



Corte III
C-3782/2008
{T 0/2}

Sentenza del 3 dicembre 2009

Composizione

Giudici Elena Avenati-Carpani (presidente del collegio),
Beat Weber, Franziska Schneider,
cancelliere Dario Quirici.

Parti

A. _____,
patrocinato dall'avvocato Domenico Macri,
via M. Montessori n.55, IT-73057 Taviano,
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 invalidità (decisione del 24 aprile 2008).

Fatti:**A.**

A._____, cittadino italiano nato il (...), coniugato, ha lavorato in Svizzera in qualità di bracciante agricolo dal 1971 al 1973, come pure negli anni 1978, 1979, 1987 e 1991, versando i contributi obbligatori all'assicurazione per la vecchiaia, i superstiti e l'invalidità (AVS/AI; doc. 60). Il 1° ottobre 2004, tramite l'Istituto nazionale italiano della previdenza sociale, l'assicurato ha formulato all'Ufficio dell'assicurazione per l'invalidità per gli assicurati residenti all'estero (UAIE) una domanda di rendita dell'assicurazione svizzera per l'invalidità (doc. 1 a 6). Dall'incarto risulta che l'assicurato beneficia, dal 1° giugno 2002, di una pensione d'invalidità italiana (doc. 1, 15 e 52).

B. Nell'ambito dell'istruzione della domanda di rendita, l'UAIE ha acquisito, tra gli altri, i documenti seguenti:

- il questionario per l'assicurato, del 7 aprile 2005, dal quale si evince che egli ha lavorato da ultimo come bracciante agricolo dipendente, sei ore al giorno, trentasei ore alla settimana, percependo un salario mensile di EUR 335.75, ed ha cessato di lavorare, per motivi di salute, il 31 dicembre 2002 (doc. 10),

- il questionario per il datore di lavoro, del 9 marzo 2005, dal quale si evince che l'assicurato ha lavorato quale bracciante agricolo, dal 23 aprile 2001 fino al 31 dicembre 2002 (cessazione del lavoro per motivi di salute), per un'azienda agricola, eseguendo da ultimo trentasei ore alla settimana al posto delle quaranta ore usuali (doc. 13),

- un esame ecografico dell'8 febbraio 1999, facente stato di un quadro compatibile con una cirrosi epatica e un'ipertensione portale (doc. 14),

- diversi documenti medici, coprenti il periodo dal 1999 al 2004 (doc. 15 a 22),

- una perizia medica particolareggiata E 213 del dott. C._____, del 16 novembre 2004, da cui risulta la diagnosi d'epatite cronica attiva HCV (Hepatitis C Virus) correlata ad evoluzione cirrotica, con un grado d'invalidità dell'80% per l'ultima attività svolta (doc. 23),

- un rapporto del dott. L._____, medico dell'UAIE, del 4 luglio 2005, nel quale sono diagnosticate un'epatite C cronica e lo sviluppo di una cirrosi epatica e di un'ipertonia portale, senza indicazioni di scompenso epatico, e nel quale è stabilita una capacità lavorativa del 70% come bracciante agricolo ed una capacità lavorativa completa in attività leggere in fabbrica, quale magazziniere o bidello (doc. 28).

C.

Sulla base della documentazione medica raccolta, l'UAIE ha emanato una decisione il 19 settembre 2005, con la quale ha respinto la domanda di rendita, per il motivo che non sussistono né un'incapacità lavorativa permanente di guadagno, né un'incapacità lavorativa media sufficiente per almeno un anno (doc. 30).

Il 18 ottobre 2005 l'assicurato ha fatto opposizione contro questa decisione, affermando che il suo grado d'invalidità è superiore al 50% e chiedendo che gli sia accordata, conseguentemente, una rendita d'invalidità, ed ha esibito un rapporto del dott. M._____, del 6 aprile 2005, nel quale è posta la diagnosi di cirrosi epatica HCV, d'ipertensione portale e di talassemia minor (doc. 32).

In una presa di posizione del 26 aprile 2006, il dott. L._____ ha considerato che il detto rapporto medico non apporta novità diagnostiche, per cui la valutazione del caso rimane invariata (doc. 34).

Con decisione del 1° maggio 2006, l'UAIE ha quindi respinto l'opposizione (doc. 35). Non essendo stata contestata, questa decisione è cresciuta in giudicato.

D.

Il 20 febbraio 2007 l'assicurato ha presentato all'UAIE una seconda domanda di rendita (doc. 40).

Nel quadro dell'istruzione della stessa, l'UAIE si è procurato, in particolare, i documenti qui appresso elencati:

- il questionario per l'assicurato, del 17 ottobre 2007, dal quale risulta che egli ha cessato di lavorare come bracciante agricolo, il 31 dicembre 1999 (sic), a causa di una cirrosi epatica (doc. 43),

- un certificato del Dipartimento di oncologia ed ematologia dell'Università di (...), del 22 luglio 2005, di difficile lettura, nel quale è diagnosticata un'epatite cronica HCV parzialmente responsiva al trattamento (doc. 46),
- un certificato medico del dott. D._____, del 7 ottobre 2005, da cui risulta la diagnosi di epatite cronica HCV correlata e di poliartrosi (doc. 47),
- un referto d'analisi di laboratorio, del 5 maggio 2006, nel quale è attestata, in particolare, la presenza nell'assicurato del virus dell'HCV (doc. 50),
- due rapporti del dott. M._____, del 4 gennaio e del 16 maggio 2006, inerenti esami ecografici del fegato, del pancreas, della milza e dei linfonodi, facenti stato della diagnosi di cirrosi epatica HCV, d'ipertensione portale, d'ipersplenismo, d'ernia iatale, di gastroduodenopatia di grado lieve e di talassemia minor, le condizioni clinico-ecografiche risultano stazionarie senza segni di degenerazione, di trombosi portale o d'ascite (doc. 49 e 51),
- un referto d'analisi di laboratorio, dell'8 settembre 2006, nel quale è attestata, in particolare, la presenza nell'assicurato del virus dell'HCV (doc. 53),
- un rapporto medico del dott. P._____, del 25 settembre 2006, nel quale è riportato che l'assicurato è stato trattato ripetutamente con interferone e ribavirina, senza risposta virologica e biochimica e con tossicità ematologica, in particolare a carico di piastrine, che preclude ogni ulteriore tentativo terapeutico con i farmaci attualmente disponibili (doc. 54),
- un referto d'analisi di laboratorio, dell'8 gennaio 2007, nel quale è attestata, in particolare, la presenza nell'assicurato del virus dell'HCV (doc. 55),
- un rapporto e un certificato medici del dott. M._____, del 23 gennaio, rispettivamente del 7 febbraio 2007, nei quali sono ribadite la nota diagnosi e la continuazione della terapia in atto (doc. 56 e 57),
- una perizia medica particolareggiata E 213 del dott. T._____, del 5

marzo 2007, nella quale è posta la diagnosi di epatite cronica HCV correlata, resistente alla terapia con interferone e ribavirina, in evoluzione cirrotica, con segni clinici e strumentali d'ipertensione portale, e nella quale è formulato un grado d'invalidità del 100% per qualsiasi attività (doc. 58),

- un rapporto medico del dott. P._____, del 19 ottobre 2007, facente stato di una cirrosi conclamata, attualmente caratterizzata da una persistente ipertransaminasemia e da una franca attività replicativa virale, con prognosi sfavorevole ed elevato rischio d'evoluzione verso l'insufficienza d'organo e la degenerazione neoplastica (doc. 59).

E.

L'UAIE ha quindi sottoposto la documentazione raccolta alla valutazione del proprio servizio medico, nella persona del dott. B._____. Nella sua presa di posizione del 12 gennaio 2008, quest'ultimo ha considerato, dopo avere posto la diagnosi, con influenza sulla capacità lavorativa, di cirrosi epatica cronica e, senza un tale influsso, d'ernia iatale, di gastroduodenopatia e di talassemia minor, che l'incapacità lavorativa quale bracciante agricolo è pari al 30% e, in attività confacenti quali bidello, magazziniere o venditore, è nulla dal 4 luglio 2005 (doc. 61).

Il 25 febbraio 2008 l'UAIE ha approntato un progetto di decisione, con il quale ha preannunciato all'assicurato il rigetto della sua domanda d'invalidità, invitandolo nel contempo a formulare sue eventuali osservazioni entro un termine di trenta giorni (doc. 63).

F.

Il 2 aprile 2008, per il tramite dell'Istituto nazionale italiano d'assistenza ai cittadini, l'assicurato si è opposto a questo progetto, chiedendo che gli sia riconosciuto il diritto ad una rendita intera d'invalidità, ed ha esibito un rapporto di consulenza medico-legale del dott. G._____, del 28 marzo 2008, nel quale è ribadita la nota diagnosi ed è formulata un'incapacità lavorativa completa (doc. 64 e 65).

Il dott. B._____ si è pronunciato su questo nuovo rapporto con presa di posizione del 19 aprile 2008, affermando che esso non apporta nulla di nuovo e che perciò l'apprezzamento del caso rimane immutato (doc. 67).

Il 24 aprile 2008 l'UAIE ha così emanato una decisione, con la quale ha respinto la richiesta di prestazioni dell'assicurazione invalidità (doc. 68).

G.

Contro questa decisione, rappresentato dall'avvocato Macrì, l'assicurato ha inoltrato ricorso al Tribunale amministrativo federale il 4 giugno 2008, chiedendo sostanzialmente che gli sia riconosciuto il diritto ad una rendita intera d'invalidità a causa della cirrosi epatica, della grave sindrome ansioso-depressiva con attacchi di panico, dell'ernia iatale, della gastroduodenite e della lomboartrosi da discopatia. Egli ha inoltre prodotto un rapporto del dott. M._____ del 23 gennaio 2007, già agli atti, un certificato medico del dott. D._____, del 12 febbraio 2007, che espone la precitata diagnosi, ed un rapporto del dott. P._____, del 3 giugno 2008, che riferisce la diagnosi di cirrosi epatica HCV al terzo stadio e di microcitemia, con prognosi sfavorevole e rischio di evoluzione verso l'insufficienza d'organo e la degenerazione neoplastica.

Chiamato a pronunciarsi dall'UAIE su questi due nuovi rapporti, il dott. B._____ ha considerato, con presa di posizione del'11 ottobre 2008, che essi non apportano nuovi elementi medici ed ha ritenuto che l'affezione psichica fatta valere dal ricorrente, non risulta comprovata dalla documentazione medica agli atti e non necessita di ulteriori indagini. Lo stato di salute del ricorrente non giustifica pertanto una valutazione del tasso d'invalidità diversa dalla precedente (doc. 71).

L'UAIE ha quindi risposto al ricorso il 28 ottobre 2008, proponendo di respingerlo e di confermare la decisione impugnata.

Il ricorrente ha replicato il 19 dicembre 2008, ribadendo le proprie conclusioni.

L'UAIE ha duplicato il 12 gennaio 2009, riproponendo di respingere il ricorso e confermare la decisione impugnata.

H.

Con decisione incidentale del 16 gennaio 2009, questo Tribunale ha invitato il ricorrente a versare un anticipo equivalente alle presunte spese processuali di Fr. 300.-. Un primo pagamento di Fr. 288.- è stato

effettuato il 13 febbraio 2009. Mediante nuova decisione incidentale del 24 febbraio 2009, questo Tribunale ha chiesto al ricorrente di versare il rimanente importo di Fr. 12.-. Il ricorrente ha eseguito il relativo versamento il 18 marzo 2009.

Diritto:

1.

1.1 In virtù dell'art. 31 della legge sul Tribunale amministrativo federale del 17 giugno 2005 (LTAF, RS 173.32), questo tribunale giudica i ricorsi contro le decisioni ai sensi dell'art. 5 della legge federale sulla procedura amministrativa del 20 dicembre 1968 (PA, RS 172.021), emanate dalle autorità menzionate all'art. 33 LTAF, riservate le eccezioni di cui all'art. 32 LTAF. In particolare, le decisioni rese dall'UAIE concernenti l'assicurazione per l'invalidità possono essere portate davanti al Tribunale amministrativo federale conformemente all'art. 69 cpv. 1 lett. b della legge federale sull'assicurazione per l'invalidità del 19 giugno 1959 (LAI, RS 831.20).

1.2 Secondo l'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.

1.3 Conformemente all'art. 59 LPGA, ha diritto di ricorrere chiunque è toccato dalla decisione o dalla decisione su opposizione ed ha un interesse degno di protezione al suo annullamento o alla sua modificazione. Il ricorso deve essere interposto entro 30 giorni dalla notificazione della decisione o della decisione contro cui l'opposizione è esclusa (art. 60 LPGA). Esso deve contenere le conclusioni, i motivi, l'indicazione dei mezzi di prova e la firma del ricorrente o del suo rappresentante, con allegati la decisione impugnata e i documenti indicati come mezzi di prova, se sono in possesso del ricorrente (art. 52 cpv. 1 PA).

1.4 In concreto, il ricorso è ammissibile, nella misura in cui è stato presentato tempestivamente e nel rispetto dei requisiti previsti dalla legge (art. 59 e 60 LPGA, nonché l'art. 52 cpv. 1 PA), e visto che l'anticipo di Fr. 300.- relativo alle spese processuali è stato versato nei termini impartiti.

2.

2.1 Il 1° giugno 2002 sono entrati in vigore l'Accordo tra la Confederazione svizzera, da una parte, e la Comunità europea ed i suoi Stati membri, dall'altra, sulla libera circolazione delle persone del 21 giugno 1999 (ALC, RS 0.142.112.681) ed il correlato 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) come pure il corrispondente Regolamento di applicazione (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). Trattasi di una normativa che si applica a tutte le rendite il cui diritto sorge a far data dal 1° giugno 2002 o successivamente e che sancisce il principio della parità di trattamento tra cittadini che risiedono in uno Stato membro della Comunità europea ed i cittadini svizzeri (art. 3 del Regolamento CEE n° 1408/71).

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 (art. 6 del Regolamento CEE n° 1408/71). 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 (DTF 130 V 257 consid. 2.4).

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.

Relativamente al diritto applicabile, deve essere ancora precisato che, a partire dal 1° gennaio 2008, la presente procedura è retta dalla LAI nel suo tenore modificato il 6 ottobre 2006 (V revisione), ritenuto tuttavia il principio secondo il quale le norme applicabili sono quelle in vigore al momento in cui dei fatti giuridicamente rilevanti si sono verificati (ATF 130 V 445 consid. 1.2). Ne consegue che il diritto alla rendita si esamina fino al 31 dicembre 2007 alla luce delle precedenti norme e, a partire dal 1° gennaio 2008, secondo le nuove disposizioni.

4.

Il ricorrente ha contestato la validità materiale della decisione dell'UAIE, chiedendo che gli sia riconosciuto il diritto ad una rendita d'invalidità.

5.

5.1 Qualora una prima richiesta di rendita sia stata negata perché il grado d'invalidità era insufficiente o perché l'invalido poteva provvedere a se stesso, 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 dell'Ordinanza federale sull'assicurazione per l'invalidità del 17 gennaio 1961/OAI, RS 831.201). Se non è il caso, l'amministrazione non entra nel merito della richiesta (DTF 109 V 114 consid. 2a). Se l'amministrazione entra nel merito della nuova domanda deve esaminare la fattispecie da un punto di vista materiale e, in particolare, verificare se la modifica del grado d'invalidità resa verosimile dall'assicurato si è effettivamente realizzata (DTF 109 V 115). In tal caso applicherà, per analogia, le disposizioni sulla revisione di rendite

in corso (art. 17 cpv. 1 LPGA, art. 87 segg. OAI, Jurisprudence et pratique administrative [Pratique VSI] 1999 pag. 8, DTF 117 V 198).

5.2 In concreto, visto che l'amministrazione è entrata nel merito della seconda richiesta di prestazioni, il periodo di riferimento per giudicare se verosimilmente è intervenuta una modifica rilevante del grado d'invalidità, tale da giustificare il riconoscimento del diritto a prestazioni, è quello tra il 1° maggio 2006, data della decisione inerente alla prima richiesta di prestazioni, ed il 24 aprile 2008, data della decisione impugnata (incarto AI, doc. 110). A questo proposito, giova rilevare che il giudice delle assicurazioni sociali analizza la legalità della decisione impugnata, in generale, secondo lo stato di fatto esistente al momento in cui essa è stata resa (DTF 130 V 445 consid. 1.2 e 1.2.1).

6.

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

- essere invalido ai sensi della legge svizzera;
- avere versato contributi all'AVS/AI svizzera, ad un'assicurazione sociale assimilata (Foglio federale 2005 pag. 4065; art. 45 del Regolamento 1408/71) di uno Stato membro dell'Unione europea o dell'Associazione europea di libero scambio, durante un anno intero almeno, rispettivamente, a partire dal 1° gennaio 2008, durante almeno tre anni, di cui almeno uno in Svizzera (art. 36 LAI).

In concreto, è pacifico che il ricorrente ha versato contributi all'AVS/AI svizzera durante più di tre anni e, pertanto, adempie la condizione della durata minima di contribuzione, alla quale la legge subordina l'erogazione di una rendita. Rimane ora da esaminare se egli sia invalido ai sensi di legge.

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 cpv. 1 LAI precisa che l'invalidità può essere conseguente ad infermità congenita, malattia o infortunio; il cpv. 2

stabilisce che l'invalidità è considerata insorgere quando, per natura e gravità, motiva il diritto alla singola prestazione.

7.2 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. 1 LAI). In seguito all'entrata in vigore dell'Accordo bilaterale, la limitazione prevista dall'art. 28 cpv. 1^{ter} LAI (art. 29 cpv. 4 LAI a partire dal 1° gennaio 2008), secondo il quale le rendite per un grado d'invalidità inferiore al 50% sono versate solo ad assicurati che sono domiciliati e dimorano abitualmente in Svizzera (art. 13 LPGGA), non è più applicabile quando l'assicurato è cittadino dell'Unione europea e vi risiede.

7.3 Il diritto alla rendita, secondo l'art. 29 cpv. 1 LAI, nasce, al più presto, nel momento in cui l'assicurato presenta un'incapacità permanente di guadagno pari almeno al 40% (lettera a), oppure quando egli è stato per un anno e senza notevoli interruzioni, incapace al lavoro per almeno il 40% in media (lettera b). La prima lettera si applica allorché lo stato di salute dell'assicurato si è stabilizzato; la seconda se lo stato di salute è labile, vale a dire suscettibile di evolvere verso un miglioramento od un peggioramento (DTF 121 V 264, 111 V 21 consid. 2b). A partire dal 1° gennaio 2008, 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 di 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%.

7.4 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 obiettivamente superabile (art. 7 cpv. 2 LPGA nel suo nuovo tenore dal 1° gennaio 2008).

7.5 La nozione d'invalidità di cui all'art. 4 LAI e 8 LPGA è di carattere giuridico economico, non medico (DTF 116 V 249 consid. 1b). In base all'art. 16 LPGA, applicabile per il rinvio dell'art. 28 cpv. 2 LAI (art. 28a cpv. 1 LAI dal 1° gennaio 2008), 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, 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. 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.

7.6 Giova ancora ricordare che, 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).

8.

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 (DTF 125 V 352 consid. 3a). 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). Perché un rapporto medico abbia valore probatorio è determinante che esso valuti ed esamini in maniera completa i punti litigiosi, si fondi su degli esami approfonditi, prenda conto di tutte le affezioni di cui si lamenta l'assicurato, sia stabilito in piena conoscenza dei suoi antecedenti (anamnesi) e sia chiaro nell'esposizione delle correlazioni mediche o nell'apprezzamento della situazione medica; le conclusioni dell'esperto devono inoltre essere motivate (DTF 125 V 352, 122 V 160). Per quel che riguarda i rapporti concernenti il medico curante, secondo la generale esperienza della vita, il giudice deve tenere conto del fatto che, alla luce del rapporto di fiducia esistente con il paziente, il medico curante attesterà, in caso di dubbio, in favore del suo paziente (DTF 125 V 353; VSI 2001 p. 109).

9.

9.1 In concreto, dalla documentazione medica all'incarto risulta che il ricorrente soffre di un'epatite cronica HCV correlata, resistente alla terapia con interferone e ribavirina, in evoluzione cirrotica, come pure di un'ernia iatale, di una gastroduodenopatia e di una talassemia minor.

A proposito dello stato psico-neurologico depressivo cronicizzato, fatto valere per la prima volta dal ricorrente in questa sede, esso non è menzionato come elemento diagnostico in nessun documento medico agli atti, per cui non può essere considerato parte integrante della diagnosi qui determinante. È vero che il dott. T._____ ha caratterizzato le condizioni psichiche del ricorrente, nella perizia medica E 213 del 5 marzo 2007 (doc. 58), con il termine di depressione reattiva, però non ha ripreso tale affezione nella diagnosi da lui posta. Questo Tribunale non può quindi ritenere che il ricorrente soffra di disturbi depressivi, perlomeno invalidanti. Inoltre, per quanto concerne la lomboartrosi da discopatia, occorre rilevare che nella perizia E 213 precitata, nulla è stato segnalato a livello della colonna vertebrale, gli arti inferiori e superiori sono descritti come privi di particolarità e i movimenti nonché l'andatura come normali, e nessun altro documento medico fa stato di tale affezione.

È opportuno rammentare che le affezioni diagnosticate devono, dal profilo giuridico, essere esaminate alla luce dell'art. 29 cpv. 1 lett. b

LAI. Si tratta, infatti, di malattie che, per costante giurisprudenza, sono da configurare non già di carattere permanente (cioè di natura consolidata o irreversibile), bensì patologico-labile, ossia suscettibili di migliorare o peggiorare.

Ne discende che, in mancanza di uno stato di salute sufficientemente stabilizzato, è inapplicabile la prima lettera dell'art. 29 cpv. 1 LAI, per cui può entrare in considerazione solo la seconda lettera della citata norma legale, la quale prevede un termine d'attesa di un anno. Pertanto, il ricorrente potrebbe pretendere una rendita dell'assicurazione svizzera dell'invalidità solo a partire dal momento in cui ha subito, senza interruzione notevole, un'incapacità lavorativa media del 40% almeno durante un anno.

10.

10.1 Per quanto concerne l'incapacità lavorativa, solo i dott.ri T._____ e G._____ si sono pronunciati su questo punto, nella perizia E 213, rispettivamente nel rapporto di consulenza medico-legale del 28 marzo 2008 (doc. 65), valutando un grado d'incapacità generale del 100%. Infatti, in nessun altro dei numerosi rapporti e certificati agli atti, con particolare riferimento a quelli dei dott.ri D._____ e P._____, del 12 febbraio 2007, rispettivamente del 3 giugno 2008, prodotti in questa sede, non si riscontrano prese di posizione sull'incapacità lavorativa del ricorrente.

Dal canto suo, il dott. B._____, medico dell'UAIE, ha stabilito, nel rapporto del 12 gennaio 2008 (doc. 61), confermato con presa di posizione dell'11 ottobre 2008 (doc. 71), che l'incapacità lavorativa come bracciante agricolo ammonta al 30% dal 4 luglio 2005, mentre essa è nulla, a partire dalla stessa data, in attività confacenti quali bidello, magazziniere o venditore. Il dott. B._____ ha certo constatato che i valori epatici (transaminasi e quantità virale) sono peggiorati, aggiungendo però che una cirrosi epatica compensata e un fegato cirrotico ingrossato non causano dolori corporali importanti, ciò che vale anche per una milza ingrossata e un aumento di liquido nello stomaco. Il medico dell'UAIE ha continuato sostenendo che, fino a quando non si è in presenza di un'ascite, di un'encefalopatia epatica o di problemi di coagulazione, malgrado l'esistenza di una trombositopenia, l'incidenza funzionale di una cirrosi epatica sulla capacità lavorativa rimane lieve. Egli ha concluso sottolineando che lo

stato di salute del ricorrente non si è essenzialmente modificato rispetto allo stato esistente al momento della presa di posizione del dott. L._____, il 4 luglio 2005, relativa alla prima richiesta di prestazioni (doc. 28).

10.2 In considerazione di quanto precede, il collegio giudicante non può che aderire alla valutazione del dott. B._____, chiara e convincente, e ritenere che lo stato di salute del ricorrente non ha subito una modifica rilevante durante il periodo in esame (cfr. consid. 5.2), che la sua incapacità lavorativa, come bracciante agricolo, è pari al 30% e che, in attività confacenti, essa è nulla a decorrere dal 4 luglio 2005.

11.

Secondo l'art. 16 LPGA, per valutare il grado d'invalidità, il reddito che l'assicurato invalido potrebbe conseguire esercitando l'attività ragionevolmente esigibile da lui dopo la cura medica e l'eventuale esecuzione di provvedimenti d'integrazione, tenuto conto di una situazione equilibrata del mercato del lavoro (reddito da invalido), è confrontato con il reddito che egli avrebbe potuto ottenere se non fosse diventato invalido (reddito da valido).

In concreto, l'UAIE ha rinunciato ad eseguire un raffronto dei redditi (doc. 62, 63 e 68), partendo dal presupposto che, visto la valutazione dell'incapacità lavorativa da parte del dott. B._____, la perdita di guadagno non può essere superiore al 30%. In effetti, considerato che il ricorrente può continuare ad esercitare l'attività di bracciante agricolo nella misura del 70%, non è necessario procedere al raffronto del reddito, conseguibile svolgendo questo lavoro, con il reddito da invalido in attività confacenti per concludere che non sussiste il diritto ad una rendita d'invalidità.

12.

Di conseguenza, conformemente alle considerazioni che precedono, il ricorso deve essere respinto e la decisione impugnata confermata.

13.

Secondo l'art. 63 cpv. 1 PA, le spese processuali sono di regola messe a carico della parte soccombente.

In concreto, visto l'esito della procedura che vede il ricorrente soccombere, le spese processuali di Fr. 300.- sono poste a carico di

quest'ultimo e compensate con l'anticipo dello stesso ammontare, versato il 13 febbraio e il 18 marzo 2009.

In conformità con l'art. 64 cpv. 1 PA, l'autorità di ricorso, se ammette il ricorso in tutto o in parte, può assegnare al ricorrente una indennità per le spese indispensabili e relativamente elevate che ha sopportato (spese ripetibili).

Visto l'esito della procedura, non si assegnano al ricorrente indennità per spese ripetibili.

Per quanto concerne l'UAIE, le autorità federali non hanno diritto ad un'indennità a titolo di ripetibili (art. 7 cpv. 3 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]).

Per questi motivi, il Tribunale amministrativo federale pronuncia:

1.

Il ricorso è respinto.

2.

Le spese processuali di Fr. 300.- sono compensate con l'anticipo dello stesso ammontare, versato dal ricorrente il 13 febbraio e il 18 marzo 2009.

3.

Non si assegnano indennità per spese ripetibili.

4.

Comunicazione:

- al rappresentante del ricorrente (Raccomandata/AR);
- all'autorità inferiore (n. di rif. ...);
- all'Ufficio federale delle assicurazioni sociali.

La presidente del collegio:

Il cancelliere:

Elena Avenati-Carpani

Dario Quirici

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: