



---

Corte III  
C-3445/2010

## **Sentenza del 24 maggio 2012**

---

Composizione

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

---

Parti

A. \_\_\_\_\_,  
rappresentato dal Patronato INAS,  
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 9 aprile 2010).

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

A.\_\_\_\_\_, cittadino italiano, nato il (...), separato, con figli, ha lavorato alle dipendenze della B.\_\_\_\_\_ in qualità di operaio dal dicembre del 1999 al maggio del 2007, solvendo contributi all'assicurazione svizzera per la vecchiaia, i superstiti e l'invalidità durante tale periodo. Ha interrotto il lavoro il 30 maggio 2007 per motivi di salute ed è stato licenziato con effetto al 29 febbraio 2008 (doc. A 12-3). Il 23 aprile 2008, ha formulato una richiesta volta all'ottenimento di una rendita dell'assicurazione svizzera per l'invalidità (doc. A 1-1).

**B.**

Nel corso dell'istruttoria, l'Ufficio dell'assicurazione invalidità del Cantone C.\_\_\_\_\_ (Ufficio AI) ha in particolare assunto agli atti la seguente documentazione:

- documenti medici di data intercorrente da maggio 2007 a luglio 2008 (doc. A 8-1 e 14-1 e doc. B 1-1 a 40-1);
- il questionario per il datore di lavoro del 28 maggio 2008 (doc. A 12-3).

**C.**

**C.a** Nel rapporto del 7 ottobre 2008, il dott. D.\_\_\_\_\_, medico del Servizio medico regionale dell'AI (SMR), ha ritenuto che la documentazione medica non permette una valutazione del caso. Ha quindi proposto l'effettuazione di una perizia pluridisciplinare (comprendente una valutazione neurologica, reumatologica, psichiatrica; doc. A 16-1).

**C.b** Agli atti risultano essere stati prodotti:

- documenti medici dal novembre 2007 al febbraio 2009 (doc. A 21-14 a 21-27, 23-1 e 27-1);
- la perizia medica particolareggiata E 213 del 19 novembre 2008, da cui emerge la diagnosi segnatamente di esiti di ernia discale L5-S1, neuroma tipo Morton al piede sinistro, lesione meniscale al ginocchio sinistro e postumi di flebotrombosi all'arto inferiore destro (doc. A 21-2).

**C.c** Nella perizia pluridisciplinare del 20 aprile 2009 del SAM (consecutiva ad esami del 9, 12 e 17 febbraio 2009), i periti hanno posto la diagnosi segnatamente di sindrome lombospondilogenica cronica con incipienti discopatie a livello L3-L4 e L4-L5, con modico bulging, senza neurocompressione, stato dopo esplorazione microchirurgica con separazione di aderenze meningeo-radicali della radice S1, neuroma di Morton al II spazio intermetatarsale a sinistra, episodio depressivo lieve con sintomi biologici (indicato come F 32.01 secondo l'ICD 10), sindrome dolorosa con deficit di sensibilità e motori soggettivi all'arto inferiore sinistro, senza reperti oggettivi all'esame clinico neurologico. I medici hanno concluso che l'interessato presenta, riservate determinate limitazioni funzionali somatiche, una capacità lavorativa dell'80% (lavoro a tempo pieno con una riduzione del rendimento del 20%) sia nella precedente attività di operaio di fabbrica (per motivi reumatologici e psichici) sia in un'attività sostitutiva confacente allo stato di salute (per motivi psichici), a decorrere dal 30 maggio 2007 (doc. A 31-1).

**C.d** Nel rapporto del 5 maggio 2009, il dott. D.\_\_\_\_\_ ha segnalato che non è indicata l'evoluzione della capacità lavorativa dal punto di vista psichiatrico. Ha quindi chiesto un complemento d'istruttoria (doc. A 33-1; v. anche lo scritto del 12 giugno 2009 [doc. A 34-1]).

**C.e** Nel complemento alla perizia del 27 ottobre 2009, i medici del SAM hanno precisato che, dal punto di vista psichiatrico, può essere ritenuta un'incapacità lavorativa del 30-40% da ottobre 2007 a gennaio 2008, del 100% in febbraio e marzo 2008, del 50% dal 1° aprile al 31 maggio 2008 e del 20% a decorrere dal 1° giugno 2008 (doc. A 38-1).

**C.f** Nel rapporto 2 novembre 2009, il dott. D.\_\_\_\_\_ ha ritenuto, in virtù della menzionata perizia e del relativo complemento, un'inabilità lavorativa del 20% dal 30 maggio 2007, del 30-40% da ottobre 2007 a gennaio 2008, del 100% da febbraio a marzo 2008, del 50% da aprile a maggio 2008 e del 20% a decorrere da giugno del 2008, sia nella precedente attività sia in un'attività confacente allo stato di salute, dunque rispettosa dei limiti funzionali a livello somatico (doc. A 39-1; v. anche il rapporto del 5 maggio 2009 [doc. A 33-1]).

**C.g** Il 12 novembre 2009, la consulente del Servizio integrazione professionale dell'AI ha effettuato una valutazione del grado d'invalidità dell'interessato sulla base di un salario annuale da valido di fr. 40'403.-- come operaio nel 2008 (secondo le indicazioni del datore di lavoro), e l'ha contrapposto ad un salario annuale da invalido di fr. 45'175.-- in attività sem-

plici e ripetitive (enumerate in modo non esaustivo), secondo i dati ricavati dalle statistiche pubblicate dall'Ufficio federale di statistica, Tabella TA1 (fr. 61'378.-- con una diminuzione del 20% [per l'incapacità lavorativa come stabilita dai periti] e una riduzione dell'8% [per tenere conto del fatto che l'assicurato può esercitare solo delle attività leggere a tempo parziale), tale da non comportare alcuna perdita di guadagno legata al danno alla salute. Il grado d'invalidità è pertanto dello 0% (doc. A 41-1, v. anche doc. A 42-1).

**C.h** Agli atti risulta essere stato prodotto un rapporto medico dell'11 dicembre 2009 della dott.ssa E.\_\_\_\_\_ (doc. A 45-1).

**C.i** Nel rapporto del 17 dicembre 2009, il dott. D.\_\_\_\_\_ ha rilevato che il certificato medico del dicembre 2009 segnala che l'assicurato si sottopone a colloqui ed assume una terapia psicofarmacologica, ma non si pronuncia in merito alle ripercussioni del danno alla salute sulla capacità lavorativa. Ha quindi confermato la sua precedente presa di posizione (doc. A 46-1).

**D.**

Con progetto di decisione del 23 dicembre 2009, l'Ufficio AI del Cantone C.\_\_\_\_\_ ha comunicato all'interessato che, in virtù della perizia dell'aprile 2009, l'esercizio della precedente attività di operaio come pure di un'attività confacente allo stato di salute è da considerare esigibile nella misura dell'80% dal 30 maggio al 30 settembre 2007, del 65% dal 1° ottobre 2007 al 31 gennaio 2008, dello 0% dal 1° febbraio al 31 marzo 2008, del 50% dal 1° aprile al 31 maggio 2008 e dell'80% a decorrere da giugno del 2008. Detta autorità ha in particolare sottolineato che l'assicurato presenta un'incapacità lavorativa media di almeno il 40% durante un anno da maggio del 2008 (con conseguente grado d'invalidità del 43%, v. doc. A 48-1). Ha altresì indicato che da (giugno) 2008 deriva un grado d'invalidità del 20% nella precedente attività e dello 0% nell'ambito di un'attività sostitutiva adeguata. Pertanto, sussisterebbe un diritto ad un quarto di rendita d'invalidità dal 1° maggio 2008 (decorso il termine di attesa legale di un anno) al 30 settembre 2008 (momento in cui il miglioramento significativo dello stato di salute perdurava da tre mesi). L'Ufficio AI del Cantone C.\_\_\_\_\_ ha altresì concesso all'interessato la facoltà di formulare, nel termine di 30 giorni dalla ricezione del progetto di decisione, delle osservazioni per iscritto (doc. A 49-1), facoltà di cui l'assicurato non ha fatto uso.

**E.**

Il 9 aprile 2010, l'Ufficio dell'assicurazione per l'invalidità per gli assicurati residenti all'estero (UAIE) ha deciso di erogare in favore dell'interessato un quarto di rendita dell'assicurazione svizzera per l'invalidità dal 1° maggio al 30 settembre 2008, unitamente alla rendita completiva in favore del figlio (doc. A 54-1; v. anche doc. A 50-1 e 52-1).

**F.**

Il 12 maggio 2010, l'interessato ha interposto ricorso dinanzi al Tribunale amministrativo federale contro la decisione dell'UAIE del 9 aprile 2010 mediante il quale ha chiesto, sostanzialmente, il riconoscimento di una rendita intera d'invalidità. Ha segnalato che le patologie di cui soffre comportano una completa inabilità al lavoro. Ha esibito un rapporto medico del 10 maggio 2010 del dott. F. \_\_\_\_\_ ed un certificato medico del 10 maggio 2010 del dott. G. \_\_\_\_\_ (doc. TAF 1).

**G.**

Con decisione incidentale del 20 maggio 2010 (notificata il 25 maggio 2010; doc. TAF 3 [avviso di ricevimento]), questo Tribunale ha invitato il ricorrente a versare, entro il 14 giugno 2010, un anticipo di fr. 300.-- a copertura delle presumibili spese processuali. L'anticipo spese è stato versato l'8 giugno 2010 (doc. TAF 2 a 4).

**H.**

Con risposta del 12 luglio 2010, l'UAIE ha proposto la reiezione del gravame e la conferma della decisione impugnata. Ha rinviato alla presa di posizione dell'Ufficio AI del Cantone C. \_\_\_\_\_ del 7 luglio 2010, secondo la quale – in virtù del rapporto del 5 luglio 2010 del dott. H. \_\_\_\_\_, medico SMR (doc. TAF 5) – la documentazione medica prodotta non riferisce di alcuna sostanziale modifica e neppure di alcun peggioramento dello stato di salute rispetto alla valutazione peritale dell'aprile 2009 del SAM. Detto Ufficio ha altresì ribadito la correttezza del confronto dei redditi effettuato (doc. TAF 6).

**I.**

Nella replica del 16 settembre 2010 (e nell'atto di complemento dell'8 ottobre 2010), l'interessato si è riconfermato nelle argomentazioni in fatto e in diritto di cui al ricorso del 12 maggio 2010. In particolare, ha segnalato che il suo stato di salute psichico è peggiorato, che è in cura da diversi anni presso il I. \_\_\_\_\_ e che il suo medico curante ha aumentato la terapia farmacologica. Ha esibito i certificati medici dell'11 dicembre 2009 della dott.ssa E. \_\_\_\_\_ (già agli atti), del 13 maggio e 22 settembre

2010 della dott.ssa J.\_\_\_\_\_ e del 15 settembre 2010 del dott. K.\_\_\_\_\_ (doc. TAF 9 e 10).

## **J.**

**J.a** Nella duplica del 22 novembre 2010, l'UAIE ha nuovamente proposto la reiezione dei ricorso e rinviato alla presa di posizione dell'Ufficio AI del Cantone C.\_\_\_\_\_ del 17 novembre 2010 nonché alle annesse annotazioni mediche del 9 novembre 2010 dei dott. H.\_\_\_\_\_ e L.\_\_\_\_\_, medici SMR, secondo cui la nuova documentazione medica prodotta fa stato di un disturbo depressivo senza riferimento ad una classificazione secondo un metodo scientifico riconosciuto internazionalmente, non si pronuncia in merito alle ripercussioni della patologia psichica sulla capacità lavorativa e descrive un quadro clinico in una fase di sufficiente compenso, senza apportare nuovi elementi clinici tali da modificare la valutazione clinica-lavorativa dell'interessato di cui alla perizia dell'aprile 2009 del SAM (doc. TAF 12).

**J.b** Con provvedimento del 26 novembre 2010, questo Tribunale ha trasmesso al ricorrente per conoscenza la duplica del 22 novembre 2010, nonché la presa di posizione dell'Ufficio AI del Cantone C.\_\_\_\_\_ del 17 novembre 2010 e le annotazioni dei medici SMR del 9 novembre 2010 (doc. TAF 13).

## **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<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 cpv. 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 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, nella versione in vigore fino al 31 marzo 2012, 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. I nuovi Regolamenti (CE) n. 883/2004 e n. 987/2009 relativi al coordinamento dei sistemi di sicurezza sociale, entrati in vigore il 1° aprile 2012 nei rapporti tra la Svizzera e gli Stati membri dell'Unione Europea, che sostituiscono i Regolamenti (CEE) n. 1408/71 e (CEE) n. 574/72, non appaiono altresì applicabili al caso concreto.

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

### **3.**

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

**3.2** 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 LPGa, immediatamente applicabili con la loro entrata in vigore). Occorre rilevare che se l'evento assicurato è insorto prima del 1° gennaio 2008 rispettivamente se il termine di attesa legale di un anno ha iniziato a decorrere prima di tale data ed è scaduto nel 2008, e a condizione che la domanda di rendita sia stata presentata entro il 31 dicembre 2008, sono applicabili, per l'esame del diritto eventuale a una rendita, le norme in vigore fino al 31 dicembre 2007 (cfr., sulla questione, la lettera-circolare n. 253 dell'Ufficio federale delle assicurazioni sociali [UFAS] del 12 dicembre 2007; cfr. pure sentenza del Tribunale

amministrativo federale C-1358/2010 del 26 marzo 2012 consid. 2.2). Peraltro, l'applicazione delle nuove norme della 5a revisione della LAI per il periodo dal 1° gennaio 2008 al 9 aprile 2010 (data della decisione impugnata) non avrebbe alcuna incidenza sull'esito delle questioni sottoposte nel caso concreto all'esame di questo Tribunale (cfr. sentenza del Tribunale federale 9C\_942/2009 del 15 marzo 2010 consid. 3.1; cfr. pure sentenza del Tribunale amministrativo federale C-7827/2010 del 21 settembre 2010 consid. 3.2). Al caso di specie, non sono altresì applicabili le disposizioni della 6a revisione AI (primo pacchetto) che sono entrate in vigore il 1° gennaio 2012 (FF 2010 1603). Pertanto, e salvo indicazione contraria, di seguito è fatto riferimento alle norme in vigore fino al 31 dicembre 2007.

**3.3** Il ricorrente ha presentato la richiesta di rendita il 23 aprile 2008. In deroga all'art. 24 LPGA, l'art. 48 cpv. 2 LAI precisa che, se l'assicurato si annuncia più di dodici mesi dopo l'inizio del diritto, le prestazioni sono assegnate soltanto per i 12 mesi precedenti la richiesta. In concreto, questo Tribunale può limitarsi ad esaminare se il ricorrente avesse diritto ad una rendita il 23 aprile 2007 (ossia 12 mesi precedenti la presentazione della domanda), oppure se un diritto alla rendita sia sorto tra tale data e il 9 aprile 2010, 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), 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 Tribunale federale 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).

#### **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 29 cpv. 1 LAI);
- aver pagato i contributi durante un anno intero (art. 36 cpv. 1 LAI; rispettivamente, a partire dal 1° gennaio 2008, durante tre anni).

Il ricorrente ha versato contributi all'AVS/AI svizzera per più di 7 anni (doc. A 12-3) e, pertanto, adempie 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. 1 LAI, in vigore dal 1° gennaio 2004, l'assicurato ha diritto ad un quarto di rendita se è invalido per almeno il 40%, ad una mezza rendita se è invalido per almeno la metà, a tre quarti di rendita se è invalido per almeno il 60% e ad una rendita intera se è invalido per almeno il 70%. In seguito all'entrata in vigore dell'Accordo sulla libera circolazione, la limitazione prevista dall'art. 28 cpv. 1<sup>ter</sup> LAI, secondo cui le rendite per un grado d'invalidità inferiore al 50%, ma pari almeno al 40%, sono versate solo ad assicurati che sono domiciliati e dimorano abitualmente in Svizzera (art. 13 LPGA), non è più applicabile segnatamente quando l'assicurato è cittadino dell'UE o svizzero e risiede nell'UE (DTF 132 V 423 consid. 6.4.1 e sentenza del Tribunale federale I 702/03 del 28 maggio 2004 consid. 1 e relativi riferimenti).

**5.3** Il diritto alla rendita, secondo l'art. 29 cpv. 1 LAI, nasce, il più presto, nel momento in cui l'assicurato presenta un'incapacità permanente al guadagno pari almeno al 40% (lettera a), oppure quando egli è stato per un anno senza notevoli interruzioni, incapace al lavoro per almeno il 40% in media (lettera b). La lettera a della citata norma si applica allorché lo stato di salute dell'assicurato si è stabilizzato ed è essenzialmente irreversibile e suscettibile di pregiudicare la capacità di guadagno probabilmente in modo permanente, in una misura giustificante il riconoscimento di una rendita (sentenza del Tribunale federale I 146/02 del 5 agosto 2002). La lettera b se lo stato di salute è labile, vale a dire suscettibile di evolvere verso un miglioramento od un peggioramento (DTF 111 V 21

consid. 2). Un danno alla salute tipicamente labile può essere reputato relativamente stabilizzato soltanto se la sua natura si è modificata a tal punto che si possa ammettere non essere verosimilmente suscettibile di subire modifiche di rilievo in un futuro presagibile (sentenza del Tribunale federale I 282/01 del 4 ottobre 2001; DTF 119 V 98 consid. 4a).

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

## **6.**

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

**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).

## **7.**

**7.1** Giusta il principio inquisitorio che regge la procedura in materia di assicurazioni sociali (art. 43 LPGA), l'amministrazione deve intraprendere d'ufficio i necessari accertamenti e raccogliere le informazioni di cui ha bi-

sogno. 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** Va ancora rilevato che il riconoscimento di un danno alla salute psichica presuppone in particolare la diagnosi espressa da uno specialista psichiatrico, poggiata su criteri posti da un sistema di classificazione riconosciuto scientificamente, il quale deve pronunciarsi sulla gravità dell'affezione (DTF 130 V 396). Tenendo conto di diversi criteri, lo psichiatra deve valutare l'esigibilità della ripresa lavorativa da parte dell'assicurato.

**8.5** 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 sindrome lombospondilogenica cronica con incipienti discopatie a livello L3-L4 e L4-L5, modico bulging, senza neurocompressione, e stato dopo esplorazione microchirurgica con separazione di aderenze meningoradicolarie della radice S1, neuroma di Morton al II spazio intermetatarsale a sinistra, episodio depressivo lieve con sintomi biologici (F 32.01 secondo l'ICD 10), sindrome dolorosa con deficit di sensibilità e motori soggettivi all'arto inferiore sinistro, senza reperti oggettivi all'esame

clinico neurologico, tabagismo e pregressa trombosi venosa profonda (cfr. perizia pluridisciplinare del 20 aprile 2009 del SAM [doc. A 31-1] e rapporto del medico SMR del 5 maggio 2009 [doc. A 33-1]).

## **10.**

**10.1** Nel caso di specie, l'oggetto litigioso è la questione di sapere se il ricorrente abbia diritto ad una rendita intera dell'assicurazione svizzera per l'invalidità, come da lui postulato.

## **10.2**

**10.2.1** Nella perizia pluridisciplinare del 20 aprile 2009 (doc. A 31-1) – fondata sul consulto neurologico del dott. M.\_\_\_\_\_ (doc. A 25-1), sul consulto reumatologico del dott. N.\_\_\_\_\_ (doc. A 26-1) e sul consulto psichiatrico del dott. O.\_\_\_\_\_ (doc. A 28-1) – i dott. P.\_\_\_\_\_ e Q.\_\_\_\_\_, medici SAM, hanno rilevato che l'assicurato ha sviluppato una sintomatologia dolorosa lombare irradiante agli arti inferiori, in particolare alla gamba sinistra, con una sensazione di debolezza, in particolare al piede. Il reperto clinico presenta alcune discrepanze con la sintomatologia soggettiva. Non è possibile rilevare sicure paresi, la forza degli estensori del piede è sicuramente normale ed i deficit di sensibilità, diffusi a tutta la gamba, non corrispondono ad una lesione specifica neurologica, in particolare di tipo radicolare. Detti medici hanno constatato che l'esame clinico mostra un'importante diminuzione della mobilità lombare, con segni di sovraccarico delle articolazioni intervertebrali, e conferma l'assenza di una problematica radicolare irritativa o deficitaria, che le indagini neuro-radiologiche evidenziano incipienti alterazioni degenerative a livello L3-L4 e L4-L5, in presenza di una sacralizzazione di L5, senza rilevanza clinica, e che l'esame elettromiografico agli arti inferiori è risultato normale (segnatamente, non sono presenti lesioni indicative di una patologia radicolare). Hanno altresì osservato che l'assicurato presenta un piccolo neuroma di Morton a livello del II spazio intermetatarsale del piede sinistro, che può essere all'origine di dolori all'appoggio della volta, ma vi è una discrepanza molto importante tra i disturbi dell'assicurato con quanto si osserva in questa patologia. Inoltre, i medici SAM hanno segnalato che l'assicurato ha un atteggiamento teso e mostra una leggera diminuzione della concentrazione, una labilità emotiva ed un'affettività di tipo depressivo, accompagnate da stati d'ansia e preoccupazioni. L'assicurato ha sviluppato un disturbo depressivo reattivo ai suoi problemi socio-affettivi, professionali ed economici, è stato ricoverato presso il servizio di psichiatria dell'R.\_\_\_\_\_ dal 21 febbraio al 13 marzo 2008 e presenta un mi-

glioramento lento e graduale della patologia depressiva, confermato dal tasso ematico del farmaco antidepressivo, che non corrisponde alla quantità che riferisce di assumere. Lo stesso è curato e seguito dall'ottobre 2007 presso il I.\_\_\_\_\_. Detti medici hanno infine osservato che, dal punto di vista neurologico, non vi sono elementi oggettivi in favore di una lesione del sistema nervoso centrale o periferico riconducibile ad una patologia neurologica specifica e che non vi è quindi alcuna diminuzione della capacità lavorativa. Dal punto di vista reumatologico, hanno considerato che l'assicurato non mostra cambiamenti di rilievo dal 2007 e presenta una capacità lavorativa dell'80% (lavoro a tempo pieno con una riduzione del rendimento del 20%) nella precedente attività di operaio di fabbrica, dal 30 maggio 2007. Dal punto di vista psichiatrico, hanno rilevato che l'assicurato presenta un'incapacità lavorativa del 20%.

**10.2.2** Nel complemento del 27 ottobre 2009 (doc. A 38-3), il dott. O.\_\_\_\_\_ ha indicato, per quanto attiene al periodo precedente la perizia pluridisciplinare, che, dal punto di vista psichiatrico, può essere ritenuto che l'inabilità lavorativa dell'assicurato non poteva essere superiore al 30-40%, che durante il ricovero (dal 21 febbraio al 13 marzo 2008) il medesimo era inabile nella misura completa che si può confermare fino al 31 marzo 2008, che dal 1° aprile 2008 lo stesso poteva presentare un'inabilità nella misura del 50% per circa due mesi e che poi la sua inabilità era del 20%.

**10.2.3** Nel rapporto del 2 novembre 2009, il dott. D.\_\_\_\_\_, medico del Servizio medico regionale dell'Al, ha quindi ritenuto, in virtù della perizia pluridisciplinare e del relativo complemento, un'inabilità lavorativa del 20% dal 30 maggio 2007, del 30-40% da ottobre 2007 a gennaio 2008, del 100% da febbraio a marzo 2008, del 50% da aprile a maggio 2008 e del 20% a decorrere da giugno del 2008, sia nella precedente attività sia in un'attività confacente allo stato di salute, dunque rispettosa dei limiti funzionali a livello somatico (doc. A 33-1 e 39-1).

**10.3** Questo Tribunale osserva che la perizia pluridisciplinare dell'aprile 2009 del SAM e il relativo complemento dell'ottobre 2009 si fondano su informazioni fornite dalla persona esaminata e dai medici curanti, sull'esame del quadro clinico e del comportamento del ricorrente, sulle risultanze della visita dell'insorgente nonché sulla documentazione medica agli atti. I rapporti di perizia comportano un'introduzione, l'anamnesi, informazioni tratte dall'incarto, indicazioni del peritando, la diagnosi nonché la discussione. Tali perizia possono pertanto essere considerate un mezzo probatorio idoneo per la valutazione dello stato di salute del ricorrente e

dell'esigibilità dell'esercizio di un'attività sostitutiva adeguata. Certo, il complemento dell'ottobre 2009 del dott. O.\_\_\_\_\_ può apparire brevemente motivato. Non sussistono tuttavia, sulla base della documentazione medica agli atti di causa, della natura dell'affezione psichica di cui soffre l'insorgente (definita come lieve dal dott. O.\_\_\_\_\_; cfr. doc. A 38-1), del risultato dell'esame ematico in merito all'assunzione della terapia farmacologica (cfr. doc. A 28-3) e delle particolari circostanze del caso di specie, elementi suscettibili di giustificare una diversa valutazione dello stato di salute psichico e della capacità lavorativa dell'insorgente per il periodo intercorrente da maggio 2007 (data dell'interruzione del lavoro per motivi di salute) a febbraio 2009 (giorno dell'effettuazione del consulto psichiatrico). In particolare, dal certificato medico del febbraio 2009 della dott.ssa E.\_\_\_\_\_ (doc. A 27-1) risulta che il ricorrente è in cura dall'ottobre del 2007. Nella relazione del 13 marzo 2008 del reparto di psichiatria dell'R.\_\_\_\_\_ (doc. B 34-2) è segnalato che "il progressivo miglioramento del timismo, consente la dimissione e il prosieguo delle cure presso il CPS (Centro Psico-sociale) di Area". Nella perizia medica E 213 del novembre 2008 (doc. A 21-2) è indicato che l'insorgente è ansioso e depresso (doc. A 21-2 pag. 3 n. 4.1), ma detto disturbo non è riportato nella diagnosi (cfr. doc. A 21-2 pag. 7 n. 7) ed è ritenuto senza incidenza, da un profilo medico, sulla capacità a svolgere un lavoro sostitutivo adeguato (cfr. doc. A 21-2 pag. 9 n. 11.5 e 11.6). Infine, in alcuno dei documenti medici agli atti di causa, gli specialisti che hanno curato il ricorrente si sono espressi in merito ad una specifica incapacità lavorativa.

**10.4** Per quanto attiene ai documenti medici di maggio e settembre 2010 esibiti dal ricorrente nel ricorso e nella replica – a prescindere dal fatto che gli stessi sono di data posteriore a quella della decisione impugnata (cfr., sulla questione, il considerando 3.3 del presente giudizio) – occorre precisare che la relazione medica del 10 maggio 2010 del dott. F.\_\_\_\_\_, specialista in medicina interna (doc. TAF 1), espone i disturbi noti e precedentemente diagnosticati, evidenzia una sofferenza neurogena L3-L4 e L5-S1 di grado lieve-moderato in assenza di segni di denervazione acuta, un'ipoestesia al piede sinistro senza connotazione radicolare e l'assenza di deficit stenici agli arti inferiori, fa stato di un disturbo depressivo senza alcun riferimento ad una classificazione secondo un metodo scientifico e conclude ad una completa inabilità dal punto di vista psichiatrico in assenza d'informazioni consistenti e precise sulle conseguenze di detta patologia sull'attività e sul comportamento del paziente. Non soccorre l'insorgente neppure il certificato medico del 10 maggio 2010 del dott. G.\_\_\_\_\_, specialista in neurochirurgia (doc. TAF 1), in cui è segnalata "un'ernia discale L4-L5 che non giustifica la sintomatolo-

gia contro-laterale" ed in cui non è fatto riferimento ad una specifica incapacità lavorativa. Peraltro, i certificati medici del 13 maggio e 15 e 22 settembre 2010 dei dott. J.\_\_\_\_\_ e K.\_\_\_\_\_, specialisti in psichiatria (doc. TAF 9 e 11), si limitano all'indicazione di una depressione senza alcun riferimento ad una classificazione secondo un metodo scientifico, ad informazioni sommarie sullo stato psichico del paziente e ad un generico apprezzamento delle conseguenze dell'affezione, fermo restando che la segnalazione di una modifica della terapia farmacologica non implica, di per sé, una specifica incapacità lavorativa e che la conclusione di una completa inabilità al lavoro appare in contraddizione con l'indicazione di un quadro clinico in fase di sufficiente compenso.

**10.5** In conclusione, sulla scorta in particolare delle risultanze della perizia pluridisciplinare dell'aprile 2009 e del relativo complemento dell'ottobre 2009 nonché delle considerazioni che precedono, questo Tribunale ritiene che risulta giustificato riconoscere che il ricorrente ha presentato una capacità lavorativa dell'80% dal 30 maggio 2007, del 65% (v. la sentenza del Tribunale federale 8C\_696/2010 del 5 luglio 2011 consid. 4.3.3, secondo cui in presenza di un rapporto medico indicante un'incapacità lavorativa tra due margini di oscillazione, ci si fonda di regola sul valore medio) da ottobre 2007, dello 0% in febbraio e marzo 2008, del 50% dal 1° aprile 2008 e del 20% a far tempo da giugno 2008, sia nella sua precedente attività che in attività sostitutive confacenti allo stato di salute, ossia in lavori leggeri e poco qualificati nel settore secondario (in particolare mansioni di assemblaggio, stampa, rifinitura, lucidatura, controllo, sorveglianza, riparazioni, imballaggio, etichettatura in officine di trasformazione di metalli o legno, in officine meccaniche, nell'industria alimentare, addetto alla vendita di carburante, magazziniere, fattorino addetto alla distribuzione e consegna di merce non troppo pesante), quali quelli indicati nel rapporto del novembre 2009 della consulente in integrazione professionale.

**10.6** A titolo abbondanziale, giova precisare che incombe al ricorrente – nella misura in cui successivamente alla data della decisione impugnata abbia effettivamente subito un aggravamento determinante delle sue condizioni di salute (come sembra indicare nell'atto di replica del 16 settembre 2010 [doc. TAF 9]) – di presentare una nuova domanda di rendita Al dinanzi all'UAIE.

## 11.

**11.1** L'UAIE ha ritenuto che l'assicurato presenta un'incapacità lavorativa media di almeno il 40% durante un anno senza notevoli interruzioni da maggio del 2008 e che il suo grado d'invalidità a tale data è pari al 43% (v. doc. A 54-2). In sede di ricorso, l'insorgente non ha contestato il momento della nascita del diritto ad una rendita dell'invalidità svizzera e neppure detto tasso d'invalidità. Non vi è altresì alcun motivo per scostarsi d'ufficio dalla fissazione della relativa data e del relativo grado d'invalidità da parte dell'UAIE.

**11.2** Ritenuto che, a far tempo da giugno 2008, il ricorrente è abile all'80% in un'attività sostitutiva confacente al suo stato di salute, occorre esaminare la conformità del tasso d'invalidità calcolato dall'autorità inferiore a partire da (settembre) 2008.

**11.3** Preliminarmente, giova rilevare che l'autorità inferiore nella decisione impugnata ha ritenuto, nella misura in cui l'insorgente presenta ancora una residua capacità lavorativa dell'80% nella sua precedente attività, che il tasso d'incapacità lavorativa (del 20%) corrisponde allora al grado d'invalidità ("Prozentvergleich"). La questione di sapere se nel caso concreto erano date le condizioni giurisprudenziali per operare un "Prozentvergleich" (v., in merito, la sentenza del Tribunale federale 9C\_100/2010 del 23 marzo 2010 consid. 2.1 e relativi riferimenti) può essere lasciata indecisa, dal momento che comunque il grado d'invalidità dell'insorgente in un'attività sostituiva adeguata è, come si vedrà di seguito, del 23,36%, grado che esclude il diritto all'erogazione di una rendita dell'assicurazione invalidità svizzera

**11.4** Nella decisione impugnata l'autorità inferiore, ritenuto che l'insorgente presenta una residua capacità lavorativa dell'80% anche in un'attività sostitutiva adeguata, ha pure determinato il grado d'invalidità mediante raffronto dei redditi sulla base del salario con e senza invalidità come fissati dalla consulente in integrazione professionale nel rapporto del 12 novembre 2009 (cfr. lettera C.g del presente giudizio), rapporto peraltro trasmesso all'insorgente mediante il provvedimento del 21 luglio 2010 di questo Tribunale (doc. TAF 7) e rimasto incontestato. Tale calcolo alternativo appare altresì trovare un fondamento nell'eventualità di un'incertezza sulla capacità di svolgere ancora la precedente attività. Quale reddito annuale da valido l'autorità inferiore ha considerato quello conseguibile dal ricorrente come operaio nel 2008. Non vi è motivo di scostarsi da tale accertamento dei fatti, nel senso che può senz'altro ritenersi che il ricorren-

te, che lavorava presso il suo ultimo datore di lavoro dal 6 dicembre 1999 in un rapporto stabile, avrebbe svolto l'attività di operaio per tale datore di lavoro, anche nel 2008 in caso di capacità lavorativa intatta. Non v'è neppure ragione di un intervento d'ufficio per quanto attiene alla determinazione del salario da valido, fissato in fr. 40'403.-- annui.

**11.5** L'UAIE ha ritenuto quale reddito da invalido, il salario annuale ottenibile dall'insorgente nel 2008 in attività semplici e ripetitive, ossia fr. 45'175.--, tenuto conto di un salario medio mensile nel 2006 di fr. 4'732.--, di un orario usuale di 41.7 ore settimanali nonché di un'indicizzazione del salario del 3,6% rispetto al 2006 [cfr. statistiche pubblicate dall'Ufficio federale di statistica] e della presa in considerazione di una diminuzione del 20% per l'incapacità lavorativa nonché di una riduzione giurisprudenziale dell'8%. Ne discende un grado d'invalidità dello 0%.

**11.5.1** Per quel che concerne la determinazione del salario da invalido, questo Tribunale osserva però che va fatto riferimento a quello ottenibile dall'insorgente in attività semplici e ripetitive nel 2008 secondo la pertinente tabella TA1 dell'ISS, tenuto conto di un salario medio mensile di fr. 4'806.--, di un orario usuale di 41.6 ore settimanali nel 2008 (cfr. statistiche pubblicate dall'Ufficio federale di statistica), ossia di un salario mensile di fr. 4'998.25 ed annuale di fr. 59'979.--.

## **11.5.2**

**11.5.2.1** Secondo la giurisprudenza, allorquando il reddito da valido è inferiore alla media dei salari per un'attività equivalente e la persona assicurata, per motivi estranei all'invalidità, ha realizzato un reddito considerevolmente inferiore alla media senza spontaneamente accontentarsi di ciò, si procede ad un parallelismo dei due redditi di paragone. In particolare, questo parallelismo può avvenire a livello di reddito da valido aumentando in maniera adeguata il reddito effettivamente conseguito oppure facendo capo ai valori statistici oppure ancora a livello di reddito da invalido mediante una riduzione adeguata del valore statistico (cfr. DTF 134 V 322 consid. 4.1; sentenza del Tribunale federale I 630/02 del 5 dicembre 2003 consid. 2.2.2). In una sentenza dell'8 maggio 2009, il Tribunale federale ha poi precisato che un reddito è inferiore alla media dei salari per un'attività equivalente, allorquando il guadagno effettivamente conseguito diverge di almeno il 5% dal salario statistico usuale nel settore. Pertanto, il parallelismo dei redditi di paragone va effettuato soltanto per la parte percentuale eccedente la soglia del 5% (cfr. DTF 135 V 297).

**11.5.2.2** Ciò premesso, va rilevato che il salario annuale ottenibile nel 2008 quale operaio nel settore della fabbricazione di apparecchiature elettriche secondo la tabella TA1 dell'ISS ammonta a fr. 62'025.--, tenuto conto di un salario medio mensile di fr. 5'168.75 in virtù di un orario usuale di 40.9 ore settimanali (e di fr. 5'055.-- su 40 ore settimanali; cfr. statistiche pubblicate dall'Ufficio federale di statistica). Questo Tribunale osserva che occorre riferirsi al settore della fabbricazione di apparecchiature elettriche ritenuto che la parte determinante dell'attività della ditta B.\_\_\_\_\_ consiste nella fabbricazione e nella vendita di motori elettrici (cfr. estratto del registro di commercio del Cantone C.\_\_\_\_\_; nomenclatura generale delle attività economiche edita dall'Ufficio federale di statistica, 2008; il riferimento al settore della fabbricazione di apparecchiature elettriche appare più favorevole al ricorrente rispetto al settore della metallurgia come proposto dall'autorità inferiore [cfr. doc. A 48-1], autorità che comunque non ha tenuto conto di alcuna deduzione per il gap salariale nel calcolo per la determinazione del grado d'invalidità). Il salario statistico usuale nel settore è quindi superiore del 34,86% ( $\{(62'025 - 40'403) : 62'025\} \times 100$ ) rispetto al reddito annuale del ricorrente nel 2008, ossia fr. 40'403.-- (secondo le ritenute indicazioni del datore di lavoro). La parte percentuale eccedente la soglia del 5% corrisponde al 29,86%. Quand'anche tale percentuale fosse dedotta dal reddito da invalido e si volesse ritenere che non emergono dalle carte processuali sufficienti elementi per poter ritenere che il ricorrente si sia spontaneamente accontentato del reddito inferiore conseguito, l'applicazione del principio del parallelismo dei redditi non comporterebbe comunque – per le ragioni indicate qui di seguito – un grado d'invalidità uguale o superiore al 40% suscettibile di giustificare la concessione di una rendita d'invalidità svizzera.

**11.5.2.3** In effetti, in base al principio del parallelismo dei redditi, sul salario annuale da invalido ottenibile dall'insorgente nel 2008 dovrebbe essere operata una deduzione dei redditi del 29,86% ( $59'979 - 17'909.75 = 42'069.25$ ).

### **11.5.3**

**11.5.3.1** Questo reddito può quindi essere pure ridotto, al massimo del 25%, per tenere conto dei fattori professionali e personali del caso (DTF 126 V 75). L'UAIE ha operato una riduzione dell'8%, la quale, oltre a non essere stata contestata, appare ammissibile, conto tenuto dell'insieme delle circostanze del caso di specie, in particolare dell'età e delle limita-

zioni funzionali del ricorrente e della diminuzione relativamente contenuta della capacità lavorativa ( $42'069.25 - 3'365.55 = 38'703.70$ ).

**11.5.3.2** Conto tenuto, infine, di una riduzione del 20%, poiché l'insorgente può svolgere un'attività sostitutiva solo nella misura dell'80%, consegue un reddito da invalido di fr. 30'962.95 ( $38'703.70 - 7'740.75$ ).

**11.6** Dal confronto fra il reddito da valido di fr. 40'403.-- e quello da invalido di fr. 30'775.45 consegue la determinazione di un grado d'invalidità del 23,36% ( $\frac{40'403 - 30'962.95}{40'403} \times 100$ ), insufficiente per giustificare il diritto a prestazioni AI.

**11.7** Pertanto, l'insorgente ha diritto ad un quarto di rendita dal 1° maggio 2008 (decorso il termine di attesa legale di un anno, giusta l'art. 29 cpv. 1 LAI) al 30 settembre 2008 (momento in cui il miglioramento significativo dello stato di salute del medesimo perdurava da tre mesi, giusta l'art. 88a cpv. 1 OAI), come previsto nella decisione impugnata del 9 aprile 2010.

## **12.**

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

## **13.**

**13.1** 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 l'8 giugno 2010.

**13.2** 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 l'8 giugno 2010, 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: