



Sentenza dell'8 marzo 2011

Composizione

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

Parti

A. _____,
patrocinato dall'avvocato Luigi Potenza,
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 27 aprile 2009).

Fatti:**A.**

A. _____, cittadino italiano, nato il (...), coniugato, con figli, ha lavorato in Svizzera nel 1979 (8 mesi), nel 1980 (8 mesi) e nel 1981 (5 mesi), solvendo contributi all'assicurazione svizzera per la vecchiaia, i superstiti e l'invalidità durante tale periodo (doc. 6). Rientrato in Italia, ha svolto attività lucrativa, da ultimo (1982 oppure 1992) come autotrasportatore in proprio in ragione di 40 ore alla settimana fino al 2004. L'assicurato ha altresì dichiarato d'aver ridotto l'attività lucrativa per motivi di salute a 32 ore alla settimana dal 2005 (doc. 12 e 13). Il 29 aprile 2008, ha formulato una richiesta volta all'ottenimento di una rendita dell'assicurazione svizzera per l'invalidità (doc. 1).

B.

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

- documenti medici di data intercorrente da giugno 2005 a febbraio 2007 (doc. 14 a 24);
- un certificato medico del 2 aprile 2007, secondo cui l'interessato è affetto segnatamente da lombosciatalgia bilaterale con episodi di blocco rachideo, cervicobrachialgia bilaterale, subanchilosi delle scapolo-omerali da processo periartrite cronico (doc. 25 e 26);
- documenti medici da maggio a dicembre 2007 (doc. 27 a 37);
- un certificato medico del 28 marzo 2008, da cui risulta che l'interessato è affetto segnatamente da sindrome depressiva di entità severa (doc. 38 e 39);
- documenti medici da aprile a giugno 2008 (doc. 40 a 46);
- la perizia medica particolareggiata E 213 della previdenza sociale italiana del 19 giugno 2008, da cui emerge la diagnosi di insufficienza renale cronica moderata da nefropatia diabetica, cardiopatia ipertensiva in buon compenso, poliartrosi in sovrappeso con impegno funzionale lieve moderato, diabete mellito; le condizioni di salute dell'interessato sono state definite come peggiorate e lo stesso è stato ritenuto in grado di svolgere regolarmente lavori leggeri, ma non il suo ultimo lavoro a tempo

pieno né un lavoro adeguato alle sue condizioni a tempo pieno (massimo 2-3 ore al giorno). È stato segnalato che l'interessato è considerato invalido al 75%, conformemente alle disposizioni di legge del Paese di residenza, sia nella precedente attività sia in un'attività adeguata alle sue condizioni (lavoro sedentario; doc. 47);

- il questionario per indipendenti del 19 settembre 2008, unitamente ai formulari per la dichiarazione per i redditi per gli anni 2005, 2006 e 2007 (doc. 8 a 12);
- il questionario per l'assicurato del 19 settembre 2008, nel quale l'interessato ha affermato di continuare a svolgere un'attività lucrativa, seppure ridotta, come autotrasportatore (doc. 13).

C.

Nel suo rapporto del 19 novembre 2008, il dott. B._____, del Servizio medico regionale (SMR) "Rhône", ha esposto la diagnosi principale di insufficienza renale moderata nell'ambito di una nefropatia diabetica e diabete tipo 2. Ha pure evidenziato la diagnosi, senza ripercussioni sulla capacità lavorativa, di disturbi degenerativi al rachide e presenza di piccola ernia discale L5-S1 senza segni radicolari. In particolare, il medico dell'UAIE ha considerato che il diabete è senza complicazioni e ben compensato. Ha constatato che l'insufficienza renale è di moderata entità e che l'interessato si sottopone a trattamenti e controlli frequenti. Ha osservato inoltre che dalla perizia medica E 213 del giugno 2008 emerge che i disturbi al rachide comportano delle limitazioni funzionali moderate causate in parte dall'obesità. Infine, ha rilevato che il certificato psichiatrico del marzo 2008 fa certo stato di un disturbo depressivo severo, ma che l'interessato non ha interrotto l'attività lavorativa. Peraltro, tale patologia non è riportata nella diagnosi del formulario E 213 del maggio 2008. Il dott. B._____ ha quindi ritenuto che l'interessato presenta una capacità lavorativa intatta, dunque del 100%, nella precedente attività di autotrasportatore in proprio. Ha in particolare considerato ingiustificata, dal profilo medico, la riduzione del tempo di lavoro a partire da gennaio del 2005 (doc. 49).

D.

Il 25 novembre 2008, l'autorità inferiore, mediante progetto di decisione, ha comunicato all'assicurato che la richiesta di prestazioni sarebbe stata respinta, ritenuto in particolare che un'attività lucrativa confacente allo stato di salute è esercitata senza perdita di guadagno. 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. 50).

E.

Il 7 gennaio 2009 (e il 27 febbraio 2009 con atto di complemento), l'interessato ha presentato le sue osservazioni al progetto di decisione del 25 novembre 2008 mediante le quali ha postulato il riconoscimento di una prestazione dell'assicurazione svizzera per l'invalidità. Ha segnalato che le patologie di cui è affetto non gli consentono di svolgere alcuna attività lucrativa, neppure una leggera (doc. 51 e 54). Ha esibito un referto di esami del 12 febbraio 2009 (doc. 53).

F.

Nel rapporto del 2 aprile 2009, il dott. B._____ ha rilevato che lo scritto di obiezioni del 27 febbraio 2009 si limita ad esporre tutte le patologie, anche le più banali. Il referto di esami del 12 febbraio 2009 conferma certo un aumento della creatinina, ma con proteinuria ed emoglobina normale. Tutti gli altri esami sono comunque nella norma. Il dott. B._____ ha quindi confermato la sua precedente valutazione (doc. 56).

G.

Il 27 aprile 2009, l'autorità inferiore ha respinto la domanda di prestazioni dell'assicurazione svizzera per l'invalidità. Ha osservato che l'assicurato non ha subito un'incapacità al lavoro media sufficiente per un anno, ai sensi delle disposizioni dell'assicurazione svizzera per l'invalidità. Ha precisato, in particolare, che l'interessato esercita un'attività lucrativa confacente al suo stato di salute, senza perdita di guadagno (doc. 57).

H.

Il 3 giugno 2009, l'interessato ha interposto ricorso dinanzi al Tribunale amministrativo federale contro la decisione dell'UAIE del 27 aprile 2009 mediante il quale ha chiesto, sostanzialmente, il riconoscimento di una prestazione dell'assicurazione svizzera per l'invalidità. Ha ribadito che le affezioni di cui soffre non gli consentono di svolgere alcuna attività lucrativa, neppure una leggera. Ha segnalato che le patologie di cui è affetto comportano una completa incapacità al lavoro. Ha precisato di essere stato riconosciuto invalido dalle autorità italiane a decorrere da agosto 2008. Ha esibito documenti medici già agli atti nonché referti di esame dell'ottobre e novembre 2008, una relazione medica del 10 febbraio 2009 del dott. C._____, copia della sentenza del 3 marzo

2009 del Tribunale di D. _____ ed una relazione medica del 30 maggio 2009 del dott. E. _____ (doc. TAF 1).

I.

I.a Con decisione incidentale del 15 giugno 2009, questo Tribunale ha invitato il ricorrente a versare, entro il 14 luglio 2009, un anticipo di fr. 300.- a copertura della presumibili spese processuali (doc. TAF 2).

I.b Il 27 giugno 2009, l'interessato ha formulato una domanda di assistenza giudiziaria, nel senso della dispensa dal pagamento delle spese processuali. Ha fatto valere d'essere indigente (doc. TAF 3).

I.c Il 25 luglio 2009, l'interessato ha esibito il formulario "domanda di gratuito patrocinio" (doc. TAF 7).

J.

J.a Nel rapporto del 13 gennaio 2010, il dott. B. _____ ha esposto la diagnosi di insufficienza renale moderata nell'ambito di una nefropatia diabetica, diabete tipo 2 e disturbi degenerativi del rachide cervicale e lombare in presenza di ernie discali senza segni radicolari. Ha altresì considerato l'ipertensione arteriosa, l'obesità e la dislipidemia siccome senza ripercussioni sulla capacità lavorativa. Il medico ha in particolare constatato che, in virtù dei referti degli esami, da ottobre del 2008 a febbraio del 2009 risulta certo un aumento della creatinina, ma che l'insufficienza renale è di moderata entità, ritenuto che l'interessato non soffre di alcuna anemia. Ha pure osservato che il medesimo non assume alcun farmaco antidepressivo. Il dott. B. _____ ha quindi ritenuto che, conto tenuto dell'insieme delle circostanze determinanti, in particolare delle limitazioni funzionali prevedibili della patologia renale, l'interessato presenta, a decorrere dal 2 aprile 2007, una capacità al lavoro del 70% nella sua precedente attività di autotrasportatore in proprio e del 100% in un'attività sostitutiva confacente al suo stato di salute (doc. 61).

J.b Nella risposta al ricorso del 2 febbraio 2010, l'autorità inferiore ha proposto la reiezione del ricorso e la conferma della decisione impugnata. In virtù del rapporto medico del 13 gennaio 2010 del proprio servizio medico, il ricorrente è stato ritenuto abile al lavoro al 70% nella precedente attività di autotrasportatore in proprio a decorrere dal mese di aprile del 2007. L'autorità inferiore ha sottolineato che il tasso d'incapacità lavorativa corrisponde all'invalidità. Per conseguenza, l'insorgente non ha mai subito un'incapacità lavorativa di livello pensionabile (doc. TAF 13).

K.

K.a Nella replica del 26 marzo 2010, l'interessato si è riconfermato nelle argomentazioni in fatto e in diritto di cui al ricorso del 3 giugno 2009. In particolare, ha contestato la determinazione del grado d'invalidità (doc. TAF 16).

K.b Con provvedimento del 1° aprile 2010, questo Tribunale ha trasmesso all'autorità inferiore per conoscenza la replica dell'insorgente del 26 marzo 2010 (doc. TAF 17).

L.

L.a Il 24 giugno 2010, l'interessato ha segnalato che le sue condizioni di salute si sono aggravate. Ha prodotto documenti medici da febbraio a giugno 2010 (doc. TAF 18).

L.b Con provvedimento del 29 luglio 2010, questo Tribunale ha trasmesso all'autorità inferiore per conoscenza lo scritto del 24 giugno 2010, unitamente ai documenti medici (doc. TAF 19).

Diritto:

1.

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

1.2. Riservate le eccezioni – non realizzate nel caso di specie – di cui all'art. 32 LTAF, questo Tribunale giudica, in virtù dell'art. 31 LTAF in combinazione con l'art. 33 lett. d LTAF e l'art. 69 cpv. 1 lett. b della legge federale del 19 giugno 1959 sull'assicurazione per l'invalidità (LAI, RS 831.20), i ricorsi contro le decisioni, ai sensi dell'art. 5 della legge federale del 20 dicembre 1968 sulla procedura amministrativa (PA, RS 172.021), rese dall'Ufficio AI per le persone residenti all'estero.

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

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

2.

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

2.2. Giusta l'art. 20 ALC, salvo disposizione contraria contenuta nell'allegato II, gli accordi bilaterali tra la Svizzera e gli Stati membri della Comunità europea in materia di sicurezza sociale vengono sospesi a decorrere dall'entrata in vigore del presente Accordo qualora il medesimo campo sia disciplinato da quest'ultimo. Nella misura in cui l'Accordo, in particolare l'Allegato II che regola il coordinamento dei sistemi di sicurezza sociale (art. 8 ALC), non prevede disposizioni contrarie, l'organizzazione della procedura come pure l'esame delle condizioni di ottenimento di una rendita di invalidità svizzera sono regolate dal diritto interno svizzero.

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

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

3.

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

3.2. Dal profilo temporale sono applicabili le disposizioni in vigore al momento della realizzazione dello stato di fatto che deve essere valutato giuridicamente o che produce conseguenze giuridiche (DTF 130 V 445 consid. 1.2 e relativi riferimenti nonché DTF 129 V 1 consid. 1.2). Ne discende che si applicano, da un lato, le norme materiali in vigore fino al 31 dicembre 2007, per quanto attiene allo stato di fatto realizzatosi fino a tale data, mentre dall'altro lato, e per il periodo successivo, le nuove norme della 5a revisione della LAI (cf. DTF 130 V 1 consid. 3.2 per quanto concerne le disposizioni formali della LPGA, immediatamente applicabili con la loro entrata in vigore). La domanda di una rendita AI essendo stata presentata il 29 aprile 2008 e il ricorrente avendo lavorato nella sua precedente attività fino al 31 dicembre 2008, nella misura dell'80% almeno fino al 19 settembre 2008 (32 ore alla settimana rispetto alle precedenti 40 ore alla settimana [doc. 12 e 13]), al caso in esame si applicano di principio le disposizioni della 5a revisione della LAI entrate in vigore il 1° gennaio 2008. Giova altresì osservare a titolo abbondanziale che l'applicazione del diritto previgente non avrebbe alcuna incidenza sull'esito della presente lite (cfr. sentenza del Tribunale federale 8C_972/2009 del 27 maggio 2010 consid. 2.1 a contrario; v. anche la sentenza del Tribunale amministrativo federale C-3121/2009 del 13 dicembre 2010 consid. 3).

3.3. Il ricorrente, come già menzionato, ha presentato la richiesta di rendita il 29 aprile 2008. In deroga all'art. 24 LPGA, l'art. 29 LAI prevede che il diritto alla rendita nasce al più presto dopo sei mesi dalla data in cui l'assicurato ha rivendicato il diritto alle prestazioni conformemente all'art. 29 cpv. 1 LPGA. Giova altresì rilevare che il potere cognitivo di questo Tribunale è delimitato dalla data della decisione impugnata. Il giudice delle assicurazioni sociali esamina infatti la decisione impugnata sulla base della situazione di fatto esistente al momento in cui essa è stata resa. Tiene tuttavia conto dei fatti verificatisi dopo tale data quando essi possano imporsi quali elementi d'accertamento retrospettivo della situazione anteriore alla decisione stessa (DTF 129 V 1 consid. 1.2 e DTF 121 V 362 consid. 1b).

4.

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

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

Il ricorrente ha versato contributi all'AVS/AI svizzera per un 1 anno e 9 mesi (doc. 6). Dalle carte processuali risulta altresì che in Italia ha versato contributi alle assicurazioni sociali per 24 settimane fino a giugno del 1978 e durante 772 settimane dal marzo del 1993 al dicembre del 2007 (doc. 2). Pertanto, l'interessato adempie la condizione della durata minima di contribuzione. In effetti, a tal fine è possibile prendere in considerazione anche i contributi versati ad un'assicurazione sociale assimilata di uno Stato membro dell'Unione europea (UE) o dell'Associazione europea di libero scambio (AELS), a condizione che almeno un anno di contributi sia registrato all'AVS/AI svizzera (FF 2005 p. 4065; art. 45 del regolamento 1408/71 [cfr. sentenza del Tribunale amministrativo federale C-3267/2010 del 1° febbraio 2011 consid. 5]). Rimane ora da esaminare se sia invalido ai sensi di legge.

5.

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

5.2. Giusta l'art. 28 cpv. 2 LAI, l'assicurato ha diritto ad un quarto di rendita se è invalido per almeno il 40%, ad una mezza rendita se è invalido per almeno la metà, a tre quarti di rendita se è invalido per almeno il 60% e ad una rendita intera se è invalido per almeno il 70%. In seguito all'entrata in vigore dell'Accordo sulla libera circolazione, la limitazione prevista dall'art. 29 cpv. 4, secondo cui le rendite per un grado d'invalidità inferiore al 50%, ma pari almeno al 40%, sono versate solo ad assicurati che sono domiciliati e dimorano abitualmente in Svizzera (art. 13 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).

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

6.

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

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

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

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

7.

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

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

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

8.

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

8.2. In particolare, per quanto concerne le perizie giudiziarie la giurisprudenza ha stabilito che il giudice non si scosta senza motivi imperativi dal parere degli esperti, il cui compito è quello di mettere a disposizione del tribunale le loro conoscenze specifiche e di valutare, da un punto di vista medico, una certa fattispecie (sentenza del Tribunale federale U 505/06 del 17 dicembre 2007). Ragioni che possono indurre il giudice a non fondarsi su un tale referto sono ad esempio affermazioni contraddittorie, il contenuto di una superperizia, o altri rapporti da cui emergono validi motivi per farlo e, meglio, se l'opinione di altri esperti appare sufficientemente fondata da mettere in discussione le conclusioni peritali (sentenza del Tribunale federale I 166/03 del 30 giugno 2004 consid. 3.3).

8.3. Per quel che riguarda le perizie di parte, il Tribunale federale ha precisato che esse contengono considerazioni specialistiche che possono contribuire ad accertare i fatti, da un punto di vista medico. Malgrado esse abbiano lo stesso valore probatorio di una perizia giudiziaria, il giudice deve valutare se questi referti medici sono atti a mettere in discussione la perizia giudiziaria oppure quella ordinata dall'amministrazione (DTF 125 V 351). Giova altresì rilevare come debba

essere considerato con la necessaria prudenza l'avviso dei medici curanti, i quali possono tendere a pronunciarsi in favore del proprio paziente a dipendenza dei particolari legami che essi hanno con gli stessi (DTF 125 V 351 consid. 3b e relativi riferimenti).

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

9.

Dalla documentazione medica agli atti emerge che il ricorrente soffre segnatamente di insufficienza renale cronica moderata da nefropatia diabetica, cardiopatia ipertensiva in buon compenso, poliartrosi in sovrappeso con impegno funzionale lieve moderato, disturbi degenerati del rachide cervicale e lombare in presenza di ernie discali senza segni radicolari, diabete mellito, obesità e dislipidemia (cfr. perizia medica particolareggiata E 213 del 19 giugno 2008 [doc. 47] e presa di posizione del servizio medico dell'UAIE del 13 gennaio 2010 [doc. 61]).

10.

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

10.2. Dalle carte processuali emerge che, dopo il rimpatrio, il ricorrente ha ancora esercitato un'attività lucrativa. In particolare, ha lavorato come autotrasportatore in proprio, in ragione di 40 ore alla settimana, dal 1982 (o dal 1992) al 2004. In seguito, e nonostante le evocate affezioni, ha continuato a svolgere tale attività almeno fino al 31 dicembre 2008 (doc. TAF 1; nella misura dell'80% almeno fino al 19 settembre 2008 [32 ore alla settimana rispetto alle precedenti 40 ore alla settimana {doc. 12 e 13}]), allorquando ha cessato l'attività per motivi di salute (cfr. relazione medica del 30 maggio 2009 del dott. E. _____; doc. TAF 1).

10.3.

10.3.1. Questo Tribunale non ravvisa motivo di scostarsi dalla valutazione dell'autorità inferiore – fondata sulle prese di posizione del dott. B._____, nei rapporti del 19 novembre 2008, del 2 aprile 2009 e del 13 gennaio 2010 (doc. 49, 56 e 61) – secondo la quale al momento in cui è stata resa la decisione litigiosa, vale a dire il 27 aprile 2009, non era ancora decorso il termine di carenza di un anno secondo l'art. 28 cpv. 1 lett. b LAI (nella versione in vigore il 1° gennaio 2008 [art. 29 cpv. 1 lett. b LAI nella versione in vigore fino al 31 dicembre 2007]). In effetti, il ricorrente – che è peraltro stato attivo nella sua precedente professione fino al 31 dicembre 2008, così dimostrando nei fatti l'esigibilità di tale attività almeno fino ad allora – ha presentato secondo l'autorità inferiore una capacità lavorativa residua nella sua precedente attività di almeno il 70% dal 2 aprile 2007 al 27 aprile 2009, senza altresì che al ricorrente sia riuscito di fornire sufficienti elementi concreti, plausibili e concludenti che tale non fosse il caso in particolare per il periodo tra il 1° gennaio 2009 ed il 27 aprile 2009, periodo in cui ha cessato detta attività (v. su questo punto pure l'opinione condivisibile del medico dell'UAIE del 13 gennaio 2011 [v. lettera J.a del riassunto dei fatti del presente giudizio]). Occorre altresì rilevare che, per giurisprudenza, allorquando, come nel caso di specie, l'insorgente presenta ancora una residua capacità lavorativa del 70% nella sua precedente attività di autotrasportatore in proprio, l'applicazione del metodo straordinario per la determinazione del grado d'invalidità non presuppone né la presa in considerazione dell'età del ricorrente o del mercato equilibrato del lavoro, né un raffronto dei redditi ipotetici o il riferimento a dei redditi comparativi nella medesima professione, né l'esame della fase iniziale dell'attività indipendente in questione, ma il tasso d'incapacità lavorativa corrisponde allora al grado d'invalidità (cfr. sentenza del Tribunale federale 9C_947/2008 del 29 maggio 2009).

10.3.2. Certo, nella perizia medica particolareggiata E 213 del 19 giugno 2008 (doc. 47), l'insorgente non è stato ritenuto capace di svolgere il suo precedente lavoro. Detta valutazione medica, in contrasto con la realtà dei fatti (il ricorrente avendo lavorato nella precedente attività fino al 31 dicembre 2008), non è condivisibile anche perché risulta difficilmente compatibile con la diagnosi e le limitazioni funzionali accertate, segnatamente lieve atteggiamento ansioso depressivo dell'umore, insufficienza renale moderata, poliartrosi in sovrappeso con flessione del rachide ridotta per un terzo, moderata limitazione alle scapolo omerali e gonalgia senza deficit funzionale, ma con forza, tono muscolare ed

andatura nella norma (doc. 47 pag. 3 e 4 n. 4.1, 4.7, 4.8 e 4.10). Nella perizia E 213 è stata altresì evidenziata un'invalidità del 75%, nella precedente attività, ritenuta in Italia conformemente alle disposizioni di legge di detto Paese, fermo restando che nel 2009 il ricorrente è stato riconosciuto invalido ai sensi del diritto italiano a decorrere dal 1° aprile 2008 (cfr. sentenza del 3 marzo 2009 del Tribunale di D._____). Sennonché, a tale riguardo giova rammentare che la valutazione di un'autorità straniera con riferimento all'incapacità lavorativa di un assicurato non vincola di principio le autorità svizzere nell'apprezzamento del caso secondo il diritto svizzero (v. sentenza del Tribunale federale I 435/02 del 4 febbraio 2003 consid. 2 nonché consid. 2.4 del presente giudizio), tanto più laddove, come nel caso concreto, tale valutazione è estremamente generica.

10.3.3. Inoltre, il ricorrente ha fatto valere, in sede di ricorso, di avere sicuramente diritto ad una rendita in quanto inabile al 100% a svolgere qualsiasi attività. Tuttavia, agli atti di causa non figura alcun documento di data anteriore alla decisione impugnata, ad eccezione del rapporto E 213 del 19 giugno 2008 precedentemente analizzato, che concluda ad un'incapacità totale dell'insorgente nella sua precedente attività fino al 31 dicembre 2008, nella misura altresì dell'80% fino al 19 settembre 2008. In particolare, la relazione medica del 10 febbraio 2009 del dott. C._____ come pure la relazione medica del 30 maggio 2009 del dott. E._____ (doc. TAF 1), quest'ultima peraltro di data posteriore alla decisione impugnata, si esauriscono essenzialmente in una semplice enumerazione di affezioni di cui soffrirebbe l'interessato (alcune fino ad allora mai ritenute) e in un generico apprezzamento delle conseguenze delle singole affezioni che peraltro, almeno nel caso della relazione del consulente tecnico dott. E._____, si fonda su tabelle di valutazione del danno vigenti in Italia non conciliabili con il sistema svizzero di valutazione dell'invalidità. Peraltro, le due relazioni in questione non sono corroborate da riscontri medici oggettivi (i disturbi psichici non sono peraltro stati diagnosticati da uno specialista in psichiatria) e gli esami obiettivi appaiono estremamente generici. In conclusione, il ricorrente non ha presentato argomenti o mezzi di prova suscettibili di far sorgere dei dubbi sulla valutazione del dott. B._____ almeno fino alla data dell'emanazione della decisione impugnata. Non soccorrono infine il ricorrente neppure i referti medici esibiti con scritto del 24 giugno 2010 (doc. TAF 18), referti tutti di data ampiamente posteriore alla decisione impugnata e che riferiscono della situazione riscontrata al momento dell'effettuazione delle relative visite.

11.

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

11.2. Peraltro, il ricorrente, in uno scritto del 24 giugno 2010, ha fatto presente che recentemente le sue condizioni di salute sono peggiorate e ha esibito una serie di nuovi documenti medici (doc. TAF 18). Da quest'ultimi emergono delle nuove patologie, segnatamente un infarto miocardico acuto, ed è indicato che vi è ora insufficienza renale cronica in stadio IV (nefropatia diabetica conclamata) e poi stadio 5 (documenti medici del 19 maggio e del 12 giugno 2010). Tale scritto va pertanto trasmesso all'UAIE, ritenuto che al più tardi da tale data si deve ritenere sussistere una nuova richiesta di rendita da parte dell'insorgente.

12.

12.1. Il ricorrente ha chiesto l'assistenza giudiziaria, nel senso della dispensa dal versamento delle spese processuali. Secondo dottrina e giurisprudenza, i presupposti per la concessione dell'assistenza giudiziaria sono di massima adempiuti se l'istante si trova nel bisogno e se le sue conclusioni non sembrano dovere avere esito sfavorevole (DTF 119 la 11). Una parte si trova nel bisogno, giusta l'art. 65 cpv. 1 PA, qualora non possa pagare le spese giudiziarie senza pregiudizio dei mezzi necessari al suo mantenimento e a quello della sua famiglia (DTF 128 I 225 consid. 2.5.1). Se la parte che domanda l'assistenza giudiziaria è coniugata, occorre tenere conto pure dei redditi del coniuge (DTF 115 la 193 consid. 3). Il limite per ammettere lo stato di bisogno ai sensi delle norme disciplinanti l'assistenza giudiziaria si situa al di sopra di quello del minimo esistenziale agli effetti del diritto esecutivo. Così, all'importo base LEF viene (spesso) applicato un supplemento, variante tra il 15% e il 25% (cfr. sentenza del Tribunale federale delle assicurazioni I 134/06 del 7 maggio 2007 consid. 5.2 e relativi riferimenti). Ciò non toglie che dalla persona che ne fa richiesta possono essere pretesi alcuni sacrifici. Tuttavia, essa non deve per questo ridursi a uno stato di indigenza né può essere tenuta a procurarsi i mezzi necessari per il processo a detrimento di altri obblighi urgenti (cfr. sentenza del Tribunale delle assicurazioni U 356/02 del 7 luglio 2003). Per ammettere il bisogno ai fini processuali è sufficiente che l'istante non disponga di mezzi superiori a quelli necessari per fare fronte al mantenimento normale della famiglia. Nell'ambito di questo esame non è da considerarsi unicamente la situazione di reddito, ma globalmente l'intera situazione finanziaria e

patrimoniale (cfr. sentenza del Tribunale federale delle assicurazioni B 45/05 del 13 aprile 2006 consid. 7.2.1 e 7.2.2). Va peraltro ricordato che prima di potere chiedere l'assistenza giudiziaria dallo Stato, la persona interessata, nel limite dell'esigibile (la giurisprudenza federale garantendo una riserva di soccorso ["Notgröschen"]), deve di principio attingere alla propria sostanza (DTF 119 Ia 11 consid. 5 [v. pure DTF 119 Ia 11 sull'esigibilità, per il richiedente, di gravare un immobile e di assumersi un {ulteriore} debito ipotecario]). Ora, dalla documentazione fornita dal ricorrente si evince che lo stesso dispone di una sostanza immobiliare sufficiente (valore: 82'000.- Euro [immobile che l'istante non ha indicato essere gravato da ipoteche o altri debiti]) per potere pagare le spese processuali della presente procedura dinanzi al Tribunale amministrativo federale e più in generale i costi globali inerenti a tale procedura. La domanda d'assistenza giudiziaria deve pertanto essere respinta.

12.2. Le spese processuali di fr. 300.--, che seguono la soccombenza, sono pertanto poste a carico del ricorrente (art. 63 cpv. 1 PA e art. 3 lett. b del regolamento sulle tasse e sulle spese ripetibili nelle cause dinanzi al Tribunale amministrativo federale [TS-TAF, RS 173.320.2]).

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

(dispositivo alla pagina seguente)

Per questi motivi, il Tribunale amministrativo federale pronuncia:

1.

Il ricorso è respinto.

2.

Lo scritto del 24 giugno 2010 del ricorrente è trasmesso, unitamente agli

allegati documenti, all'autorità inferiore quale nuova domanda di rendita ai sensi del considerando 11.2 del presente giudizio.

3.

La domanda d'assistenza giudiziaria, nel senso della dispensa dal versamento delle spese processali, è respinta.

4.

Le spese processuali, di fr. 300.--, sono poste a carico del ricorrente.

5.

Non sono attribuite ripetibili.

6.

Comunicazione a:

- rappresentante del ricorrente (Raccomandata con avviso di ricevimento)
- autorità inferiore (n. di rif. ; allegati: menzionati)
- Ufficio federale delle assicurazioni sociali

Il presidente del collegio:

La cancelliera:

Vito Valenti

Marcella Lurà

I rimedi giuridici sono menzionati alla pagina seguente.

Rimedi giuridici:

Contro la presente decisione può essere interposto ricorso in materia di diritto pubblico al Tribunale federale, Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerna, entro un termine di 30 giorni dalla sua notificazione (art. 82 e segg., 90 e segg. e 100 della legge sul Tribunale federale del 17 giugno 2005 [LTF,

RS 173.110]). Gli atti scritti devono contenere le conclusioni, i motivi e l'indicazione dei mezzi di prova ed essere firmati. La decisione impugnata e – se in possesso della parte ricorrente – i documenti indicati come mezzi di prova devono essere allegati (art. 42 LTF).

Data di spedizione: