



Corte III
C-5107/2007
{T 0/2}

Sentenza del 6 maggio 2009

Composizione

Giudici Vito Valenti (presidente del collegio),
Madeleine Hirsig, Franziska Schneider,
cancelliera Marcella Lurà.

Parti

A. _____,
patrocinato dall'avvocato Roberto Coppola,
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
dell'11 luglio 2007).

Fatti:**A.**

A._____, cittadino italiano, nato il (...), coniugato, ha lavorato in Svizzera in qualità di operaio presso un calzaturificio dal 5 agosto 1968 al 30 giugno 1999 (doc. 12), solvendo regolari contributi all'assicurazione svizzera per la vecchiaia, i superstiti e l'invalidità (AVS) durante tale periodo (doc. 6). Rientrato in Italia, non ha più lavorato (doc. 10). Il 26 giugno 2006, 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:

- il questionario per l'assicurato del 2 febbraio 2007, nel quale l'interessato ha dichiarato di non avere esercitato alcuna attività lucrativa dopo il rimpatrio (doc. 10);
- il questionario per il datore di lavoro dell'8 febbraio 2007 (doc. 12);
- una relazione clinica del 12 dicembre 2002, secondo cui il paziente è affetto da epatite cronica moderatamente attiva con cirrosi HCV correlata (doc. 13);
- una relazione di dimissione concernente il ricovero dal 20 al 27 marzo 2004 per frattura somatica di L1 ed L2 (doc. 14);
- un certificato medico del 27 maggio 2004, da cui appare la diagnosi segnatamente di frattura L1 e L2 in cura (doc. 15);
- un referto di esame transrettale dell'interessato del 29 novembre 2004, da cui risulta in particolare una prostata di dimensioni aumentate con ipertrofia dei lobi laterali (doc. 16);
- un certificato medico del 24 gennaio 2005, in cui è evidenziata la diagnosi di iperplasia tiroidea e consigliata la terapia con B._____ (doc. 17);

- un certificato medico del 7 marzo 2005, da cui emerge che l'interessato soffre segnatamente di sindrome depressiva con ansia in soggetto affetto da epatopatia (doc. 18);
- un certificato medico del 9 marzo 2005, da cui risulta che il paziente presenta segnatamente esiti di frattura di L1 (doc. 19);
- un certificato medico del 23 marzo 2005, secondo cui l'interessato è seguito per epatopatia cronica con cirrosi HCV correlata (doc. 20);
- un referto di esame della trachea del 31 ottobre 2005 (doc. 21);
- un referto medico del 30 novembre 2005, da cui appare la diagnosi segnatamente di ipertensione arteriosa (doc. 22);
- un referto di esame eco venoso (arti inferiori) del 22 marzo 2006 (doc. 23);
- la perizia medica particolareggiata E 213 della previdenza sociale italiana del 7 agosto 2006, attestante epatopatia cronica HCV correlata, pregressa frattura L1-L2, ipertensione arteriosa, iperplasia tiroidea ed esiti di safenectomia bil in insufficienza venosa arti inferiori. Nella stessa si fa stato, fra l'altro, di una statura dell'assicurato di 170 cm, di un peso di 78 kg e d'una pressione arteriosa di 170/90, d'arti superiori ed inferiori senza particolarità, di movimenti e di andatura normali. L'interessato è stato considerato in grado di svolgere regolari lavori leggeri, ma non il suo ultimo lavoro quale operaio né un lavoro adeguato a tempo pieno (senza indicazione in ore od in percentuale dell'orario giornaliero). È stato segnalato che l'assicurato è considerato invalido al 70% conformemente alle disposizioni di legge del Paese di residenza sia nella precedente attività (operaio in fabbrica di scarpe) che in un'attività adeguata alle sue condizioni, che potrebbe esercitare solo con pause supplementari rispetto alla norma (senza precisazione di numero e durata delle stesse; cf. doc. 24).

C.

Nel suo rapporto del 1° maggio 2007, il dott. C._____, medico dell'UAIE, ha ritenuto la diagnosi correlata di epatite C moderatamente attiva, frattura vertebrale L1 e L2 senza esiti, ipertrofia tiroidea, HTA

(ipertensione arteriosa) e stato dopo safenectomia (senza ripercussioni sulla capacità lavorativa). Ha considerato che l'assicurato è del tutto abile nel suo precedente lavoro (doc. 26).

D.

Il 3 maggio 2007, l'autorità inferiore ha comunicato all'interessato che la richiesta di prestazioni sarebbe stata respinta ed ha concesso a quest'ultimo la facoltà di formulare delle obiezioni per iscritto, facoltà di cui l'assicurato non ha fatto uso (doc. 27).

E.

L'11 luglio 2007, l'autorità inferiore ha respinto la domanda di prestazioni dell'assicurazione svizzera per l'invalidità. Ha osservato che l'assicurato non ha subito né un'incapacità permanente di guadagno né un'incapacità al lavoro media sufficiente per un anno, ai sensi delle disposizioni dell'assicurazione svizzera per l'invalidità. In particolare, ha precisato che l'esercizio di un'attività lucrativa è da considerare esigibile in misura sufficiente per escludere il diritto ad una rendita (doc. 28).

F.

Il 24 luglio 2007, l'interessato ha interposto ricorso dinanzi al Tribunale amministrativo federale contro la decisione dell'UAIE dell'11 luglio 2007 mediante il quale ha chiesto, sostanzialmente, il riconoscimento del suo diritto ad una prestazione dell'assicurazione svizzera per l'invalidità almeno da giugno del 2006 (data della richiesta volta all'ottenimento di una rendita). Ha segnalato che le patologie di cui è affetto, fra cui una grave forma di epatite cronica attiva con cirrosi HCV correlata, non gli consentono di svolgere una qualsiasi attività lucrativa, neanche leggera. Ha osservato che le patologie di cui soffre sono da considerare evolutive, ossia suscettibili di peggioramento. Ha fatto valere di essere invalido almeno nella misura del 40%. Infine, ha precisato che il Tribunale di D._____ lo ha ritenuto invalido (con diritto all'assegno ordinario di invalidità) per incapacità lavorativa assoluta. Ha esibito copiosa documentazione medica (doc. TAF 1).

G.

G.a Nel suo rapporto del 29 novembre 2007, il dott. E._____ ha ritenuto che, sulla base dei documenti medici esibiti, è necessario includere le affezioni di leggero disturbo depressivo, obesità e diabete tipo II (senza ripercussioni sulla capacità lavorativa) nella diagnosi

esposta nella presa di posizione del maggio 2007 del dott. C._____ (doc. 26). Ha rilevato in particolare che i summenzionati documenti, da un lato, evidenziano un'epatite C cronica già nota (in cura da dicembre 2002), nonché un lieve disturbo depressivo (senza cura ambulatoriale rispettivamente ospedaliera) e, dall'altro lato, riferiscono di affezioni, quali obesità e diabete mellito tipo II mai documentate anteriormente e peraltro senza ripercussioni sulla capacità lavorativa. Ha concluso che la documentazione medica prodotta non contiene elementi clinici nuovi tali da modificare il precedente apprezzamento secondo il quale l'interessato è in grado di svolgere il precedente lavoro, segnatamente tra giugno 2005 e febbraio 2007 (doc. 30).

G.b Nella risposta al ricorso del 3 dicembre 2007, l'autorità inferiore ha proposto la reiezione del ricorso. Secondo la valutazione del servizio medico dell'UAIE (v. rapporti del 1° maggio e del 29 novembre 2007), l'interessato è in grado di svolgere la sua precedente attività e non ha mai subito un'incapacità al lavoro di livello pensionabile. Sempre secondo detto servizio medico, la documentazione prodotta in sede ricorsuale non contiene elementi clinici nuovi tali da modificare la valutazione di cui alla decisione impugnata riguardo alla capacità lavorativa del ricorrente. Infine, l'autorità inferiore ha precisato che ogni assicurato deve intraprendere tutto quanto sia esigibile per ovviare alle conseguenze della sua invalidità, segnatamente mettendo a profitto la sua residua capacità lavorativa se necessario in una nuova professione (doc. TAF 6).

G.c Con decisione incidentale del 6 dicembre 2007, questo Tribunale ha trasmesso al ricorrente copia della risposta al ricorso dell'autorità inferiore – unitamente ai documenti n. 26, 29 e 30 – e gli ha concesso un termine di 30 giorni per inoltrare l'atto di replica corredato dei relativi mezzi di prova (doc. TAF 7).

H.

Nella replica del 18 gennaio 2008, il ricorrente ha ribadito il suo diritto ad una prestazione dell'assicurazione svizzera per l'invalidità. In particolare, ha fatto valere una completa incapacità lavorativa, anche in attività leggere. Ha esibito copiosa documentazione medica già agli atti (doc. TAF 10).

I.

Con decisione incidentale del 23 gennaio 2008 (notificata il 28 gennaio 2008; cfr. avviso di ricevimento agli atti), questo Tribunale ha invitato il ricorrente a versare, nel termine di 30 giorni dalla notificazione della decisione incidentale medesima, un anticipo di fr. 300.-- a copertura delle presumibili spese processuali. L'anticipo è stato versato il 14 febbraio 2008 (doc. TAF 9, 11, 12 e 14).

J.

Nella duplica del 26 febbraio 2008, l'autorità inferiore, dopo avere constatato che il ricorrente non ha presentato alcun nuovo elemento che possa giustificare una riconsiderazione della propria posizione, ha nuovamente proposto la reiezione del gravame (doc. TAF 15).

K.

Il 3 ottobre 2008, l'atto di duplica è stato trasmesso per conoscenza al ricorrente (doc. TAF 16).

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 di persone residenti all'estero contro le decisioni, ai sensi dell'art. 5 della legge federale del 20 dicembre 1968 sulla procedura amministrativa (PA, RS 172.021), rese dall'UAIE.

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 Il ricorso – presentato tempestivamente e rispettoso dei requisiti previsti dalla legge (art. 59 e 60 LPGA nonché art. 52 PA) – è pertanto ammissibile.

2.

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

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

2.3 L'art. 80a LAI sancisce espressamente l'applicabilità nella presente procedura, trattandosi di un cittadino che risiede nell'Unione europea, dell'ALC e dei Regolamenti (CEE) n° 1408/71 del Consiglio

del 14 giugno 1971 e (CEE) n° 574/72 del Consiglio del 21 marzo 1972 relativo all'applicazione del Regolamento n° 1408/71.

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

3.

3.1 Secondo l'art. 2 LPGGA, 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 L'esame del diritto a prestazioni secondo la LAI è retto dal tenore della LAI al momento della decisione impugnata in virtù del principio secondo il quale sono determinanti le norme materiali in vigore al momento della realizzazione dello stato di fatto giuridicamente determinante (DTF 130 V 445 consid. 1.2 e relativi riferimenti). Le disposizioni della 5a revisione della LAI, in vigore dal 1° gennaio 2008, non sono pertanto applicabili nel caso concreto e di seguito è fatto riferimento alle disposizioni in vigore fino al 31 dicembre 2007.

3.3 Il ricorrente ha presentato la richiesta di rendita il 26 giugno 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 26 giugno 2005 (ossia 12 mesi precedenti la presentazione della domanda), oppure se un diritto alla rendita sia sorto tra tale data e l'11 luglio 2007, 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^{er} 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 LPGA), non è più applicabile segnatamente quando l'assicurato è cittadino dell'UE e vi risiede (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 LPGa 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). Se non è possibile determinare o stimare in maniera attendibile i due redditi di cui si tratta, si deve procedere, ispirandosi al metodo specifico applicabile alle persone non esercitanti un'attività lucrativa (art. 27 dell'ordinanza del 17 gennaio 1961 sull'assicurazione per l'invalidità [OAI; RS 831.201]), al confronto delle attività e valutare il grado d'invalidità ritenendo l'incidenza della diminuita capacità di rendimento sulla situazione economica concreta (metodo straordinario di graduazione; v. sentenza del Tribunale federale I 782/03 del 24 maggio 2006 consid. 2.3, DTF 128 V 29 e DTF 104 V 135). Peraltro, l'invalidità degli assicurati che esercitano solo parzialmente un'attività lucrativa e per il resto sono dediti allo svolgimento delle proprie mansioni va computata secondo il metodo ordinario del raffronto dei redditi (art. 16 LPGGA) per la parte di attività lucrativa, mentre in merito all'impedimento a svolgere le mansioni consuete l'invalidità deve essere valutata sulla base di un confronto delle attività – da attuare mediante un'inchiesta domiciliare (DTF 130 V 97) – conformemente all'art. 27 OAI. In tal caso occorre determinare la parte rispettiva dell'attività lucrativa e quella del compimento degli altri lavori abituali e calcolare il grado d'invalidità globale in funzione dell'impedimento nei due ambiti in questione (metodo misto; cfr. DTF 125 V 148 consid. 2; sentenze del Tribunale federale 9C_35/2007 del 4 aprile 2008 consid. 2, I 503/04 del 13 settembre 2006 consid. 2, nonché in particolare I 382/04 del 18 ottobre 2005 consid. 2 e I 540/02 del 12 maggio 2004 consid. 2).

6.2 L'assicurazione svizzera per l'invalidità risarcisce pertanto, e di principio, soltanto la perdita economica che deriva da un danno alla salute fisica o psichica dovuto a malattia o infortunio, non la malattia o la conseguente incapacità lavorativa. L'invalidità dell'assicurato che non esercita un'attività lucrativa, ma svolge le mansioni consuete e dal quale non si può ragionevolmente esigere che intraprenda un'attività lucrativa, è determinata, in deroga all'art. 16 LPGGA, in funzione dell'incapacità di svolgere le mansioni consuete (art. 28 cpv. 2^{bis} LAI; metodo specifico). L'art. 27 OAI precisa che per mansioni consuete di una persona senza attività lucrativa occupata nell'economia domestica s'intendono gli usuali lavori domestici, l'educazione dei figli nonché le attività artistiche e di pubblica utilità.

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).

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

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

8.

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).

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

8.2 Per quel che riguarda le perizie di parte, il Tribunale federale ha precisato che esse contengono considerazioni specialistiche che possono contribuire ad accertare i fatti, da un punto di vista medico. Malgrado esse abbiano lo stesso valore probatorio di una perizia giudiziaria, il giudice deve valutare se questi referti medici sono atti a mettere in discussione la perizia giudiziaria oppure quella ordinata dall'amministrazione (DTF 125 V 351). Giova altresì rilevare come debba essere considerato con la necessaria prudenza l'avviso dei medici curanti, i quali possono tendere a pronunciarsi in favore del proprio paziente a dipendenza dei particolari legami che essi hanno con gli stessi (DTF 125 V 351 consid. 3b e relativi riferimenti).

8.3 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.

9.1 Il ricorrente ha lavorato quale operaio presso un calzaturificio, in ragione di 43 ore settimanali, fino al 30 giugno 1999. Ha interrotto il

lavoro a seguito di licenziamento per motivi di ristrutturazione aziendale (doc. 12). Non appare dalle carte processuali che successivamente abbia ancora lavorato, neppure dopo il rimpatrio che, per quanto emerge dalle carte processuali, è avvenuto tra la seconda metà del 1999 ed il 2000 (doc. 14 e doc. TAF 1).

9.2

9.2.1 Dalla documentazione medica agli atti di data anteriore alla pronuncia della decisione litigiosa emerge che l'insorgente soffre segnatamente di epatite C moderatamente attiva, frattura vertebrale L1 e L2 senza esiti, ipertrofia tiroidea, HTA (ipertensione arteriosa), stato dopo safenectomia, leggero disturbo depressivo, obesità e diabete tipo II.

9.2.2 Si tratta di affezioni di carattere labile, ossia suscettibili di migliorare o di peggiorare (ma anche solo di 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 media di almeno il 40% durante un anno (nel caso concreto dal 26 giugno 2005 all'11 luglio 2007).

10.

10.1 La decisione dell'11 luglio 2007 dell'autorità inferiore è basata sui rapporti del 1° maggio e 29 novembre 2007 dei dott. C._____ e E._____.

10.1.1 Il dott. C._____ ha osservato, da un lato, che dal formulario E 213 del 7 agosto 2006 emerge invero che l'assicurato presenta un'incapacità al lavoro del 70%; tuttavia, dalla documentazione economica risulta che lo stesso non ha interrotto il lavoro in Svizzera nel 1999 per motivi medici conosciuti, pur essendo stato assente qualche giorno per malattia. Dall'altro lato, ha rilevato che l'interessato è in cura per un'epatite C dal 2002. In assenza di uno scompenso epatico, tale patologia deve certo essere tenuta sotto controllo e curata, ma non ha alcuna ripercussione sulla capacità lavorativa

dell'assicurato. Peraltro, la frattura vertebrale subita da quest'ultimo nel 2004 ha richiesto un periodo di riposo di alcune settimane, ma non ha causato un'incapacità al lavoro. Il menzionato medico ha infine reputato che le ulteriori patologie di cui è affetto il ricorrente non comportano alcuna incapacità lavorativa, di modo che l'interessato deve considerarsi come completamente abile nel suo precedente lavoro (doc. 26).

10.1.2 Dal canto suo, il dott. E._____ ha osservato che è stata esibita numerosa documentazione medica (una buona parte della quale riguarderebbe altresì gli anni 2000 a 2003), da cui emerge che dal dicembre 2002 l'insorgente segue un trattamento (con interferone) per l'epatite C. Ha constatato in particolare che non sono stati presentati esami di laboratorio successivi alla citata terapia, ma nei rapporti medici è fatto unicamente riferimento ad esami di controllo. Tale circostanza potrebbe costituire un indizio del fatto che il virus dell'epatite ha potuto essere debellato con successo. Il dott. E._____ ha altresì evidenziato che i documenti riferiscono di un disturbo depressivo, ma solamente moderato, che non ha necessitato né di un medicamento antidepressivo né di un trattamento ambulatoriale o stazionario. Il medico in questione ha quindi reputato che tale disturbo depressivo non ha alcuna ripercussione sulla capacità lavorativa dell'interessato, come l'obesità e il diabete mellito tipo II (in cura con trattamento orale), peraltro non documentati anteriormente. In conclusione, il dott. E._____ ha confermato che l'interessato, conto tenuto delle sue condizioni fisiche e psichiche, è in grado di svolgere il precedente lavoro, segnatamente nel periodo intercorrente tra giugno 2005 e febbraio 2007 (doc. 30).

10.2 Questo Tribunale osserva che, nella sostanza, non vi è motivo di scostarsi dalla valutazione del caso effettuata dall'UAIE e basata sui rapporti del suo servizio medico testé menzionati, non essendo stati presentati argomenti o prove suscettibili di far sorgere dubbi riguardo all'apprezzamento effettuato. Certo, nella perizia medica particolareggiata E 213 del 7 agosto 2006 (doc. 24) l'insorgente è stato ritenuto incapace di svolgere il suo precedente lavoro rispettivamente un lavoro sostitutivo adeguato a tempo pieno ed è stato fatto riferimento ad un'incapacità lavorativa del 70% per qualsiasi attività secondo le disposizioni del Paese di residenza del ricorrente medesimo. Tale valutazione non è però condivisibile non essendo corroborata da riscontri oggettivi né nella citata perizia né in altri

documenti medici esibiti dal ricorrente, segnatamente da indicazioni precise ed oggettivabili sull'esistenza di limitazioni funzionali suscettibili d'incidere negativamente sulla capacità lavorativa del ricorrente a tal punto da giustificare un'invalidità ai sensi del diritto svizzero. In particolare, nella misura in cui i documenti medici esibiti dall'insorgente si riferiscono alle note diagnosi di "epatite C moderatamente attiva, frattura vertebrale L1 e L2 senza esiti, ipertrofia tiroidea, ipertensione arteriosa, stato dopo safenectomia, leggero disturbo depressivo, obesità e diabete mellito tipo II", gli stessi non apportano alcun (nuovo) elemento decisivo per la valutazione dell'incapacità lavorativa, come rettamente rilevato nei rapporti del servizio medico dell'UAIE. Allorché i documenti più recenti esibiti, quelli del giugno 2007, fanno stato di patologie quali edemi agli arti inferiori, dislipidemia, lombalgia con limitazione della flessione lombare, peraltro non corroborate da riscontri oggettivi, va rilevato che non comportano una motivazione con riferimento alle ragioni di una specifica inabilità lavorativa e neppure sul momento a partire dal quale si debba eventualmente ritenere una siffatta inabilità. Inoltre, nella misura in cui fosse intervenuto un peggioramento rilevante dello stato di salute del ricorrente a partire da giugno del 2007, esso sarebbe tutt'al più da esaminare nell'ambito di una nuova domanda di prestazioni nella misura in cui dovesse allora presentare una sufficiente durata ai sensi della legge svizzera. In simile evenienza, ben poteva l'autorità inferiore decidere il caso sulla base della documentazione medica agli atti senza dovere procedere d'ufficio ad ulteriori accertamenti, non risultando dalla documentazione sufficienti indizi che potessero giustificare dubbi o incertezze riguardo all'esito della causa. Non soccorre il ricorrente neppure il fatto che sia stato riconosciuto invalido ai sensi del diritto italiano (v. doc. TAF 1, segnatamente la copia della sentenza n. 1076/2006 del Tribunale di D._____). Giova in effetti rammentare che la valutazione di un'autorità straniera con riferimento all'incapacità lavorativa di un assicurato non vincola di principio le autorità svizzere nell'apprezzamento del caso secondo il diritto svizzero (v. sentenza del Tribunale federale I 435/02 del 4 febbraio 2003 consid. 2). Va infine 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).

10.3 Sulla scorta della documentazione medica e delle considerazioni che precedono, questo Tribunale condivide l'assunto dell'autorità inferiore secondo la quale la richiesta di una rendita AI svizzera da parte del ricorrente deve essere respinta poiché all'11 luglio 2007 (data dell'impugnata decisione) lo stesso, nonostante le rilevate problematiche di natura medica, non risulta dalle carte processuali avere subito un'incapacità al lavoro del 40% almeno in media per un anno.

11.

Da quanto esposto, consegue che 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 il 14 febbraio 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 il 14 febbraio 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: