al momento in cui essa è stata resa. Tiene tuttavia 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 121 V 362 consid. 1b), in altri termini se gli stessi sono strettamente connessi all'oggetto litigioso e se sono suscettibili di influire sull'apprezzamento del giudice al momento in cui detta decisione litigiosa è stata resa (cfr. sentenza del TF 8C\_278/2011 del 26 luglio 2011 consid. 5.5 nonché 9C\_116/2010 del 20 aprile 2010 consid. 3.2.2; DTF 118 V 200 consid. 3a in fine).

### **3.**

**3.1** Secondo il diritto internazionale è applicabile l'Accordo sulla libera circolazione delle persone del 21 giugno 1999 fra la Confederazione svizzera, da una parte, e la Comunità europea ed i suoi Stati membri, dall'altra, entrato in vigore il 1° giugno 2002 (ALC, RS 0142.112.681) con il suo allegato II che regola il coordinamento dei sistemi di sicurezza sociale. In questo contesto, l'ALC è stato modificato con effetto 1° aprile 2012 dal regolamento (CE) n. 883/2004 relativo al coordinamento dei sistemi di sicurezza sociale, così come il regolamento (CE) n. 987/2009 del Parlamento europeo e del Consiglio del 16 settembre 2009 che regola le modalità d'applicazione del regolamento (CE) n. 883/2004 relativo al coordinamento dei sistemi di sicurezza sociale (RS 0.831.109.268.1 e 0.831.109.268.11). Questi regolamenti sono dunque applicabili nella specie (cfr. sentenza del Tribunale federale 8C\_445/2011 del 4 maggio 2012). Conformemente all'art. 4 del regolamento (CE) n. 883/2004, salvo quanto diversamente previsto dallo stesso, le persone ad esso soggette godono delle medesime prestazioni e sottostanno agli stessi obblighi di cui alla legislazione di ciascuno Stato membro come i cittadini di tale Stato. Il regolamento (CE) n. 1408/71 al quale l'ALC rinviava per il periodo precedente il 31 marzo 2012 conteneva una disposizione simile al suo art. 3 cpv. 1.

**3.2** Può essere sottolineato che il riconoscimento all'estero di una rendita d'invalidità secondo il rispettivo sistema di sicurezza sociale non pregiudica la valutazione dell'invalidità secondo il diritto svizzero (sentenza del Tribunale federale I 435/02 del 4 febbraio 2003). Pertanto, anche con l'entrata in vigore dell'ALC, il grado d'invalidità di un assicurato che postula il riconoscimento di prestazioni AI è determinato esclusivamente secondo il diritto svizzero (art. 46 del regolamento [CE] n. 883/2004 in relazione con l'allegato VII dello stesso regolamento; rispettivamente, per il diritto in vigore fino al 31 marzo 2012, art. 40 cpv. 4 in relazione con l'allegato V del regolamento 1408/71; cfr. anche DTF 130 V 253 consid. 2.4; sentenza del Tribunale federale I 376/05 del 5 agosto 2005 consid. 3.1). Deve essere comunque dato per acquisito che la documentazione medica ed amministrativa prodotta dagli istituti di sicurezza sociale di un altro Stato membro

deve essere presa in considerazione (art. 49 cpv. 2 del regolamento (CE) n. 987/2009).

**3.3** Per quanto riguarda il diritto interno, le modifiche introdotte dalla 6<sup>a</sup> revisione della LAI, entrate in vigore il 1° gennaio 2012, sono applicabili nella fattispecie, fermo restando che le nuove norme non apportano cambiamenti sostanziali rispetto al diritto in vigore fino al 31 dicembre 2011.

#### **4.**

Oggetto del contendere è l'assegnazione di una rendita di invalidità a A.\_\_\_\_\_.

**4.1** L'UAIE ha respinto la richiesta in quanto il diritto ad un quarto di rendita sorgerebbe soltanto dopo la pronuncia della decisione impugnata, ritenuto che l'incapacità lavorativa decorrerebbe soltanto dal 7 dicembre 2012.

**4.2** Il ricorrente dal canto suo sostiene sostanzialmente nel merito che il medico dell'UAI, senza alcuna specializzazione in materia, non avrebbe considerato documenti medici atti a dimostrare un'incapacità lavorativa più elevata e precedente a tale data e che pertanto l'incarto, essendo incompleto necessita di un complemento istruttorio tramite l'esecuzione di una perizia specialistica.

#### **5.**

**5.1** In via preliminare la parte ricorrente invoca la violazione del diritto di essere sentito, per insufficiente motivazione della decisione impugnata e per la mancata visione degli atti posti alla base della stessa, in particolare il rapporto del dottor B.\_\_\_\_\_ del 20 aprile 2013.

**5.2** Ai sensi dell'art. 29 cpv. 2 Cost. le parti hanno diritto d'essere sentite. Per costante giurisprudenza, dal diritto di essere sentito deve in particolare essere dedotto il diritto per l'interessato di esprimersi prima della resa di una decisione sfavorevole nei suoi confronti, quello di fornire prove circa i fatti suscettibili di influire sul provvedimento, quello di poter prendere visione dell'incarto, quello di partecipare all'assunzione delle prove, di prenderne conoscenza e di determinarsi al riguardo (DTF 132 V 368 consid. 3.1 pag. 370 e sentenze ivi citate). Il diritto di essere sentito è una garanzia costituzionale formale, la cui violazione implica l'annullamento della decisione impugnata, a prescindere dalle possibilità di successo nel merito (DTF 132 V 387 consid. 5.1 pag. 390; 127 V 431 consid. 3d/aa pag. 437).

Ai sensi della giurisprudenza, una violazione del diritto di essere sentito - nella misura in cui essa non sia grave - è da ritenersi sanata qualora l'interessato abbia la facoltà di esprimersi innanzi ad un'autorità di ricorso che gode di piena cognizione. La riparazione di un eventuale vizio deve comunque avvenire solo in via eccezionale (DTF 127 V 431 consid. 3d/aa pag. 437). Giova inoltre precisare che anche in caso di grave violazione del diritto di essere sentito è possibile prescindere da un rinvio della causa all'amministrazione, se una simile operazione si esaurirebbe in un vuoto esercizio formale e procrastinerebbe inutilmente il processo in contrasto con l'interesse - di pari rango del diritto di essere sentito - della parte ad essere giudicata celermente (DTF 132 V 387 consid. 5.1 pag. 390 con riferimenti).

L'art. 29 cpv. 2 Cost. offre, a titolo sussidiario, una garanzia minima, mentre la portata di tale diritto è determinata in primo luogo dalle norme cantonali o federali di procedura (DTF 126 I 15 consid. 2a pag. 16; 125 I 257 consid. 3a pag. 259).

La procedura di preavviso è l'espressione di questo principio. Per l'art. 57a cpv. 1 LAI l'ufficio AI comunica all'assicurato, per mezzo di un preavviso, la decisione prevista in merito alla domanda di prestazione o alla soppressione o riduzione della prestazione già assegnata. L'assicurato ha il diritto di essere sentito conformemente all'articolo 42 LPGA.

Secondo l'art. 42 LPGA le parti hanno il diritto di essere sentite. Non devono obbligatoriamente essere sentite prima di decisioni impugnabili mediante opposizione. In ogni caso al più tardi durante la procedura di opposizione l'amministrazione deve dare la possibilità alla parte interessata di pronunciarsi sulle prove e sulla procedura in forma sufficiente (DTF 132 V 368 consid. 6 pag. 374).

**5.3** Giusta l'art. 49 cpv. 3 seconda frase LPGA le decisioni devono essere motivate se non corrispondono interamente alle richieste delle parti. Il diritto di essere sentito di cui all'art. 29 cpv. 2 Cost. comprende infatti l'obbligo per l'autorità di motivare le proprie decisioni. Esso ha lo scopo, da un lato, di porre la persona interessata nelle condizioni di afferrare le ragioni poste a fondamento della decisione, di rendersi conto della portata del provvedimento e di poterlo impugnare con cognizione di causa, e, dall'altro, di permettere all'autorità di ricorso di esaminare la fondatezza della decisione medesima. Ciò non significa tuttavia che l'autorità sia tenuta a pronunciarsi in modo esplicito ed esaustivo su tutte le argomentazioni addotte; essa può occuparsi delle sole circostanze rilevanti per il giudizio, atte ad influire sulla

decisione (DTF 129 I 232 consid. 3.2 pag. 236; 126 I 97 consid. 2b pag. 102; 125 II 369 consid. 2c pag. 372).

**5.4** In merito inoltre al diritto di accesso agli atti dell'incarto (cfr. DTF 132 II 485 consid. 3.2) – ovvero il diritto di consultare elementi probatori – è sufficiente che le parti siano a conoscenza delle prove prodotte e che le stesse siano a disposizione di coloro che le richiedono (cfr. DTF 128 V 272 consid. 5b/bb *in fine* e DTF 112 la 202 consid. 2a.) Detta garanzia non comprende il diritto di consultare tutto l'incarto, bensì unicamente gli atti che possono avere un'incidenza sull'esito della procedura. Giusta l'art. 26 PA – che riprende essenzialmente i principi giurisprudenziali (cfr. MOOR/POLTIER, op. cit., no. 2.2.7.6, pag. 327) – la parte o il suo rappresentante ha il diritto di esaminare alla sede dell'autorità statuyente o d'una autorità cantonale, designata da questa, le memorie delle parti o le osservazioni delle autorità (lett. a), tutti gli atti adoperati come mezzi di prova (lett. b), le copie delle decisioni notificate (lett. c). Secondo tale norma, il diritto di consultare gli atti si estende a tutti gli atti rilevanti per l'esito della procedura, ovvero tutti gli atti che l'autorità prende in considerazione per motivare la propria decisione (cfr. DTF 132 II 485 consid. 3.2, DTF 121 I 225 consid. 2a e DTF 119 la 139 consid. 2b.)

## **6.**

**6.1** Per quanto attiene in primo luogo all'asserito mancato accesso alla documentazione va rilevato in primo luogo che con l'invio del progetto di decisione l'interessato ha preso atto che l'Ufficio AI era intenzionato a respingere la domanda di prestazioni. A quel momento egli aveva a disposizione trenta giorni per chiedere ogni informazione, farsi trasmettere l'intero incarto, informarsi fundamentalmente dei motivi che avevano indotto l'Ufficio AI a ritenere infondata la sua domanda. In particolare, oltre ai documenti medici da lui inviati, egli avrebbe potuto richiedere il parere del medico dell'Ufficio AI, contestarlo rispettivamente produrre un contro parere. In altre parole, la conoscenza del progetto di decisione negativo, impone all'amministrato l'obbligo di informarsi nel modo più appropriato presso l'autorità competente. In questo senso, oltre a quanto già esposto, il TF (DTF 132 V 387 consid. 6, sentenza del TF 9C\_937/2011 del 9 luglio 2012 consid. 2.4) ha spiegato in cosa consiste l'accesso agli atti. L'accesso immediato e costante non è assoluto (l'amministrazione deve godere di un certo margine in termini di tempo e di indipendenza per procedere ai propri accertamenti), ma è fondamentale al momento del progetto di decisione. In quest'ottica, dopo il progetto, il dovere d'informazione incombe anche al richiedente che

deve tutto porre in opera per chiedere gli atti, ogni utile riferimento e contestare tale predecisione. In effetti la parte deve di principio formulare una domanda per ottenere il diritto di consultare gli atti. Ciò presuppone tuttavia che essa venga informata se nuovi atti decisivi, non noti e che nemmeno possono conoscere, sono versati agli atti (DTF 132 V 387 consid. 6.2).

In concreto durante la suesposta procedura il ricorrente si è limitato a produrre documentazione già ad atti ed altri due documenti (doc. 38-44). Tuttavia, non essendo stato messo a conoscenza dall'UAI della nuova presa di posizione del dottor B. \_\_\_\_\_ del 20 aprile 2013 (doc. 46) – di cui è stato informato solo tramite la decisione impugnata - non gli incombeva alcun obbligo di chiedere la trasmissione di documentazione supplementare. In simili condizioni il mancato invio, da parte dell'UAIE del citato, nuovo rapporto medico, sconosciuto al ricorrente, in cui il medico dell'UAIE si era espresso sui nuovi atti medici a lui trasmessi, negandone una qualsivoglia valenza, dopo il progetto di decisione e a cui l'amministrazione fa espresso riferimento nel provvedimento per giustificare il rifiuto di assegnare la rendita, configura, una violazione del diritto di essere sentito (sentenze del TF 9C\_937/2011 del 9 luglio 2012 consid. 2.3 e 9C\_961/2009 del 17 gennaio 2011 consid. 2). Alla luce della giurisprudenza in vigore la violazione può tuttavia essere considerata lieve in quanto il rapporto medico in questione è piuttosto scarno, limitandosi a richiamare le diagnosi attestate nei nuovi atti medici e riconfermando l'opinione esposta in occasione della pronuncia del progetto di decisione. In ogni caso un'eventuale violazione del diritto del diritto di essere sentito va considerata sanata in questa sede in quanto il TAF, che dispone di piena cognizione sia per quanto riguarda l'esame dei fatti che del diritto (sentenze del TF 9C\_937/2011 del 9 luglio 2012 consid. 2.3 e 9C\_961/2009 del 17 gennaio 2011 consid. 2), ha trasmesso il documento a A. \_\_\_\_\_ con ordinanza del 17 ottobre 2013, fissando un termine di 30 giorni per esprimersi (doc. TAF 6).

La censura va pertanto respinta.

**6.2** In ordine alla questione se la decisione impugnata è sufficientemente motivata va rilevato che essa potrebbe essere senz'altro più completa e precisa. Nella sostanza, tuttavia contiene gli elementi essenziali, ossia le norme applicabili e la sussunzione fondata, anche se solo in parte, su degli atti che l'assicurato ha o avrebbe potuto visionare e contestare integralmente a partire dal momento in cui egli ha avuto conoscenza che era intenzione dell'Ufficio AI respingere la sua domanda. Inoltre alla luce del con-

tenuto del ricorso è chiaro che, malgrado la motivazione succinta, l'assicurato è stato posto in grado di dedurre le ragioni poste alla base della decisione, di comprenderne la portata e di contestarla compiutamente.

In tali circostanze la decisione impugnata va considerata sufficientemente motivata.

## **7.**

**7.1** In base all'art. 8 LPGA è considerata invalidità l'incapacità al guadagno totale o parziale presumibilmente permanente o di lunga durata. L'art. 4 LAI precisa che l'invalidità può essere conseguente ad infermità congenita, malattia o infortunio; il cpv. 2 della stessa norma stabilisce che l'invalidità è considerata insorgere quando, per natura e gravità, motiva il diritto alla singola prestazione.

**7.2** L'art. 28 cpv. 1 LAI stabilisce che l'assicurato ha diritto ad una rendita alle seguenti condizioni: a. la sua capacità di guadagno o la sua capacità di svolgere le mansioni consuete non può essere ristabilita, mantenuta o migliorata mediante provvedimenti d'integrazione ragionevolmente esigibili; b. ha avuto un'incapacità di lavoro (art. 6 LPGA) almeno del 40% in media durante un anno senza notevole interruzione; e c. al termine di questo anno è invalido almeno al 40%.

**7.3** L'assicurato ha diritto ad una rendita intera se è invalido per almeno il 70%, a tre quarti di rendita se è invalido per almeno il 60%, ad una mezza rendita se è invalido per almeno la metà e ad un quarto di rendita se è invalido per almeno il 40% (art. 28 cpv. 2 LAI). In seguito all'entrata in vigore dell'Accordo bilaterale, la limitazione prevista dall'art. 29 cpv. 4 LAI, secondo il quale le rendite per un grado d'invalidità inferiore al 50% sono versate solo ad assicurati che sono domiciliati e dimorano abitualmente in Svizzera (art. 13 LPGA), non è più applicabile quando l'assicurato è cittadino dell'UE (DTF 130 V 253 consid. 2.3). Dopo l'entrata in vigore dei nuovi regolamenti (CE) n. 883/2004 e n. 987/2009, i cittadini svizzeri e dell'Unione europea che presentano un grado d'invalidità del 40% almeno, hanno diritto ad un quarto di rendita in applicazione dell'art. 28 cpv. 1 LAI indipendentemente dal loro domicilio e residenza (art. 4 del regolamento [CE] n. 883/04).

**7.4** Per incapacità al lavoro s'intende qualsiasi incapacità, totale o parziale, derivante da un danno alla salute fisica, mentale o psichica di compiere un lavoro ragionevolmente esigibile nella professione o nel campo di attività

abituale. In caso d'incapacità al lavoro di lunga durata possono essere prese in considerazione anche le mansioni esigibili in un'altra professione o campo d'attività (art. 6 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 oggettivamente superabile (art. 7 cpv. 2 LPGGA).

## **8.**

L'assicurato arrivò in Svizzera a fini lavorativi nel 1971. Il suo campo di attività fu principalmente quello dell'edilizia. Soprattutto a partire dal 1985 cominciò un'attività indipendente che lo occupò fino al 2006 in qualità di gessino ed addetto alle ristrutturazioni. Ritornò nel nostro paese per un breve periodo lavorativo nell'estate 2008 (doc. 21, 23; conti individuali, doc. 53).

**8.1** 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). In base all'art. 16 LPGGA, applicabile per il rinvio dell'art. 28a cpv. 1 LAI, per valutare il grado d'invalidità, il reddito che l'assicurato potrebbe conseguire esercitando l'attività ragionevolmente esigibile da lui dopo la cura medica e l'eventuale esecuzione di provvedimenti d'integrazione (reddito da invalido), tenuto conto di una situazione equilibrata del mercato del lavoro, è confrontato con il reddito che egli avrebbe potuto ottenere se non fosse diventato invalido (reddito da valido). 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).

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

**8.3** Inoltre, 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, tenga 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 cui giunge l'esperto devono inoltre essere motivate (DTF 137 V 210, 125 V 352 consid. 3a).

## **9.**

Nel caso in esame nella perizia medica redatta dall'INPS il 2 ottobre 2012 è stata posta la diagnosi di un'ipertensione arteriosa in buon controllo farmacologico, iniziali note degenerative del rachide con modeste protrusioni discali cervico-lombari con lieve impegno funzionale (doc. 33). In realtà, il complesso patologico affliggente l'assicurato comprende anche lesioni alle ginocchia (doc. 49 p. 2) e turbe cardiocircolatorie non investigate in modo adeguato (doc. 25-28, 31). Infatti, o gli esami effettuati sono succinti o si riferiscono a date ormai non più attuali. La documentazione esibita in sede di ricorso, che risale a un periodo precedente la data della decisione impugnata attesta invece un incremento della patologia alle ginocchia ossia una gonartrosi bilaterale più grave a destra (cfr. referti del 19 gennaio 2013 e del 7 dicembre 2012 prodotti con il ricorso). Tale circostanza è riportata anche nel rapporto del medico dell'UAIE del 20 aprile 2013 (doc. 46).

**9.1** Per quanto riguarda le conseguenze invalidanti delle affezioni menzionate, il medico dell'INPS si limita ad osservare che il paziente è in grado di svolgere un'attività pesante. È stato fissato un grado di inabilità lavorativa del 35% Detta "perizia" è tuttavia scarna di notizie utili ed è manifestamente incompleta.

Dal canto suo il medico dell'UAIE, Dott. B. \_\_\_\_\_ rilascia due pareri, il 20 gennaio 2013 ed il 20 aprile 2013 del tutto insufficienti (doc. 36, 46). Il rapporto del 10 luglio 2013 è più consistente, ma si fonda su dati non aggiornati per quanto riguarda la patologia cervicodorsolombare e quella cardiaca (doc. 46 e 49). Nel primo rapporto ritiene l'assicurato abile al lavoro, nel terzo (doc. 49) lo considera incapace al lavoro nella precedente attività di piastrellista (recte: le attività svolte in precedenza erano quelle di gessino e addetto alle ristrutturazioni, doc. 23) e capace al lavoro al 100% in attività adeguate medio pesanti.

Nella misura in cui si fonda principalmente sulla perizia E 213 dell'INPS, il parere del servizio medico dell'UAIE appare infondato, ossia privo di qualsiasi supporto oggettivo di recente esecuzione. Le conclusioni alle quali giunge consistono nel dire che certo esiste uno stato di salute compromesso ma si accontentano, in certi ambiti (situazione cervicodorsolombare, situazione cardiologica) di dati che, praticamente, precedono il deposito della domanda. Quindi in particolare dal punto di vista ortopedico e cardiologico l'istruttoria è del tutto carente. Mancano ad atti i necessari referti oggettivi e due rapporti essenziali completi (ortopedico e cardiologico) che sorreggano un parere documentato e ragionato che possa in qualche modo avvallare la tesi, già poco oggettivamente motivata ed attualizzata, del Dott. B. \_\_\_\_\_, il quale d'altronde, quale medico generalista, non dispone di nessuna delle due specializzazioni sopraelencate. In altre parole, l'istruttoria medica non soddisfa quelle esigenze probatorie essenziali sopra esposte in materia di rapporti sanitari.

**9.2** Quando il parere del medico dell'UAIE diverge dagli altri giudizi e/o non può essere fondato su documentazione oggettiva avente la qualità di prova, occorre procedere ad una nuova investigazione medica. Infatti, è compito del consulente del servizio medico regionale o del servizio medico dell'UAIE stabilire in che misura il danno alla salute limita l'interessato nelle sue capacità psicofisiche, attenendosi unicamente alle funzioni importanti relative alle attività lavorative che, secondo la sua esperienza di vita, entrano in linea di conto nel caso concreto (art. 49 OAI).

**9.3** Ora, fatte queste considerazioni, il collegio giudicante si trova nell'impossibilità di determinare adeguatamente lo stato di salute, la misura dell'eventuale incapacità di lavoro sia nella precedente attività di gessino/addetto alle ristrutturazioni (e non di piastrellista come erroneamente indicato dal dottor B. \_\_\_\_\_, doc. 49) sia in attività adeguate più leggere, così come la decorrenza della stessa e pertanto di accertare l'incapacità di guadagno dell'interessato. In queste circostanze è necessario accogliere parzialmente il ricorso, annullare la decisione impugnata e rinviare la causa all'UAIE, affinché, esperiti gli accertamenti medici ed economici necessari, emani una nuova decisione.

Certo, l'art. 61 cpv. 1 PA permette solo eccezionalmente di ricorrere ad una tale procedura. Nel caso concreto, l'applicazione dell'eccezione prevista è tuttavia giustificata se si considerano le numerose lacune dell'incarto e l'ampiezza delle informazioni da raccogliere (DTF 137 V 210 consid. 4.4.1.4).

**10.****10.1**

Il ricorrente ha presentato domanda di rendita il 28 agosto 2012. In deroga all'art. 24 LPGGA, l'art. 29 LAI prevede che 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'art. 29 cpv. 1 LPGGA (riservate altresì le condizioni dell'art. 28 cpv. 1 LAI [cfr. consid. 5.3 del presente giudizio], si confronti DTF 138 V 477 consid. 2.2 e sentenza del TF 8C\_373/2008 del 28 agosto 2008 consid. 2.1). La rendita è versata dall'inizio del mese in cui nasce il diritto (cpv. 3). Per l'art. 28 cpv. 1 let. b LAI l'assicurato ha diritto a una rendita se ha avuto un'incapacità al lavoro (art. 6 LPGGA<sup>2</sup>) almeno del 40 per cento in media durante un anno senza notevole interruzione.

L'eventuale diritto alla rendita sorgerebbe pertanto il 1. febbraio 2013 (DTF 138 V 477 consid. 2.2 e sentenza del TF 8C\_373/2008 del 28 agosto 2008 consid. 2.1).

**10.2** Ne consegue che l'UAIE dovrà completare l'istruttoria delucidando la situazione medica almeno dal febbraio 2012 e meglio un anno prima della nascita del diritto alla rendita.

**10.3** A tale fine il ricorrente dovrà essere sottoposto a perizie approfondite in ortopedia, reumatologia – viste le patologie degenerative di cui soffre alla schiena e alle ginocchia - e cardiologia. In particolare, saranno eseguiti tutti quegli esami strumentali e radiologici che il caso richiede (Rx, RM, TAC, ECG, ECG da sforzo, ecc). Inoltre, lo stato di salute sarà accertato anche tramite una nuova perizia di carattere generale (E 213).

Dai referti dovranno emergere, oltre alla misura dell'eventuale incapacità lavorativa nell'attività precedentemente svolta di gessino/addetto alla ristrutturazioni, anche quella in attività eventualmente ancora ammissibili – che dovranno essere concretizzate - e la decorrenza della stessa.

Se del caso, l'autorità amministrativa effettuerà poi un'indagine comparativa dei redditi seguendo il metodo adeguato e fondandosi sui dati economici relativi al 2013, anno in cui decorre la rendita (DTF 129 V 122, sentenza del TF 8C\_290/2007 dell'8 luglio 2008 consid. 3).

**11.**

**11.1** Visto l'esito del ricorso, non vengono prelevate spese processuali. Al ricorrente viene restituito l'anticipo delle spese processuali di 400 franchi versato il 23 aprile 2014.

**11.2** Ritenuto che l'insorgente è rappresentato in questa sede da un avvocato, si giustifica l'attribuzione di un'indennità a titolo di spese ripetibili (art. 64 PA in combinazione con gli art. 7 e segg. 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]) La parte che ha presentato ricorso in materia d'assegnazione o rifiuto di prestazioni assicurative è reputata vincente, dal profilo delle ripetibili, anche se la causa è rinviata all'amministrazione per complemento istruttorio e nuova decisione (DTF 132 V 215 consid. 6.2). Giusta l'art. 14 cpv. 1 TS-TAF, le parti che chiedono la rifusione di spese ripetibili devono presentare al Tribunale, prima della pronuncia della decisione, una nota particolareggiata delle spese. Se non viene prodotta una nota spese particolareggiata, il giudice fisserà un'indennità sulla base degli atti (art. 14 cpv. 2 TS-TAF). Nel caso concreto, con scritto del 16 novembre 2013 (replica), la rappresentante della ricorrente ha inviato anche un foglio denominato "ipotesi di nota spese" per complessivi Euro 2'831,20 (doc. TAF 8).

**11.2.1** In virtù dell'art. 7 cpv. 1 TS-TAF, la parte vincente ha diritto alle ripetibili per le spese necessarie derivanti dalla causa. Secondo gli art. 8 e 9 cpv. 1 TS-TAF, le ripetibili comprendono, fra l'altro, le spese di patrocinio, ossia l'onorario dell'avvocato, ed i disborsi, quali, segnatamente, le spese di fotocopiatura, le spese di porto e le spese telefoniche. L'art. 10 cpv. 1 e 2 TS-TAF precisa che l'onorario dell'avvocato è calcolato in funzione del tempo necessario alla rappresentanza della parte; la tariffa oraria per gli avvocati oscilla tra un minimo di 200 e un massimo di 400 franchi.

**11.2.2** Secondo giurisprudenza, nell'ambito del suo potere d'apprezzamento, il Tribunale di prima istanza determina l'onorario dell'avvocato in funzione dell'importanza e delle difficoltà della lite nonché dell'ampiezza del lavoro e del dispendio orario (cfr. sentenza del Tribunale federale 9C\_284/2012 del 18 maggio 2012 consid. 6).

**11.2.3** Per valutare l'importanza del lavoro e del tempo consacrato, occorre tenere conto del fatto che la procedura in materia di assicurazioni sociali è retta dalla massima inquisitoria, ciò che, di solito, facilita il compito del mandatario. Quanto all'attività di quest'ultimo suscettibile di essere considerata, essa non può comprendere le azioni inutili o superflue. Inoltre, le iniziative

intraprese prima della promozione della fase processuale non possono essere ritenute (cfr. sentenza del Tribunale federale I 452/05 del 27 novembre 2006 consid. 5.5 e relativi riferimenti).

**11.2.4** Il caso in esame non è manifestamente complesso dal punto di vista dei fatti, ritenuto che la domanda di rendita d'invalidità svizzera è stata presentata nell'agosto 2012 e che l'incarto dell'UAIE non è voluminoso. La fattispecie non pone peraltro questioni in diritto di particolare difficoltà sebbene l'avv. Ratano abbia ripetutamente fatto riferimento alla questione della presunta violazione del diritto di essere sentito.

**11.3** Ciò premesso, il progetto ("ipotesi") di nota d'onorario presentato con l'atto di replica non può essere seguito poiché non particolareggiato (non contiene le ore di lavoro) ed è svolto sulla base di nozioni e terminologie non conosciute dal diritto svizzero (le diverse fasi indicate: studio, introduttiva, istruttoria, decisoria).

**11.4** Stando così le cose, esaminati l'atto di ricorso, quello di replica, la documentazione esibita, esaminata la difficoltà della presente vertenza, il collegio giudicante ritiene che la parte ricorrente possa avere diritto ad un'indennità forfetaria (comprensiva di onorario e spese vive) di fr. 2'000.- esente da IVA (sentenza del TAF C-2115/2013 del 13 agosto 2014).

**Per questi motivi, il Tribunale amministrativo federale pronuncia:**

**1.**

Il ricorso è parzialmente accolto nel senso che, annullata la decisione del 30 aprile 2013, l'incarto è rinviato all'autorità inferiore perché proceda ai sensi dei considerandi 9 e 10 e statuisca di nuovo.

**2.**

Non si prelevano spese processuali e l'anticipo di 400.- franchi versato dal ricorrente gli è restituito.

**3.**

Alla parte ricorrente viene riconosciuta un'indennità per spese ripetibili di fr. 2'000.-, la quale è posta a carico dell'Ufficio AI intimato.

**4.**

Comunicazione a:

- rappresentante del ricorrente (Raccomandata con ricevuta di ritorno)
- autorità inferiore (n. di rif. ; Raccomandata)
- Ufficio federale delle assicurazioni sociali, Berna (Raccomandata)

La presidente del collegio:

Il cancelliere:

Michela Bürki Moreni

Dario Croci Torti

**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 nella misura in cui sono rispettate le condizioni di cui agli art. 82 e segg., 90 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: