



Corte III
C-3787/2008
{T 0/2}

Sentenza del 28 maggio 2010

Composizione

Giudici Vito Valenti, giudice unico,
cancelliera Marcella Lurà.

Parti

A. _____,
patrocinato dall'avvocato Salvatore D'Ostuni,
ricorrente,

contro

**Ufficio dell'assicurazione per l'invalidità per gli
assicurati residenti all'estero (UAIE),**
avenue Edmond-Vaucher 18, casella postale 3100,
1211 Ginevra 2,
autorità inferiore.

Oggetto

Assicurazione per l'invalidità (decisione del
9 maggio 2008).

Fatti:**A.**

A._____, cittadino italiano, nato il (...), coniugato, ha lavorato in Svizzera dal 1973 al maggio del 1998, solvendo contributi all'assicurazione svizzera per la vecchiaia, i superstiti e l'invalidità durante tale periodo (doc. 7). Rientrato in Italia, ha svolto attività lucrativa come bracciante agricolo, da ultimo (novembre 2000) presso l'B._____; egli era alle dipendenze di tale ditta il 9 gennaio 2008, data di compilazione del formulario per il datore di lavoro (doc. 14). Il 30 marzo 2007, 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 febbraio 1993 a maggio 2007 (doc. 15 a 40);
- la perizia medica particolareggiata E 213 della previdenza sociale italiana del 18 giugno 2007, attestante ipertensione arteriosa ben controllata da terapia ed in buon compenso emodinamico, spondiloartrosi e protusioni discali lombari a scarsa incidenza funzionale e senza sofferenza radicolare; le condizioni di salute dell'interessato sono state definite come migliorate e lo stesso è stato ritenuto in grado di svolgere regolarmente lavori pesanti nonché il suo ultimo lavoro come pure un lavoro adeguato alle sue condizioni a tempo pieno. È stato segnalato che l'interessato è considerato invalido al 40%, conformemente alle disposizioni di legge del Paese di residenza, nella precedente attività (doc. 41);
- documenti medici da giugno ad ottobre 2007 (doc. 42 a 44);
- il questionario per il datore di lavoro del 9 gennaio 2008, dal quale risulta che l'interessato è stato assunto con mansioni di coltivazione di fiori e di piante in serra nel novembre del 2000 (doc. 14);

- il questionario per l'assicurato del 14 gennaio 2008, nel quale l'interessato ha affermato di continuare a svolgere un'attività lucrativa come bracciante agricolo iniziata nel novembre del 2000 (doc. 10).

C.

Nel suo rapporto del 21 febbraio 2008, il dott. C._____, medico dell'UAIE, ha rilevato che l'interessato è affetto da dolori lombari senza sindrome radicolare con alterazioni degenerative alla colonna vertebrale, senza incidenza significativa sulla capacità lavorativa. Ha pertanto concluso che l'interessato non presenta un'incapacità lavorativa duratura nella sua precedente attività e che può pure esercitare un'attività sostitutiva confacente al suo stato di salute (doc. 46).

D.

Il 3 marzo 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 diminuzione 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. 47), facoltà di cui l'assicurato non ha fatto uso.

E.

Il 9 maggio 2008, l'autorità inferiore ha respinto la domanda di prestazioni dell'assicurazione 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 diminuzione di guadagno (doc. 48).

F.

Il 3 giugno 2008, l'interessato ha interposto ricorso dinanzi al Tribunale amministrativo federale contro la decisione dell'UAIE del 9 maggio 2008 mediante il quale ha chiesto, sostanzialmente, il riconoscimento del suo diritto ad una prestazione dell'assicurazione svizzera per l'invalidità. Ha segnalato che le patologie di cui è affetto – ipertensione arteriosa con secondaria cardiopatia, disturbi della personalità, ipercolesterolemia, lombosciatalgia sinistra in portatore di ernie discali

(L4-L5, L5-S1) e artrosi delle anche, epatopatia cronica tossica, bronchite cronica, depressione del tono dell'umore, cardiopatia ischemico-ipertensiva con extrasistola, artrosi del rachide cervicale, artrosi lombare, sindrome fibromialgica su base ansioso depressiva in distimia – non gli consentono di svolgere alcuna attività lucrativa, neppure una leggera. Ha esibito diversi documenti (doc. TAF 1).

G.

Nella risposta al ricorso dell'8 settembre 2008, l'autorità inferiore ha proposto la reiezione del ricorso. In virtù del rapporto del 21 febbraio 2008 del servizio medico, il ricorrente è stato ritenuto in grado di svolgere la precedente attività di operaio floricoltore. Per conseguenza, non ha mai subito un'incapacità lavorativa di livello pensionabile. È stato altresì rilevato che l'insorgente non ha esibito nuova documentazione medica suscettibile di giustificare un diverso apprezzamento della fattispecie, il certificato medico del 26 maggio 2008 (peraltro di data posteriore alla decisione impugnata) non facendo che elencare delle diagnosi senza alcun riscontro oggettivo e le prescrizioni mediche del marzo 2008 non concernendo che delle sedute di fisioterapia per le note problematiche osteoarticolari. L'autorità inferiore ha peraltro osservato che dagli atti di causa risulta che l'insorgente lavora ancora e che non può fare valere una perdita di guadagno. Malgrado i disturbi alla salute di cui lo stesso si lamenta, non è stato impedito dal proseguire, senza cambiamento, la propria attività di operaio floricoltore iniziata nel novembre del 2000. Inoltre, la dimostrazione del carattere inesigibile dell'attività esplicata deve trasparire (in misura rilevante per il diritto alla rendita) almeno un anno prima della pronuncia della decisione impugnata, il 9 maggio 2008, conto tenuto del termine di carenza di cui all'art. 28 cpv. 1 lett. b e c LAI (nella versione in vigore dal 1° gennaio 2008) e all'art. 29 cpv. 1 lett. b LAI (nella versione in vigore fino al 31 dicembre 2007). L'UAIE ha pure rammentato che ogni assicurato deve intraprendere tutto quanto sia ragionevolmente esigibile per ovviare alle conseguenze della sua invalidità (doc. TAF 5).

H.

Con atto di replica del 20 novembre 2008, l'interessato ha esibito un certificato medico (mal leggibile) ed una ricetta medica dell'11 novembre 2008 del dott. D._____, una relazione medica del 12 novembre 2008 del dott. E._____ nonché il formulario "domanda di

gratuito patrocinio", unitamente a due certificati di stato civile ed ai formulari per la dichiarazione dei redditi per l'anno 2007 (doc. TAF 8).

I.

Nella duplice del 29 gennaio 2008 (recte 2009), l'autorità inferiore ha constatato, in virtù del rapporto del 14 gennaio 2009 del servizio medico, che la documentazione medica prodotta in replica non comporta elementi tali da modificare la valutazione riguardo alla capacità lavorativa dell'insorgente. L'autorità inferiore ha quindi nuovamente proposto la reiezione del ricorso (doc. TAF 12).

J.

Con provvedimento del 10 febbraio 2009, questo Tribunale ha trasmesso la duplice al ricorrente, con l'indicazione che di principio lo scambio degli allegati scritti era terminato (doc. TAF 13).

Diritto:

1.

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

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

1.3 In virtù dell'art. 3 lett. d^{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 LPGGA), il ricorso – interposto tempestivamente e rispettoso dei requisiti previsti dalla legge (art. 60 LPGGA 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). Peraltro, e per l'esame del diritto eventuale a una rendita, l'applicazione delle nuove norme della 5a revisione della LAI per il periodo dal 1° gennaio al 9 maggio 2008 (data della decisione impugnata) non risulterebbe più favorevole al ricorrente (cfr. sentenza del Tribunale federale 9C_942/2009 del 15 marzo 2010 consid. 3.1 e sentenza del Tribunale amministrativo federale C-1224/2008 del 28 gennaio 2010 consid. 2.2). Pertanto, e salvo indicazione contraria, di seguito è fatto riferimento alle norme in vigore fino al 31 dicembre 2007.

3.3 Il ricorrente, come già menzionato, ha presentato la richiesta di rendita il 30 marzo 2007. In deroga all'art. 24 LPGA, l'art. 48 cpv. 2 LAI precisa che, se l'assicurato si annuncia più di dodici mesi dopo l'inizio del diritto, le prestazioni sono assegnate soltanto per i 12 mesi precedenti la richiesta. In concreto, questo Tribunale può limitarsi ad esaminare se il ricorrente avesse diritto ad una rendita il 30 marzo 2006 (ossia 12 mesi precedenti la presentazione della domanda), oppure se un diritto alla rendita sia sorto tra tale data e il 9 maggio

2008, data della decisione impugnata. Il giudice delle assicurazioni sociali esamina la decisione impugnata sulla base della situazione di fatto esistente al momento in cui essa è stata resa. Tiene 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 e 29 cpv. 1 LAI);
- aver pagato i contributi durante un anno intero (art. 36 cpv. 1 LAI).

Il ricorrente ha versato contributi all'AVS/AI svizzera durante più di un anno intero in totale e, pertanto, adempie la condizione della durata minima di contribuzione. Rimane ora da esaminare se sia invalido ai sensi di legge.

5.

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

5.2 Giusta l'art. 28 cpv. 1 LAI, in vigore dal 1° gennaio 2004, l'assicurato ha diritto ad un quarto di rendita se è invalido per almeno il 40%, ad una mezza rendita se è invalido per almeno la metà, a tre

quarti di rendita se è invalido per almeno il 60% e ad una rendita intera se è invalido per almeno il 70%. In seguito all'entrata in vigore dell'Accordo sulla libera circolazione, la limitazione prevista dall'art. 28 cpv. 1^{ter} LAI, secondo cui le rendite per un grado d'invalidità inferiore al 50%, ma pari almeno al 40%, sono versate solo ad assicurati che sono domiciliati e dimorano abitualmente in Svizzera (art. 13 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 Il diritto alla rendita, secondo l'art. 29 cpv. 1 LAI, nasce, il più presto, nel momento in cui l'assicurato presenta un'incapacità permanente al guadagno pari almeno al 40% (lettera a), oppure quando egli è stato per un anno senza notevoli interruzioni, incapace al lavoro per almeno il 40% in media (lettera b). La lettera a della citata norma si applica allorché lo stato di salute dell'assicurato si è stabilizzato ed è essenzialmente irreversibile e suscettibile di pregiudicare la capacità di guadagno probabilmente in modo permanente, in una misura giustificante il riconoscimento di una rendita (sentenza del Tribunale federale I 146/02 del 5 agosto 2002). La lettera b se lo stato di salute è labile, vale a dire suscettibile di evolvere verso un miglioramento od un peggioramento (DTF 111 V 21 consid. 2). Un danno alla salute tipicamente labile può essere reputato relativamente stabilizzato soltanto se la sua natura si è modificata a tal punto che si possa ammettere non essere verosimilmente suscettibile di subire modifiche di rilievo in un futuro presagibile (sentenza del Tribunale federale I 282/01 del 4 ottobre 2001; DTF 119 V 98 consid. 4a).

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

6.

6.1 La nozione d'invalidità di cui all'art. 4 LAI e 8 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 LPGA, applicabile per il rinvio dell'art. 28 cpv. 2 LAI, per valutare il grado d'invalidità, il reddito che l'assicurato potrebbe conseguire esercitando l'attività ragionevolmente esigibile da lui dopo la cura medica e l'eventuale esecuzione di provvedimenti d'integrazione (reddito da invalido), tenuto conto di una situazione equilibrata del mercato del lavoro, è confrontato con il reddito che egli avrebbe potuto ottenere se non fosse diventato invalido (reddito da valido; metodo generale del raffronto dei redditi).

6.2 L'assicurazione svizzera per l'invalidità risponde pertanto unicamente per la perdita di guadagno che deriva da un danno alla salute fisica o psichica dovuto a malattia o infortunio, non per la malattia o per la conseguente incapacità lavorativa (cfr. sentenza del Tribunale federale I 237/00 del 20 febbraio 2002 consid. 1).

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

7.

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

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. 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. 3a). 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). Infine, il giudice non si scosta senza motivi imperativi dal parere dei periti giudiziari, 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). 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.

Nel caso di specie, occorre rilevare che dalla documentazione medica agli atti emerge che il ricorrente soffre segnatamente di ipertensione arteriosa ben controllata da terapia ed in buon compenso emodinamico, spondiloartrosi e protusioni discali lombari a scarsa incidenza funzionale e senza sofferenza radicolare (cfr. perizia particolareggiata E 213 del 18 giugno 2007 pag. 8 [doc. 41]). Si tratta di affezioni di carattere 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 di attesa di un anno. Pertanto, il ricorrente potrebbe pretendere una rendita dell'assicurazione svizzera per l'invalidità solo a partire dal momento in cui ha subito, senza interruzione notevole, un'incapacità lavorativa di almeno il 40% in media durante un anno.

10.

10.1 Occorre quindi determinare se il ricorrente ha subito nel periodo determinante (cfr. consid. 3.3 del presente giudizio), e senza interruzione notevole, un'incapacità lavorativa media di almeno il 40% durante un anno giusta l'art. 29 cpv. 1 lett. b LAI.

10.2 Dalle carte processuali emerge che, dopo il rimpatrio, il ricorrente ha ancora esercitato un'attività lucrativa (doc. 10). In particolare, dal 16 novembre del 2000 è alle dipendenze dell'B._____ come operaio floricoltore in ragione di 8 ore al giorno (v. doc. 10 e 14). È rimasto assente causa malattia dall'8 aprile al 27 maggio 2004 e dal 2 al 10 maggio 2007 (doc. 10 e 14). Ha lavorato almeno fino al 9 gennaio 2008 (ma anche ulteriormente; v. formulario "Domanda di gratuito patrocinio del 17 novembre 2008 e relazione medica del dott. E._____ del 12 novembre 2008 [doc. TAF 8]) in un'attività sostanzialmente rimasta invariata che il datore di lavoro stesso ha definito siccome medio-pesante (doc. 14, pto 3b.). Non risulta altresì dagli atti di causa, né è stato preteso dall'insorgente, che vi siano state significative assenze dal lavoro in conseguenza del suo stato di salute nel periodo determinante per la risoluzione del caso di specie. Peraltro, dalla perizia particolareggiata E 213 del 18 giugno 2007 risulta che il ricorrente può svolgere a tempo pieno il suo ultimo lavoro, ossia quello di operaio in azienda di floricoltura (doc. 41).

10.3 Da quanto esposto, discende che al momento in cui è stata resa la decisione amministrativa litigiosa, vale a dire il 9 maggio 2008, non era ancora decorso il termine di carenza di un anno secondo l'art. 29 cpv. 1 lett. b LAI (cf. sentenza del Tribunale federale delle assicurazioni I 148/00 del 30 giugno 2000 consid. 2b). Già per questo motivo il ricorso deve essere respinto.

11.

11.1 Per sovrabbondanza, e per quanto attiene alla questione dell'esigibilità dell'attività di operaio floricoltore svolta dal ricorrente almeno fino al 9 gennaio 2008, quest'ultimo sostiene che la stessa è inesigibile (v. in particolare, certificato medico del 26 maggio 2008 del dott. F._____ [doc. TAF 1] in cui è segnalato che l'insorgente avrebbe continuato ad esercitare il suo lavoro, nonostante lo stato di salute precario, solo per potere mantenere la sua famiglia). Sennonché, questo Tribunale non ha alcuna ragione di scostarsi dalle univoche conclusioni al riguardo contenute sia nella già citata perizia medica particolareggiata E 213 del 18 giugno 2007 sia nel rapporto del consulente medico dell'amministrazione del 21 febbraio 2008 da cui emerge che il ricorrente, conto tenuto della visita effettuata e delle affezioni segnalate nei diversi rapporti medici agli atti, è perfettamente in grado d'esercitare la sua attuale attività di operaio floricoltore, come peraltro dimostra ampiamente il suo comportamento e le poche assenze dal lavoro per motivi di salute. Certo, in sede di ricorso il ricorrente ha esibito – al di là delle prescrizioni mediche del 13 e del 17 marzo 2008 manifestamente irrilevanti già per le ragioni indicate nel preavviso dell'autorità inferiore dell'8 agosto 2009 – dei nuovi documenti medici del dott. F._____ del 26 maggio 2008, del dott. D._____ dell'11 novembre 2008 e del dott. E._____ del 12 novembre 2008, tutti di data posteriore alla decisione impugnata. Orbene, il giudice delle assicurazioni sociali esamina la decisione impugnata sulla base della situazione esistente al momento in cui essa è stata resa e non in virtù di fatti posteriori. I menzionati documenti medici di data successiva alla decisione impugnata sono altresì inidonei a costituire validi elementi d'accertamento retrospettivo della situazione anteriore alla pronuncia della decisione litigiosa dell'UAIE. Da un lato, non è dato sapere su quali specifici esami poggi la lunga lista diagnostica presentata, fermo restando che la semplice enumerazione di affezioni non è di principio sufficiente per ammettere una specifica incapacità lavorativa rispettivamente l'inesigibilità di un'attività lavorativa svolta dal ricorrente spontaneamente da novembre del 2000. Dall'altro lato, la discussione dell'incidenza delle indicate affezioni sullo svolgimento dell'attuale attività lavorativa è estremamente generica – anche nella relazione medica del 12 novembre 2008, in particolare, ma non solo, per quanto attiene a quelle nuove (fra l'altro quelle psichiche, neppure accennate nella perizia medica particolareggiata E 213 del 18 giugno 2007) – al pari

della motivazione alla base della conclusione concernente un'incapacità lavorativa del 100%, motivazione che non appare né consistente né concludente (per esempio la distimia o degli episodi depressivi non sono di per sé, e manifestamente, idonei a rendere durevolmente inesigibile il lavoro di operaio floricoltore esercitato dal ricorrente). Infine, appare del tutto condivisibile la valutazione di cui alla duplice dell'UAIE del 29 gennaio 2009, basata su quella del consulente medico dell'amministrazione del 14 gennaio 2009, secondo cui i documenti prodotti in replica non sono comunque suscettibili di giustificare una decisione diversa da quella impugnata.

11.2 Va ancora ricordato che, per costante giurisprudenza, ogni 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 130 V 97 consid. 3.2 e DTF 113 V 22 consid. 4a).

12.

Da quanto esposto, consegue che il ricorso, chiaramente privo di fondamento, non merita tutela e la decisione impugnata va confermata. Peraltro, se l'esame preliminare, anteriore o posteriore a uno scambio di scritti, rileva che il ricorso al Tribunale amministrativo federale è inammissibile o manifestamente infondato, il giudice dell'istruzione quale giudice unico può, con motivazione sommaria, pronunciare la non entrata in materia o il rigetto (art. 85^{bis} cpv. 3 LAVS in combinazione con l'art. 69 cpv. 2 LAI). Nel caso concreto, il gravame – in considerazione, fra l'altro, dei generici argomenti ricorsuali – deve ritenersi siccome manifestamente infondato. Per conseguenza, la presente sentenza di rigetto del ricorso in esame può essere resa a giudice unico

13.

13.1 Per eccezione, si rinuncia alla riscossione di spese processuali (art. 63 cpv. 1 PA seconda frase e art. 6 lett. b del regolamento sulle tasse e sulle spese ripetibili nelle cause dinanzi al Tribunale amministrativo federale [TS-TAF, RS 173.320.2]). La domanda d'assistenza giudiziaria, nel senso della dispensa dal versamento delle spese processuali, è pertanto divenuta senza oggetto.

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

(dispositivo alla pagina seguente)

Per questi motivi, il Tribunale amministrativo federale pronuncia:

1.

Il ricorso è respinto.

2.

Non si prelevano spese processuali. Pertanto, la domanda di assistenza giudiziaria, nel senso della dispensa dal versamento delle spese processuali, è divenuta senza oggetto.

3.

Non si attribuiscono spese ripetibili.

4.

Comunicazione a:

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

Il giudice unico:

La cancelliera:

Vito Valenti

Marcella Lurà

Rimedi giuridici:

Contro la presente decisione può essere interposto ricorso in materia di diritto pubblico al Tribunale federale, Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerna, entro un termine di 30 giorni dalla sua notificazione (art. 82 e segg., 90 e segg. e 100 della legge sul Tribunale federale del 17 giugno 2005 [LTF, RS 173.110]). Gli atti scritti devono contenere le conclusioni, i motivi e l'indicazione dei mezzi di prova ed essere firmati. La decisione impugnata e – se in possesso della parte ricorrente – i documenti indicati come mezzi di prova devono essere allegati (art. 42 LTF).

Data di spedizione: