



Sentenza dell'11 aprile 2011

Composizione

Giudici Vito Valenti (presidente del collegio),
Philippe Weissenberger e Michael Peterli,
cancelliera Marcella Lurà.

Parti

A. _____,
rappresentato dal Patronato INAS,
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 4 agosto 2009).

Fatti:**A.**

A._____, cittadino italiano, nato il (...), divorziato, ha lavorato in Svizzera dal 1970 al 1974, nel 1975 (5 mesi), nel 1979 (10 mesi), nel 1980 (11 mesi), nel 1981 (9 mesi), nel 1984 (8 mesi) e nel 1985, solvendo contributi all'assicurazione svizzera per la vecchiaia, i superstiti e l'invalidità durante tale periodo (doc. 5). Rientrato in Italia, ha svolto attività lucrativa fino al 28 febbraio 2007, da ultimo come portinaio alle dipendenze dell'B._____ e poi della società C._____, in ragione di 36 ore alla settimana (doc. 8 e 9). Il 28 febbraio 2007, ha interrotto l'attività a seguito di dimissioni (doc. 9). L'assicurato percepisce, a far tempo dal 1° giugno 1988, una pensione d'invalidità italiana (doc. 1). Il 4 aprile 2007, ha formulato una richiesta volta all'ottenimento di una rendita dell'assicurazione svizzera per l'invalidità (doc. 1).

B.

Nel corso dell'istruttoria, l'Ufficio dell'assicurazione per l'invalidità per gli assicurati residenti all'estero (UAIE) ha in particolare assunto agli atti la seguente documentazione:

- documenti medici di data intercorrente da febbraio 2006 a luglio 2007 (doc. 11 a 16);
- la perizia medica particolareggiata E 213 della previdenza sociale italiana del 17 ottobre 2007 attestante asma bronchiale estrinseco in documentato aggravamento in soggetto portatore di cardiomiopatia dilatativa; l'interessato non è stato ritenuto in grado di svolgere, a tempo pieno, il suo ultimo lavoro né un lavoro adeguato alle sue condizioni. È stato segnalato che lo stesso è considerato invalido al 70%, conformemente alle disposizioni di legge del Paese di residenza, sia nella precedente attività (portinaio presso ospedale) sia in un'attività adeguata alle sue condizioni (doc. 17);
- il questionario per il datore di lavoro del 21 ottobre 2008 (doc. 8);
- il questionario per l'assicurato del 21 ottobre 2008 (doc. 9).

C.

C.a Nel rapporto del 22 dicembre 2008, il dott. D._____, medico dell'UAIE, ha ritenuto che la documentazione medica non permette una valutazione del caso. Ha quindi chiesto un complemento d'istruttoria (doc. 20).

C.b Il 7 gennaio 2009, l'autorità inferiore ha chiesto all'INPS di E._____ di sottoporre l'interessato ad una nuova visita medica e di far pervenire un rapporto medico sullo stato di salute generale (rapporto dattiloscritto su modulo E 213 con indicazione della funzione polmonare, della terapia e dei medicinali con denominazione clinica e dosaggio; doc. 22).

C.c Il 13 febbraio 2009 (doc. 23), l'INPS di E._____ ha in particolare prodotto:

- documenti medici dal novembre 2005 all'aprile 2008 (doc. 24 a 27);
- la perizia medica particolareggiata E 213 della previdenza sociale italiana del 12 febbraio 2009, da cui emerge la diagnosi di sindrome astenico-dispnoica cronica in cardiomiopatia dilatativa con ipertensione in difficile controllo farmacologico ed asma bronchiale intrinseco; le condizioni di salute dell'interessato sono state definite come peggiorate, ma lo stesso è stato ritenuto in grado di svolgere regolarmente lavori leggeri – più precisamente, a tempo pieno, lavori leggeri adeguati alle sue condizioni (cfr. pto 11.6 pag. 9) – ma non il suo ultimo lavoro. È stato segnalato che l'interessato è considerato invalido al 70%, conformemente alle disposizioni di legge del Paese di residenza, sia nella precedente attività sia in un'attività adeguata alle sue condizioni (doc. 28).

C.d Nel rapporto del 30 aprile 2009, il dott. D._____ ha esposto la diagnosi di asma bronchiale, broncopneumopatia cronica ostruttiva, cardiomiopatia ed ipertensione. Il medico ha quindi ritenuto che l'interessato presenta una capacità al lavoro dell'80% nella sua precedente attività di portiere a decorrere dal 1988 e che il medesimo può pure svolgere un'attività sostitutiva leggera confacente al suo stato di salute (attività che consenta segnatamente un cambiamento della posizione, con sollevamento di pesi non superiori ad 8 kg di tanto in tanto, con movimento per tragitti modesti, al riparo dalla polvere [doc. 30]).

D.

Il 6 maggio 2009, l'autorità inferiore, mediante progetto di decisione, ha comunicato all'interessato che la domanda di prestazioni sarebbe stata respinta, ritenuto in particolare che l'esercizio di un'attività lucrativa è da considerare esigibile in misura sufficiente per escludere il diritto ad una rendita. L'autorità inferiore ha altresì concesso all'interessato la facoltà di formulare, nel termine di 30 giorni dalla ricezione del progetto di decisione, delle obiezioni per iscritto (doc. 31).

E.

Il 10 giugno 2009 (e l'8 luglio 2009 con atto di complemento), l'interessato ha presentato le sue osservazioni al progetto di decisione del 6 maggio 2009 mediante le quali ha postulato il riconoscimento di rendita intera d'invalidità. Ha segnalato che le patologie di cui è affetto nonché i controlli medici a cui è sottoposto e le terapie farmacologiche che assume non gli consentono di svolgere alcuna attività lucrativa, neppure una leggera. Ha fatto valere una completa incapacità al lavoro (doc. 36 e 39). Ha esibito il verbale della Commissione medica per l'accertamento degli stati di invalidità civile di E. _____ nonché una relazione medica del 23 giugno 2009 del dott. F. _____ (doc. 32 a 34 e 38).

F.

Nel rapporto del 26 luglio 2009, il dott. D. _____ ha ritenuto che la relazione medica del giugno 2009 del dott. F. _____ fa stato di un quadro clinico compatibile con l'esercizio della precedente attività di portiere e di un'attività sostitutiva confacente allo stato di salute (lavoro svolto più lentamente e con pause supplementari) nella misura dell'80% (doc. 41).

G.

Il 4 agosto 2009, l'autorità inferiore ha respinto la domanda di prestazioni dell'assicurazione svizzera per l'invalidità. Ha osservato che l'assicurato non ha subito un'incapacità al lavoro media sufficiente per un anno, ai sensi delle disposizioni dell'assicurazione svizzera per l'invalidità. In particolare, ha precisato che dagli atti risulta che malgrado il danno alla salute l'esercizio di un'attività lucrativa è da considerare esigibile in misura sufficiente per escludere il diritto ad una rendita (doc. 42).

H.

H.a Il 10 settembre 2009, l'interessato ha interposto ricorso dinanzi al Tribunale amministrativo federale contro la decisione dell'UAIE del 4 agosto 2009 mediante il quale ha chiesto, sostanzialmente, il riconoscimento del suo diritto ad una rendita intera d'invalidità. Ha ribadito che le affezioni di cui soffre (cardiomiopatia ipertensiva dilatativa ed asma bronchiale) non gli consentono di svolgere alcuna attività lucrativa, neppure una leggera. Ha altresì segnalato di essere stato riconosciuto invalido nella misura del 67% dalle autorità italiane. Infine, ha formulato una domanda di assistenza giudiziaria, nel senso della dispensa dal pagamento delle spese processuali. Ha esibito la relazione medica del 23 giugno 2009 del dott. F. _____ (già agli atti; doc. TAF 1).

H.b Il 13 ottobre 2009, l'interessato ha esibito il formulario "domanda di gratuito patrocinio" (doc. TAF 5).

I.

Nella risposta al ricorso del 3 novembre 2009, l'autorità inferiore ha proposto la reiezione del ricorso e la conferma della decisione impugnata. In virtù dei rapporti medici del 30 aprile 2009 e del 26 luglio 2009 del proprio servizio medico, l'esercizio della precedente attività di portinaio è da considerare esigibile. Per conseguenza, l'interessato non ha mai subito un'incapacità lavorativa di livello pensionabile. L'autorità inferiore ha peraltro segnalato che la relazione medica del giugno 2009 del dott. F. _____, già assunta agli atti e sottoposta al vaglio del servizio medico, non comporta nuovi elementi clinici di rilievo. L'autorità inferiore ha pure precisato che ogni assicurato deve intraprendere tutto quanto sia esigibile per ovviare alle conseguenze della sua invalidità, segnatamente mettendo a frutto la sua residua capacità lavorativa se necessario in un nuova professione. Infine, ha sottolineato che l'assicurazione svizzera per l'invalidità non è vincolata dal fatto che l'interessato è stato riconosciuto quale invalido in Italia (doc. TAF 8).

J.

Nella replica del 17 dicembre 2009, il ricorrente si è riconfermato nelle argomentazioni in fatto e in diritto di cui al ricorso del 10 settembre 2009. In particolare, ha segnalato che, in virtù delle affezioni di cui soffre, della sua età nonché della sua formazione, non si può esigere da lui l'esercizio dell'attività di portinaio su un mercato del lavoro equilibrato. Ha esibito due documenti medici del febbraio 2006 e dell'aprile 2008 (già agli atti; doc. TAF 11).

K.

Nella duplica del 13 gennaio 2010, l'autorità inferiore ha rilevato che il ricorrente non ha allegato alcun fatto nuovo suscettibile di giustificare un diverso apprezzamento della fattispecie. In particolare, ha sottolineato che i documenti medici del febbraio 2006 e dell'aprile 2008 sono già stati assunti agli atti e sottoposti al servizio medico. L'autorità inferiore ha quindi nuovamente proposto la reiezione del ricorso (doc. TAF 13).

L.

Con provvedimento del 28 gennaio 2010, questo Tribunale ha trasmesso la duplica al ricorrente per conoscenza (doc. TAF 14).

Diritto:**1.**

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

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

1.3. In virtù dell'art. 3 lett. d^{bis} PA, la procedura in materia di assicurazioni sociali non è disciplinata dalla PA nella misura in cui è applicabile la legge federale del 6 ottobre 2000 sulla parte generale del diritto delle assicurazioni sociali (LPGA, RS 830.1). Giusta l'art. 1 cpv. 1 LAI, le disposizioni della LPGA sono applicabili all'assicurazione per l'invalidità (art. 1a-26^{bis} e 28-70), sempre che la LAI non deroghi alla LPGA.

1.4. Presentato da una parte direttamente toccata dalla decisione e avente un interesse degno di protezione al suo annullamento o alla sua modifica (art. 59 LPGA), il ricorso – interposto tempestivamente e rispettoso dei requisiti previsti dalla legge (art. 60 LPGA nonché art. 52 PA) – è pertanto ammissibile.

2.

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

0.831.109.268.11). L'art. 3 del regolamento (CEE) n° 1408/71 sancisce il principio della parità di trattamento tra cittadini che risiedono in uno Stato membro della Comunità europea ed i cittadini svizzeri.

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

2.3. L'art. 80a LAI sancisce espressamente l'applicabilità nella presente procedura, trattandosi di un cittadino che risiede nell'Unione europea, dell'ALC e dei Regolamenti (CEE) n° 1408/71 del Consiglio del 14 giugno 1971 e (CEE) n° 574/72 del Consiglio del 21 marzo 1972 relativo all'applicazione del Regolamento n° 1408/71.

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

3.

3.1. Secondo l'art. 2 LPGA, le disposizioni della legge stessa sono applicabili alle assicurazioni sociali disciplinate dalla legislazione federale, se e per quanto le singole leggi sulle assicurazioni sociali lo prevedano.

3.2. Dal profilo temporale sono applicabili le disposizioni in vigore al momento della realizzazione dello stato di fatto che deve essere valutato giuridicamente o che produce conseguenze giuridiche (DTF 130 V 445 consid. 1.2 e relativi riferimenti nonché DTF 129 V 1 consid. 1.2). Ne discende che si applicano, da un lato, le norme materiali in vigore fino al 31 dicembre 2007, per quanto attiene allo stato di fatto realizzatosi fino a tale data, mentre dall'altro lato, e per il periodo successivo, le nuove

norme della 5a revisione della LAI (cf. DTF 130 V 1 consid. 3.2 per quanto concerne le disposizioni formali della LPGA, immediatamente applicabili con la loro entrata in vigore). Peraltro, l'applicazione delle nuove norme della 5a revisione della LAI per il periodo dal 1° gennaio al 4 agosto 2009 (data della decisione impugnata) non avrebbe alcuna incidenza sull'esito delle questioni sottoposte nel caso concreto all'esame di questo Tribunale (cfr. sentenza del Tribunale federale 9C_942/2009 del 15 marzo 2010 consid. 3.1; cfr. pure sentenza del Tribunale amministrativo federale C-1284/2008 del 30 marzo 2010 consid. 3.2). Pertanto, e salvo indicazione contraria, di seguito è fatto riferimento alle norme in vigore fino al 31 dicembre 2007.

3.3. Il ricorrente, come già menzionato, ha presentato la richiesta di rendita il 4 aprile 2007. In deroga all'art. 24 LPGA, l'art. 48 cpv. 2 LAI precisa che, se l'assicurato si annuncia più di dodici mesi dopo l'inizio del diritto, le prestazioni sono assegnate soltanto per i 12 mesi precedenti la richiesta. In concreto, questo Tribunale può limitarsi ad esaminare se il ricorrente avesse diritto ad una rendita il 4 aprile 2006 (ossia 12 mesi precedenti la presentazione della domanda), oppure se un diritto alla rendita sia sorto tra tale data e il 4 agosto 2009, 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 per più di 10 anni (doc. 98) e, pertanto, adempie la condizione della durata minima di contribuzione. Rimane ora da esaminare se sia invalido ai sensi di legge.

5.

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

5.2. Giusta l'art. 28 cpv. 1 LAI, in vigore dal 1° gennaio 2004, l'assicurato ha diritto ad un quarto di rendita se è invalido per almeno il 40%, ad una mezza rendita se è invalido per almeno la metà, a tre quarti di rendita se è invalido per almeno il 60% e ad una rendita intera se è invalido per almeno il 70%. In seguito all'entrata in vigore dell'Accordo sulla libera circolazione, la limitazione prevista dall'art. 28 cpv. 1^{ter} LAI, secondo cui le rendite per un grado d'invalidità inferiore al 50%, ma pari almeno al 40%, sono versate solo ad assicurati che sono domiciliati e dimorano abitualmente in Svizzera (art. 13 LPGA), 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).

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.

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).

6.4. Peraltro, e secondo un principio generale del diritto delle assicurazioni sociali, ogni assicurato ha l'obbligo di ridurre il danno conseguente la sua invalidità (sentenza del Tribunale federale I 147/01 del 9 maggio 2001; DTF 123 V 230 consid. 3c e DTF 117 V 275 consid. 2b). In virtù di tale obbligo, l'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 113 V 22 consid. 4a).

7.

7.1. Giusta il principio inquisitorio che regge la procedura in materia di assicurazioni sociali (art. 43 LPGa), l'amministrazione deve intraprendere d'ufficio i necessari accertamenti e raccogliere le informazioni di cui ha bisogno. In particolare, deve ordinare una perizia allorquando è necessario per la valutazione medica del caso (DTF 117 V 282 consid. 4a).

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

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

8.

8.1. Il giudice delle assicurazioni sociali deve esaminare in maniera obiettiva tutti i mezzi di prova, indipendentemente dalla loro provenienza, e poi decidere se i documenti messi a disposizione permettono di giungere ad un giudizio attendibile sulle pretese giuridiche litigiose. Affinché il giudizio medico acquisti valore di prova rilevante, esso deve essere completo in merito ai temi sollevati, deve fondarsi, in piena conoscenza della pregressa situazione valetudinaria (anamnesi), su esami approfonditi e tenere conto delle censure sollevate dal paziente, per poi giungere in maniera chiara a fondate, logiche e motivate deduzioni. Peraltro, per stabilire se un rapporto medico ha valore di prova

non è determinante né la sua origine né la sua denominazione – ad esempio quale perizia o rapporto – ma il suo contenuto (DTF 125 V 351 consid. 3).

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

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

8.4. Non va infine dimenticato che se vi sono dei rapporti medici contraddittori il giudice non può evadere la vertenza senza valutare l'intero materiale e indicare i motivi per cui egli si fonda su un rapporto piuttosto che su un altro. Al riguardo va tuttavia precisato che non si può pretendere dal giudice che raffronti i diversi pareri medici e parimenti esponga correttamente da un punto di vista medico, come farebbe un perito, i punti in cui si evidenziano delle carenze e quale sia l'opinione più adeguata (sentenza del Tribunale federale I 166/03 del 30 giugno 2004 consid. 3.3).

9.

9.1. Dalla documentazione medica agli atti emerge che il ricorrente soffre segnatamente di sindrome astenico-dispnoica cronica in cardiomiopatia dilatativa con ipertensione in difficile controllo farmacologico, asma bronchiale intrinseco e broncopneumopatia cronica ostruttiva (cfr. perizia medica particolareggiata E 213 del 12 febbraio 2009 [doc. 28] e rapporto del dott. D._____ del 30 aprile 2009 [doc. 30]).

9.2. Si tratta di affezioni di carattere labile, ossia suscettibili di migliorare o peggiorare. Ne discende che, in mancanza di uno stato di salute sufficientemente stabilizzato, è inapplicabile la prima lettera dell'art. 29 cpv. 1 LAI, per cui può entrare in considerazione solo la seconda lettera della citata norma legale, la quale prevede un termine di attesa di un anno. Pertanto, il ricorrente potrebbe pretendere una rendita dell'assicurazione svizzera per l'invalidità solo a partire dal momento in cui ha subito, senza interruzione notevole, un'incapacità lavorativa di almeno il 40% durante un anno.

10.

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

10.2. Dalle carte processuali emerge che, dopo il rimpatrio, il ricorrente ha ancora esercitato un'attività lucrativa. In particolare, ha lavorato alle dipendenze dell'B._____ e poi della società C._____, come portinaio, in ragione di 36 ore alla settimana, dal giugno del 1988 fino al 28 febbraio 2007, allorquando ha cessato l'attività a seguito di dimissioni (doc. 8 e 9).

10.3. L'autorità inferiore ha respinto la domanda di rendita dell'assicurazione svizzera per l'invalidità fondandosi sulle valutazioni del dott. D._____, medico dell'UAIE. Quest'ultimo, in particolare nei rapporti del 30 aprile e 26 luglio 2009 (doc. 30 e 41), ha rilevato che il ricorrente è certo affetto da una broncopneumopatia cronica ostruttiva con riacutizzazioni. Senonché, anche dopo l'ultima riacutizzazione, l'assicurato si è ristabilito successivamente ad un periodo trascorso in casa di cura (dal 28 marzo 2008 al 18 aprile 2008 [doc. 27]). Ha altresì constatato che dalla perizia medica E 213 del febbraio 2009 emerge che le condizioni di salute permettono all'assicurato di svolgere regolari lavori leggeri. Il medico dell'UAIE ha peraltro considerato che l'affezione

pneumologica di cui soffre l'insorgente impedisce certo l'esercizio d'attività pesanti, nonché di quelle con esposizione alla polvere, ma non d'attività leggere quale quella di portinaio (esercitata per ultimo). Ha pure sottolineato che il ricorrente presenta una frazione di eiezione (F.E.) del 40% (recte: 45%), valore compatibile con l'esercizio di un'attività leggera. Ha quindi concluso che il ricorrente presenta, dal 1988, una capacità lavorativa dell'80% sia nella sua precedente attività di portinaio sia in un'altra attività leggera adeguata.

10.4. Questo Tribunale non ravvisa motivo di scostarsi, nella sostanza, dalla valutazione dell'autorità inferiore – fondata sulle prese di posizione del dott. D. _____ – secondo la quale il ricorrente presenta, nel periodo determinante (che va dal 4 aprile 2006 al 4 agosto 2009), una residua capacità lavorativa comunque superiore al 40% nella sua precedente attività di portinaio. In effetti, e come rettamente rilevato dal medico dell'UAIE, dagli atti di causa emerge in particolare che l'asma bronchiale è di moderata entità (cfr. certificati pneumologici del gennaio 2007 e del febbraio 2008 [doc. 13, 26 e 27]), con intercorrenti riacutizzazioni da cui il ricorrente si è comunque sempre prontamente ristabilito. Per quanto attiene alla problematica cardiaca, nei referti di visita cardiaca del luglio 2007 (doc. 15 e 16) è fatto stato di una cardiomiopatia dilatativa in compenso emodinamico ed indicato che il ricorrente presenta segnatamente lieve dilatazione del ventricolo destro, moderata dilatazione del ventricolo sinistro, ma con spessori e cinesi parietali nei limiti e bulbo aortico, atrio sinistro e atrio destro nei limiti della norma. Peraltro, il referto di ecocolordopplergrafia cardiaca del gennaio 2008 (doc. 25) evidenzia dei valori cardiaci per la maggior parte nella norma ed una frazione d'eiezione del 45%, frazione d'eiezione compatibile, secondo il medico dell'UAIE, con l'attività di portinaio svolta per ultimo dal ricorrente.

10.5. Certo, nella perizia medica particolareggiata E 213 del 12 febbraio 2009 (doc. 28), l'insorgente non è stato ritenuto capace di svolgere il suo precedente lavoro. Detta valutazione medica non è condivisibile. Da un lato, perché risulta difficilmente compatibile con la diagnosi e le limitazioni funzionali accertate nella perizia stessa (doc. 47 pag. 3 e 4 n. 4.4, 4.5.1, 4.5.5 e 4.10) e nei documenti su cui si fonda. Dall'altro lato, poiché il medico incaricato del rapporto E 213 ha considerato lui stesso che l'insorgente è in grado di svolgere regolari lavori leggeri, più precisamente lavoro leggero a tempo pieno, per poi indicare, senza ulteriori specificazioni, che l'assicurato non è però in grado di svolgere la sua precedente attività di portinaio. Tuttavia, lo stesso datore di lavoro

dell'insorgente ha definito l'ultima attività da questi svolta come leggera (doc. 8, pto 3a.). Da quanto esposto, discende che non vi è nuovamente alcun motivo di scostarsi dall'apprezzamento effettuato dal medico dell'UAIE, motivo che non è ravvisabile neppure nella diversa valutazione che viene fatta in Italia del grado d'invalidità del ricorrente, valutazione che 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 nonché consid. 2.4 del presente giudizio). Dai documenti concernenti la rendita d'invalidità italiana (doc. 14 e 32) non emerge altresì alcuna seria ragione per scostarsi dal principio generale. Infine, che nella perizia particolareggiata E 213 sia menzionato che l'insorgente è depresso, senza che via sia peraltro una qualsivoglia precisazione al riguardo e senza che sia poi riportata una specifica diagnosi, non permette di considerare l'esistenza di un'affezione avente un'incidenza sulla capacità lavorativa.

10.6. Il ricorrente ha certo fatto valere, in sede di ricorso, di avere sicuramente diritto ad una rendita in quanto inabile al 100% a svolgere qualsiasi attività. Sennonché, agli atti di causa non figura alcun documento medico di data anteriore alla decisione impugnata che concluda, in modo convincente, ad un'incapacità totale dell'insorgente nella sua precedente attività. In particolare, non soccorre l'insorgente la relazione medica del 23 giugno 2009 del dott. F._____ (doc. TAF 1), relazione peraltro già oggetto di analisi da parte del medico dell'UAIE (cfr. rapporto del 26 luglio 2009; doc. 41). La stessa si esaurisce essenzialmente in una semplice enumerazione di affezioni di cui soffrirebbe il ricorrente, che non è corroborata da riscontri medici oggettivi, in un esame obiettivo estremamente sommario ed in un generico apprezzamento delle conseguenze delle affezioni, che appare peraltro fondarsi su una valutazione dell'invalidità come vigente in Italia non conciliabile con il sistema svizzero.

10.7. In conclusione, il ricorrente non ha presentato argomenti o mezzi di prova suscettibili di far sorgere dei dubbi sulla valutazione dell'incapacità lavorativa del dott. D._____ e neppure dubbi tali da giustificare perlomeno delle ulteriori investigazioni mediche.

11.

Infine, questo Tribunale osserva, con riferimento alla valutazione del grado d'invalidità del ricorrente, che l'autorità inferiore ha implicitamente ritenuto che presentando l'insorgente ancora una residua capacità lavorativa dell'80% nella sua precedente professione di portinaio, il tasso

d'incapacità lavorativa corrisponde al grado d'invalidità ("Prozentvergleich"). Così agendo ha ritenuto che la determinazione del grado d'invalidità non presupponesse né la presa in considerazione dell'età del ricorrente o del mercato equilibrato del lavoro né un raffronto dei redditi ipotetici, ma che il tasso d'incapacità lavorativa corrispondesse al grado d'invalidità (cfr. sentenza del Tribunale federale 9C_947/2008 del 29 maggio 2009). La questione di sapere se tale modo di procedere sia compatibile con la giurisprudenza del Tribunale federale oppure se si fosse dovuto procedere ad un confronto dei redditi di riferimento (cfr., sulla questione, in particolare la sentenza del Tribunale federale 9C_100/2010 del 23 marzo 2010), può essere lasciata indecisa, ritenuto che l'applicazione del metodo generale del raffronto dei redditi non comporterebbe comunque un grado d'invalidità uguale o superiore al 40% suscettibile di giustificare la concessione di una rendita d'invalidità svizzera. Dal raffronto fra il reddito mensile da valido di Euro 1'280.96 conseguibile come portiere nel 2008 (secondo le indicazioni del datore di lavoro [doc. 8]) e quello da invalido di Euro 1'024.76 ottenibile nella medesima attività (Euro 1'280.96 con una diminuzione del 20% poiché l'insorgente può svolgere tale attività solo nella misura dell'80%), discenderebbe un grado d'invalidità del 20%. Infine, qualora si ritenesse che il salario da valido e da invalido non potrebbero essere calcolati sulla base dei redditi conseguiti prima e dopo l'invalidità, bisognerebbe allora ricorrere alla pertinenti tabelle per la fissazione del salario determinante (sentenza del Tribunale federale 9C_100/2010 del 23 marzo 2010 consid. 2.3.1 in fine e relativi riferimenti), con la conseguenza che il grado d'invalidità corrisponderebbe allora al grado d'incapacità lavorativa con riserva della riduzione giurisprudenziale di cui a DTF 126 V 75 (cfr. sulla questione la sentenza del Tribunale federale 9C_100/2010 del 23 marzo 2010 consid. 2.3.2.2). Il risultato finale non cambierebbe ($(1 - 0.8 \times 1) \times 100 = 20\%$), quand'anche si volesse, per denegata ipotesi, operare nel caso concreto una generosa riduzione del 10% ($(1 - 0.8 \times 0.9) \times 100 = 28\%$), nel senso che non sarebbero comunque dati, come già rilevato, i presupposti per l'erogazione di una rendita d'invalidità secondo il diritto svizzero.

12.

Da quanto esposto, consegue che il ricorso non merita tutela e la decisione impugnata va confermata.

13.

13.1. Visto l'esito della causa, le spese processuali, che seguono la soccombenza, dovrebbero di principio essere poste a carico del ricorrente (art. 63 PA e art. 3 lett. b del regolamento sulle tasse e sulle spese ripetibili nelle cause dinanzi al Tribunale amministrativo federale [TS-TAF, RS 173.320.2]). Il ricorrente ha chiesto l'assistenza giudiziaria, nel senso della dispensa dal versamento delle spese processuali (art. 65 cpv. 1 PA). Secondo dottrina e giurisprudenza, i presupposti per la concessione dell'assistenza giudiziaria sono di massima adempiuti se l'istante si trova nel bisogno e se le sue conclusioni non sembrano dovere avere esito sfavorevole (DTF 119 la 11). Una parte si trova nel bisogno, giusta l'art. 65 cpv. 1 PA, qualora non possa pagare le spese giudiziarie senza pregiudizio dei mezzi necessari al suo mantenimento e a quello della sua famiglia (DTF 128 I 225 consid. 2.5.1). Se la parte che domanda l'assistenza giudiziaria è coniugata, occorre tenere conto pure dei redditi del coniuge (DTF 115 la 193 consid. 3). Il limite per ammettere lo stato di bisogno ai sensi delle norme disciplinanti l'assistenza giudiziaria si situa al di sopra di quello del minimo esistenziale agli effetti del diritto esecutivo. Così, all'importo base LEF viene (spesso) applicato un supplemento, variante tra il 15% e il 25% (cfr. sentenza del Tribunale federale delle assicurazioni I 134/06 del 7 maggio 2007 consid. 5.2 e relativi riferimenti). Ciò non toglie che dalla persona che ne fa richiesta possono essere pretesi alcuni sacrifici. Tuttavia, essa non deve per questo ridursi a uno stato di indigenza né può essere tenuta a procurarsi i mezzi necessari per il processo a detrimento di altri obblighi urgenti (cfr. sentenza del Tribunale delle assicurazioni U 356/02 del 7 luglio 2003). Per ammettere il bisogno ai fini processuali è sufficiente che l'istante non disponga di mezzi superiori a quelli necessari per fare fronte al mantenimento normale della famiglia. Nell'ambito di questo esame non è da considerarsi unicamente la situazione di reddito, ma globalmente l'intera situazione finanziaria e patrimoniale (cfr. sentenza del Tribunale federale delle assicurazioni B 45/05 del 13 aprile 2006 consid. 7.2.1 e 7.2.2). Va peraltro ricordato che prima di potere chiedere l'assistenza giudiziaria dallo Stato, la persona interessata, nel limite dell'esigibile (la giurisprudenza federale garantendo una riserva di soccorso ["Notgroschen"]), deve di principio attingere alla propria sostanza (v. pure DTF 119 la 11 sull'esigibilità, per il richiedente, di gravare un immobile e di assumersi un [ulteriore] debito ipotecario). Ora, nel caso concreto il ricorrente non ha né debitamente compilato il formulario "Gratuito patrocinio" sottopostogli da questo Tribunale (v. doc. TAF 5 nel quale è stata lasciata in bianco segnatamente tutta la parte concernente la sostanza [oltre che quella concernente le spese mensili]) né prodotto un documento suscettibile di dimostrare, con il necessario grado della

verosimiglianza, il suo stato d'indigenza. Da quanto esposto, consegue che l'insorgente deve sopportare le conseguenze della mancata dimostrazione dello stato di bisogno – ossia del fatto che non possiede sufficienti mezzi per pagare le spese processuali, peraltro limitate a soli fr. 400.--, inerenti alle presente procedura ricorsuale – di modo che la sua domanda d'assistenza giudiziaria, nel senso della dispensa dalle spese processuali, è respinta.

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

(dispositivo alla pagina seguente)

Per questi motivi, il Tribunale amministrativo federale pronuncia:

1.

Il ricorso è respinto.

2.

La domanda d'assistenza giudiziaria, nel senso della dispensa dal versamento delle spese processuali, è respinta.

3.

Le spese processuali, di fr. 400.--, sono poste a carico del ricorrente.

4.

Non si attribuiscono spese ripetibili.

5.

Comunicazione a:

– rappresentante del ricorrente (Atto giudiziario)

– 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: