



Corte III
C-5108/2007
{T 0/2}

Sentenza del 15 giugno 2009

Composizione

Giudici Vito Valenti (presidente del collegio),
Elena Avenati-Carpani, Madeleine Hirsig,
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 del
28 giugno 2007).

Fatti:**A.**

A._____, cittadino italiano, nato il (...), coniugato, ha lavorato in Svizzera dal 1967 al 1976, solvendo regolari contributi all'assicurazione svizzera per la vecchiaia, i superstiti e l'invalidità (AVS) durante tale periodo (doc. 6). Rientrato in Italia, ha svolto attività lucrativa come manovale nel settore edile, da ultimo (settembre 2003) presso l'Impresa B._____. Ha interrotto il lavoro il 31 dicembre 2004 a seguito di cessazione dell'attività di tale ditta (doc. 8 e 9). Il 28 dicembre 2005, 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 assunto agli atti in particolare la seguente documentazione:

- il questionario per il datore di lavoro (non datato) (doc. 8);
- il questionario per l'assicurato del 1° febbraio 2007 (doc. 9);
- una cartella clinica concernente il ricovero dal 6 all'8 novembre 2001 segnatamente per neoformazione palpebrale, cataratta (epitelioma basocellulare) (doc. 11);
- una cartella clinica concernente il ricovero dal 22 al 24 novembre 2001 segnatamente per cataratta OD (doc. 12);
- una cartella clinica concernente il ricovero dal 17 al 19 gennaio 2002 per cataratta OS (doc. 13);
- un certificato medico del settembre del 2003, giusta il quale l'interessato presenta epitelioma del margine palpebrale inferiore dell'occhio sinistro in fase ulcerativa e necessita segnatamente di ricovero per asportazione della lesione in ambiente di chirurgia plastica (doc. 14);
- una cartella clinica concernente il ricovero dal 21 al 30 novembre 2003 per esiti di basalioma (plastica palpebrale) e ipertensione (doc. 15);

- una cartella clinica concernente il ricovero dal 13 al 19 novembre 2004 per recidiva basalioma palpebrale OS (rimozione neoformazione e plastica da scorrimento secondo Moustarde) (doc. 16);
- una relazione di dimissione concernente il ricovero del 3 dicembre 2004 per rimozione sutura (doc. 18);
- una relazione di dimissione concernente il ricovero del 9 aprile 2005 per esiti di neoformazione palpebrale (doc. 17);
- una cartella clinica concernente il ricovero dal 17 al 19 maggio 2005 per esiti chirurgia ricostruttiva (rimozione sutura) (doc. 19);
- una relazione di esame oftalmologico della previdenza sociale italiana del 29 marzo 2006, in cui è evidenziato il riassunto diagnostico di OD = 10/10 visus corretto, OS = 8/10 visus corretto, presbiopia, fondo = retinopatia ipertensiva di 1° grado (doc. 20);
- un referto di elettrocardiogramma del 4 aprile 2006 (doc. 21);
- la perizia medica particolareggiata E 213 della previdenza sociale italiana del 3 maggio 2006, attestante esiti di interventi di cataratta bilaterale e per basalioma palpebrale sin. con più recidive, spondilodiscoartrosi e ipertensione arteriosa; nella stessa, l'interessato è stato ritenuto in grado di svolgere regolari lavori leggeri, ma inidoneo ad esercitare la sua precedente attività di muratore manovale ed è stato segnalato che l'assicurato, con riferimento alle disposizioni di legge del Paese di residenza, è da considerare invalido nella misura del 55% sia nella precedente attività (di muratore manovale) sia in un'altra sostitutiva adeguata alle sue condizioni (lavoro con pause supplementari, senza indicazione del numero e della durata delle medesime) (doc. 22);
- un certificato medico (di data incompleta), secondo cui l'interessato presenta segnatamente lesione ulcerativa palpebra inferiore OS e necessita in particolare di intervento chirurgico e TAC cranio con studio dell'orbita (doc. 23);

- un referto di esame cardiologico del 31 ottobre 2006 (doc. 24);
- un certificato medico del 31 ottobre 2006, da cui emerge che il paziente lamenta segnatamente cefalea tensiva in soggetto con ansia reattiva (doc. 25);
- un referto di visita otorinolaringoiatrica del 2 novembre 2006, da cui appare che l'interessato riferisce segnatamente ipoacusia (doc. 26);
- un referto di visita oculistica del 13 novembre 2006 (doc. 27);
- un referto di visita ortopedica del 21 novembre 2006 (mal leggibile), in cui è evidenziata la diagnosi segnatamente di rachialgia cronica da probabile spondilodiscoartrosi diffusa (doc. 28);
- un referto di esame TC (cerebrale) del 22 novembre 2006 (doc. 29);
- un certificato medico del 15 dicembre 2006, attestante che il paziente presenta segnatamente cefalea tensiva in soggetto con ansia reattiva, modesto tremore distale arto sup. sinistro e encefalopatia su base vasculopatica (doc. 30).

C.

Nel suo rapporto del 18 aprile 2007, la dott.ssa C._____, medico dell'UAIE, ha ritenuto la diagnosi principale, con ripercussioni sulla capacità lavorativa (limitazione della capacità lavorativa del 20% nella precedente attività), di lieve encefalopatia con vasculopatia cronica. Ha pure evidenziato la diagnosi secondaria, senza ripercussioni sulla capacità lavorativa, di ipertensione arteriosa, stato dopo ripetuti interventi di epiteloma (tumore cutaneo) palpebrale e leggera limitazione funzionale della colonna vertebrale con alterazioni degenerative. La dott.ssa C._____ ha altresì osservato che l'assicurato lamenta frequenti mal di testa a causa di una leggera e dimostrata vasculopatia, encefalopatia, che clinicamente non dovrebbe avere delle ripercussioni molto importanti sulla capacità lavorativa; non è peraltro stata segnalata alcuna limitazione cognitiva. Inoltre, un'attività fisica dovrebbe essere possibile nonostante determinate limitazioni derivanti dalla schiena. Peraltro, il basalioma, cancro delle pelle che nel caso di specie cresce localmente, non ha alcuna

incidenza sulla capacità lavorativa. Il medico dell'UAIE ha quindi concluso che l'assicurato è abile al lavoro all'80% nella sua precedente attività a partire dalla fine del 2006 (doc. 32).

D.

Il 24 aprile 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. 33).

E.

Il 28 giugno 2007, l'autorità inferiore ha respinto la domanda di prestazioni dell'assicurazione 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. 34).

F.

Il 24 luglio 2007, l'interessato ha interposto ricorso dinanzi al Tribunale amministrativo federale contro la decisione dell'UAIE del 28 giugno 2007 mediante il quale ha chiesto, sostanzialmente, il riconoscimento del suo diritto ad una prestazione dell'assicurazione svizzera per l'invalidità a far tempo da dicembre del 2005 (data della richiesta volta all'ottenimento di una rendita). Ha segnalato che le patologie di cui è affetto, segnatamente grave forma di basalioma (che lo ha costretto ad essere sottoposto a vari delicati interventi chirurgici), ipertensione, ipoacusia M.M.T.T., cefalea tensiva ed ansia reattiva, non gli consentono di svolgere una qualsiasi attività lucrativa, neanche leggera. Ha precisato di presentare una completa incapacità al lavoro. Ha osservato che le affezioni di cui soffre sono da considerare evolutive, ossia suscettibili di solo peggioramento, e non labili. Ha fatto valere, in via subordinata, d'essere ad ogni buon conto invalido ben oltre il 50%, ma almeno nella misura del 40%. Ha esibito copiosa documentazione medica (la maggior parte dei documenti medici già agli atti) (doc. TAF 1).

G.

G.a Nel suo rapporto del 27 novembre 2007, il dott. D._____, medico dell'UAIE, ha segnalato che sono stati esibiti diversi documenti manoscritti e difficilmente leggibili. Dagli stessi si desume che l'assicurato soffre di una diminuzione dell'udito. Tale affezione, che integra il precedente quadro clinico, non ha comunque alcuna ripercussione sulla capacità dell'assicurato medesimo a svolgere il suo precedente lavoro. L'esame delle arterie cerebrali permette di escludere un disturbo dell'irrorazione sanguigna del cervello. In conclusione, ha rilevato che la documentazione prodotta non comporta nuovi elementi clinici tali da giustificare una modifica della valutazione riguardante la capacità lavorativa del ricorrente. Ha ritenuto che le altre affezioni di cui quest'ultimo soffre sono state correttamente riportate e valutate nella presa di posizione della dott.ssa C._____ del 18 aprile 2007 (capacità lavorativa dell'80% nella precedente attività; doc. 36).

G.b Nella risposta al ricorso del 30 novembre 2007, l'autorità inferiore ha proposto la reiezione del ricorso. In virtù dei rapporti medici dell'aprile e novembre 2007, il servizio medico dell'UAIE ha considerato l'assicurato abile all'80% nel suo precedente lavoro (manovale nel settore edile). Detto servizio ha quindi ritenuto che il medesimo non ha mai subito un'incapacità al lavoro di livello pensionabile. Infine, il servizio medico ha rilevato che la documentazione medica prodotta non comporta elementi tali da giustificare una modifica della valutazione in merito alla capacità lavorativa dell'insorgente (doc. TAF 6).

H.

Nella replica del 18 gennaio 2008, il ricorrente ha ribadito il suo diritto ad una rendita intera d'invalidità a far tempo da dicembre del 2005. Ha fatto valere una completa incapacità al lavoro, anche in attività sostitutive leggere. Ha ribadito che le patologie da cui è affetto sono da considerare croniche ed evolutive, ossia suscettibili solo di peggioramento. Ha esibito diversa documentazione medica (v. lista degli allegati a pagina 3 della replica). A pagina 2 della replica medesima ha pure segnalato l'esibizione di un referto di consulenza medica del dott. E._____ (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 13 febbraio 2008 (doc. TAF 9 e 11 a 13).

J.

Nella duplica del 26 febbraio 2008, l'autorità inferiore, dopo avere constatato che il ricorrente non ha allegato alcun fatto nuovo suscettibile di giustificare una modifica della valutazione alla base della decisione impugnata, ha nuovamente proposto la reiezione del ricorso (doc. TAF 15).

K.

Il 5 dicembre 2008, l'atto di duplica è stato trasmesso per conoscenza al ricorrente (doc. TAF 16).

L.

Con provvedimento del 21 aprile 2009 (notificato il 28 aprile 2009; cfr. avviso di ricevimento agli atti), questo Tribunale ha invitato il ricorrente ad esibire, nel termine di 10 giorni dalla notificazione del provvedimento medesimo, un esemplare sottoscritto del referto di consulenza medica del dott. E. _____, ritenuto che, contrariamente a quanto indicato nella memoria di replica del 18 gennaio 2008, tale referto medico non risulta essere stato prodotto; questo Tribunale ha pure precisato che, in caso di decorso infruttuoso del termine, avrebbe di principio statuito sulla base degli atti di causa al loro stato attuale. Il termine assegnato all'insorgente per esibire il citato documento è, nel frattempo, scaduto infruttuoso (doc. TAF 17 e 18).

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 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 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 28 dicembre 2005. In deroga all'art. 24 LPGA, l'art. 48 cpv. 2 LAI precisa che, se l'assicurato si annuncia più di dodici mesi dopo l'inizio del diritto, le prestazioni sono assegnate soltanto per i 12 mesi precedenti la richiesta. In concreto, questo Tribunale può limitarsi ad esaminare se il

ricorrente avesse diritto ad una rendita il 28 dicembre 2004 (ossia 12 mesi precedenti la presentazione della domanda), oppure se un diritto alla rendita sia sorto tra tale data e il 28 giugno 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 LPG), non è più applicabile segnatamente quando l'assicurato è cittadino dell'UE o svizzero e risiede nell'UE (DTF 132 V 423 consid. 6.4.1 e sentenza del Tribunale federale I 702/03 del 28 maggio 2004 consid. 1 e relativi riferimenti).

5.3 Il diritto alla rendita, secondo l'art. 29 cpv. 1 LAI, nasce, il più presto, nel momento in cui l'assicurato presenta un'incapacità permanente al guadagno pari almeno al 40% (lettera a), oppure quando egli è stato per un anno senza notevoli interruzioni, incapace al lavoro per almeno il 40% in media (lettera b). La lettera a della citata norma si applica allorché lo stato di salute dell'assicurato si è stabilizzato ed è essenzialmente irreversibile e suscettibile di pregiudicare la capacità di guadagno probabilmente in modo permanente, in una misura giustificante il riconoscimento di una rendita (sentenza del Tribunale federale I 146/02 del 5 agosto 2002). La lettera b se lo stato di salute è labile, vale a dire suscettibile di evolvere verso un miglioramento od un peggioramento (DTF 111 V 21 consid. 2). Un danno alla salute tipicamente labile può essere reputato relativamente stabilizzato soltanto se la sua natura si è modificata a tal punto che si possa ammettere non essere verosimilmente suscettibile di subire modifiche di rilievo in un futuro presagibile (sentenza del Tribunale federale I 282/01 del 4 ottobre 2001; DTF 119 V 98 consid. 4a).

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

6.

6.1 La nozione d'invalidità di cui all'art. 4 LAI e 8 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 LPGA) 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 LPGa, 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. Secondo giurisprudenza, se il giudice ritiene che i fatti non sono sufficientemente delucidati, può, di

principio, sia rinviare la causa all'amministrazione per completamento dell'istruzione che procedere lui medesimo a tale istruzione complementare. Un rinvio all'amministrazione che ha per scopo di completare l'accertamento dei fatti non viola né i principi della semplicità e della celerità né il principio inquisitorio. In particolare, un siffatto rinvio appare in generale siccome giustificato se l'amministrazione ha proceduto ad una constatazione dei fatti sommaria nella speranza che in caso di ricorso sarebbe poi stato il tribunale ad effettuare i necessari accertamenti fattuali (sentenza del Tribunale federale 9C_162/2007 del 3 aprile 2008 consid. 2.3 e relativi riferimenti).

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 Dopo il rimpatrio, il ricorrente ha ancora esercitato un'attività lucrativa. In particolare, da settembre del 2003 è stato alle dipendenze dell'Impresa B._____, come manovale edile, in ragione di 45 ore settimanali. L'interessato ha lavorato senza particolari restrizioni da imputare a motivi di salute fino al 12 novembre 2004. Dal 13 novembre al 31 dicembre 2004, ha dovuto ridurre (doc. 9) rispettivamente interrompere l'attività (doc. 8 e 9) causa malattia. Il 31 dicembre 2004, ha interrotto il lavoro per cessazione dell'attività della ditta (doc. 8 e 9).

9.2

9.2.1 Dalla documentazione medica agli atti emerge che l'insorgente soffre segnatamente di lieve encefalopatia con vasculopatia cronica, ipertensione arteriosa, stato dopo ripetuti interventi di epitelioma palpebrale, spondilodiscoartrosi e diminuzione dell'udito.

9.2.2 Si tratta di affezioni di carattere labile, ossia suscettibili di migliorare o di peggiorare (o 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.

10.

Questo Tribunale osserva che nella perizia medica particolareggiata E 213 del maggio 2006 (doc. 22) sono stati diagnosticati, in virtù della documentazione raccolta, esiti di intervento per basalioma palpebrale sinistro con più recidive, esiti di intervento di cataratta bilaterale, spondilodiscoartrosi ed ipertensione arteriosa (doc. 11 a 21 di data anteriore alla decisione impugnata). Certo, la dott.ssa C._____, nel suo rapporto del 18 aprile 2007, ha ritenuto di includere nella diagnosi tali patologie nonché – quale diagnosi principale ed unica avente incidenza sulla capacità lavorativa del ricorrente – una lieve encefalopatia con vasculopatia cronica. Il menzionato medico dell'UAIE non ha però indicato né per quale ragione le altre affezioni ritenute (segnatamente di natura ortopedica e dermatologico-oncologica) sono state qualificate siccome senza incidenza sulla capacità lavorativa dell'insorgente né perché – contrariamente a quanto ritenuto nel citato rapporto E 213 – l'insorgente avrebbe potuto lavorare nella misura dell'80% nella sua precedente attività di muratore/manovale piuttosto che esclusivamente in lavori sostitutivi leggeri (con eventuali limitazioni anche in tali attività ? [v. su questo punto le risposte ambigue alle domande 11.6 e 11.8 di cui al succitato rapporto E 213]). La dott.ssa C._____ non ha neppure spiegato per quale motivo non sarebbero stati necessari degli ulteriori e più approfonditi accertamenti d'ufficio sullo stato di salute dell'assicurato prima dell'emanazione della decisione da parte dell'UAIE stante un'importante divergenza d'opinioni sulla residua capacità lavorativa del ricorrente tra il medico che ha redatto il rapporto E 213, ed esaminato personalmente l'insorgente, ed i medici incaricati dall'UAIE d'esaminare la residua capacità lavorativa del ricorrente sulla base dei soli atti di causa. Occorre altresì rilevare che l'interessato è affetto da un tumore della pelle che ha necessitato ripetuti interventi. Ora, l'esercizio della professione di manovale/muratore, ossia di un'attività svolta in prevalenza all'aperto e quindi con frequenti esposizioni al

sole, appare problematica con riferimento a tale patologia. Infine, mal si capisce il motivo per cui la dott.ssa C._____, dopo aver considerato che l'assicurato presenta determinate limitazioni derivanti dalla schiena, abbia concluso che tali limitazioni funzionali della colonna vertebrale non avrebbero alcuna ripercussione sulla capacità lavorativa del medesimo. Certo, il dott. D._____, medico dell'UAIE, nella presa di posizione del 27 novembre 2007 ha implicitamente escluso la necessità di un complemento d'istruttoria sullo stato di salute dell'interessato in quanto la nuova documentazione medica prodotta dal ricorrente in sede di ricorso non dimostrerebbe l'esistenza di nuove patologie aventi ripercussioni sulla capacità lavorativa del ricorrente. Tuttavia, e a prescindere dal fatto che da tale presa di posizione non emerge perché la documentazione medica esaminata dalla dott.ssa C._____ non avrebbe dovuto indurre a proporre l'effettuazione d'ulteriori investigazioni d'ufficio da parte dell'UAIE, va comunque rilevato che dal certificato medico del Centro di salute mentale di F._____ del 26 febbraio 2007 – dunque di data anteriore alla decisione impugnata – risulta una nuova patologia, ossia un disturbo depressivo con somatizzazione. Il dott. D._____ neppure ha accennato nella sua presa di posizione a tale patologia, tanto meno ha indicato i motivi per cui la citata affezione psichiatrica non avrebbe alcuna incidenza sulla capacità lavorativa del ricorrente. Non è neppure dato sapere per quale ragione il citato medico dell'UAIE non abbia infine ritenuto, anche in considerazione di tale nuova patologia e del certificato del dott. G._____ del 9 febbraio 2007 (un esame TC del cranio evidenzerebbe segnatamente esiti di lesione in regione sinistra), necessario, come invece appare allo statuyente Tribunale, un complemento d'istruttoria sullo stato di salute del ricorrente per potere determinarsi con cognizione di causa e con sufficienti ed obiettivi riscontri medici sulla residua capacità lavorativa del ricorrente. Ne discende che questo Tribunale ritiene un insufficiente accertamento dei fatti da parte dell'autorità inferiore.

11.

Per conseguenza, la decisione impugnata, che viola il diritto federale (accertamento inesatto ed incompleto dei fatti giuridicamente rilevanti per quanto attiene alla residua capacità lavorativa nella precedente attività e/o in un'attività sostitutiva adeguata), incorre nell'annullamento.

12.

Quando il Tribunale amministrativo federale annulla una decisione, esso può sostituirsi all'autorità inferiore e giudicare direttamente nel merito o rinviare la causa, con istruzioni vincolanti all'autorità inferiore per un nuovo giudizio (ULRICH HÄFELIN / GEORG MÜLLER / FELIX UHLMANN, Allgemeines Verwaltungsrecht, 5^a ed., Zurigo/Basilea/Ginevra 2006, n. 1977 pag. 418). In particolare, esso si sostituirà all'autorità inferiore se gli atti sono completi e comunque sufficienti a statuire sull'applicazione del diritto federale (v. sentenza del Tribunale federale 9C_162/2007 del 3 aprile 2008 consid. 2.3 e relativi riferimenti; DTF 126 II 43 e DTF 125 II 326). Tale non è il caso nella presente fattispecie per i motivi precedentemente indicati. Gli atti di causa sono pertanto rinviati all'autorità inferiore affinché la stessa proceda dapprima a completare l'accertamento dei fatti determinanti – da un lato, riguardo allo stato di salute del ricorrente, con perizia ortopedica/neurologica, dermatologica, psichiatrica ed ogni altra che dovesse rendersi necessaria ritenuto il tempo ormai trascorso dalla stesura dei rapporti medici oggettivi presenti agli atti di causa, nonché, dall'altro lato e se dovesse essere ritenuta un'incapacità totale ad esercitare la precedente attività di muratore/manovale, alle attività ragionevolmente esigibili da parte di un assicurato prossimo all'età di pensionamento (come il ricorrente al momento dell'emanazione della decisione impugnata) in un mercato del lavoro equilibrato (v. sul quesito in particolare le sentenze del Tribunale federale I 61/05 del 27 luglio 2005 consid. 4.4, I 891/04 del 27 maggio 2005 consid. 2.2, I 462/02 del 26 maggio 2003 consid. 2, I 401/01 del 4 aprile 2002 consid. 4, 9C_236/2008 del 4 agosto 2008 consid. 4.2 e 9C_446/2008 del 18 settembre 2008 consid. 4.2) – e a pronunciare poi una nuova decisione.

13.

13.1 Visto l'esito della procedura, non sono prelevate delle spese processuali (art. 63 PA). L'anticipo equivalente alle presunte spese processuali di fr. 300.--, versato il 13 febbraio 2008, è restituito al ricorrente.

13.2

13.3 Ritenuto che l'insorgente è rappresentato in questa sede da un mandatario professionale si giustifica altresì l'attribuzione di un'indennità a titolo di spese ripetibili (art. 64 PA in combinazione con gli 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]). La stessa, in assenza di una nota dettagliata, è fissata d'ufficio in fr. 1'000.--, tenuto conto del lavoro effettivo ed utile, relativamente contenuto, svolto dal patrocinatore del ricorrente (art. 14 cpv. 2 TS-TAF), ed è posta a carico dell'UAIE.

(dispositivo alla pagina seguente)

Per questi motivi, il Tribunale amministrativo federale pronuncia:

1.

Il ricorso è parzialmente accolto, nel senso che la decisione impugnata del 28 giugno 2007 è annullata e gli atti di causa sono rinviati all'UAIE affinché proceda al completamento dell'istruttoria ed alla pronuncia di una nuova decisione ai sensi dei considerandi.

2.

Non si prelevano spese processuali. L'anticipo di fr. 300.--, versato il 13 febbraio 2008, è restituito al ricorrente.

3.

L'UAIE rifonderà al ricorrente fr. 1'000.-- a titolo di 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, 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 – i documenti indicati come mezzi di prova devono essere allegati (art. 42 LTF).

Data di spedizione: