



---

Corte III  
C-3542/2017

## Sentenza del 30 ottobre 2018

---

Composizione

Giudici Michela Bürki Moreni (presidente del collegio),  
Vito Valenti, Daniel Stufetti,  
cancelliere Graziano Mordasini.

---

Parti

A. \_\_\_\_\_, (Italia)  
patrocinato dalle avv.sse Elsa e Manuela Miggiano,  
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, nuova domanda di rendita  
(decisione del 10 maggio 2017).

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

A.\_\_\_\_\_, cittadino italiano, nato il (...) 1955, coniugato, con due figli, residente in Italia, ha lavorato in Svizzera dal giugno 1988 al 1996 in qualità di operaio presso una stamperia. Dal 1997 al maggio 1998 ha beneficiato di indennità di disoccupazione (doc. 22, 23, 48, 96 dell'incarto dell'Ufficio dell'assicurazione per l'invalidità per gli assicurati residenti all'estero [UAIE]).

**B.**

Nel giugno 1998 l'assicurato ha lasciato la Svizzera per trasferirsi in Italia (doc. UAIE 24). Negli anni successivi ha svolto in modo saltuario l'attività di operaio agricolo (doc. UAIE 38-5). Dal 1° gennaio 2011 beneficia di una pensione italiana di invalidità pari a Euro 136.02 mensili (doc. UAIE 37-3).

**C.**

Il 1° maggio 2006 l'interessato si è fratturato il piede destro giocando a calcio (doc. UAIE 69-1 a 69-2). Sempre nel maggio 2006, a seguito di una caduta da un albero egli si è procurato una frattura somatica della vertebra dorsale 12 (doc. UAIE 69-4 a 69-5).

**D.**

**D.a** In data 8 maggio 2012 A.\_\_\_\_\_, per il tramite dell'istituto nazionale di previdenza sociale (INPS), ha formulato all'attenzione dell'UAIE una richiesta volta all'ottenimento di una rendita dell'assicurazione svizzera per invalidità (doc. UAIE 37, formulario E204).

Agli atti è stata ha assunta diversa documentazione, segnatamente la perizia E213 del 6 giugno 2012, redatta all'attenzione dell'UAIE, del dott. B.\_\_\_\_\_, la cui specializzazione non è nota (doc. UAIE 40), il questionario per l'assicurato del 14 novembre 2012 (doc. UAIE 68-1 a 68-5) e quello per il datore di lavoro del 16 novembre seguente (doc. UAIE 68-6 a 68-10). Del contenuto e delle conclusioni si dirà, se necessario, nei considerandi di diritto.

**D.b** Con rapporto finale dell'11 dicembre 2012 (doc. UAIE 72) la dott.ssa C.\_\_\_\_\_, medico SMR, la cui specializzazione non è nota, ha riconosciuto all'assicurato un'incapacità lavorativa del 50% nell'attività abituale di operaio agricolo, mentre una capacità lavorativa del 100% per attività sostitutive idonee, rispettose di determinate limitazioni funzionali.

**D.c** Con decisione del 19 febbraio 2013 (doc. UAIE 76), preceduta da un progetto di decisione del 22 gennaio 2013 (doc. UAIE 74), passata incontestata in giudicato, l'autorità di prime cure ha respinto la domanda di rendita presentata dall'assicurato, alla luce di un'incapacità lavorativa del 50% nell'ultima attività svolta, dello 0% in attività sostitutive e di un grado di invalidità del 13%.

## **E.**

**E.a** Il 6 agosto 2016 A.\_\_\_\_\_, sempre per il tramite dell'INPS, ha formulato all'attenzione dell'UAIE un'ulteriore richiesta volta all'ottenimento di una rendita dell'assicurazione svizzera per invalidità (doc. UAIE 96, formulario E204).

Nel corso dell'istruttoria l'UAIE ha assunto agli atti i rapporti del dott. D.\_\_\_\_\_, specialista in ortopedia, del 1° marzo, 14 maggio e 21 giugno 2013 (doc. UAIE 81-83), un referto radiologico del 28 settembre 2013 del dott. E.\_\_\_\_\_, la cui specializzazione non è nota (doc. UAIE 86), una lettera di dimissione del dott. F.\_\_\_\_\_, specialista in cardiologia, del 30 settembre 2013 (doc. UAIE 84), un referto radiologico del 30 novembre successivo (firma del dott. illeggibile, doc. UAIE 89), una perizia del 22 settembre 2016 (formulario E213), redatta all'attenzione dell'UAIE, della dott.ssa G.\_\_\_\_\_, la cui specializzazione non è nota (doc. UAIE 79), nonché il questionario per l'assicurato (doc. UAIE 106-1 a 106-5) e quello per il datore di lavoro (doc. UAIE 106-6 a 106-7), entrambi del 26 gennaio 2017.

**E.b** Con presa di posizione del 5 dicembre 2016 (doc. UAIE 100) il dott. H.\_\_\_\_\_, medico SMR, generalista, ha riconosciuto all'interessato un'incapacità lavorativa dell'80% nell'attività abituale dal 7 maggio 2013, mentre una capacità lavorativa del 100% in attività sostitutive idonee, rispettose di determinate limitazioni funzionali.

## **F.**

**F.a** Mediante progetto di decisione del 3 marzo 2017 l'UAIE ha ripreso le conclusioni del SMR quo alla capacità lavorativa dell'assicurato, fondandosi su un'incapacità lavorativa dell'80% nell'ultima attività di bracciante agricolo dal 7 maggio 2013, dello 0% dalla stessa data in attività sostitutive e su un grado di invalidità del 31% (doc. UAIE 108).

**F.b** Con scritto del 26 aprile 2017 (allegato A al doc. TAF 1), agendo per il tramite del patronato ENCAL-INPAL, A. \_\_\_\_\_ si è opposto al progetto di decisione. Egli ha in particolare sostenuto che il quadro patologico molto precario gli impediva di svolgere al meglio qualsiasi attività lavorativa.

**F.c** Con decisione del 10 maggio 2017 (doc. UAIE 109), l'autorità di prime cure ha ripreso le argomentazioni e le conclusioni del progetto di decisione del 3 marzo precedente (doc. UAIE 108).

**G.**

Il 15 giugno 2017, agendo per il tramite delle avv.sse Elsa e Manuela Miggiano, A. \_\_\_\_\_ ha interposto ricorso dinanzi al Tribunale amministrativo federale, chiedendo l'annullamento della decisione impugnata e postulando il riconoscimento di una rendita intera di invalidità dal 6 agosto 2016, oltre a interessi legali e/o rivalutazione monetaria. Egli ha inoltre sollecitato la convocazione di un'udienza di discussione e l'esecuzione di ulteriori accertamenti medici (doc. TAF 1 e allegati). Delle motivazioni si dirà, se necessario, nei considerandi di diritto.

**H.**

Esortato in data 11 luglio 2017 (doc. TAF 3) dallo scrivente Tribunale a motivare la richiesta di udienza di discussione formulata nel ricorso, con scritto del 7 agosto seguente l'assicurato ha fornito le delucidazioni richieste (doc. TAF 5).

**I.**

Il 4 agosto 2017 l'insorgente ha versato l'anticipo spese di fr. 800.- (doc. TAF 6).

**J.**

Con risposta del 19 settembre 2017 (doc. TAF 8) l'UAIE ha proposto la reiezione del gravame, rinviando per l'essenziale alla presa di posizione del SMR del 5 dicembre 2016 (doc. UAIE 100).

**K.**

Invitato il 22 settembre 2017 (doc. TAF 9) a prendere posizione in merito alla suddetta risposta l'insorgente non ha reagito.

**Diritto:****1.**

**1.1** Il Tribunale amministrativo federale esamina d'ufficio e con piena cognizione la sua competenza (art. 31 e segg. LTAF), 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 LAI, i ricorsi contro le decisioni, ai sensi dell'art. 5 PA, 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 LPGGA (RS 830.1). Giusta l'art. 1 cpv. 1 LAI, le disposizioni della LPGGA sono applicabili all'assicurazione per l'invalidità (art. 1a-26<sup>bis</sup> e 28-70), sempre che la LAI non deroghi alla LPGGA.

**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 LPGGA), che ha altresì pagato l'acconto spese, il ricorso – interposto tempestivamente e rispettoso dei requisiti previsti dalla legge (art. 60 LPGGA nonché art. 52 PA) – è pertanto ammissibile.

**2.****2.1**

**2.1.1** Il ricorrente è cittadino di uno Stato membro della Comunità europea, per cui è applicabile, di principio, l'ALC (RS 0.142.112.681).

**2.1.2** L'allegato II è stato modificato con effetto dal 1° aprile 2012 (Decisione 1/2012 del Comitato misto del 31 marzo 2012; RU 2012 2345). Nella sua nuova versione esso prevede in particolare che le parti contraenti applicano tra di loro, nel campo del coordinamento dei sistemi di sicurezza sociale, gli atti giuridici di cui alla sezione A dello stesso allegato, comprese eventuali loro modifiche o altre regole equivalenti ad essi (art. 1 ch. 1) ed assimila la Svizzera, a questo scopo, ad uno Stato membro dell'Unione europea (art. 1 ch. 2).

**2.1.3** Gli atti giuridici riportati nella sezione A dell'allegato II sono, in particolare, il regolamento (CE) n. 883/2004 del Parlamento europeo e del Consiglio del 29 aprile 2004 (RS 0.831.109.268.1) relativo al coordinamento dei sistemi di sicurezza sociale, con le relative modifiche, e il regolamento (CE) n. 987/2009 del Parlamento europeo e del Consiglio del 16 settembre 2009 (RS 0.831.109.268.11) che stabilisce le modalità di applicazione del regolamento (CE) n. 883/2004, nonché il regolamento (CEE) n. 1408/71 del Consiglio del 14 giugno 1971 (RU 2004 121, 2008 4219 4237, 2009 4831) 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, con le relative modifiche, e il regolamento (CEE) n. 574/72 del Consiglio del 21 marzo 1972 (RU 2005 3909, 2008 4273, 2009 621 4845) che stabilisce le modalità di applicazione del regolamento (CEE) n. 1408/71, con le relative modifiche, entrambi applicabili tra la Svizzera e gli Stati membri fino al 31 marzo 2012 e quando vi si fa riferimento nel regolamento (CE) n. 883/2004 o nel regolamento (CE) n. 987/2009 oppure quando si tratta di casi verificatisi in passato.

**2.1.4** Secondo l'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, alle stesse condizioni dei cittadini di tale Stato. Ciò premesso, nella misura in cui l'ALC e, in particolare, il suo allegato II, non prevede disposizioni contrarie, l'organizzazione della procedura, come pure l'esame delle condizioni di ottenimento di una rendita d'invalidità svizzera, sono regolate dal diritto interno svizzero (DTF 130 V 253 consid. 2.4).

**2.1.5** Il regolamento (CE) n. 883/2004 è stato inoltre ulteriormente modificato dal regolamento (CE) n. 465/2012 del Parlamento europeo e del Consiglio del 22 maggio 2012, ripreso dalla Svizzera a decorrere dal 1° gennaio 2015 (cfr. sentenza del TF 8C\_580/2015 del 26 aprile 2016 consid. 4.2 con rinvii).

## **2.2**

**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 DTF 129 V 1 consid. 1.2).

**2.2.2** La decisione impugnata con cui l'UAIE ha respinto la domanda di rendita AI presentata 6 agosto 2016 è stata emessa il 10 maggio 2017. Ne consegue che sono applicabili le disposizioni della 6<sup>a</sup> revisione della LAI (primo pacchetto) entrate in vigore il 1° gennaio 2012 e le eventuali modifiche successive intervenute fino alla data della decisione impugnata.

### **3.**

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 pronunciata, e meglio il 10 maggio 2017. 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 consid. 3a in fine).

### **4.**

Il TAF applica il diritto d'ufficio, senza essere vincolato in nessun caso dai motivi del ricorso (art. 62 cpv. 4 PA). In virtù dell'art. 12 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 i fatti determinanti per la soluzione della controversia, assume le prove necessarie e le valuta liberamente. Le parti sono tenute a cooperare all'accertamento dei fatti (art. 13 PA) ed a motivare il proprio ricorso (art. 52 PA). Ne consegue che l'autorità di ricorso adita si limita di principio ad esaminare le censure sollevate, mentre le questioni di diritto non invocate dalle parti solo nella misura in cui gli argomenti delle parti o l'esame dell'incarto ne diano sufficiente motivo (sentenze del TAF C-7205/2015 del 22 agosto 2016 consid. 3.1; C-3606 del 7 marzo 2008 consid. 2.1).

### **5.**

**5.1** In via preliminare va rilevato che con il ricorso l'assicurato ha postulato il riconoscimento di interessi moratori sulle prestazioni arretrate.

Ai sensi dell'art. 26 cpv. 2 LPGA "sempre che l'assicurato si sia pienamente attenuto all'obbligo di collaborare, l'assicurazione sociale deve interessarsi di mora sulle sue prestazioni dopo 24 mesi dalla nascita del diritto, ma al più presto 12 mesi dopo che si è fatto valere il diritto".

**5.2** Al riguardo va rilevato che tale pretesa, seppure accessoria a quella principale, rappresenta un rapporto giuridico indipendente che deve essere preventivamente esaminato dall'autorità inferiore e sul quale essa deve esprimersi, se del caso, mediante una decisione formale (eccettuato nei casi di estensione dell'oggetto impugnato; sentenza del Tribunale federale delle assicurazioni I 253/05 del 9 dicembre 2005 consid. 5, anche DTF 137 V 273 e sentenza del TF 9C\_903/2013 consid. 7.1). Ciò non è avvenuto in concreto. La pretesa è pertanto irricevibile in questa sede.

## **6.**

Oggetto del contendere è il diritto di A. \_\_\_\_\_ di percepire una rendita intera di invalidità partire dal 6 agosto 2016 (doc. TAF 1 pag. 2; recte 6 febbraio 2017 e meglio al più presto dopo sei mesi dalla data in cui l'assicurato ha rivendicato il diritto alle prestazioni - consid. F.a - conformemente all'art. 29 cpv. 1 LPGA [art. 29 cpv. 1 LAI]).

**6.1** L'insorgente sostiene, in particolare, che la decisione impugnata poggia su un accertamento incompleto dei fatti rilevanti e su una scorretta valutazione di aspetti medici determinanti. Fondandosi sulla documentazione medica agli atti, afferma infatti che lo stato di salute non gli permette di esercitare né il suo precedente lavoro, né qualsiasi altra attività.

**6.2** L'amministrazione sostiene per contro, segnatamente sulla base della presa di posizione del SMR del 5 dicembre 2016, che il ricorrente presentava un'incapacità lavorativa dell'80% nell'attività abituale di bracciante agricolo dal 7 maggio 2013, istante dell'intervento dell'impianto dell'artroprotesi all'anca, mentre una capacità lavorativa del 100%, nell'esercizio di un'attività rispettosa delle limitazioni funzionali.

## **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 al lavoro (art. 6 LPGGA) almeno del 40% in media durante un anno senza notevole interruzione; e c. al termine di questo anno è invalido almeno al 40%.

**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).

**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.

## **8.**

**8.1** Secondo l'art. 17 LPGGA, se il grado d'invalidità del beneficiario della rendita subisce una notevole modificazione, per il futuro la rendita è aumentata o ridotta proporzionalmente o soppressa, d'ufficio o su richiesta. Il cpv. 2 della stessa norma prevede che ogni altra prestazione durevole accordata in virtù di una disposizione formalmente passata in giudicato è, d'ufficio o su richiesta, aumentata, diminuita o soppressa se le condizioni che l'hanno giustificata hanno subito una notevole modificazione.

**8.2** Secondo la giurisprudenza del Tribunale federale, costituisce motivo di revisione della rendita d'invalidità ogni modifica rilevante delle circostanze di fatto suscettibile d'influire sul grado di invalidità e, quindi, sul diritto alla

rendita. Ne consegue che la rendita può essere soggetta a revisione non soltanto in caso di modifica significativa dello stato di salute, ma anche quando detto stato è rimasto invariato, ma le sue conseguenze sulla capacità di guadagno hanno subito un cambiamento significativo (sentenza del Tribunale federale I 870/05 del 2 maggio 2007; DTF 130 V 343 consid. 3.5). Peraltro, per procedere alla revisione di una rendita d'invalidità occorre che il grado d'invalidità abbia subito una notevole modifica (art. 17 cpv. 1 LPGGA).

**8.3** Per quanto attiene alle regole che reggono la procedura di nuova domanda di rendita, va rilevato che qualora, nell'ambito di una prima domanda, la rendita sia stata negata perché il grado d'invalidità era insufficiente, una nuova domanda è riesaminata soltanto se l'assicurato rende verosimile che il grado d'invalidità si è modificato in misura rilevante per il diritto alle prestazioni (art. 87 cpv. 2 e 3 OAI [RS 831.201]).

Se l'amministrazione entra nel merito della domanda deve esaminare la fattispecie da un punto di vista materiale e, in particolare, verificare se la modifica del grado di invalidità si è effettivamente realizzata (DTF 109 V 115).

Secondo il principio dell'onere probatorio, la situazione giuridica precedente deve permanere se una modifica rilevante della fattispecie non è dimostrabile con il grado di verosimiglianza preponderante (v. sentenza del Tribunale federale 9C\_158/2012 del 5 aprile 2013 consid. 3; SVR 2012 IV n. 18 pag. 81, 9C\_418/2010, consid. 3.1; 9C\_32/2012 consid. 2).

## **9.**

**9.1** La nozione d'invalidità di cui all'art. 4 LAI e 8 LPGGA è di carattere giuridico economico e 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).

**9.2** In assenza 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 graduare 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, 114 V 314 consid. 3c).

**9.3** Quanto alla valenza probatoria di un rapporto medico, determinante, secondo la giurisprudenza, è che i punti litigiosi importanti siano stati oggetto di uno studio approfondito, che il rapporto si fondi su esami completi, che consideri parimenti le censure espresse, che sia stato approntato in piena conoscenza dell'incarto (anamnesi), che la descrizione del contesto medico sia chiara e che le conclusioni del perito siano ben motivate. Determinante quindi per stabilire se un rapporto medico ha valore di prova non è tanto né l'origine del mezzo di prova, né la denominazione, ad esempio, quale perizia o rapporto (sentenza del TF 8C\_153/2007 del 7 maggio 2008; DTF 125 V 351 consid. 3a pag. 352; 122 V 157 consid. 1c pag. 160; HANS-JAKOB MOSIMANN, Zum Stellenwert ärztlicher Beurteilungen, in: Aktuelles im Sozialversicherungsrecht, 2001, pag. 266). Nella sentenza pubblicata in VSI 2001 pag. 106 segg. la Corte ha però ritenuto conforme al principio del libero apprezzamento delle prove (art. 40 PC e art. 19 PA, art. 95 cpv. 2, art. 113 e 132 vOG) definire delle direttive in relazione alla valutazione di determinate forme di rapporti e perizie.

## **10.**

**10.1** Con il ricorso in via preliminare l'insorgente ha formulato " espressa istanza perché il Tribunale voglia fissare l'udienza di discussione della causa ". Invitate a precisarne i contorni (doc. TAF 3), con scritto del 7 agosto 2017 le patrocinatrici hanno indicato che " la stessa è stata inoltrata al fine di presentare il caso del sig. Stefano"(doc. TAF 5).

## **10.2**

**10.2.1** Ai sensi dell'art. 29 cpv. 2 Cost. le parti hanno diritto di 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 in proposito (DTF 129 II 497 consid. 2.2 pag. 504; 127 I 54 consid. 2b pag. 56; 127 III 576 consid. 2c pag. 578; 126 V 130 consid. 2a pag. 130; cfr., riguardo al previgente art. 4 cpv. 1 vCost., la cui giurisprudenza si applica anche alla nuova norma, DTF 126 I 15 consid. 2a/aa pag. 16; 124 V 180 consid. 1a pag. 181, 372 consid. 3b pag. 375). Il diritto di essere sentito di cui all'art. 29 cpv. 2 Cost. comprende inoltre l'obbligo per l'autorità di motivare le proprie decisioni.

**10.2.2** Secondo l'art. 6 CEDU ogni persona ha diritto ad un'equa e pubblica udienza entro un termine ragionevole, davanti a un tribunale indipendente e imparziale costituito per legge, al fine della determinazione sia dei suoi diritti e dei suoi doveri di carattere civile, sia della fondatezza di ogni accusa penale che gli venga rivolta.

Secondo la giurisprudenza l'obbligo di organizzare un dibattimento pubblico ai sensi della norma convenzionale presuppone che la parte formuli una richiesta chiara e inequivocabile; semplici domande tendenti all'assunzione di prove, come ad esempio istanze di audizione personale - nella misura in cui si traducono in una richiesta di interrogatorio nel senso di una assunzione di prove, ma non invece se tendono a esporre il proprio punto di vista personale sulle risultanze probatorie davanti a un tribunale indipendente (sentenza 2C\_100/2011 del 10 giugno 2011 consid. 2) - o di interrogatorio di parti o di testimoni, oppure richieste di sopralluogo, non bastano per creare un simile obbligo (si confronti in proposito anche l'art. 30 Cost., sentenza 9C\_903/2011 del 25 gennaio 2013, DTF 125 V 37 consid. 2 pag. 38; 122 V 47 consid. 3a pag. 54 seg.).

**10.2.3** Secondo la giurisprudenza è possibile rinunciare a titolo eccezionale ad indire un'udienza pubblica, malgrado la domanda adempita, da un punto di vista formale, le condizioni richieste (considerando 3.2 pubblicato in SVR BVG nr. 19 pag. 66 della DTF 132 V 127, 122 V 56 consid. 3b)aa) e consid. 2c, sentenza 8C\_588/2007 del 27 agosto 2008 consid. 4.3, si confrontino anche i motivi previsti all'art. 6 cif. 1 CEDU in concreto irrilevanti).

Una rinuncia è in particolare giustificata se la richiesta non è stata presentata tempestivamente, se è vessatoria oppure è stata inoltrata per procrastinare la durata della procedura e pertanto viola il principio della celerità e semplicità, oppure è abusiva. Il rifiuto di procedervi è pure ammesso se, anche senza pubblico dibattimento, risulta con sufficiente attendibilità che il ricorso è palesemente infondato o inammissibile, se inoltre ci si trova

confrontati con una materia di natura altamente tecnica (ciò non è il caso nell'ipotesi in cui va esaminata una perizia medica), e se, anche senza l'esecuzione dell'udienza pubblica, dagli atti emerge che il ricorso è fondato (considerando 3.2.1 pubblicato in SVR BVG nr. 19 pag. 66 della sentenza 132 V 127).

Una rinuncia è, infine, ammissibile, nel caso in cui l'apprezzamento della fattispecie non dipende dall'impressione personale della parte, ma in primo luogo dagli atti (in particolare nel caso in cui va valutata la capacità lavorativa da un punto di vista medico nell'ambito delle assicurazioni sociali, sentenza 8C\_588/2007 del 27 agosto 2008 consid. 4.3 e sentenze del TF e della Corte dei diritti dell'uomo menzionate). In tale evenienza infatti il Tribunale da un contatto personale non trae un'impressione più attendibile di quella che può dedurre dagli atti medici. Diversa è la situazione se ci si trova confrontati con mezzi di prova che, per loro natura, possono essere assunti solo durante un'udienza, quali testimonianze o interrogatorio delle parti, che non appaiono di primo acchito irrilevanti. Tuttavia, anche in tal caso, è possibile rinunciare ad un'udienza pubblica se le prove non possono apportare nulla di nuovo (sentenza 8C\_588/2007 del 27 agosto 2008).

**10.3** In concreto la questione se l'istanza tendente all'organizzazione di un pubblico dibattimento è stata presentata correttamente da un punto di vista formale non va necessariamente risolta, ritenuto che è ammissibile, a titolo eccezionale, rinunciarvi.

In primo luogo va rilevato che l'interrogatorio del ricorrente non permetterebbe di modificare l'esito della vertenza, ritenuto che i fatti sono stati sufficientemente stabiliti tramite la documentazione medica già ad atti. Dall'impressione che potrebbe essere acquisita tramite l'interrogatorio dell'interessato, inoltre, questa Corte non potrebbe pertanto ricavare più di quanto è emerso dalla documentazione cartacea, trattandosi di questioni fattuali (in particolare lo stato di salute e la capacità lavorativa), accertabili, come detto, tramite atti documentali.

Del resto il ricorrente, circa la necessità di un'udienza si era rimessa alla volontà del giudice, qualora potesse decidere in base agli atti (doc. TAF 5). L'istanza va pertanto respinta.

## **11.**

Preliminarmente giova rammentare che il potere cognitivo di questo Tribunale è delimitato al periodo tra il 19 febbraio 2013, data della decisione con

cui l'UAIE ha respinto la domanda di rendita presentata dall'insorgente in data 8 maggio 2012 (consid. D) e il 10 maggio 2017, data della decisione impugnata (consid. 3). Non può pertanto essere tenuto conto degli atti medici relativi agli anni 2009-2012 prodotti dall'assicurato sia a sostegno della domanda di rendita del 6 agosto 2016 (doc. UAIE 85, 90-95) che in sede ricorsuale (allegati al doc. TAF 1).

## **12.**

**12.1** In occasione della procedura relativa alla prima domanda di rendita avviata l'8 maggio 2012 (doc. UAIE 37), l'UAIE ha sostanzialmente rigettato la richiesta di rendita fondandosi sulla perizia del 6 giugno seguente (doc. UAIE 40, formulario E213) del dott. B.\_\_\_\_\_, il quale ha posto le diagnosi di " spondilodiscoartrosi diffusa e coxartrosi bilaterale senza impegno funzionale di rilievo in obesità di 1° grado. Esiti di pregressa frattura amielica di D12 " (doc. UAIE 40 pag. 7), precisando che l'insorgente era capace a svolgere a tempo pieno sia il suo ultimo lavoro che attività adeguate (doc. UAIE 40 pag. 9; si confronti anche consid. D). Il medico SMR C.\_\_\_\_\_ aveva tuttavia ritenuta adeguata la precedente attività solo al 50% (consid. D.b).

**12.2** Dopo la pronuncia della decisione di rigetto, in data 7 maggio 2013 l'interessato è stato sottoposto ad un intervento di impianto di artroprotesi all'anca destra per coxartrosi (doc. UAIE 79-2 e 81-1).

## **13.**

**13.1** In occasione della procedura relativa alla domanda di rendita avviata il 6 agosto 2016 A.\_\_\_\_\_ ha trasmesso la documentazione relativa alla degenza intervenuta tra il 27 ed il 30 settembre 2013 presso la divisione di cardiologia dell'ospedale di I.\_\_\_\_\_ (doc. UAIE 87) e ai successivi controlli (doc. UAIE 84, 86, 88, 89).

**13.2** Tramite lettera di dimissione del 30 settembre 2013 (doc. UAIE 84) il dott. F.\_\_\_\_\_ ha posto le diagnosi di " dolore toracico in paziente con ipertensione arteriosa e tachicardia parossistica sopraventricolare ". Non sono stati attestati periodi di inabilità lavorativa.

**13.3** È stato inoltre prodotto un esame elettrocardiografico del 6 novembre 2013 in cui si poneva la diagnosi di ipertensione arteriosa (doc. UAIE 88).

**13.4** Il referto radiologico del 30 novembre 2015 ha rilevato “ prostata simmetrica, aumentata di volume (...) con nodulo di ipertrofia a discreto sviluppo sottocervicale (...). Prostata periferica ad ecostruttura regolare “ (doc. UAIE 89).

**13.5** Con perizia del 22 settembre 2016 (doc. UAIE 79; formulario E213) la dott.ssa G.\_\_\_\_\_ ha posto le diagnosi di “ esiti di artroprotesi anca destra in poliartrosi; esiti di pregressa frattura amielica di D12; cardiopatia ipertensiva; IPB e disturbo ansioso-depressivo “, senza indicare un codice ICD, malgrado espressamente richiesto (doc. UAIE 79-7). Il medico ha precisato che lo stato di salute era peggiorato. Per quanto attiene alla capacità lavorativa l'esperta ha poi ritenuto l'insorgente incapace a svolgere a tempo pieno il suo ultimo lavoro. Ha inoltre precisato che è in grado di svolgere attività adeguate – lavori leggeri regolarmente - ma non a tempo pieno, omettendo tuttavia di precisare la misura.

Il grado di invalidità nel paese di residenza per quanto riguarda l'attività precedente e altre attività confacenti alle attitudini è pari al 67% (doc. UAIE 79-9).

**13.6** Con presa di posizione del 5 dicembre 2016 (doc. UAIE 100) il dott. H.\_\_\_\_\_, dopo aver risposto affermativamente alla domanda se l'incapacità di lavoro si era modificata in modo tale da influire sul diritto alle prestazioni, ha posto, in virtù delle menzionate valutazioni mediche, le diagnosi di sindrome lombospondilogenica cronica su alterazioni degenerative (M47.8), stato dopo frattura D12 e di coxartrosi (M16.0), stato dopo artroprotesi totale a destra il 7 maggio 2013.

Il medico SMR ha indicato che “ è aumentata l'incapacità lavorativa nel lavoro abituale dovuto alla progressione delle alterazioni degenerative della colonna lombare già note come pure la diagnosi di una coxartrosi bilaterale con la necessità di un intervento di artroprotesi all'anca destra in maggio 2013 ”, precisando inoltre che “ le limitazioni sono nella deambulazione, specialmente su terreno irregolare, portare pesi, chinarsi, prendere posizioni costrette con la schiena, essere esposto al freddo, umidità e intemperie “.

Egli ha poi ritenuto l'assicurato inabile all'80% nel lavoro abituale di bracciante agricolo dal 7 maggio 2013, mentre totalmente abile in attività sostitutive adeguate.

## 14.

**14.1** In primo luogo occorre esaminare se prima dell'emanazione della decisione impugnata, l'autorità inferiore ha proceduto ad un sufficiente accertamento dei fatti giuridicamente rilevanti oppure avrebbe dovuto fare eseguire ulteriori esami medici per potersi determinare con cognizione di causa - secondo il grado della verosimiglianza preponderante valido nelle assicurazioni sociali - sullo stato di salute e sulla capacità lavorativa del ricorrente.

A tal proposito giova rammentare che la decisione impugnata si basa principalmente sul rapporto del SMR del 5 dicembre 2016 (consid. 13.6).

## 14.2

**14.2.1** L'art. 59 cpv. 2<sup>bis</sup> LAI ricorda che i servizi medici regionali sono a disposizione degli uffici AI per valutare le condizioni mediche del diritto alle prestazioni, stabiliscono la capacità funzionale dell'assicurato – determinante per l'AI secondo l'art. 6 LPGGA – di esercitare un'attività lucrativa o di svolgere le mansioni consuete in una misura ragionevolmente esigibile e sono indipendenti per quanto concerne le decisioni in ambito medico nei singoli casi. Scopo e senso dell'art. 59 cpv. 2<sup>bis</sup> LAI, come pure dell'art. 49 OAI risiedono nella possibilità, per gli uffici AI, di fare capo ai propri medici per la valutazione degli aspetti sanitari del diritto alla rendita. Questi ultimi, grazie alle loro specifiche conoscenze medico-assicurative, sono quindi chiamati a valutare la capacità funzionale della persona assicurata. In questo modo è stata creata una chiara separazione di competenze tra medici curanti e assicurazione sociale. Sulla base delle indicazioni del SMR, l'UAI deve così decidere cosa si può ragionevolmente pretendere da un assicurato e cosa invece no (sentenza del TF 9C\_9/2010 del 29 settembre 2010 consid. 2). Peraltro, i rapporti SMR hanno la funzione di effettuare una sintesi delle informazioni e degli esami medici di cui agli atti di causa e formulare delle raccomandazioni quanto al seguito da dare all'incarto da un punto di vista medico (sentenza del TF 9C\_542/2011 del 26 gennaio 2012 consid. 4.1). Per poter loro attribuire pieno valore probatorio, i rapporti dei servizi medici regionali devono essere redatti da medici che dispongono delle qualifiche specialistiche richieste nel singolo caso di specie. Se ciò non è il caso, il loro valore probatorio è affievolito (sentenza del TF 9C\_826/2009 del 20 luglio 2010 consid. 4.2).

**14.2.2** I rapporti interni del SMR ai sensi dell'art. 49 cpv. 3 OAI non pongono autonomamente delle diagnosi, bensì apprezzano sotto l'aspetto medico i reperti esistenti. Il loro compito è di sintetizzare – a beneficio anche dell'amministrazione e dei tribunali che altrimenti non dispongono necessariamente di simili conoscenze specialistiche – la situazione medica. Non è dunque indispensabile che la persona assicurata venga visitata. Il SMR esegue direttamente esami medici solo se lo ritiene necessario. Negli altri casi rende la propria valutazione sulla base della documentazione esistente. L'assenza di propri esami diretti non costituisce, per invalsa giurisprudenza, un motivo per mettere in dubbio la validità di un rapporto SMR se esso soddisfa altrimenti le esigenze di natura probatoria generalmente riconosciute (SVR 2009 IV n. 56 pag. 174 [9C\_323/2009] consid. 4.3.1 con riferimenti; cfr. pure sentenza 9C\_294/2011 del 24 febbraio 2012 consid. 4.2; cfr. anche sentenza 9C\_787/2012 del 20 dicembre 2012, consid. 4.2.1).

**14.2.3** Al riguardo va in particolare rilevato che se è vero che nelle procedure concernente l'assegnazione o il rifiuto di prestazioni di assicurazioni sociali non sussiste un diritto formale di essere sottoposto a perizia medica esterna da parte dell'ente assicuratore, un tale provvedimento (o perlomeno accertamenti complementari) deve tuttavia essere ordinato qualora sussistano anche solo dubbi minimi riguardo l'attendibilità e la concluzione delle attestazioni mediche interne dell'assicurazione (DTF 135 V 465 consid. 4).

**14.3** Come indicato sopra, la valutazione del dott. H. \_\_\_\_\_ contenuta nella presa di posizione SMR del 5 dicembre 2016 (doc. UAIE 100) si fonda sostanzialmente sugli atti medici prodotti dal ricorrente (cfr. consid. F.a e 13-1 a 13-5), fra i quali figurano esami strumentali, nonché pareri specialistici relativi alle differenti patologie lamentate dall'assicurato, oltre alla perizia medica particolareggiata E213 del 22 settembre 2016 della dott.ssa G. \_\_\_\_\_.

Sebbene il dott. H. \_\_\_\_\_ non disponga di una specializzazione in alcuno specifico campo medico, ciò non toglie legittimità o valenza al rapporto da lui stilato. Come indicato nella giurisprudenza citata, il SMR è sostanzialmente incaricato di fornire all'amministrazione una sintesi delle indicazioni mediche contenute nei differenti reperti medici assunti nel corso dell'istruttoria e, in caso di bisogno, proporre ulteriori accertamenti specialistici volti ad indagare determinati aspetti ancora inesplorati. Nella fattispecie, tali complementi di istruttoria non erano necessari, dal momento che questi erano già stati esperiti e prodotti all'inizio della procedura amministrativa,

unitamente alla perizia particolareggiata E213, redatta a seguito della visita medica del 22 settembre 2016. Dalla documentazione prodotta non emergono contraddizioni riguardo alle diagnosi e ai disturbi lamentati dall'insorgente, né tantomeno vi sono richieste da parte dei medici curanti di indagare ulteriormente determinate problematiche. Non era di conseguenza necessario selezionare in seno al SMR un medico specializzato in un determinato ambito della medicina. Né tantomeno era necessario incaricarlo dopo la valutazione del caso da parte del dott. H.\_\_\_\_\_, non avendone questi fatto domanda e non essendovi motivo di credere che quest'ultimo, dotato di una formazione quale medico generalista, non disponesse di tutte le informazioni necessarie per valutare lo stato di salute e la capacità lavorativa dell'insorgente.

## **15.**

**15.1** D'altro canto, il medico del SMR ha fatto sostanzialmente proprie le conclusioni a cui è giunta la dott.ssa G.\_\_\_\_\_ nella perizia E213 (doc. UAIE 79), sia per quanto riguarda le diagnosi sia per quel che concerne la capacità lavorativa.

**15.1.1** Ora, sebbene il dott. H.\_\_\_\_\_ non abbia ripreso parte delle diagnosi poste dalla perita, e meglio quelle di cardiopatia ipertensiva, IPB e disturbo ansioso-depressivo, giova rilevare che esse non sono rilevanti per la determinazione della capacità lavorativa. Agli atti non vi è infatti nessun documento (sottoscritto da un cardiologo o da uno psichiatra) attestante una diagnosi precisa rispettivamente un'incapacità lavorativa per questi motivi. Il fatto che non siano elencate non inficia quindi di principio la validità del referto del medico SMR.

### **15.1.2**

**15.1.2.1** Si rammenta che la dott.ssa G.\_\_\_\_\_ aveva considerato inesigibile la ripresa a tempo pieno dell'abituale attività dipendente di bracciante agricolo, stimando " un'invalidità parziale del 67% " ai sensi del diritto italiano. Ritenuto che il concetto di invalidità in diritto italiano non coincide forzatamente con quello svizzero, l'indicazione di tale invalidità parziale da parte della perita – esposta sulla base di una valutazione medica e non economica – andrebbe piuttosto interpretata quale inabilità lavorativa nella misura del 67% nella surriferita attività. Dal canto suo, il dott. H.\_\_\_\_\_, non soltanto ha seguito il parere della collega italiana, ma ha esposto una valutazione ancor più favorevole al ricorrente, considerando quest'ultimo inabile all'80% nella sua precedente attività.

**15.1.2.2** Per quanto attiene alla capacità lavorativa in attività adeguate la dott.ssa G.\_\_\_\_\_ ha attestato che l'assicurato è in grado di esercitare regolarmente attività leggere e adeguate a tempo parziale (doc. UAIE 79 pag. 7, 9), senza peraltro precisarne la misura (doc. UAIE 79 pag. 9). Dal canto suo il dott. H.\_\_\_\_\_ ritiene invece l'insorgente abile in misura completa in attività adeguate. Queste conclusioni, contraddicono solo apparentemente le affermazioni della dott.ssa G.\_\_\_\_\_. In effetti il medico SMR riconosce sì un'abilità completa in attività adeguata, tuttavia nel rispetto dei limiti funzionali elencati che hanno indotto l'amministrazione a riconoscere una riduzione del reddito.

**15.2** Il parere del dott. H.\_\_\_\_\_ coincide pertanto con la perizia E213 anche riguardo ai limiti funzionali di cui l'assicurato è portatore, che gli consentono di svolgere unicamente attività leggere.

## **16.**

In definitiva, alla luce delle considerazioni appena esposte, occorre riconoscere che non vi è alcun documento medico agli atti suscettibile di mettere in dubbio le, seppur stringate, valutazioni del dott. H.\_\_\_\_\_ riguardo alle affezioni lamentate dall'assicurato e alle conseguenze sulla capacità lavorativa, secondo cui lo stato di salute del ricorrente è peggiorato a far tempo dal maggio 2013 soprattutto per quanto riguarda l'esercizio della precedente attività che è ammissibile solo nella misura del 20% e non più del 50%. Conto tenuto della documentazione medica versata agli atti, dalla quale non emergono contraddizioni di sorta, al momento della decisione il caso appariva senz'altro sufficientemente indagato e pronto per la definizione.

Su questo punto la decisione merita dunque di essere confermata.

## **17.**

**17.1** Avendo appurato che, a far tempo dal 7 maggio 2013, A.\_\_\_\_\_ è abile al 100% in un'attività sostitutiva leggera confacente al suo stato di salute, occorre ancora esaminare la conformità del tasso di invalidità calcolato dall'autorità inferiore.

## **17.2**

**17.2.1** Per determinare il reddito ipotetico conseguibile dalla persona assicurata senza il danno alla salute (reddito da valido), occorre stabilire quanto la stessa, nel momento determinante (corrispondente all'inizio

dell'eventuale diritto alla rendita), guadagnerebbe secondo il grado di verosimiglianza preponderante quale persona sana, tenuto conto delle sue capacità professionali e delle circostanze personali. Tale reddito dev'essere determinato il più concretamente possibile. Di regola ci si fonderà sull'ultimo reddito che la persona assicurata ha conseguito prima del danno alla salute, se del caso adeguandolo all'evoluzione dei salari. Soltanto in presenza di circostanze particolari ci si potrà scostare da questo valore e ricorrere ai dati statistici risultanti dall'ISS (cfr. sentenza del TF 9C\_501/2013 del 28 novembre 2013 consid. 4.2 con riferimenti). L'applicazione dei salari statistici è infatti sussidiaria (DTF 142 V 178 consid. 2.5.7 e giurisprudenza citata). Questo sarà in particolare il caso qualora dovessero mancare indicazioni riguardanti l'ultima attività professionale dell'assicurato o se l'ultimo salario da lui percepito non corrisponde manifestamente a quello che egli sarebbe stato in grado di conseguire con ogni verosimiglianza in qualità di persona valida; per esempio se l'assicurato, prima di essere riconosciuto definitivamente incapace al lavoro, si trovava in disoccupazione o aveva già delle difficoltà professionali a causa del deterioramento progressivo del suo stato di salute o ancora percepiva una remunerazione inferiore alle usuali norme salariali. Entra ugualmente in linea di conto la situazione in cui il posto di lavoro della persona assicurata prima dell'insorgenza del danno alla salute non esiste più al momento determinante della valutazione dell'invalidità (cfr. sentenza del TF 9C\_501/2013 consid. 4.2 con riferimenti).

**17.2.2** Fondandosi sulla tabella T17 (salario mensile lordo [valore centrale] per rami economici, classi d'età e sesso, settore privato e settore pubblico [Confederazione, cantoni, distretti, comuni, corporazioni, chiese] insieme 2012 edita dall'Ufficio federale di statistica (UFS) l'UAIE ha ritenuto un salario annuale ottenibile dall'insorgente per il 2012 (categoria 6: personale dell'agricoltura, selvicoltura e pesca, uomini) di fr. 69'079.-, tenuto conto di un salario mensile di fr. 5'355.- adattato all'orario usuale nel settore primario nel 2012 di 43 ore settimanali (pari a fr. 5'756.63; doc. UAIE 107).

### **17.3**

**17.3.1** Per determinare il reddito da invalido, fa stato in primo luogo la situazione salariale concreta dell'assicurato, a condizione che, cumulativamente, il rapporto di lavoro sia particolarmente stabile, egli sfrutti in maniera completa e ragionevole la capacità lavorativa residua, il reddito derivante dall'attività effettivamente svolta sia adeguato e non costituisca un salario sociale (DTF 126 V 75 consid. 3b/aa). Qualora difettino indicazioni economiche effettive, possono essere ritenuti i dati forniti dalle statistiche

salariali, come risultano dall'inchiesta svizzera sulla struttura dei salari (cfr. sentenza del TF 9C\_205/2011 consid. 7 e relativi riferimenti).

**17.3.2** Utilizzando la tabella TA1 2012 (categoria 45-96: settore 3 servizi, uomini), l'autorità di prime cure ha ritenuto un reddito annuo da invalido di fr. 47'638.-, tenuto conto di un salario mensile di fr. 4'760.-, adattato all'orario usuale nel ramo per il 2012 di 41,7 ore settimanali (fr. 4'962.30), nonché di una riduzione del 20% per limitazioni funzionali e per altri fattori di riduzione (età, mancanza di formazione) per un salario mensile pari a fr. 3'969.84 (doc. UAIE 107).

**17.4** Dal raffronto dei redditi è scaturito quindi un grado d'invalidità del 31.04%, arrotondato al 31% (doc. UAIE 107).

## **18.**

### **18.1**

**18.1.1** In primo luogo va rilevato che risulta giustificato riferirsi ai dati statistici risultanti dalle tabelle ISS per determinare il reddito da valido. Al riguardo va rilevato che le indicazioni fornite dai datori di lavoro (questionari per il datore di lavoro del 16 novembre 2012 [doc. UAIE 68-6 a 68-8] e 26 gennaio 2017 [doc. UAIE 106-6 a 106-7], gli attestati concernenti la carriera assicurativa in Italia (E205) del 7 marzo 2012 [doc. UAIE 38] e 27 settembre 2016 [doc. UAIE 98] e i formulari per l'assicurato del 14 novembre 2012 [doc. UAIE 68-1 a 68-5] e del 26 gennaio 2017 [doc. UAIE 106-1 a 106-5] evidenziano che l'insorgente ha svolto in modo saltuario l'attività di bracciante agricolo dal suo rientro in Italia nel 1998, con orario ridotto dalla primavera 2012. In simili circostanze risulta praticamente impossibile determinare in maniera concreta il reddito complessivo percepito dall'assicurato senza il danno alla salute, anche a fronte della difficoltà di fare capo a statistiche complete ed attualizzate concernenti le retribuzioni in Italia. Pure la scelta dell'UAIE di fondarsi sulla tabella T17 appare condivisibile. Secondo il Tribunale federale infatti l'utilizzo della tabella TA7, rispettivamente della T17 (dal 2012), invece dell'usuale tabella TA1, è giustificato qualora permetta di determinare in maniera più precisa il reddito da invalido (sentenza del TF 8C\_212/2018 del 13 giugno 2018 consid. 4.4.1 e riferimenti ivi citati). Lo stesso deve valere per il reddito da valido. Ciò è il caso nella fattispecie in quanto la categoria 6 (personale dell'agricoltura, selvicoltura e pesca) fissa dati statistici riguardanti il settore primario, per il quale mancano dati di riferimento posteriormente al 2010.

**18.1.2** Giova poi rilevare che al momento della decisione litigiosa, il 10 maggio 2017, l'UAIE poteva già disporre dei dati del 2014 (cfr. sito internet [min.ch/bfs/de/home/statistiken/kataloge-datenbanken/tabellen.assetdetail.327682.html](http://min.ch/bfs/de/home/statistiken/kataloge-datenbanken/tabellen.assetdetail.327682.html)). È dunque alla tabella T17 2014 che occorre fare capo nell'evenienza concreta. I dati ottenuti vanno poi indicizzati al 2017, anno in cui sorgerebbe il diritto alla rendita (consid. 6).

Ne discende che da valido nel settore dell'agricoltura, selvicoltura e pesca, (categoria 6, uomini oltre i 50 anni) l'assicurato avrebbe potuto percepire nel 2014 un salario medio mensile di fr. 6'087.-, che riportato su un orario usuale di 43 ore settimanali, corrisponderebbe a un salario mensile di fr. 6'543.50 ed annuale di fr. 78'522.30, mentre nel 2017 un salario mensile di fr. 6'642.10 (fr. 6'543.50 + 0,4% [2015], + 0,7% [2016] e + 0,4% [2017]), ed annuale di fr. 79'705.20.

**18.2** Anche per quanto attiene al reddito da invalido giova rilevare che al momento della decisione litigiosa l'UAIE poteva già disporre dei dati del 2014, ritenuto che sono stati pubblicati nell'aprile 2016 (cfr. sito internet: <https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/statistiken/kataloge-datenbanken/tabellen.assetdetail.327902.html>). Per stabilire il reddito da invalido andava di conseguenza fatto riferimento alla pertinente tabella dell'ISS 2014 e non a quella del 2012. Occorre poi indicizzare i dati ottenuti al 2017.

Ne discende che da invalido, in attività semplice e ripetitiva, l'assicurato avrebbe potuto percepire nel 2014 un salario medio mensile di fr. 5'312.- (TA1 2014, categoria 1, uomini), che riportato su un orario usuale di 41,6 ore settimanali, corrisponderebbe ad un salario mensile di fr. 5'524.50 ed annuale di fr. 66'294, mentre nel 2017 un salario mensile di fr. 5'607.75 (fr. 5'524.50 + 0,4% [2015], + 0,7% [2016] e + 0,4% [2017]), ed annuale di fr. 67.293.-.

## **19.**

Questo reddito può quindi essere ridotto, al massimo del 25%, per tenere conto dei fattori professionali e personali del caso (DTF 126 V 75).

**19.1** Se e in quale misura, nel singolo caso, i salari fondati su dati statistici debbano essere ridotti dipende dall'insieme delle circostanze personali e professionali concrete (limitazione addebitabile al danno alla salute, età, anni di servizio, nazionalità e tipo di permesso di dimora, grado di occupazione), criteri che l'amministrazione è tenuta a valutare globalmente. Il Tribunale federale ha precisato al riguardo che una deduzione globale mas-

sima del 25% del salario statistico permette di tenere conto delle varie particolarità suscettibili di influire sul reddito del lavoro. A seconda della loro incidenza infatti, è possibile che la persona assicurata, anche in un mercato del lavoro equilibrato, non sia in grado di realizzare un salario medio sfruttando la capacità lavorativa residua (DTF 126 V 75 consid. 5b/aa in fine). La deduzione non è automatica, ma deve essere valutata di caso in caso e complessivamente, non separatamente, in maniera schematica, sommando i singoli fattori di deduzione, tenendo conto di tutte le circostanze del singolo caso (sentenza del TF 9C\_751/2011 del 30 aprile 2012 consid. 4.2.1 e DTF 126 V 75 consid. 5b/aa in fine).

Va aggiunto che è compito dell'amministrazione e, in caso di ricorso, del giudice, motivare l'entità della deduzione, fermo restando che quest'ultimo non può scostarsi dalla valutazione dell'amministrazione senza fondati motivi (DTF 126 V 75 consid. 5b/dd e 6; cfr. pure 129 V 472 che conferma questi principi). Al riguardo va rilevato che quando è chiamato a verificare il potere di apprezzamento esercitato dall'amministrazione (v. art. 37 LTAF in relazione con l'art. 49 PA), per stabilire l'estensione della riduzione da apporre al reddito da invalido, il Tribunale amministrativo federale deve valutare le differenti soluzioni di cui disponevano agli organi esecutivi dell'Al e domandarsi se una deduzione più o meno elevata fosse maggiormente appropriata e quindi si imponga per un valido motivo, senza tuttavia sostituire il proprio apprezzamento a quello dell'amministrazione (DTF 137 V 71 consid. 5.2; sentenze del TF 9C\_273/2011 del 27 gennaio 2012 consid. 1.3, 9C\_280/2010 del 12 aprile 2011 consid. 5.2 in fine).

**19.2** L'UAIE ha operato in concreto una riduzione del 20% per tenere conto delle limitazioni funzionali in relazione al danno alla salute, dell'età dell'assicurato (58 anni) e della mancanza di formazione certificata (doc. UAIE 107).

**19.2.1** In primo luogo va senz'altro riconosciuta una deduzione del 10% per il fatto che l'assicurato, dopo aver sempre svolto attività manuali pesanti (operaio, bracciante agricolo), può occuparsi ora unicamente di attività leggere (tra le tante sentenza del TF 9C\_455/2013 consid. 4.4). Oltre a ciò al momento dell'interruzione dell'attività professionale l'insorgente non disponeva di alcuna formazione professionale e non disponeva di una particolare formazione scolastica, avendo terminato solo le scuole dell'obbligo (DTF 138 V 457 consid. 2.2, sentenze del TF 8C\_594/2011 del 20 ottobre 2011 consid. 5, 9C\_334/13 del 24 luglio 2013 consid. 3, si confrontino anche sentenze del Tribunale federale delle assicurazioni U 436/04 del

12 aprile 2005 e U 86/06 del 13 giugno 2006; in simili circostanza l'amministrazione deduce per prassi costante un tasso del 10%).

**19.2.2** Non vanno, per contro, considerati nel calcolo altri fattori di riduzione – come età, anni di servizio, nazionalità e tipo di permesso – posto che non ne sono date le condizioni. Per quanto attiene l'età avanzata giova rammentare come l'Alta Corte abbia ritenuto che per gli uomini tra i 40 e i 64/65 anni (il ricorrente aveva quasi 62 anni al momento della decisione) esercitanti attività di manovalanza di livello 4 questo fattore potrebbe perfino comportare un aumento salariale. Essa ha inoltre sostenuto come il fatto che l'età possa effettivamente ostacolare la ricerca di un impiego costituisce un fattore estraneo all'invalidità che non va quindi preso in considerazione (sentenza del TF 8C\_939/2011 del 13 febbraio 2012 consid. 5.3.1). Della mancanza di formazione dell'assicurato si è poi già debitamente tenuto conto nella deduzione del 10% per attività leggera (consid. 20.2.1).

**19.2.3** Per quanto concerne infine le limitazioni funzionali la dott.ssa G. \_\_\_\_\_ ha ritenuto che l'insorgente è in grado di svolgere lavori leggeri regolarmente (consid. 13.5). Dal canto suo il dott. H. \_\_\_\_\_ ha considerato che “ le limitazioni sono nella deambulazione, specialmente su terreno irregolare, portare pesi, chinarsi, prendere posizioni costrette con la schiena, essere esposto al freddo, umidità e intemperie (consid. 13.6). Alla luce di quanto esposto non risultano limitazioni funzionali tali da ridurre sensibilmente lo spettro di attività ancora esigibili dall'assicurato. Un'ulteriore riduzione non appare anche in questo caso giustificata.

**19.3** In simili circostanze una riduzione del 10%, che tenga in particolare conto dell'attività leggera, appare consona alla situazione concreta. In tali circostanze vi sono pertanto validi motivi per scostarsi dall'apprezzamento posto in atto dall'amministrazione.

**19.4** Applicando al reddito conseguibile da invalido un tasso di riduzione del 10% si ottiene un importo annuo di fr. 60'563.70 (fr. 67'293. – 6'729.30).

Dal confronto fra il reddito da valido di fr. 79'705.20 (consid. 19.1.2) e quello da invalido di fr. 60'563.70 risulta dunque un grado d'invalidità del 24% ( $\{ \text{fr. } 79'705.20 - \text{fr. } 60'563.70 \} : \text{fr. } 79'705.20 ] \times 100$ ), insufficiente per giustificare il diritto a prestazioni AI.

A titolo abbondanziale, giova evidenziare che pure una riduzione del 20% come riconosciuta dall'autorità inferiore che quella massima del 25% non

gioverebbero al ricorrente (nel primo caso il grado sarebbe pari al 32.35%, nel secondo al 36.67%).

In simili condizioni, alla luce del raffronto dei redditi operato da codesto Tribunale, è dunque a giusto titolo che il diritto alla rendita non è stato riconosciuto.

## **20.**

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

## **21.**

**21.1** Visto l'esito della procedura le spese processuali di fr. 800.-, sono poste a carico del ricorrente (art. 63 cpv. 1 e cpv. 5 PA nonché art. 3 lett. b del regolamento del 21 febbraio 2008 sulle tasse e sulle spese ripetibili nelle cause dinanzi al Tribunale amministrativo federale [TS-TAF, RS 173.320.2]) e vengono compensate con l'anticipo spese, di identico ammontare, versato dall'insorgente il 4 agosto 2017 (doc. TAF 6.).

**21.2** Al ricorrente, interamente 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).

Le autorità federali, quand'anche vincenti, non hanno di principio diritto a un'indennità a titolo di spese ripetibili (art. 7 cpv. 3 TS-TAF), salvo eccezioni non ravvisabili nel caso concreto (v., fra l'altro, DTF 127 V 205).

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

**1.**

Il ricorso è respinto.

**2.**

Le spese processuali di fr. 800.-, già anticipate dal ricorrente, sono poste a suo carico e vengono compensate con l'acconto già versato.

**3.**

Non si riconoscono indennità per spese ripetibili.

**4.**

Comunicazione a:

- rappresentanti del ricorrente (raccomandata con avviso di ricevimento)
- autorità inferiore (n. di rif. [...]); raccomandata)
- Ufficio federale delle assicurazioni sociali (raccomandata)

I rimedi giuridici sono menzionati alla pagina seguente.

La presidente del collegio:

Il cancelliere:

Michela Bürki Moreni

Graziano Mordasini

**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 LTF). 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: