



---

Corte III  
C-3548/2012

## **Sentenza del 10 luglio 2013**

---

Composizione

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

---

Parti

A. \_\_\_\_\_,  
patrocinato dall'avvocato Valentina Errico e  
dall'avvocato Franco Papadia,  
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 6 giugno 2012).

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

A.\_\_\_\_\_, cittadino italiano, nato il (...), coniugato, con tre figli, ha lavorato in Svizzera dal 1969 al 1970, nel 1979 e dal 1982 al 1984 (v. doc. 8), solvendo contributi all'assicurazione svizzera per la vecchiaia, i superstiti e l'invalidità. Dagli atti di causa risulta che rientrato in Italia, ha svolto attività lucrativa (doc. 2), da ultimo, dal 1° febbraio 2010 come manovale edile presso un'impresa di costruzioni, in ragione di 40 ore alla settimana; dal 1° settembre 2010 ha svolto lavori più leggeri (mansioni di pitturazioni e rifiniture) ed il 19 ottobre 2010 ha interrotto il lavoro a seguito di riduzione del personale e a causa del suo precario stato di salute (doc. 7 pag. 1 e 6). L'8 novembre 2011, l'interessato ha formulato una richiesta volta all'ottenimento di una rendita dell'assicurazione svizzera per l'invalidità (doc. 1).

**B.**

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

- la perizia medica particolareggiata E 213 del 21 novembre 2011, da cui emerge la diagnosi di sindrome ansioso-depressiva con disturbi da somatizzazione con modesta incidenza funzionale, psoriasi, spondiloartrosi diffusa con discopatie multiple con scarsa incidenza funzionale; le condizioni di salute dell'interessato sono state definite come migliorate e il medesimo è stato ritenuto in grado di svolgere regolarmente lavori leggeri, ma non il suo ultimo lavoro né un lavoro adeguato alle sue condizioni a tempo pieno. È stato segnalato che l'interessato è considerato invalido al 50%, conformemente alle disposizioni di legge del Paese di residenza, nella precedente attività (doc. 4);
- il questionario per l'assicurato del 28 febbraio 2012 (doc. 7 pag. 1);
- il questionario per il datore di lavoro del 2 marzo 2012 (doc. 7 pag. 6).

**C.**

Nel rapporto del 23 marzo 2012, il dott. B.\_\_\_\_\_, medico dell'UAIE, ha esposto la diagnosi di sindrome ansioso-depressiva. Ha altresì considerato la spondiloartrosi con discopatie multiple siccome senza ripercussioni

sulla capacità al lavoro. Il dott. B.\_\_\_\_\_ ha quindi ritenuto che l'interessato presenta una capacità lavorativa intatta, dunque del 100%, sia nella precedente attività sia in un'attività sostitutiva confacente al suo stato di salute (doc. 9).

**D.**

Il 29 marzo 2012, l'autorità inferiore, mediante progetto di decisione, ha comunicato all'interessato che la domanda di prestazioni è (recte sarebbe stata) respinta, ritenuto in particolare che l'esercizio di un'attività lucrativa è da considerare esigibile in misura sufficiente per escludere il diritto ad una rendita. L'autorità inferiore ha altresì concesso all'interessato la facoltà di formulare, nel termine di 30 giorni dalla ricezione del progetto di decisione, delle obiezioni per iscritto (doc. 10).

**E.**

**E.a** Il 27 aprile 2012 (doc. 12), l'interessato ha postulato il riconoscimento di una prestazione dell'assicurazione svizzera per l'invalidità dal momento che le sue precarie condizioni di salute e la sua età (62 anni) non gli consentono di svolgere una qualsiasi attività lucrativa. Ha esibito un rapporto cardiologico del 17 aprile 2012 (doc. 11).

**E.b** Nel rapporto del 22 maggio 2012, il dott. B.\_\_\_\_\_ ha rilevato che non vi erano motivi per modificare la sua precedente presa di posizione (doc. 14).

**F.**

Il 6 giugno 2012, l'autorità inferiore ha respinto la domanda di prestazioni dell'assicurazione svizzera per l'invalidità. Ha osservato che l'interessato non ha subito un'incapacità al lavoro media sufficiente per un anno, ai sensi delle disposizioni dell'assicurazione svizzera per l'invalidità. In particolare, ha precisato che dagli atti risulta che malgrado il danno alla salute l'esercizio di un'attività lucrativa è da considerare esigibile in misura sufficiente per escludere il diritto ad una rendita (doc. 15).

**G.**

**G.a** Il 29 giugno 2012, l'interessato ha interposto ricorso dinanzi al Tribunale amministrativo federale contro la decisione dell'UAIE del 6 giugno 2012 mediante il quale ha chiesto, sostanzialmente, il riconoscimento di una rendita intera subordinatamente tre quarti, una mezza rendita o perlomeno un quarto di rendita da novembre del 2011 (data della richiesta

volta all'ottenimento di una rendita) o dalla data che verrà accertata. Ha segnalato che le patologie di cui è affetto lo rendono invalido nella misura "superiore al 70% e, solo in via estremamente subordinata, pari e/o superiore al 40%". In particolare, ha precisato che non è in grado di svolgere alcuna attività lucrativa. Ha prodotto documenti medici di data intercorrente da aprile 1999 ad aprile 2012 (doc. TAF 1; la maggior parte dei documenti erano stati esibiti al medico dell'INPS che ha redatto la perizia E 213 [v. doc. 4 pag. 6]).

**G.b** L'8 agosto 2012, l'insorgente ha versato l'anticipo spese (doc. TAF 2 a 4).

#### **H.**

Nella risposta al ricorso del 5 novembre 2012, l'autorità inferiore ha proposto la reiezione del ricorso. In virtù dei rapporti del 23 marzo e 22 maggio 2012 del proprio servizio medico, il ricorrente è stato ritenuto in grado di svolgere la precedente attività. Per conseguenza, non ha mai subito un'incapacità lavorativa di livello pensionabile. Detta autorità ha altresì segnalato che – secondo il rapporto del 28 ottobre 2012 del medico dell'UAIE (doc. 17) – la documentazione medica prodotta in sede di ricorso non comporta elementi clinici oggettivi tali da modificare la valutazione clinica-lavorativa dell'interessato (doc. TAF 8).

#### **I.**

Nella replica del 4 dicembre 2012, l'insorgente si è riconfermato nelle argomentazioni in fatto e in diritto di cui al ricorso del 29 giugno 2012. In particolare, ha segnalato che l'autorità inferiore non ha tenuto in alcun conto "(le sue) patologie e (la) sostanziale impossibilità di trovare una nuova occupazione all'età di 62 anni nel sud Italia". Ha prodotto un rapporto di consulenza cardiologica ed un referto di esame eco color doppler cardiaco del 20 novembre 2012, un referto di spirometria del 3 dicembre 2012 ed un certificato medico del 3 dicembre 2012 della dott.ssa C.\_\_\_\_\_, unitamente ad una prescrizione medica (doc. TAF 11).

#### **J.**

Nella duplice del 4 febbraio 2013, l'autorità inferiore ha ritenuto, in virtù del rapporto del 22 gennaio 2013 del proprio servizio medico (doc. 19), che la documentazione medica prodotta in replica non apportava nuovi elementi clinico oggettivi tali da modificare la valutazione clinica-lavorativa dell'interessato. L'autorità inferiore ha quindi nuovamente proposto la reiezione del ricorso (doc. TAF 13).

**K.**

**K.a** In una presa di posizione del 20 marzo 2013, il ricorrente si è nuovamente confermato nelle argomentazioni in fatto e in diritto di cui al ricorso del 29 giugno 2012 (doc. TAF 16).

**K.b** Con provvedimento del 9 aprile 2013, questo Tribunale ha trasmesso all'autorità inferiore per conoscenza lo scritto di osservazioni del ricorrente (doc. TAF 17).

**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 dell'assicurazione per l'invalidità 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 ricorrente è cittadino di uno Stato membro della Comunità europea, per cui è applicabile, di principio, l'Accordo sulla libera circolazione delle persone del 21 giugno 1999 fra la Confederazione svizzera, da una parte, e la Comunità europea ed i suoi Stati membri, dall'altra, entrato in vigore il 1° giugno 2002 (ALC, RS 0.142.112.681), in particolare il suo allegato II relativo al coordinamento dei sistemi di sicurezza sociale. Secondo l'art. 20 ALC, salvo disposizione contraria contenuta nell'allegato II, gli accordi bilaterali fra la Svizzera e gli Stati membri della Comunità europea in materia di sicurezza sociale sono sospesi con l'entrata in vigore dell'Accordo, qualora il medesimo campo sia disciplinato da quest'ultimo.

**2.2** 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 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), assimila la Svizzera, a questo scopo, ad uno Stato membro dell'Unione europea (UE; art. 1 ch. 2), e stabilisce, ai fini dell'applicazione delle disposizioni dello stesso allegato, la necessità di tenere in debita considerazione gli atti giuridici dell'UE di cui alla sezione B (art. 2 ch. 1) e di prendere atto di quelli menzionati alla sezione C (art. 2 ch. 2).

**2.3** 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.

Gli atti giuridici elencati nella sezione B dell'allegato II rappresentano diverse decisioni della Commissione amministrativa per il coordinamento dei sistemi di sicurezza sociale, mentre quelli esposti nella sezione C corrispondono a due raccomandazioni della stessa commissione.

L'allegato II è peraltro completato da un protocollo, che ne costituisce parte integrante (art. 3 ch. 2), in cui sono stipulate regole speciali riguardo all'assicurazione contro la disoccupazione, agli assegni per grandi invalidi e alla previdenza professionale per la vecchiaia, i superstiti e l'invalidità.

**2.4** 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 detto, 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).

### **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 136 V 24 consid. 4.3 e 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 2011, 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 6a revisione della LAI (cfr. DTF 130 V 1 consid. 3.2 per quanto concerne le disposizioni formali della LPGA, immediatamente applicabili con la loro entrata in vigore). La domanda di una rendita AI essendo stata presentata l'8 novembre 2011, nel caso in esame è fatto riferimento di principio alle norme in vigore fino al 31 dicembre 2011. Peraltro, e per l'esame del diritto eventuale a una rendita, l'applicazione delle nuove norme della 6a revisione della LAI per il periodo dal 1° gennaio 2012 al 6 giugno 2012 (data della decisione impugnata) non avrebbe alcuna incidenza sull'esito delle questioni sottoposte nel ca-

so concreto all'esame di questo Tribunale (la decisione impugnata incorre in effetti nell'annullamento per insufficiente accertamento dei fatti determinanti). Pertanto, e salvo indicazione contraria, di seguito è fatto riferimento alle norme in vigore fino al 31 dicembre 2011.

### 3.3

**3.3.1** Il ricorrente, come già menzionato, ha presentato la domanda di rendita l'8 novembre 2011. In deroga all'art. 24 LPGA, l'art. 29 LAI prevede che il diritto alla rendita nasce al più presto dopo sei mesi dalla data in cui l'assicurato ha rivendicato il diritto alle prestazioni conformemente all'art. 29 cpv. 1 LPGA (riservate altresì le condizioni dell'art. 28 cpv. 1 LAI [cfr. consid. 5.3 del presente giudizio]).

**3.3.2** Giova altresì rilevare che il potere cognitivo di questo Tribunale è delimitato dalla data della decisione impugnata. Il giudice delle assicurazioni sociali esamina infatti la decisione impugnata sulla base della situazione di fatto esistente al momento in cui essa è stata resa. Tiene tuttavia conto dei fatti verificatisi dopo tale data quando essi possano imporsi quali elementi d'accertamento retrospettivo della situazione anteriore alla decisione stessa (DTF 129 V 1 consid. 1.2 e 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 28a LAI);
- aver pagato i contributi all'AVS/AI svizzera o ad un'assicurazione sociale assimilata (FF 2005 p. 4065; art. 45 del regolamento 1408/71 [art. 46 del regolamento (CE) n. 883/2004 {che rinvia al Capitolo 5}]) di uno Stato membro dell'Unione europea (UE) o dell'Associazione europea di libero scambio (AELS), durante tre anni (art. 36 cpv. 1 LAI), ferma restando la necessità di un periodo

contributivo minimo in Svizzera di un anno (art. 36 cpv. 2 LAI in combinazione con l'art. 29 cpv. 1 LAVS; cfr. DTF 130 V 335 consid. 3 e 4).

Il ricorrente ha versato contributi all'AVS/AI svizzera per (almeno) più di un anno (cfr. doc. 8) ed alle assicurazioni sociali italiane per più di 19 anni (cfr. attestato concernente la carriera assicurativa in Italia [formulario E 205]; doc. 2) e, pertanto, adempie in ogni caso la condizione della durata minima di contribuzione (cfr., sulla questione, sentenze del Tribunale amministrativo federale C-4690/2010 del 15 gennaio 2013 consid. 6 nonché C-4765/2010 del 30 gennaio 2012 consid. 4 e relativi riferimenti). Rimane ora da esaminare se sia invalido ai sensi di legge.

## **5.**

**5.1** L'invalidità ai sensi della LPGGA 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 LPGGA e 4 cpv. 1 LAI). Secondo l'art. 7 LPGGA, 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 LPGGA).

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

**5.3** L'art. 28 cpv. 1 LAI prevede che l'assicurato ha diritto a una rendita se la sua capacità al guadagno o la sua capacità di svolgere le mansioni consuete non può essere ristabilita, mantenuta o migliorata mediante

provvedimenti d'integrazione ragionevolmente esigibili (lettera a), ha avuto un'incapacità al lavoro (art. 6 LPGGA) almeno del 40% in media durante un anno senza notevole interruzione (lettera b) e al termine di questo anno è invalido (art. 8 LPGGA) almeno al 40% (lettera c).

## **6.**

**6.1** La nozione d'invalidità di cui all'art. 4 LAI e 8 LPGGA è un concetto di carattere economico-giuridico e non medico (DTF 116 V 246 consid. 1b, DTF 110 V 273; v. pure sentenze del Tribunale federale 8C\_636/2010 del 17 gennaio 2011 consid. 3 e 9C\_529/2008 del 18 maggio 2009). In base all'art. 16 LPGGA, applicabile per il rinvio dell'art. 28 cpv. 2 LAI, per valutare il grado d'invalidità, il reddito che l'assicurato potrebbe conseguire esercitando l'attività ragionevolmente esigibile da lui dopo la cura medica e l'eventuale esecuzione di provvedimenti d'integrazione (reddito da invalido), tenuto conto di una situazione equilibrata del mercato del lavoro, è confrontato con il reddito che egli avrebbe potuto ottenere se non fosse diventato invalido (reddito da valido; metodo generale del raffronto dei redditi).

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

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

## **7.**

**7.1** Giusta il principio inquisitorio che regge la procedura in materia di assicurazioni sociali (art. 43 LPGGA), l'amministrazione deve intraprendere d'ufficio i necessari accertamenti e raccogliere le informazioni di cui ha bisogno. In particolare, deve ordinare una perizia allorquando è necessario per la valutazione medica del caso (DTF 117 V 282 consid. 4a).

**7.2** Se gli accertamenti svolti d'ufficio permettono all'amministrazione o al giudice, che si sono fondati su un apprezzamento diligente delle prove, di giungere alla convinzione che certi fatti presentino una verosimiglianza

preponderante, e che ulteriori misure probatorie non potrebbero modificare questo apprezzamento, è superfluo assumere altre prove (apprezzamento anticipato delle prove; UELI KIESER, ATSG-Kommentar, 2a ed., Zurigo 2009, art. 42 n. 19 pag. 536; sentenza del Tribunale federale K 24/04 del 20 aprile 2005; DTF 122 II 464 consid. 4a). In tal caso, non sussiste una violazione del diritto costituzionale di essere sentito secondo l'art. 29 cpv. 2 Cst. (Sozialversicherungsrecht [SVR] 2001 IV n. 10 pag. 28).

**7.3** In virtù degli art. 12 e 13 PA e dell'art. 19 PA in relazione con l'art. 40 della legge federale di procedura civile del 4 dicembre 1947 (PCF, RS 273), il tribunale accerta, con la collaborazione delle parti, i fatti determinanti per la soluzione della controversia, assume le prove necessarie e le valuta liberamente. Secondo giurisprudenza, se il giudice ritiene che i fatti non sono sufficientemente delucidati, può, peraltro non senza qualche limitazione (cfr. DTF 137 V 210 consid. 4.4.1.4), sia rinviare la causa all'amministrazione per completamento dell'istruzione sia procedere lui medesimo a tale istruzione complementare. Un rinvio all'amministrazione che ha per scopo di completare l'accertamento dei fatti non viola né i principi della semplicità e della celerità né il principio inquisitorio. In particolare, un siffatto rinvio appare in generale siccome giustificato se l'amministrazione ha proceduto ad una constatazione dei fatti sommaria nella speranza che in caso di ricorso sarebbe poi stato il Tribunale ad effettuare i necessari accertamenti fattuali (cfr. sentenza del Tribunale federale 9C\_162/2007 del 3 aprile 2008 consid. 2.3 e relativi riferimenti).

## **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** Giova altresì rilevare come debba essere considerato con la necessaria prudenza l'avviso dei medici curanti, i quali possono tendere a pro-

nunciarsi 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).

**8.3** 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 appare che il ricorrente soffre di grave stato ansioso-depressivo con disturbi da somatizzazione e con insonnia persistente, psoriasi, cervicalgia e lombalgia con limitazioni funzionali ai gradi medi, spondiloartrosi diffusa con discopatie multiple (cfr. perizia medica particolareggiata E 213 del 21 novembre 2011 [doc. 4] e presa di posizione del medico SMR del 23 marzo 2012 [doc. 9] nonché certificato medico del 4 settembre 2011 della dott.ssa D. \_\_\_\_\_ [doc. TAF 1, allegato 5] e certificato medico del 9 ottobre 2011 del dott. E. \_\_\_\_\_ [doc. TAF 1, allegato 4]).

## **10.**

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

**10.2** L'autorità inferiore, fondandosi sui rapporti del suo servizio medico, ha ritenuto che dagli atti di causa non risulta un'incapacità al lavoro media sufficiente, per un anno, ai sensi di legge; malgrado il danno alla salute, l'esercizio della precedente attività lucrativa sarebbe sempre esigibile in misura completa. Per conseguenza, l'insorgente non ha mai subito un'incapacità lavorativa di livello pensionabile.

## **10.3**

**10.3.1** In merito alle valutazioni del medico dell'UAIE sullo stato di salute e sulla capacità lavorativa del ricorrente di cui ai diversi rapporti da lui re-

datti, occorre precisare che le stesse sono succinte e generiche, non è dato sapere su quali precise riflessioni sia fondata la conclusione di una capacità al lavoro intatta sia nella precedente attività sia in un'attività sostituiva adeguata e sono basate sostanzialmente sulle risultanze della perizia medica E 213 del novembre 2011 (doc. 4). Peraltro, il medico dell'UAIE ha ritenuto a torto di poter rinunciare a chiedere all'INPS l'edizione, prima che l'autorità inferiore pronunciasse la decisione impugnata, dei documenti specialistici indicati nel rapporto E 213 medesimo (doc. 4, pag. 6, documenti poi per la maggior parte prodotti dal ricorrente in sede di ricorso [v. doc. TAF 1]). In effetti, tali documenti, per i motivi che saranno indicati nei considerandi che seguono, avrebbero permesso di constatare che sussistono dubbi ed incertezze sullo stato di salute effettivo del ricorrente, le indicazioni e valutazioni di cui ai referti specialistici non essendo coincidenti con quelle di cui al menzionato rapporto E 213. Non soccorre il medico dell'UAIE neppure l'affermazione che i documenti menzionati nel rapporto E 213, e poi per la maggior parte esibiti dal ricorrente in sede ricorsuale, sarebbero illeggibili. Essi sono sì di difficile lettura, ma permettono di acquisire, come si vedrà di seguito, numerosi elementi decisivi per l'esito della presente causa.

### **10.3.2**

**10.3.2.1** Quanto alle indicazioni sullo stato di salute somatico del ricorrente, nei rapporti del 23 marzo, 22 maggio e 28 ottobre 2012 e del 22 gennaio 2013 (doc. 9, 14, 17 e 19), il dott. B.\_\_\_\_\_ ha rilevato che dalla perizia medica E 213 del novembre 2011 (doc. 4) emerge che l'esame sullo stato di salute somatico è nella norma (in particolare, nella perizia E 213 è indicato movimenti [forza e tono muscolare] e andatura normali, deambulazione autonoma e non deficit articolari degni di rilievo [doc. 4 pag. 4 n. 4.8 a 4.10]) e che le alterazioni degenerative alla colonna vertebrale di cui l'insorgente è affetto (v. il referto di risonanza magnetica del 6 luglio 2011; doc. TAF 1 allegato 7) non comportano alcuna incidenza funzionale significativa. Il medico dell'UAIE ha poi constatato che i referti di esami cardiaci del novembre 2012 evidenziano ritmo sinusale, ipertrofia ventricolare sinistra ed emblocco anteriore sinistro e concludono ad una cardiopatia ipertensiva con disfunzione diastolica di I grado e ad un'ectasia aortica (doc. TAF 1, allegato 4) e che il referto di spirometria del 3 aprile 2012 menziona una lieve incapacità ventilatoria restrittiva (doc. TAF 1, allegato 2). La funzione cardiaca globale è ben conservata e non sussiste, dal profilo cardiaco e dal profilo polmonare, alcuna malattia invalidante.

**10.3.2.2** Questo Tribunale rileva che dal profilo somatico, il referto fisiatrico del 22 luglio 2011 (doc. TAF 1, allegato 6) riferisce di dolori articolari diffusi al rachide ed ai quattro arti e il certificato del 4 settembre 2011 della dott.ssa D.\_\_\_\_\_, specialista in ortopedia e traumatologia (doc. TAF 1, allegato 5), segnala che la cervicalgia e la lombalgia di cui il ricorrente soffre comportano delle limitazioni funzionali ai gradi medi, disturbi poi confermati nel certificato medico del 28 ottobre 2011 della dott.ssa F.\_\_\_\_\_, medico dell'INSP (doc. TAF 1, allegato 3), in cui le limitazioni funzionali sono state definite siccome gravi (v. allegato 3 pag. 1). Ora, se le limitazione funzionali dovessero effettivamente essere gravi/importanti, la conclusione del medico dell'UAIE secondo le quali non sussisterebbe alcuna incapacità lavorativa né nella precedente attività né in un'attività sostitutiva non sarebbero condivisibili. Un accertamento complementare e più approfondito delle affezioni somatiche in questione è pertanto indispensabile. Per sovrabbondanza, va rilevato che il certificato medico del 3 dicembre 2012 della dott.ssa C.\_\_\_\_\_, (doc. TAF 11, allegato 3) – a prescindere dal fatto che è di data posteriore a quella della decisione impugnata (v., sulla questione, il considerando 3.3 del presente giudizio), lo stesso può essere preso in considerazione nell'ambito della presente vertenza, le menzionate affezioni reumatologiche e neurologiche apparendo la risultanza di un'evoluzione cronica – riferisce, fra l'altro, di un rachide cervicale e lombare limitato e dolente nei movimenti e deviazione laterale ai primi gradi, di un ginocchio bilaterale dolente nella flessione ai medi gradi, di una coxofemorale bilaterale dolente nella flessione ai massimi gradi, di un'ipoestesia gamba e piede destro, di una deambulazione autonoma per brevi tratti nonché di un'andatura inerte e precauzionale che appare nuovamente confermare la necessità di più approfondite indagini.

### **10.3.3**

**10.3.3.1** Quanto alla valutazione sullo stato di salute psichico dell'insorgente, nei rapporti del 23 marzo, 22 maggio e 28 ottobre 2012 e del 22 gennaio 2013 (doc. 9, 14, 17 e 19), il dott. B.\_\_\_\_\_ ha segnalato che dalla perizia medica E 213 del novembre 2011 (doc. 4) risulta che il ricorrente presenta un tono dell'umore depresso e soffre di ansia con disturbi da somatizzazione, ma che l'esame sullo stato psichico è normale, senza che sia peraltro posta l'indicazione di una terapia psichiatrica (in particolare, nella perizia E 213 è indicato tono dell'umore moderatamente depresso, ma con aspetto curato, atteggiamento collaborante, vigile, cosciente ed orientato [doc. 4 pag. 3 n. 4.1]). Secondo il medico, dal profilo psichico, non sussiste alcun disturbo significativo.

**10.3.3.2** Ora, questo Tribunale constata che dal certificato medico del 3 maggio 2009 del dott. E.\_\_\_\_\_, direttore del Centro di salute mentale di G.\_\_\_\_\_ (doc. TAF 1, allegato 14), risulta che l'insorgente soffre di una sindrome ansioso-depressiva di entità severa e con disturbi di somatizzazione ed è stata prescritta l'assunzione di una terapia farmacologica (un farmaco antidepressivo ed un ansiolitico; v. anche la prescrizione medica del 16 marzo 2010 [doc. TAF 1, allegato 11]), diagnosi poi confermata nel certificato medico del 5 maggio 2011 del dott. E.\_\_\_\_\_ medesimo (doc. TAF 1, allegato 10), in cui è segnalato "condizioni psicopatologiche pressoché invariate rispetto alla visita di controllo del marzo 2010". Un trattamento farmacologico (un farmaco antidepressivo ed un ansiolitico) è stato continuato almeno fino al 9 ottobre 2011, data di un certificato medico del dott. E.\_\_\_\_\_ (doc. TAF 1, allegato 4), nel quale è evidenziata la diagnosi di grave stato ansioso-depressivo con disturbi da somatizzazione e con insonnia persistente e precisato che "l'interessato, pur osservando scrupolosamente la terapia prescrittagli, non ha tratto finora sensibili e duraturi benefici". Peraltro, nel certificato medico del 3 dicembre 2012 (doc. TAF 11, allegato 3) – lo stesso, benché redatto dopo che è stata resa la decisione impugnata, può essere preso in considerazione nell'ambito della presente vertenza (v., sulla questione, il considerando 3.3 del presente giudizio), dal momento che fornisce, con probabilità preponderante, degli indizi concludenti su una situazione medica esistente già al momento dell'emanazione della decisione litigiosa – la dott.ssa C.\_\_\_\_\_ conclude che l'insorgente è affetto da una severa sindrome algico-disfunzionale rachidea che unitamente al rallentamento ideopsicomotorio attualmente in fase di studio limita lo svolgimento delle attività della vita quotidiana. Basti rilevare che, secondo giurisprudenza, una perizia pluridisciplinare che tenga conto sia degli aspetti reumatologici che degli aspetti psichici sembra costituire di principio una misura d'istruzione adeguata al fine di stabilire se l'assicurato presenta uno stato doloroso di una gravità tale che la messa a profitto della sua capacità al lavoro in un mercato del lavoro equilibrato non sia più esigibile o lo sia solo parzialmente (DTF 132 V 65 consid. 4.3).

**10.4** Con riferimento alla perizia medica particolareggiata E 213 del 21 novembre 2011 (doc. 4) – che non appare redatta da uno specialista in reumatologia o psichiatria, è basata su un esame superficiale dal profilo reumatologico e psichiatrico – la stessa non riporta nella diagnosi la presenza di limitazioni funzionali al rachide che emergono per contro in modo inequivocabile dalla documentazione medica agli atti (v. doc. TAF 1, allegati 3 e 5), non fa riferimento ad alcuna terapia psicofarmacologica (v. doc. TAF 1, allegati 10, 11 e 14), ma conclude, senza fornire spiegazioni

al riguardo, ad un'incapacità lavorativa del 50% nella precedente attività lavorativa (cfr. pag. 9 n. 11.4 e 11.7) ed ad un'impossibilità a svolgere un'attività sostitutiva adeguata a tempo pieno (pag. 9 n. 11.6). Alla lettura di detta perizia medica particolareggiata emerge dunque una discrepanza di un certo rilievo tra la descrizione delle affezioni di cui soffrirebbe l'insorgente e le loro conseguenze sulla capacità lavorativa che non consente di fondare un giudizio con cognizione di causa sulla residua capacità lavorativa del ricorrente.

**10.5** Visto quanto precede, l'autorità inferiore non poteva sulla base di una generica ed imprecisa valutazione del dott. B.\_\_\_\_\_, specialista in medicina generale (medico che peraltro non ha visitato personalmente il ricorrente, ma si è basato unicamente sui referti medici messi a sua disposizione), negare ogni effetto invalidante sia nella precedente attività sia un'attività sostitutiva alle affezioni, segnatamente reumatologiche e psichiatriche, attestate da altri medici, senza prima raccogliere il giudizio di uno specialista in reumatologia e di uno specialista in psichiatria. Infatti, solo una valutazione specialistica avrebbe potuto stabilire con il necessario grado della verosimiglianza se i descritti disturbi reumatologici e psichiatrici potevano assumere valore patologico avente incidenza significativa sulla capacità lavorativa nel periodo determinante (cfr. sentenza del Tribunale federale 9C\_826/2009 del 20 luglio 2010 consid. 4 e relativi riferimenti).

**10.6** Da quanto esposto, discende che il provvedimento querelato, che viola il diritto federale (accertamento insufficiente dei fatti giuridicamente rilevanti), incorre nell'annullamento.

## **11.**

**11.1** Quando il Tribunale amministrativo federale annulla una decisione, esso può sostituirsi all'autorità inferiore e giudicare direttamente nel merito o rinviare la causa, con istruzioni vincolanti, all'autorità inferiore per un nuovo giudizio (cfr. sentenza del Tribunale amministrativo federale C-2477/2011 dell'11 febbraio 2013 consid. 11.1). In particolare, esso si sostituirà all'autorità inferiore se gli atti sono completi e comunque sufficienti a statuire sull'applicazione del diritto federale (v. sentenza del Tribunale federale 9C\_162/2007 del 3 aprile 2008 consid. 2.3 e relativi riferimenti; DTF 126 II 43 e DTF 125 II 326). Tale non è il caso nella presente fattispecie per i motivi precedentemente indicati. Gli atti di causa sono pertanto rinviati all'autorità inferiore affinché la stessa proceda a completare l'accertamento dei fatti giuridicamente rilevanti con riferimento allo stato di

salute del ricorrente, segnatamente con un esame specialistico sullo stato di salute reumatologico e sullo stato di salute psichiatrico (cfr., sulla possibilità di un rinvio all'autorità inferiore in siffatte circostanze, DTF 137 V 210 4.4.1.4), e con ogni ulteriore esame che l'evoluzione nel tempo dello stato di salute dell'insorgente dovesse rendere necessario (cfr. in particolare la documentazione medica del dicembre 2012; doc. TAF 11), nonché a pronunciare una nuova decisione.

**11.2** Occorre peraltro rilevare che nell'ambito dell'accertamento ancora da esperire dall'autorità inferiore, a seguito del rinvio degli atti di causa, non sussiste l'eventualità di una nuova decisione dell'UAIE a detrimento del ricorrente (cfr., sulla questione, DTF 137 V 314 consid. 3.2.4) dal momento che nella decisione impugnata del 6 giugno 2012 l'autorità inferiore ha considerato che l'insorgente non ha subito un'incapacità lavorativa di livello pensionabile, perlomeno fino alla data della decisione impugnata (che costituisce il limite della cognizione temporale di questo Tribunale nel caso di specie), ed ha respinto la domanda del medesimo volta all'ottenimento di una rendita dell'assicurazione svizzera per l'invalidità.

## **12.**

**12.1** Visto l'esito della causa, non sono prelevate delle spese processuali (art. 63 PA). L'anticipo equivalente alle presunte spese processuali di fr. 400.--, versato l'8 agosto 2012, è restituito al ricorrente.

**12.2** Ritenuto che l'insorgente è rappresentato in questa sede da mandatarî professionali, si giustifica altresì l'attribuzione di spese ripetibili (art. 64 PA in combinazione con l'art. 7 segg. del regolamento sulle tasse e sulle spese ripetibili nelle cause dinanzi al Tribunale amministrativo federale del 21 febbraio 2008 [TS-TAF, RS 173.320.2]; cfr. pure DTF 137 V 57 consid. 2 secondo cui la parte che ha presentato ricorso in materia d'assegnazione o rifiuto di prestazioni assicurative è reputata vincente, dal profilo delle ripetibili, anche se la causa è rinviata all'amministrazione per complemento istruttorio e nuova decisione). La stessa, in assenza di una nota dettagliata, è fissata d'ufficio (art. 14 cpv. 2 TS-TAF) in fr. 1'500.--, tenuto conto del lavoro utile e necessario svolto dai rappresentanti del ricorrente. L'indennità per ripetibili è posta a carico dell'UAIE.

(dispositivo alla pagina seguente)

**Per questi motivi, il Tribunale amministrativo federale pronuncia:****1.**

Il ricorso è accolto, nel senso che la decisione impugnata del 6 giugno 2012 è annullata e gli atti di causa sono rinviati all'UAIE affinché proceda al completamento dell'istruttoria ed emani una nuova decisione ai sensi dei considerandi.

**2.**

Non si prelevano spese processuali. L'anticipo di fr. 400.--, corrisposto l'8 agosto 2012, è restituito al ricorrente.

**3.**

L'UAIE rifonderà al ricorrente fr. 1'500.-- a titolo di spese ripetibili.

**4.**

Comunicazione a:

- rappresentanti del ricorrente (Raccomandata con avviso di ricevimento)
- autorità inferiore (n. di rif. ; Raccomandata)
- 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, nella misura in cui sono adempiute le condizioni di cui agli 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 – i documenti indicati come mezzi di prova devono essere allegati (art. 42 LTF).

Data di spedizione: