



Sentenza del 3 maggio 2011

Composizione

Giudici Vito Valenti (presidente del collegio),
Michael Peterli e Franziska Schneider,
cancelliera Marcella Lurà.

Parti

A. _____,
rappresentato dal Patronato INCA,
ricorrente,

contro

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

Oggetto

Assicurazione per l'invalidità (decisione del 15 aprile 2009).

Fatti:**A.**

A._____, cittadino italiano, nato il (...), coniugato, ha lavorato in Svizzera nel 1974 (9 mesi), nel 1980 (5 mesi), nel 1981 (10 mesi), nel 1982 (10 mesi) e dal 1983 all'agosto del 2006, solvendo contributi all'assicurazione svizzera per la vecchiaia, i superstiti e l'invalidità durante tale periodo (doc. 6). Dal 1° agosto 1996 al 31 luglio 2006, è stato alle dipendenze della ditta B._____ in qualità di saldatore, in ragione di 42 ore alla settimana. Ha interrotto il lavoro il 23 maggio 2006 a seguito di licenziamento (doc. 17). Rientrato in Italia, non ha più lavorato (doc. 11). Il 7 marzo 2008, ha formulato una richiesta volta all'ottenimento di una rendita dell'assicurazione svizzera per l'invalidità (doc. 1).

B.

Nel corso dell'istruttoria, l'Ufficio dell'assicurazione per l'invalidità per gli assicurati residenti all'estero (UAIE) ha in particolare assunto agli atti la seguente documentazione:

- documenti medici di data intercorrente da novembre 2005 a febbraio 2008 (doc. 18 a 34);
- la perizia medica particolareggiata E 213 della previdenza sociale italiana del 3 aprile 2008 attestante avanzata spondiloartrosi cervicale e lombare con sofferenza radicolare C5-C6 bilaterale cronica e L5-S1 bilateralmente di grado discreto più marcata a sinistra ed ipertensione arteriosa in trattamento; le condizioni di salute dell'interessato sono state definite come stazionarie e il medesimo è stato ritenuto in grado di svolgere regolarmente lavori leggeri, ma non il suo ultimo lavoro né un lavoro adeguato alle sue condizioni a tempo pieno. È stato segnalato che l'interessato è considerato invalido al 70%, conformemente alle disposizioni di legge del Paese di residenza, sia nella precedente attività sia in un'attività adeguata alle sue condizioni (doc. 35);
- il questionario per l'assicurato del 25 luglio 2008 (doc. 11);
- il questionario per il datore di lavoro del 3 dicembre 2008 (doc. 17).

C.

Nel rapporto del 16 gennaio 2009, il dott. C._____, del Servizio medico regionale "Rhône" (SMR), ha esposto la diagnosi di cervicalgie con radicolopatia C5-C6 e disturbi degenerativi C3-C4, C5-C6, C6-C7 e

lombalgia con disturbi degenerativi L2-L3, L3-L4, L5-S1. Ha altresì considerato l'ulcera duodenale, la colelitiasi, lo stato dopo meniscectomia sinistra e l'ipertensione arteriosa siccome senza ripercussioni sulla capacità lavorativa. Ha quindi ritenuto un'incapacità lavorativa del 100% dell'interessato nella precedente attività a decorrere dal 7 marzo 2008, ma, sempre da tale data, una capacità al lavoro completa (ossia del 100%) in un'attività sostitutiva confacente al suo stato di salute (lavoro a tempo pieno, che consenta un cambiamento della posizione, con sollevamento di pesi non superiori ai 15 kg, con movimento limitato e senza salita di piani inclinati e scale, al riparo da umidità e freddo, ad esclusione di un lavoro pesante; doc. 37 e 37.1).

D.

Il 16 febbraio 2009, l'UAIE ha determinato nel 23% il grado d'invalidità dell'assicurato in applicazione del metodo generale del raffronto dei redditi (doc. 38).

E.

Il 20 febbraio 2009, l'autorità inferiore, mediante progetto di decisione, ha comunicato all'interessato che la domanda di prestazioni sarebbe stata respinta, ritenuto in particolare che l'esercizio di un'attività lucrativa più leggera è da considerare esigibile in misura sufficiente per escludere il diritto ad una rendita. L'autorità inferiore ha altresì concesso all'interessato la facoltà di formulare, nel termine di 30 giorni dalla notificazione del progetto di decisione, delle obiezioni per iscritto (doc. 39).

F.

Il 9 marzo 2009 (doc. 45), l'interessato ha presentato le sue osservazioni al menzionato progetto di decisione mediante le quali ha segnalato di non essere in grado di svolgere alcuna attività lucrativa, neppure una leggera. Ha precisato di essere stato riconosciuto invalido dalle autorità italiane. Ha esibito documenti medici di maggio, ottobre e novembre 2008, una relazione medica dell'11 marzo 2009 della dott.ssa D._____ ed un'attestazione dell'11 marzo 2009 di liquidazione dell'assegno d'invalidità dell'INPS di E._____ (doc. 40 a 44).

G.

Nel rapporto del 6 aprile 2009, il dott. C._____ ha rilevato che non vi erano motivi per modificare la sua precedente valutazione della residua capacità lavorativa del 100% in un'attività sostitutiva adeguata (doc. 47).

H.

Il 15 aprile 2009, l'autorità inferiore ha respinto la domanda di prestazioni dell'assicurazione svizzera per l'invalidità. Ha in particolare osservato che dalle carte processuali risulta che a causa del danno alla salute l'assicurato ha un'incapacità lavorativa del 100% nella precedente attività. Tuttavia, l'esercizio di un'attività sostitutiva leggera confacente allo stato di salute dell'interessato medesimo – quale ad esempio portinaio, sorvegliante di parcheggio/museo, addetto alla vendita per corrispondenza, riparatore di piccoli elettrodomestici, cassiere, venditore, impiegato in un ufficio – è da considerare esigibile al 100% e conduce ad un grado d'invalidità del 23% che esclude il riconoscimento del diritto ad una rendita dell'assicurazione svizzera per l'invalidità. L'autorità inferiore ha pure sottolineato che l'assicurazione svizzera per l'invalidità non è vincolata dalle decisioni in materia rese in Italia (doc. 48).

I.

Il 18 maggio 2009, l'interessato ha interposto ricorso dinanzi al Tribunale amministrativo federale contro la decisione dell'UAIE del 15 aprile 2009 mediante il quale ha chiesto, sostanzialmente, il riconoscimento di una prestazione dell'assicurazione svizzera per l'invalidità. Ha ribadito che le patologie di cui è affetto non gli consentono di svolgere alcuna attività lucrativa che gli permetta di conseguire un reddito tale da "poter vivere dignitosamente". Ha in particolare segnalato di essere stato riconosciuto invalido dalle autorità italiane. Ha esibito documenti medici già agli atti nonché due certificati medici del 4 dicembre 2007 e del 7 febbraio 2008 della dott.ssa D. _____ ed un referto di visita oculistica del 17 ottobre 2008 (doc. TAF 1).

J.

Con decisione incidentale del 27 maggio 2009 (notificata il 4 giugno 2009 al rappresentante del ricorrente [cfr. avviso di ricevimento; doc. TAF 3] e al ricorrente medesimo [cui è però stata inviata unicamente per conoscenza; cfr. avviso di ricevimento; doc. TAF 4]), questo Tribunale ha invitato il ricorrente a versare, entro il termine di 30 giorni dalla notificazione della decisione incidentale medesima, un anticipo di fr. 300.- - a copertura delle presumibili spese processuali. L'anticipo spese è stato versato il 23 giugno 2009 (doc. TAF 2 a 4 e 6).

K.

Il 10 settembre 2009, l'interessato ha prodotto documenti medici cardiaci del 25 e 30 maggio, 27 agosto e 3 settembre 2009 ed una relazione medica del 7 settembre 2009 della dott.ssa F. _____ (doc. TAF 10).

L.

L.a Nei rapporti del 28 agosto e 13 ottobre 2009, il dott. G._____, medico dell'UAIE, ha in particolare rilevato che i documenti medici del dicembre 2007 e del febbraio 2008 espongono le note diagnosi, senza apportare nuovi elementi oggettivi. Ha altresì osservato che i rapporti cardiaci da maggio a settembre 2009 fanno certo stato di un infarto miocardico con conseguente impianto di stent, ma gli stessi non evidenziano alcuna funzione ridotta del miocardio. Dal rapporto di visita oftalmologica del 17 ottobre 2008 non risulterebbero altresì particolari affezioni invalidanti. Ha pertanto ritenuto che l'interessato è abile al 100% in un'attività sostitutiva confacente al suo stato di salute. Ha quindi confermato le precedenti valutazioni del dott. C.____ (doc. 50 e 52).

L.b Nella risposta al ricorso del 23 settembre 2009 e nel complemento del 26 ottobre 2009, l'autorità inferiore ha proposto, in virtù delle prese di posizione del proprio servizio medico, la reiezione del ricorso. Ha peraltro precisato che ogni assicurato deve intraprendere tutto quanto sia esigibile per ovviare alle conseguenze della sua invalidità (doc. TAF 12).

M.

Nella replica del 4 dicembre 2009, l'interessato si è riconfermato nelle argomentazioni in fatto e in diritto di cui al ricorso del 18 maggio 2009. Ha esibito una relazione medica del 20 novembre 2009 del dott. H.____ (doc. TAF 17).

N.

Nella duplice dell'11 gennaio 2010, in virtù del rapporto del 4 gennaio 2010 del proprio servizio medico (doc. 54), l'autorità inferiore ha nuovamente proposto la reiezione del ricorso (doc. TAF 19).

O.

Con provvedimento del 28 gennaio 2010, questo Tribunale ha trasmesso la duplice al ricorrente per conoscenza (doc. TAF 20).

Diritto:**1.**

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

1.2. Riservate le eccezioni – non realizzate nel caso di specie – di cui all'art. 32 LTAF, questo Tribunale giudica, in virtù dell'art. 31 LTAF in

combinazione con l'art. 33 lett. d LTAF e l'art. 69 cpv. 1 lett. b della legge federale del 19 giugno 1959 sull'assicurazione per l'invalidità (LAI, RS 831.20), i ricorsi contro le decisioni, ai sensi dell'art. 5 della legge federale del 20 dicembre 1968 sulla procedura amministrativa (PA, RS 172.021), rese dall'Ufficio AI per le persone residenti all'estero.

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

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

2.

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

2.2. Giusta l'art. 20 ALC, salvo disposizione contraria contenuta nell'allegato II, gli accordi bilaterali tra la Svizzera e gli Stati membri della Comunità europea in materia di sicurezza sociale vengono sospesi a decorrere dall'entrata in vigore del presente Accordo qualora il medesimo

campo sia disciplinato da quest'ultimo. Nella misura in cui l'Accordo, in particolare l'Allegato II che regola il coordinamento dei sistemi di sicurezza sociale (art. 8 ALC), non prevede disposizioni contrarie, l'organizzazione della procedura come pure l'esame delle condizioni di ottenimento di una rendita di invalidità svizzera sono regolate dal diritto interno svizzero.

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

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

3.

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

3.2. 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 130 V 445 consid. 1.2 e relativi riferimenti nonché DTF 129 V 1 consid. 1.2). Ne discende che si applicano, da un lato, le norme materiali in vigore fino al 31 dicembre 2007, per quanto attiene allo stato di fatto realizzatosi fino a tale data, mentre dall'altro lato, e per il periodo successivo, le nuove norme della 5a revisione della LAI (cf. DTF 130 V 1 consid. 3.2 per quanto concerne le disposizioni formali della LPGGA, immediatamente applicabili con la loro entrata in vigore). La domanda di una rendita AI essendo stata presentata il 7 marzo 2008 e il medico della previdenza sociale italiana avendo ritenuto che il danno alla salute è intervenuto a far tempo dal 7 marzo 2008 (cfr. doc. 35 pag. 9 n. 11.10), al caso in esame si applicano di principio le disposizioni della 5a revisione della LAI entrate in vigore il 1° gennaio 2008. Giova altresì osservare, per sovrabbondanza,

che l'applicazione del diritto previgente non avrebbe comportato, nella sostanza, un diverso esito della lite (cfr. sentenza del Tribunale federale 8C_972/2009 del 27 maggio 2010 consid. 2.1 a contrario; v. anche la sentenza del Tribunale amministrativo federale C-3121/2009 del 13 dicembre 2010 consid. 3).

3.3. Il ricorrente, come già menzionato, ha presentato la richiesta di rendita il 7 marzo 2008. In deroga all'art. 24 LPGA, 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 LPGA. 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 DTF 121 V 362 consid. 1b).

4.

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

- essere invalido ai sensi della LPGA e della LAI (art. 8 LPGA nonché art. 4, 28 e 28a LAI);
- aver pagato i contributi all'AVS/AI svizzera o ad un'assicurazione sociale assimilata (FF 2005 p. 4065; art. 45 del regolamento 1408/71) di uno Stato membro dell'Unione europea (UE) o dell'Associazione europea di libero scambio (AELS), durante tre anni (art. 36 cpv. 1 LAI), ferma restando la necessità di un periodo contributivo minimo in Svizzera di un anno (art. 36 cpv. 2 LAI in combinazione con l'art. 29 cpv. 1 LAVS; cfr. DTF 130 V 335 consid. 3 e 4).

Il ricorrente ha versato contributi all'AVS/AI svizzera per più tre anni (doc. 6) e, pertanto, adempie in ogni caso la condizione della durata minima di contribuzione. Rimane ora da esaminare se sia invalido ai sensi di legge

5.

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

5.2. Giusta l'art. 28 cpv. 2 LAI, l'assicurato ha diritto ad un quarto di rendita se è invalido per almeno il 40%, ad una mezza rendita se è invalido per almeno la metà, a tre quarti di rendita se è invalido per almeno il 60% e ad una rendita intera se è invalido per almeno il 70%. In seguito all'entrata in vigore dell'Accordo sulla libera circolazione, la limitazione prevista dall'art. 29 cpv. 4, secondo cui le rendite per un grado d'invalidità inferiore al 50%, ma pari almeno al 40%, sono versate solo ad assicurati che sono domiciliati e dimorano abitualmente in Svizzera (art. 13 LPGA), non è più applicabile segnatamente quando l'assicurato è cittadino dell'UE o svizzero e risiede nell'UE (DTF 132 V 423 consid. 6.4.1 e sentenza del Tribunale federale I 702/03 del 28 maggio 2004 consid. 1 e relativi riferimenti).

5.3. L'art. 28 cpv. 1 LAI prevede che l'assicurato ha diritto a una rendita se la sua capacità al guadagno o la sua capacità di svolgere le mansioni consuete non può essere ristabilita, mantenuta o migliorata mediante provvedimenti d'integrazione ragionevolmente esigibili (lettera a), ha avuto un'incapacità al lavoro (art. 6 LPGA) almeno del 40% in media durante un anno senza notevole interruzione (lettera b) e al termine di questo anno è invalido (art. 8 LPGA) almeno al 40% (lettera c).

5.4. Un'incapacità al lavoro del 20% deve essere presa in considerazione per il calcolo dell'incapacità al lavoro media giusta l'art. 28 cpv. 1 lett. b LAI (cfr. nota marginale 2020 della Circolare sull'invalidità e la grande invalidità nel suo tenore applicabile fino al 31 dicembre 2007; Jurisprudence et pratique administrative des autorités d'exécution de l'AVS/AI [Pratique VSI] 1998 p. 126 consid. 3c).

6.

6.1. La nozione d'invalidità di cui all'art. 4 LAI e 8 LPGGA è di carattere economico-giuridico e non medico (DTF 116 V 246 consid. 1b, DTF 110 V 273 e DTF 105 V 205). In base all'art. 16 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; metodo generale del raffronto dei redditi).

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

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

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

7.

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

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

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

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

8.

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

8.2. In particolare, per quanto concerne le perizie giudiziarie la giurisprudenza ha stabilito che il giudice non si scosta senza motivi imperativi dal parere degli esperti, il cui compito è quello di mettere a disposizione del tribunale le loro conoscenze specifiche e di valutare, da un punto di vista medico, una certa fattispecie (sentenza del Tribunale

federale U 505/06 del 17 dicembre 2007). Ragioni che possono indurre il giudice a non fondarsi su un tale referto sono ad esempio affermazioni contraddittorie, il contenuto di una superperizia, o altri rapporti da cui emergono validi motivi per farlo e, meglio, se l'opinione di altri esperti appare sufficientemente fondata da mettere in discussione le conclusioni peritali (sentenza del Tribunale federale I 166/03 del 30 giugno 2004 consid. 3.3).

8.3. Per quel che riguarda le perizie di parte, il Tribunale federale ha precisato che esse contengono considerazioni specialistiche che possono contribuire ad accertare i fatti, da un punto di vista medico. Malgrado esse abbiano lo stesso valore probatorio di una perizia giudiziaria, il giudice deve valutare se questi referti medici sono atti a mettere in discussione la perizia giudiziaria oppure quella ordinata dall'amministrazione (DTF 125 V 351). Giova altresì rilevare come debba essere considerato con la necessaria prudenza l'avviso dei medici curanti, i quali possono tendere a pronunciarsi in favore del proprio paziente a dipendenza dei particolari legami che essi hanno con gli stessi (DTF 125 V 351 consid. 3b e relativi riferimenti).

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

9.

Dalla documentazione medica agli atti emerge che il ricorrente soffre segnatamente di spondiloartrosi cervicale e lombare con sofferenza radicolare C5-C6 bilaterale cronica e L5-S1 bilateralmente di grado discreto più marcata a sinistra e disturbi degenerativi C3-C4, C5-C6, C6-C7, L2-L3 e L3-L4, ipertensione arteriosa in trattamento, ulcera duodenale, colelitiasi e stato dopo meniscectomia sinistra (cfr. perizia medica particolareggiata E 213 del 3 aprile 2008 [doc. 35] e presa di posizione del servizio medico dell'UAIE del 16 gennaio 2009 [doc. 37]).

10.

10.1. Nella fattispecie in esame, occorre determinare se, e a partire da quando, il ricorrente abbia subito, e senza interruzione notevole, un'incapacità lavorativa media di almeno il 40% durante un anno giusta l'art. 28 cpv. 1 lett. b LAI.

10.2. Dalle carte processuali emerge che il ricorrente è stato alle dipendenze della ditta B. _____, come saldatore, dal 1996. Il 23 maggio 2006, ha interrotto il lavoro a seguito di licenziamento (doc. 17). Non appare dalle carte processuali che successivamente abbia ancora lavorato, neppure dopo il rimpatrio (doc. 11).

10.3. L'UAIE ha respinto la domanda di rendita dell'assicurazione svizzera per l'invalidità fondandosi sulle valutazioni dei dott. C. _____, del SMR, e G. _____, medico dell'UAIE. Nei rapporti del 16 gennaio e 6 aprile 2009, il dott. C. _____ ha rilevato, sulla base della documentazione medica agli atti, che il ricorrente è affetto da cervicalgia e lombosciatalgia e che presenta rigidità del collo, vertigini e parestesie alle mani. Ha però ritenuto che i disturbi degenerativi all'apparato locomotorio di cui soffre l'insorgente – disturbi degenerativi cervicali e lombari con sofferenza radicolare solo discreta C5-C6 e L5-S1 – gli hanno certo impedito l'esercizio della precedente attività di saldatore dal 7 marzo 2008, ma non l'esplicazione al 100% di un'attività confacente al suo stato di salute (doc. 37, 37.1 e 47). Il dott. G. _____, nei rapporti del 28 agosto e 13 ottobre 2009 e del 4 gennaio 2010 (doc. 50, 52 e 54), ha altresì, e nella sostanza, confermato la valutazione del dott. C. _____, anche alla luce della nuova documentazione medica esibita. Ha in particolare segnalato che la radicolopatia di cui soffre l'insorgente è di entità molto discreta. Peraltro, il medesimo, nonostante i disturbi reumatologico-ortopedici di cui soffre, ha esercitato l'attività di saldatore, dunque un'attività pesante, fino al 2006. Inoltre, il rapporto oftalmologico del 17 ottobre 2008 non fa stato di particolari affezioni. Ha altresì rilevato che il 28 maggio 2009, ossia in data posteriore all'emanazione della decisione impugnata, il ricorrente è stato ricoverato per un infarto acuto del miocardio e ha subito un intervento con impianto di stent. Il risultato dell'intervento è eccellente, dal momento che i rapporti medici non fanno riferimento ad alcuna cicatrice miocardica e neppure ad una funzione ridotta del miocardio. Ha osservato che i medici curanti hanno peraltro consigliato allo stesso di assumere i consueti medicinali nonché di svolgere un'attività fisica semi-pesante, ritenuta indicata da un profilo terapeutico. Il dott. G. _____ ha quindi concluso che l'esercizio delle attività confacenti allo stato di salute proposte dal dott. C. _____ è esigibile.

10.4. Certo, nella perizia medica particolareggiata E 213 del 3 aprile 2008 (doc. 35), l'insorgente non è stato ritenuto capace di svolgere, per ciò che qui maggiormente interessa, un'attività sostitutiva adeguata. Detta valutazione medica non è condivisibile. Da un lato, la stessa risulta difficilmente compatibile con la diagnosi e le limitazioni funzionali accertate, segnatamente sofferenza radicolare di grado discreto, con capacità di sollevarsi sulle punte e sui talloni nonché forza, tono muscolare ed andatura nella norma (doc. 35 pag. 4 e 6 n. 4.8.3, 4.10 e 6). Dall'altro, il medico incaricato di effettuare la perizia E 213 ha considerato egli stesso che l'insorgente è in grado di svolgere regolari lavori leggeri (doc. 53 pag. 7 n. 9). Nella perizia E 213 è stata altresì evidenziata un'invalidità del 70%, in un'attività sostitutiva adeguata, ritenuta in Italia conformemente alle disposizioni di legge di detto Paese (cfr. pure attestazione dell'11 marzo 2009 dell'INPS di E._____ [doc. 40]). Sennonché, a tale riguardo giova rammentare che la valutazione di un'autorità straniera con riferimento all'incapacità lavorativa di un assicurato non vincola di principio le autorità svizzere nell'apprezzamento del caso secondo il diritto svizzero (v. sentenza del Tribunale federale I 435/02 del 4 febbraio 2003 consid. 2 nonché consid. 2.4 del presente giudizio), senza che dalle valutazioni delle autorità italiane di cui agli atti di causa emergano elementi probatori concludenti suscettibili di dettare un diverso apprezzamento del caso in rapporto a quello effettuato dai medici dell'UAIE o un più approfondito accertamento dei fatti.

10.5. Il ricorrente ha certo fatto valere, in sede di ricorso, di avere sicuramente diritto ad una rendita in quanto le affezioni di cui soffre non gli consentono di esercitare alcuna attività lucrativa. Sennonché, agli atti di causa non figura alcun documento medico di data anteriore alla decisione impugnata che concluda sulla base di esami oggettivi e concludenti ad un'incapacità totale dell'insorgente in un'attività sostitutiva confacente al suo stato di salute. In particolare, i certificati fisiatrici del 4 dicembre 2007 e del 7 febbraio 2008 (doc. TAF 1) si limitano ad evidenziare i disturbi ortopedico-reumatologici noti e precedentemente diagnosticati e quello neurologico del 30 ottobre 2007 (doc. TAF 1) fa stato di sofferenza radicolare solo discreta. Non soccorre il ricorrente neppure il rapporto medico del 20 novembre 2009 del dott. H._____ (doc. TAF 17), rapporto peraltro di data posteriore alla decisione impugnata. Lo stesso si esaurisce essenzialmente in una semplice enumerazione di affezioni di cui soffrirebbe l'insorgente, che non è corroborata da riscontri medici oggettivi, in un esame obiettivo estremamente sommario ed in un generico apprezzamento delle conseguenze delle affezioni. Per quanto attiene alla problematica

cardiaca, peraltro di data posteriore alla decisione impugnata, nei referti di visita cardiaca dell'agosto e settembre 2009 (doc. TAF 17) è fatto stato di una cardiopatia ischemica con funzione sistolica globale nei limiti della norma, indicato che il paziente presenta segnatamente toni ritmici bradicardici, aneurisma dell'aorta toracica ascendente, insufficienza aortica, mitralica e tricuspidalica lievi, atrio sinistro di aumentate dimensioni, ma con ventricolo sinistro di normali dimensioni, funzione sistolica globale del ventricolo sinistro nella norma (frazione di eiezione [F.E.] 60%), valvola mitralica normomobile e normoconformata, cavità destre nella norma e precisato che lo stesso nega di soffrire di angina di petto, cardiopalmo e sincope. Peraltro, la relazione medica del 7 settembre 2009 della dott.ssa F._____ (doc. 17) riferisce che le condizioni cliniche generali dell'insorgente sono discrete.

10.6. In conclusione, sulla scorta della documentazione medica e delle considerazioni che precedono, questo Tribunale non ravvisa motivo di scostarsi dalla valutazione dell'autorità inferiore – fondata sulle prese di posizione dei dott. C._____ e G._____ – secondo la quale il ricorrente, dal 7 marzo 2008, non avrebbe più potuto svolgere il lavoro di saldatore, ma a lui sarebbero comunque state proponibili al 100%, a partire dal 7 marzo 2008, attività sostitutive confacenti allo stato di salute, quali quelle di custode di un immobile, sorvegliante di posteggio o museo, addetto alla vendita per corrispondenza, riparatore di piccoli apparecchi od articoli domestici, cassiere, bigliettaio, impiegato in un ufficio.

11.

Infine, occorre esaminare la conformità del tasso d'invalidità calcolato dall'autorità inferiore.

11.1. Questo Tribunale osserva, con riferimento al calcolo effettuato dall'autorità inferiore per la determinazione del tasso d'invalidità, secondo le basi di calcolo di cui al documento n. 38, peraltro trasmesso all'insorgente mediante il provvedimento del 4 novembre 2009 di questo Tribunale (doc. TAF 15), che occorrerebbe fare riferimento piuttosto ai dati dell'anno 2009, le limitazioni funzionali del ricorrente avendo decorrenza da marzo del 2008 secondo la perizia particolareggiata E 213, che a quelli del 2006, fermo restando che nulla cambia nella sostanza all'esito della causa. Si sarebbe pertanto dovuto tenere conto di un salario mensile senza invalidità di fr. 5'496.45, conseguibile come saldatore nel 2009 (tenuto conto della media dei salari 2003, 2004 e 2005 secondo l'estratto del conto individuale dell'interessato della Cassa svizzera di compensazione [doc. 6] indicizzati al 2009 [l'indice dei salari

nominali per la categoria degli uomini è passato da 1958 nel 2003, 1975 nel 2004 e 1992 nel 2005 a 2136 nel 2009; cfr. statistiche pubblicate dall'Ufficio federale di statistica]) e di un salario medio mensile con invalidità nel 2009 di fr. 4'105.50 (tenuto conto di un salario medio mensile nel 2008 di fr. 4'291.- nella categoria "servizi pubblici e personali", di fr. 4'851.- nella categoria "commercio all'ingrosso", di fr. 4'436.- nella categoria "commercio al dettaglio e riparazioni" e di fr. 4'591.- nella categoria "servizi alle imprese", di un orario medio usuale di 41.7 ore settimanali nonché di un'indicizzazione del salario del 2% rispetto al 2008 [cfr. statistiche pubblicate dall'Ufficio federale di statistica] e della presa in considerazione di una riduzione del 15%, la quale appare ammissibile, conto tenuto della particolarità personali e professionali del caso).

11.2. Dal confronto fra il reddito da valido di fr. 5'496.45 e quello da invalido di fr. 4'105.50 consegue la determinazione di un grado d'invalidità del 25,31% ($\frac{5'496.45 - 4'105.50}{5'496.45} \times 100 = 25,31\%$) che esclude il riconoscimento del diritto ad una rendita dell'assicurazione svizzera per l'invalidità.

11.3. Per conseguenza, il ricorso, destituito di fondamento non merita tutela e la decisione impugnata va confermata.

12.

12.1. Visto l'esito della procedura, le spese processuali, di fr. 300.--, sono poste a carico del ricorrente (art. 63 cpv. 1 e cpv. 5 PA nonché art. 3 lett. b del regolamento sulle tasse e sulle spese ripetibili nelle cause dinanzi al Tribunale amministrativo federale [TS-TAF, RS 173.320.2]). Esse sono computate con l'anticipo spese, di identico ammontare, versato dal ricorrente stesso il 23 giugno 2009.

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

(dispositivo alla pagina seguente)

Per questi motivi, il Tribunale amministrativo federale pronuncia:

1.

Il ricorso è respinto.

2.

Le spese processuali, di fr. 300.--, sono poste a carico del ricorrente. L'anticipo spese di fr. 300.--, versato il 23 giugno 2009, è computato con le spese processuali.

3.

Non si attribuiscono spese ripetibili.

4.

Comunicazione a:

- rappresentante del ricorrente (Atto giudiziario)
- autorità inferiore (n. di rif.)
- Ufficio federale delle assicurazioni sociali

Il presidente del collegio:

La cancelliera:

Vito Valenti

Marcella Lurà

Rimedi giuridici:

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

Data di spedizione: