



Corte III
C-4994/2011

Sentenza del 5 marzo 2013

Composizione

Giudici Elena Avenati-Carpani (presidente del collegio),
Vito Valenti, Francesco Parrino,
cancelliere Dario Quirici.

Parti

A. _____,
rappresentato dal Patronato INCA, Ufficio legale,
casella postale 287, 4005 Basilea,
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 6 luglio 2011.

Fatti:**A.**

A._____, cittadino italiano nato il ..., divorziato, ha lavorato in Svizzera come operaio edile dal 1964 al 1966, versando i relativi contributi obbligatori all'assicurazione per la vecchiaia, i superstiti e l'invalidità (AVS/AI; doc. 41). Il 6 dicembre 2008 l'assicurato, residente in Belgio, ha formulato all'Ufficio dell'assicurazione per l'invalidità per gli assicurati residenti all'estero (UAIE) una domanda di rendita d'invalidità svizzera (doc. 1 a 5), la cui istruzione ha permesso di acquisire, tra gli altri, i documenti seguenti:

- un formulario E 204, relativo ad una domanda di rendita d'invalidità belga (doc. 6), ed uno scritto dell'"Institut national belge d'assurance maladie-invalidité" (INAMI), del 30 aprile 2010 (doc. 9), attestanti che l'assicurato percepisce una rendita d'invalidità dal 20 dicembre 2007 e che continuerà a beneficiarne fino al 31 luglio 2011, quando sarà sostituita da una pensione di vecchiaia,

- un attestato della "Fédération des mutualités socialistes du Brabant" (FMSB), del 23 luglio 2010 (doc. 13), in cui è affermato che l'assicurato è incapace di lavorare dal 6 dicembre 2007, ed è considerato invalido dal 6 dicembre 2008,

- il questionario per l'assicurato, del 23 luglio 2010 (doc. 15), dal quale si evince, in particolare, che egli non ha più lavorato dal 5 dicembre 2007,

- il questionario per il datore di lavoro, del 5 ottobre 2010 (doc. 19), in cui è riferito che quest'ultimo ha assunto l'assicurato in Belgio l'11 marzo 2002, per l'esercizio di un'attività pesante, durante otto ore al giorno e quaranta ore alla settimana, con l'indicazione delle principali assenze per malattia dal 2003 al 2005,

- uno scritto del Patronato INCA-CGIL, del 21 gennaio 2011 (doc. 23), relativo alla domanda di rendita di vecchiaia (AVS) dell'assicurato,

- una perizia medica dettagliata E 213 del dott. B._____, medico della FMSB, del 3 settembre 2009 (doc. 24), in cui è riportato che l'assicurato è incapace di lavorare dal 6 dicembre 2007, a causa di una sindrome respiratoria ostruttiva (broncopneumopatia cronica ostruttiva/BPCO), di una bronchiectasia e di una fibrillazione auricolare (FA), e in cui è

specificato che non può esercitare regolarmente attività leggere, medio pesanti o pesanti, che non è più in grado di svolgere il suo ultimo lavoro e che non esistono occupazioni confacenti al suo stato di salute, il grado d'invalidità essendo stimato, secondo il diritto belga, ad almeno il 66% (invalidità totale).

B.

L'UAIE ha quindi sottoposto l'incarto alla valutazione del proprio servizio medico, nella persona del dott. de C._____, il quale, mediante rapporto finale del 22 febbraio 2011 (doc. 27), ha diagnosticato una BPCO ed una FA, stimando, dal 6 dicembre 2007, un'incapacità lavorativa del 100% per l'attività abituale e dello 0% in occupazioni confacenti, a tempo pieno, non implicanti il trasporto di pesi superiori a 10 kg, quali custode d'immobili, sorvegliante di parcheggi, magazziniere, cassiere o venditore in generale.

Il 24 marzo 2011 l'UAIE ha proceduto al calcolo del grado d'invalidità (doc. 28). Riferendo di non disporre dei dati salariali belgi, ha ritenuto, come reddito ipotetico da valido per il 2008, un valore di Fr. 5'826.08, sulla base dei dati dell'Ufficio federale di statistica (UFS; 41.6 ore alla settimana), e, come reddito da invalido, sempre secondo i dati dell'UFS per il 2008, in attività confacenti, ha considerato un valore medio di Fr. 4'735.30 (41.7 ore alla settimana), ridotto del 25% in funzione delle circostanze personali dell'assicurato, ossia Fr. 3'551.48. Procedendo al raffronto dei due redditi, l'UAIE ha così ottenuto una perdita di guadagno del 39.04%, equivalente ad un grado d'invalidità del 39%.

Basandosi sulla presa di posizione del dott. de C._____ e sul proprio calcolo del grado d'invalidità, l'UAIE ha quindi emesso un progetto di decisione il 7 aprile 2011 (doc. 29), con il quale ha preannunciato all'assicurato il rigetto della sua domanda, invitandolo nel contempo ad esprimere sue eventuali osservazioni entro un termine di trenta giorni. L'assicurato non essendosi manifestato, l'UAIE ha emanato la corrispondente decisione il 6 luglio 2011 (doc. 30).

C.

Con decisione del 28 luglio 2011 (doc. 32), la Cassa svizzera di compensazione (CSC) ha riconosciuto all'assicurato il diritto ad una rendita di vecchiaia di Fr. 75.- al mese, e ciò a decorrere dal 1° agosto 2011.

D.

Contro la decisione dell'UAIE, emessa il 6 luglio 2011, l'assicurato, per il

tramite del Patronato INCA, ha inoltrato ricorso al Tribunale amministrativo federale (TAF) il 9 settembre 2011 (TAF, doc. 1), chiedendo, previo annullamento della stessa, che gli siano attribuiti tre quarti di rendita a partire da maggio 2009.

L'UAIE ha risposto il 14 novembre 2011 (TAF, doc. 3), proponendo il rigetto del ricorso e la conferma della decisione impugnata.

E.

Il ricorrente ha replicato il 28 febbraio 2012 (TAF, doc. 9), allegando copie di due rapporti medici, uno del dott. D._____, del 19 gennaio 2012, l'altro del dott. E._____, del 15 febbraio 2012, sui quali si è pronunciato il dott. de C._____ in un parere del 27 marzo 2012 (doc. 43), in cui ha confermato le sue conclusioni precedenti, sottolineando che la BPCO e la FA erano già note, che la debole capacità di sforzo è compatibile con i limiti funzionali già esposti e che la sindrome delle apnee del sonno non implica nessuna incapacità lavorativa di lunga durata. Mediante scritto dell'8 marzo 2012 (TAF, doc. 11), il ricorrente ha inoltrato gli originali dei due rapporti medici citati.

L'UAIE ha brevemente duplicato l'11 aprile 2012 (TAF, doc. 13), riaffermando le proprie conclusioni.

F.

Con decisione incidentale del 17 aprile 2012 (TAF, doc. 14), questo Tribunale ha trasmesso una copia della duplica al ricorrente, per presa di conoscenza ed eventuali osservazioni, invitandolo nel contempo a versare un anticipo equivalente alle presunte spese processuali di Fr. 400.-, pagamento effettuato il 10 maggio 2012.

G.

Il 7 dicembre 2012 il ricorrente ha trasmesso copia di un rapporto ospedaliero belga del 3 ottobre 2012 (TAF, doc. 17), diagnosticante dei problemi respiratori severi dovuti ad una BPCO GOLD II, una sindrome delle apnee ostruttive del sonno e disturbi epatici di tipo biologico, con l'indicazione di effettuare eventualmente un controllo cardiologico.

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).

Di conseguenza, questo Tribunale è competente a giudicare il presente ricorso.

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). In conformità con l'art. 2 LPGA, le disposizioni della presente legge sono applicabili alle assicurazioni sociali disciplinate dalla legislazione federale, se e per quanto le singole leggi sulle assicurazioni sociali lo prevedano. 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), sempreché 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 relativo alle spese processuali è stato versato nel termine impartito.

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, 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). Si tratta di una normativa che si applica a tutte le rendite il cui diritto sorge a far data dal 1° giugno 2002 o successivamente, in sostituzione delle Convenzioni di sicurezza sociale che disciplinavano i rapporti fra due o più Stati (art. 6 del Regolamento), e che sancisce il principio della parità di trattamento tra i cittadini di uno Stato membro della Comunità europea, ivi risidenti, ed i cittadini svizzeri (art. 2 e 3 del Regolamento CEE n° 1408/71).

L'Allegato II è stato modificato il 1° aprile 2012 (Decisione 1/2012 del Comitato misto del 31 marzo 2012; RU 2012 2345). Tuttavia, il caso in esame rimane regolato dalla versione dell'Allegato II in vigore fino al 31 marzo 2012 (cfr. RU 2002 1527, RU 2006 979 e 995, RU 2006 5851, RU 2009 2411 e 2421), secondo cui le parti contraenti applicano tra di loro il Regolamento (CEE) n° 1408/71 e il Regolamento (CEE) n° 574/72 (RU 2005 3909, RU 2009 621, RU 2009 4845).

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 italiano 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 precisato che, a partire dal 1° gennaio 2008, la presente procedura è retta dalla LAI nel suo tenore modificato il 6 ottobre 2006 (5^a 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 136 V 24 consid. 4.3). Le disposizioni relative alla 6^a revisione AI (primo pacchetto di misure), che sono entrate in vigore il 1° gennaio 2012, non sono invece applicabili (RU 2011 5659, FF 2010 1603).

4.

Il periodo di cognizione giudiziaria di questo Tribunale si estende fino al 6 luglio 2011, data della decisione impugnata. Il giudice delle assicurazioni sociali analizza, infatti, la legalità della decisione impugnata, in generale, secondo lo stato di fatto esistente al momento in cui la decisione in lite è stata resa (DTF 130 V 445 consid. 1.2). Il giudice delle assicurazioni sociali può tuttavia tenere conto dei fatti verificatisi dopo la data della decisione impugnata quando essi possono imporsi quali elementi d'accertamento retrospettivo della situazione anteriore alla decisione stessa (DTF 130 V 138, vedi anche 121 V 366 consid. 1b, 116 V 248 consid. 1a).

5.

Il ricorrente contesta la validità materiale della decisione dell'UAIE, chiedendo che gli sia riconosciuto il diritto a tre quarti di rendita d'invalidità.

6.

Secondo le norme applicabili, per avere diritto ad una rendita dell'assicurazione per l'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 durante almeno tre anni (art. 36 LAI). A tale fine è possibile prendere in considerazione anche i contributi versati ad un'assicurazione sociale assimilata di uno Stato membro dell'Unione europea (UE) o dell'Associazione europea di libero scambio (AELS), a condizione che almeno un anno di contributi sia registrato all'AVS/AI svizzera (FF 2005 p. 4065; art. 45 del Regolamento CEE n° 1408/71).

In concreto, è pacifico che il ricorrente adempie la condizione della durata minima di contribuzione, alla quale la legge subordina l'erogazione di una rendita. Rimane ora da esaminare se sia invalido ai sensi di legge.

7.

7.1 In base all'art. 8 cpv. 1 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 della stessa norma 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. 2 LAI). In seguito all'entrata in vigore dell'ALC, la limitazione prevista dall'art. 29 cpv. 4 LAI, 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 LPGA), non è più applicabile quando l'assicurato è cittadino svizzero o dell'UE e vi risiede.

7.3 Il diritto alla rendita, secondo 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 LPGa) almeno del 40% in media durante un anno senza notevole interruzione; e (c) al termine di questo anno è invalido almeno al 40%. Tuttavia, il diritto alla rendita nasce al più presto dopo sei mesi dalla data in cui l'assicurato ha rivendicato il diritto alle prestazioni conformemente all'articolo 29 cpv. 1 LPGa, ma al più presto a partire dal mese seguente il compimento dei 18 anni (art. 29 cpv. 1 LAI).

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 LPGa). L'incapacità al guadagno è definita all'art. 7 cpv. 1 LPGa 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 cpv. 1 LAI e 8 cpv. 1 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. 28a cpv. 1 LAI, per valutare il grado d'invalidità, il reddito che l'assicurato potrebbe conseguire esercitando l'attività ragionevolmente esigibile da lui dopo la cura medica e l'eventuale esecuzione di provvedimenti d'integrazione, 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 (metodo generale del raffronto dei redditi; DTF 128 V 30; Pratique VSI 2000 p. 84). La documentazione medica costituisce un importante elemento di giudizio per determinare quali lavori siano ancora ragionevolmente

esigibili dall'assicurato, ma non spetta al medico graduare l'invalidità dell'assicurato (DTF 114 V 314).

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 pag. 109).

9.

9.1 In concreto, il ricorrente ha smesso di lavorare per ragioni di salute il 5 dicembre 2007 (doc. 19 e 20), e non ha più ripreso da allora alcuna attività lucrativa, dimodoché occorre fondarsi sui documenti medici per valutare la sua capacità lavorativa.

Ora, dall'insieme della documentazione medica agli atti e, in particolare, dalla perizia E 213 del dott. B._____, medico della FMSB, del 3 settembre 2009 (doc. 14), e dal rapporto finale del dott. de C._____, medico dell'UAIE, del 22 febbraio 2011 (doc. 27), confermato dal suo parere del 27 marzo 2012 (doc. 43), risulta la diagnosi generale di BPCO, di bronchiectasia e di FA.

9.2 Rispetto alle conseguenze invalidanti delle affezioni diagnosticate, il dott. B._____ ha constatato, nella perizia E 213, che il ricorrente non può esercitare regolarmente attività leggere, medio pesanti o pesanti, che non è più in grado di svolgere il suo ultimo lavoro e che non esistono occupazioni confacenti al suo stato di salute, il grado d'invalidità essendo stimato, secondo il diritto belga, ad almeno il 66% (invalidità totale).

Dal canto suo, il dott. de C._____ ha evidenziato, nel suo rapporto finale, ribadito nel corso della presente procedura, che, ammessa la relativa gravità dei disturbi diagnosticati con difficoltà respiratoria all'origine di una dispnea allo sforzo, giustificante un'incapacità lavorativa del 100% per l'attività abituale, in occupazioni confacenti, a tempo pieno, non implicanti il trasporto di pesi superiori a 10 kg, quali custode d'immobili, sorvegliante di parcheggi, magazziniere, cassiere o venditore in generale, la capacità lavorativa medico-teorica è del 100%.

Occorre ancora ricordare che, nel corso della presente procedura, il ricorrente ha presentato, in particolare, un rapporto del dott. D._____, del 19 gennaio 2012, nel quale è riconosciuta un'invalidità fisiologica superiore al 66%.

9.3 Visto quanto precede, questo Tribunale constata innanzitutto che l'esercizio dell'attività di operaio edile non è medicalmente più esigibile dal 6 dicembre 2007, come stabilito unanimemente dai dottori B._____ e de C._____. Non appare invece possibile, tenuto conto dello stato attuale dell'incarto, pronunciarsi sulla capacità lavorativa in attività sostitutive, che il dott. B._____ ha implicitamente indicato essere nulla, mentre il dott. de C._____ l'ha fissata al 100% dal 6 dicembre 2007, i rapporti dei dottori D._____ e E._____, posteriori al provvedimento impugnato, non permettendo peraltro un esame retrospettivo della stessa. Ne discende che è necessario completare l'istruzione medica del caso, in virtù dell'art. 61 cpv. 1 PA, secondo cui l'autorità di ricorso decide la causa o eccezionalmente la rinvia, con istruzioni vincolanti, all'autorità inferiore. Benché questa norma permetta solo eccezionalmente di ricorrere ad una tale procedura, l'applicazione dell'eccezione prevista è tuttavia giustificata in concreto, se si considera che è necessario delucidare la questione della capacità lavorativa in attività confacenti (DTF 137 V 210, consid. 4.4.1.4).

In concreto, l'UAIE dovrà dunque procurarsi i referti relativi agli esami ai quali si è sottoposto il ricorrente dal 2008 ad oggi, rivolgendosi ai medici che lo hanno seguito, all'INAMI o alla FMSB, e trasmettere l'incarto così

completato al proprio servizio medico, il quale quantificherà la capacità lavorativa in occupazioni confacenti, dettagliando e giustificando le proprie conclusioni. Dopo che il servizio medico avrà espresso il suo parere in questo senso, l'UAIE effettuerà, se del caso, un adeguato e circostanziato raffronto dei redditi, tenendo specialmente conto che non si può parlare d'attività ragionevolmente esigibile quando questa sarebbe realizzabile solo in forma e con modalità talmente ristrette da non esistere in un mercato del lavoro equilibrato oppure con delle condizioni/limitazioni mediche tali da rendere irreperibile un datore di lavoro, a maggiore ragione nel caso in cui si debba valutare l'invalidità di un assicurato che si trova in età avanzata e ormai prossimo a quella che dà diritto ad una rendita d'assicurazione svizzera per la vecchiaia (sentenza del Tribunale federale 9C_612/2007, del 14 luglio 2008, consid. 5.1 con riferimenti). L'UAIE emanerà quindi una nuova decisione impugnabile.

10.

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, non sono prelevate spese processuali e il relativo anticipo di Fr. 400.-, versato il 10 maggio 2012, è restituito al ricorrente.

Conformemente all'art. 64 cpv. 1 PA, l'autorità di ricorso, se ammette il ricorso in tutto o in parte, può assegnare al ricorrente un'indennità per le spese indispensabili e relativamente elevate che ha sopportato (spese ripetibili). In concreto, considerato che il ricorrente ha agito per il tramite di un rappresentante professionale, per cui ha dovuto sostenere spese indispensabili e relativamente elevate, è giustificato assegnargli un'indennità per spese ripetibili di Fr. 1'000.- a carico dell'UAIE (art. 7 e segg. del Regolamento sulle tasse e sulle spese ripetibili nelle cause dinanzi al Tribunale amministrativo federale, del 21 febbraio 2008 [TS-TAF, RS 173.320.2]).

Per questi motivi, il Tribunale amministrativo federale pronuncia:

1.

Il ricorso è parzialmente accolto nel senso che, annullata la decisione impugnata del 6 luglio 2011, l'incarto è rinviato all'UAIE affinché completi l'istruttoria ai sensi dei considerandi e statuisca di nuovo.

2.

Non si prelevano spese processuali e l'anticipo di Fr. 400.-, versato il 10 maggio 2012, è restituito al ricorrente.

3.

Al ricorrente è assegnata un'indennità per spese ripetibili di Fr. 1'000.- a carico dell'UAIE.

4.

Comunicazione:

- al rappresentante del ricorrente (Atto giudiziario);
- all'autorità inferiore (n. di rif. ...; Raccomandata);
- all'Ufficio federale delle assicurazioni sociali, Berna (Raccomandata).

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 nella misura in cui sono adempiute le condizioni di cui agli art. 82 e segg., 90 e segg. e 100 della legge sul Tribunale federale del 17 giugno 2005 [LTF, RS 173.110]). Gli atti scritti devono contenere le conclusioni, i motivi e l'indicazione dei mezzi di prova ed essere firmati. La decisione impugnata e – se in possesso della parte ricorrente – i documenti indicati come mezzi di prova devono essere allegati (art. 42 LTF).

Data di spedizione: