



Corte III
C-4282/2008
{T 0/2}

Sentenza del 17 giugno 2010

Composizione

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

Parti

A. _____,
patrocinato dall'avvocato Giacomo Lisi,
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
2 maggio 2008).

Fatti:**A.**

A. _____, cittadino italiano, nato il (...), coniugato, con un figlio, ha lavorato in Svizzera dal marzo del 1969 al 1987, 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, in ragione di 24/36 ore alla settimana (doc. 13 e 18). Il 31 dicembre 2006, ha interrotto l'attività per motivi di salute (doc. 13). Il 30 novembre 2006, ha formulato una richiesta volta all'ottenimento di una rendita dell'assicurazione svizzera per l'invalidità (doc. 3).

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 gennaio 1997 a maggio 2006 (doc. 19 a 32 e 34 a 49);
- la perizia medica particolareggiata E 213 della previdenza sociale italiana del 15 gennaio 2007 attestante spondilodiscoartrosi lombare con listesi L4-L5 e discreto impegno funzionale, lieve ipertensione arteriosa, lievi varici arti inferiori, ipertrofia prostatica già sottoposta a TURP (resezione transuretrale); le condizioni di salute dell'interessato sono state definite come stazionarie e lo stesso è stato ritenuto in grado di svolgere regolarmente lavori leggeri, ma non il suo ultimo lavoro a tempo pieno (massimo 3 ore al giorno) né un lavoro adeguato alle sue condizioni a tempo pieno (massimo 4-5 ore al giorno). È stato segnalato che l'interessato è considerato invalido al 55%, conformemente alle disposizioni di legge del Paese di residenza, sia nella precedente attività sia in un'attività adeguata alle sue condizioni (lavoro sedentario) (doc. 50);
- il questionario per l'assicurato del 4 ottobre 2007, nel quale l'assicurato ha affermato di avere lavorato alle dipendenze di diversi datori di lavoro durante 102 giornate all'anno (doc. 13);

- il questionario per il datore di lavoro dell'11 dicembre 2007 (compilato e sottoscritto dall'interessato), nel quale l'assicurato ha dichiarato di essere stato assunto con mansioni di potatore/rimondatore e di avere svolto dal 1997 lavori più leggeri (coordinazione di altri braccianti agricoli), unitamente ai certificati di salario di giugno e luglio del 2007 (doc. 18).

C.

Nel suo rapporto del 5 febbraio 2008, il dott. B._____, medico dell'UAIE, ha esposto la diagnosi, con ripercussione sulla capacità lavorativa, di lombosciatalgia recidivante e spondiloartrosi. Ha altresì considerato lo stato dopo iperplasia benigna della prostata e l'insufficienza venosa cronica siccome senza ripercussioni sulla capacità lavorativa. Il medico ha ritenuto che l'interessato presenta, a decorrere dal 1997, una capacità lavorativa dell'80% nella sua precedente attività e del 100% in un'attività confacente al suo stato di salute (segnatamente lavoro a tempo pieno, che consenta un cambiamento della posizione e con sollevamento di pesi non superiore ad 8 kg occasionalmente; doc. 52).

D.

L'11 febbraio 2008, l'autorità inferiore, mediante progetto di decisione, ha comunicato all'assicurato che la domanda di prestazioni sarebbe stata respinta, ritenuto in particolare che l'esercizio di un'attività lucrativa è da considerare esigibile in misura sufficiente per escludere il diritto ad una rendita. L'UAIE 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. 53).

E.

Il 20 marzo 2008, l'interessato ha presentato le sue osservazioni (doc. 55) al progetto di decisione dell'11 febbraio 2008 mediante le quali ha postulato il riconoscimento del suo diritto ad una rendita intera d'invalidità subordinatamente ad una rendita d'invalidità sulla base del grado d'invalidità che sarà ritenuto a far tempo da novembre 2006 (data della richiesta volta all'ottenimento di una rendita). Ha segnalato che le patologie di cui è affetto – sindrome lombalgica con grave spondiloartrosi L4-L5 spondilodiscoartrosi lombare, epatopatia cronica, gastroduodenite, esiti di intervento per ipertrofia prostatica ed ipertensione arteriosa – non gli consentono di svolgere una qualsiasi attività lucrativa, quindi neppure di percepire un reddito teorico su un

mercato del lavoro equilibrato. Ha esibito un certificato medico del 21 dicembre 2005 (doc. 56, già agli atti) ed un certificato medico del 4 aprile 2006 (doc. 57).

F.

Nel suo rapporto del 20 aprile 2008, il dott. B._____ ha rilevato che il nuovo certificato medico prodotto non comporta nuovi elementi clinici di rilievo. In particolare, un moderato aumento dei valori del fegato come pure una gastroduodenite (peraltro curabile) non hanno alcuna ripercussione sulla capacità lavorativa. Pertanto, ha confermato la precedente presa di posizione (doc. 59).

G.

Il 2 maggio 2008, l'autorità inferiore ha respinto la domanda di prestazioni dell'assicurazione svizzera per l'invalidità. Ha osservato che l'interessato non ha subito un'incapacità al lavoro media sufficiente per un anno, ai sensi delle disposizioni dell'assicurazione svizzera per l'invalidità. In particolare, ha precisato che dagli atti risulta che malgrado il danno alla salute l'esercizio di un'attività lucrativa è da considerare esigibile in misura sufficiente per escludere il diritto ad una rendita. L'autorità inferiore ha altresì rilevato che la documentazione medica prodotta successivamente al progetto di decisione non comporta nuovi elementi clinici di rilievo (doc. 60).

H.

Il 20 giugno 2008, l'interessato ha interposto ricorso dinanzi al Tribunale amministrativo federale contro la decisione dell'UAIE del 2 maggio 2008 mediante il quale ha chiesto, sostanzialmente, il riconoscimento del suo diritto ad una rendita intera d'invalidità subordinatamente a tre quarti di rendita d'invalidità o ad una mezza rendita o, infine, ad un quarto di rendita d'invalidità a far tempo da novembre 2006. Si è doluto di un'insufficiente motivazione della decisione impugnata. Ha fatto valere che il provvedimento impugnato non indica le valutazioni del servizio medico dell'autorità inferiore. Non gli è quindi stato consentito di pronunciarsi in merito alle ragioni che hanno indotto l'autorità inferiore a pronunciare la decisione impugnata. L'insorgente ha poi ribadito che le patologie di cui è affetto non gli consentono di svolgere una qualsiasi attività lucrativa (doc. TAF 1).

I.

Nella risposta al ricorso del 22 agosto 2008, l'autorità inferiore ha proposto la reiezione del ricorso. In virtù dei rapporti medici del

5 febbraio e 20 aprile 2008 del proprio servizio medico, il ricorrente è stato ritenuto abile al lavoro all'80% nella precedente attività di bracciante agricolo. Per conseguenza, non ha mai subito un'incapacità lavorativa di livello pensionabile. Infine, ha rilevato che il ricorrente non ha allegato alcun fatto nuovo e neppure ha esibito nuova documentazione medica suscettibile di giustificare un diverso apprezzamento della fattispecie (doc. TAF 3).

J.

Con decisione incidentale del 16 settembre 2008 (notificata il 20 settembre 2008 [cfr. avviso di ricevimento agli atti; doc. TAF 5]), questo Tribunale ha concesso all'insorgente la facoltà di presentare, nel termine di 30 giorni dalla notificazione della decisione incidentale medesima, un atto di replica e l'ha invitato a versare, nel medesimo termine di 30 giorni, un anticipo di fr. 300.-- a copertura delle presumibili spese processuali (doc. TAF 4).

K.

L'anticipo spese è stato versato l'8 ottobre 2008 (doc. TAF 6).

L.

Nella replica dell'11 ottobre 2008, l'interessato ha segnalato che – conto tenuto delle affezioni di cui soffre – non si può esigere da lui l'esercizio dell'attività di bracciante agricolo. Ha esibito documenti medici del gennaio 1997 e del gennaio e dicembre 2005 già agli atti nonché un referto di esame radiografico (rachide lombare, coxofemorale destra e sinistra) del 22 novembre 1996 (doc. TAF 7).

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.

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 2 maggio 2008 (data della decisione impugnata) non avrebbe alcuna incidenza sull'esito delle questioni sottoposte nel caso concreto all'esame di questo Tribunale (cfr. sentenza del Tribunale federale 9C_942/2009 del 15 marzo 2010 consid. 3.1; cfr. pure sentenza del Tribunale amministrativo federale C-1284/2008 del 30 marzo 2010 consid. 3.2). 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 novembre 2006. In deroga all'art. 24 LPGGA, 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 novembre 2005 (ossia 12 mesi precedenti la presentazione della domanda), oppure se un diritto alla rendita sia sorto tra tale data e il 2 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.

Nel gravame il ricorrente rimprovera all'autorità inferiore di non avere sufficientemente motivato la decisione impugnata. La censura non appare del tutto priva di fondamento ove solo si rilevi che né nel progetto di decisione dell'11 febbraio 2008 né nella decisione impugnata del 2 maggio 2008 l'UAIE ha spiegato perché, malgrado il danno alla salute, l'esercizio di un'attività lavorativa è sempre esigibile in maniera sufficiente per escludere il diritto ad una rendita. Sennonché giova osservare, da un lato, che nella risposta al ricorso del 22 agosto 2008 – trasmessa all'insorgente mediante decisione incidentale di questo Tribunale del 16 settembre 2008 (cfr. doc. TAF 4) – l'autorità inferiore ha comunque provveduto a pronunciarsi esplicitamente sulla questione dell'esigibilità della precedente attività di bracciante agricolo esercitata dal ricorrente ed ha pure indicato i mezzi di prova (doc. 52 e 59) su cui ha fondato la propria valutazione. Dall'altro lato, al ricorrente è stata data facoltà in sede di ricorso – dinanzi ad un'autorità, il Tribunale amministrativo federale, che gode di piena cognizione – di pronunciarsi in merito alle ragioni presentate dall'autorità inferiore nella risposta al ricorso. Nella replica del 9 ottobre 2008, l'insorgente non ha più invocato il permanere del vizio di carente motivazione ed ha discusso le ragioni addotte dall'autorità inferiore nella risposta al ricorso, senza peraltro chiedere, benché rappresentato da mandatario professionale, l'edizione degli atti di causa, ciò che avrebbe dovuto e potuto fare usando della necessaria diligenza qualora lo avesse ancora ritenuto

necessario per una corretta difesa dei propri interessi. Per conseguenza, e benché nel caso di specie l'autorità inferiore abbia violato l'obbligo di motivare sufficientemente la decisione impugnata, il vizio deve considerarsi siccome sanato in sede di ricorso. In siffatte circostanze, un annullamento della decisione impugnata e un rinvio degli atti di causa all'amministrazione per carente motivazione della decisione litigiosa costituirebbe in ogni caso una vana formalità.

5.

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.

6.

6.1 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).

6.2 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).

6.3 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).

6.4 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).

7.

7.1 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).

7.2 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.

7.3 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).

8.

8.1 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).

8.2 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).

8.3 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.

9.

9.1 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. 3a).

9.2 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).

9.3 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).

9.4 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).

10.

Nel caso di specie, occorre rilevare che dalla documentazione medica agli atti (cfr. in particolare perizia medica particolareggiata E 213 del 15 gennaio 2007; doc. 50) emerge che il ricorrente soffre segnatamente di spondilodisco-artrosi lombare con listesi L4-L5 a discreto impegno funzionale, lieve ipertensione arteriosa, lievi varici arti inferiori, ipertrofia prostatica già sottoposta a resezione trans-uretrale (TURP). 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% durante un anno.

11.

11.1 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.

11.2 Dalle carte processuali emerge che, dopo il rimpatrio, il ricorrente ha ancora esercitato un'attività lucrativa (dal 1988). In

particolare, è stato alle dipendenze di diversi datori di lavoro, come bracciante agricolo con mansioni di potatore/rimondatore, in ragione di 24/36 ore alla settimana, durante 102 giornate all'anno. Dal 1997, ha svolto un'attività più leggera, segnatamente di coordinatore di altri braccianti agricoli. Ha interrotto il lavoro il 31 dicembre 2006 per motivi di salute (doc. 13 e 18).

11.3

11.3.1 Nei suoi rapporti del 5 febbraio e 20 aprile 2008, il dott. B._____, medico dell'UAIE, ha esposto le diagnosi che a suo giudizio, conto tenuto della documentazione medica agli atti (in particolare della perizia particolareggiata E 213 del 15 gennaio 2007), hanno una ripercussione sulla capacità lavorativa del ricorrente, ossia la lombalgia recidivante e la spondiloartrosi, rispettivamente non hanno una ripercussione sulla capacità al lavoro (iperplasia prostatica benigna, insufficienza venosa cronica, epatopatia e gastroduodenite). Ha in particolare ritenuto che l'affezione ortopedico-reumatologica di cui soffre l'insorgente – disturbi alla colonna vertebrale con alterazioni degenerative e lieve limitazione della mobilità, senza disturbi neurologici – impedisce l'esercizio d'attività pesanti, ma non di quelle leggere adeguate, fra cui quella precedente di bracciante agricolo con mansioni di coordinatore/organizzatore dell'attività d'altri braccianti agricoli. Il dott. B._____ ha quindi concluso che, date le premesse, il ricorrente presenta un'incapacità al lavoro del 20% a decorrere dal 1997 nella sua precedente attività (doc. 52 e 59).

11.3.2 Certo, nella perizia medica particolareggiata E 213 del 15 gennaio 2007 (doc. 50), l'insorgente è stato ritenuto capace di svolgere il suo precedente lavoro nella misura di sole 3 ore al giorno. Sennonché, detta valutazione medica non è condivisibile risultando difficilmente compatibile con la diagnosi e le limitazioni funzionali accertate (spondilodiscoartrosi lombare a discreto impegno funzionale, lieve ipertensione arteriosa [circolo venoso superficiale con incontinenza valvolare lieve della grande safena sinistra a livello di gamba, doc. 45], lievi varici arti inferiori, iperplasia prostatica benigna già sottoposta ad intervento e lieve ansia reattiva) e le buone/discrete condizioni generali del ricorrente (doc. 50 pag. 3 e seg. n. 4, 5 e 6). Un'incapacità lavorativa del 55% nella precedente attività di bracciante agricolo con mansioni di coordinatore degli altri operai non è altresì corroborata da riscontri seri ed affidabili neppure in altri documenti

medici agli atti di causa, facendo difetto indicazioni precise, affidabili e oggettivamente sull'esistenza di problemi di salute maggiori di quelli ritenuti dal medico dell'UAIE e suscettibili d'incidere significativamente sulla capacità lavorativa del ricorrente. Basti ancora rilevare, da un lato, che di principio una semplice enumerazione delle affezioni di cui soffre una persona ancora non implica un'incapacità lavorativa specifica e, dall'altro lato, che al di là della citata perizia E 213 in alcun documento medico agli atti di causa è fatto riferimento ad uno specifico grado d'incapacità lavorativa (nozione da non confondere con il grado d'invalidità) del ricorrente nel suo precedente lavoro, tanto meno se riferita all'attività di coordinatore degli altri braccianti agricoli.

11.3.3 L'insorgente ha certo affermato, in sede di ricorso e di replica, che le affezioni di cui soffre non gli consentono di esercitare una qualsiasi attività lucrativa e giustificano un'invalidità del 100%. Tuttavia, non ha prodotto nuova documentazione medica suscettibile di dimostrare un'incapacità lavorativa nella sua precedente attività – di bracciante con mansioni di coordinatore degli altri braccianti – superiore a quella, del 20%, ritenuta dall'UAIE sulla base dell'apprezzamento del proprio servizio medico. I documenti medici del gennaio 1997 e del gennaio e dicembre 2005 (già agli atti) sono altresì già stati sottoposti al medico dell'UAIE ed il referto di esame radiografico del novembre 1996 è anteriore di oltre 11 anni alla data della decisione impugnata e la diagnosi ivi riportata non ha comunque impedito al ricorrente di esercitare ulteriormente la precedente attività, seppure in forma diversa.

11.3.4 In siffatte circostanze, ben poteva l'autorità inferiore decidere il caso sulla base degli atti di causa senza dovere procedere d'ufficio ad ulteriori accertamenti, non risultando dalla documentazione sufficienti indizi che potessero giustificare dubbi od incertezze riguardo all'esito della causa per quanto attiene alla valutazione medica sulla residua capacità lavorativa dell'insorgente. In virtù delle risultanze processuali e delle considerazioni che precedono, questo Tribunale ritiene che non vi è alcun serio motivo di scostarsi dall'apprezzamento dell'autorità inferiore secondo cui il ricorrente presenta una residua capacità lavorativa dell'80%, a decorrere dal 1997, nella sua precedente attività di bracciante agricolo con mansioni di coordinatore degli altri braccianti. Peraltro, né nell'ambito della procedura di prima istanza né in sede di ricorso l'insorgente ha mai indicato con la necessaria precisione – ciò che avrebbe potuto e dovuto fare di moto proprio

usando della dovuta diligenza – quali specifiche attività della sua precedente professione, naturalmente quella di bracciante agricolo con mansioni di coordinatore di altri operai, sarebbero comunque rimaste medio-pesanti o pesanti. Non v'è altresì alcuna ragione di presumere che superassero il 20% del tempo di lavoro effettivo ed abituale, tanto meno che fossero addirittura pari o superiori al 40%. Va inoltre 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).

11.3.5 Giova infine rilevare che allorquando, come nel caso di specie, il ricorrente presenta ancora una residua capacità lavorativa dell'80% nella sua precedente attività di bracciante agricolo con mansioni di coordinatore degli altri braccianti agricoli, il grado d'invalidità corrisponde all'incapacità lavorativa ("Prozent-Vergleich"). In tale caso, la determinazione del grado d'invalidità non presuppone né la presa in considerazione dell'età del ricorrente né del mercato equilibrato del lavoro né un raffronto dei redditi ipotetici (cfr. sentenza del Tribunale federale 9C_947/2008 del 29 maggio 2009).

11.4 Per conseguenza, il ricorso, destituito di fondamento, non merita tutela e la decisione impugnata va confermata.

12.

12.1 Visto l'esito della procedura, le spese processuali, di fr. 300.--, sono poste a carico del ricorrente (art. 63 cpv. 1 e cpv. 5 PA nonché art. 3 lett. b del regolamento sulle tasse e sulle spese ripetibili nelle cause dinanzi al Tribunale amministrativo federale del 21 febbraio 2008 [TS-TAF, RS 173.320.2]). Esse sono computate con l'anticipo spese, di identico ammontare, versato dal ricorrente stesso l'8 ottobre 2008.

12.2 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.

Le spese processuali, di fr. 300.--, sono poste a carico del ricorrente. L'anticipo spese di fr. 300.--, versato l'8 ottobre 2008, è computato con le spese processuali.

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 presidente del collegio:

La cancelliera:

Vito Valenti

Marcella Lurà

Rimedi giuridici:

Contro la presente decisione può essere interposto ricorso in materia di diritto pubblico al Tribunale federale, Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerna, entro un termine di 30 giorni dalla sua notificazione (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: