



---

Corte III  
C-5959/2008  
{T 0/2}

## Sentenza dell'8 dicembre 2010

---

Composizione

Giudici: Francesco Parrino (presidente del collegio),  
Vito Valenti, Madeleine Hirsig;  
Cancelliere: Dario Croci Torti

---

Parti

A. \_\_\_\_\_,  
patrocinato dallo Studio legale Barsi & Papadia,  
viale O. Quarta 16, IT-73100 Lecce,  
ricorrente,

contro

**Ufficio dell'assicurazione per l'invalidità per gli  
assicurati residenti all'estero UAIE,**  
avenue Edmond-Vaucher 18, casella postale 3100,  
1211 Ginevra 2,  
autorità inferiore.

---

Oggetto

Assicurazione invalidità (decisione del 4 agosto 2008)

**Fatti:****A.**

A.\_\_\_\_\_, cittadino italiano, nato il \_\_\_\_\_, ha lavorato in Svizzera dal 1977 al 1986, solvendo regolari contributi all'assicurazione svizzera per la vecchiaia, i superstiti e l'invalidità durante tale periodo (doc. 1). Dopo il rimpatrio, ha continuato a svolgere un'attività lucrativa regolare come bracciante agricolo fino al febbraio 2007, quando si è definitivamente ritirato dal lavoro in seguito ad un infortunio (doc. 20). In data 19 giugno 2007, A.\_\_\_\_\_ ha formulato una domanda volta al conseguimento di una rendita dell'assicurazione svizzera per l'invalidità (doc. 2).

**B.**

Il richiedente è stato visitato il 9 luglio 2007 presso i servizi medici dell'Istituto nazionale della previdenza sociale (INPS) di Casarano, ove il medico incaricato ha evidenziato la diagnosi di esiti di recente (febbraio 2007) trauma toracico chiuso con fratture multiple a sinistra, emotorace a sinistra, contusione polmonare consensuale, fratture delle apofisi traverse L1-L2-L3, esiti frattura omero sinistro (1987), ipertensione arteriosa" e ha posto un tasso d'invalidità del 50% (doc. 17).

Sono stati esibiti diversi documenti oggettivi e, segnatamente (fra quelli posteriori al febbraio 2007, data dell'infortunio e della cessazione dell'attività lucrativa):

- un estratto di una cartella clinica relativa al ricovero dal 26 febbraio al 10 marzo 2007 per fratture costali multiple a sinistra, emotorace a sinistra, contusione polmonare, fratture delle apofisi traverse L1-L2-L3 (doc. 12);
- i risultati di diversi esami radiografici e di tomografia assiale computerizzata effettuati subito dopo l'incidente del 26 febbraio 2007; la cartella clinica completa della degenza menzionata (doc. 25, 26);
- referti radiografici del torace del 21 marzo 2007, della colonna lombosacrale del 2 aprile 2007 (doc. 13, 14); un'ecografia dell'addome superiore del 29 giugno 2007 (doc. 16).

**C.**

Nella relazione del 30 gennaio 2008, il Dott. Kristol, medico dell'Ufficio dell'assicurazione per l'invalidità per gli assicurati residenti all'estero (UAIE) ha proposto di fare eseguire un esame ortopedico completo e di aggiornare la situazione sanitaria (doc. 29).

L'INPS ha segnatamente prodotto, oltre a documentazione già versata ad atti:

- un referto radiografico della colonna lombosacrale e dorsale del 30 luglio 2007 (doc. 52);
- un rapporto di esame audiologico del 30 ottobre 2007 (doc. 53); un referto Rx dell'omero sinistro del 10 dicembre 2007 (doc. 54);
- una relazione di visita ortopedica del 23 aprile 2008 (doc. 55);
- una perizia medica particolareggiata allestita presso l'INPS il 4 aprile 2008 attestante esiti di frattura delle apofisi traverse di L1-L2-L3 a scarsa incidenza funzionale, ipertensione arteriosa con lieve iniziale interessamento miocardico ed un tasso d'invalidità del 50% (doc. 56);
- un rapporto d'esame ecocardiografico del 6 luglio 2007 (doc. 57).

**D.**

Nel rapporto del 4 giugno 2008, il Dott. Kristol ha affermato che il richiedente avrebbe potuto riprendere, sei mesi dopo l'infortunio, il suo precedente lavoro di bracciante agricolo (doc. 59).

L'amministrazione ha aderito al parere del proprio sanitario ed un progetto di decisione comportante il diniego di prestazioni è stato inviato il 6 giugno 2008 al Patronato ENCAL di Patù, già regolare rappresentante di A.\_\_\_\_\_ (doc. 60).

L'interpellato, rappresentato dallo studio legale Barsi & Papadia di Lecce, con scritto del 26 giugno 2008, ha confermato la sua richiesta di prestazioni. Produce documentazione già ad atti. Esibisce inoltre un certificato medico di data illeggibile a cura del Dott. Zippo attestante cardiopatia ipertensiva, sindrome vertiginosa, cefalea, sindrome depressiva persistente con turbe della memoria, poliartrosi, esiti di pleurite con bronchite cronica, faringite e rinite croniche, esiti di pluritrauma, obesità, steatosi epatica (doc. 78).

Ricevute le osservazioni, l'amministrazione ha sottoposto gli atti al Dott. Kristol, il quale, nella sua relazione del 29 luglio 2008, si è riconfermato nelle sue precedenti considerazioni (doc. 101).

Mediante decisione del 4 agosto 2008, l'UAIE ha respinto la richiesta di prestazioni assicurative.

#### **E.**

Con il ricorso depositato il 15 settembre 2008, A.\_\_\_\_\_, rappresentato dallo studio legale menzionato, chiede, sostanzialmente, l'annullamento del summenzionato provvedimento amministrativo e, di conseguenza, il riconoscimento del suo diritto a prestazioni assicurative. Produce solo documenti già ad atti.

Nelle sue osservazioni ricorsuali del 9 gennaio 2009, l'UAIE ha proposto la reiezione del gravame con argomenti di cui, per quanto occorra, si riferirà nei considerando in diritto del presente giudizio.

Con ordinanza del 19 gennaio 2009, la parte ricorrente è stata inviata a voler presentare una replica alle osservazioni dell'amministrazione. L'interpellata non ha esercitato tale facoltà entro il termine impartito.

#### **F.**

Con decisione incidentale del 24 aprile 2009, il Tribunale amministrativo federale (TAF) ha invitato la parte ricorrente a versare un anticipo di Fr. 300.-, corrispondente alle presunte spese processuali. Detto anticipo è stato versato il 25 maggio 2009.

### **Diritto:**

#### **1.**

Riservate le eccezioni di cui all'art. 32 della legge del 17 giugno 2005 sul Tribunale amministrativo federale (LTAF, RS 173.32), il TAF giudica, in virtù dell'art. 31 LTAF, i ricorsi contro le decisioni ai sensi dell'art. 5 della legge federale del 20 dicembre 1968 sulla procedura amministrativa (PA, RS 172.021) emanate dalle autorità menzionate all'art. 33 LTAF. In particolare, le decisioni rese dall'UAIE concernenti l'assicurazione per l'invalidità possono essere portate innanzi al TAF conformemente all'art. 69 cpv. 1 lett. b della legge federale del 19 giugno 1959 sull'assicurazione per l'invalidità (LAI, RS 831.20).

## **2.**

**2.1** In virtù dell'art. 3 lett. d<sup>bis</sup> 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 LAI le disposizioni della LPGA sono applicabili all'assicurazione per l'invalidità (art. 1a-26<sup>bis</sup> e 28-70), sempre che la presente legge non preveda espressamente una deroga.

**2.2** Secondo l'art. 59 LPGA ha diritto di ricorrere chiunque è toccato dalla decisione o dalla decisione su opposizione ed ha un interesse degno di protezione al suo annullamento o alla sua modificazione. Queste condizioni sono adempiute nella specie.

**2.3** Il ricorso è tempestivo e rispetta i requisiti minimi prescritti dalla legge (art. 60 LPGA e 52 PA). L'interessato ha versato l'anticipo corrispondente alle presunte spese processuali di Fr. 300.-, entro il termine impartito. Il gravame è dunque ammissibile, nulla ostando all'esame del merito dello stesso.

## **3.**

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

**3.2** 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 (DTF 130 V 257 consid. 2.4).

**3.3** 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.

#### **4.**

Relativamente al diritto applicabile, deve essere ancora precisato che, a partire dal 1° gennaio 2008, la presente procedura è retta dalla LAI nel suo tenore modificato il 6 ottobre 2006 (V revisione), ritenuto tuttavia il principio secondo il quale le norme applicabili sono quelle in vigore al momento in cui dei fatti giuridicamente rilevanti si sono verificati (DTF 130 V 445 consid. 1.2). Ne consegue che, il diritto alla rendita si esamina fino al 31 dicembre 2007 alla luce delle precedenti norme e, a partire da quella data, secondo le nuove disposizioni.

#### **5.**

Il ricorrente ha presentato la domanda di rendita il 19 giugno 2007. In deroga all'art. 24 LPGa, l'art. 48 cpv. 2 LAI (nel suo tenore in vigore fino al 31 dicembre 2007) precisa che, se l'assicurato si annuncia più di dodici mesi dopo la nascita del diritto, le prestazioni possono essere assegnate soltanto per i 12 mesi precedenti la richiesta. In concreto, lo scrivente Tribunale amministrativo federale può quindi limitarsi ad esaminare se il ricorrente avesse diritto ad una rendita il 19 giugno 2006 (ossia 12 mesi precedenti la presentazione della domanda), oppure se un diritto alla rendita sia sorto tra tale data ed il 4 agosto 2008, data dell'impugnata decisione. Il giudice delle assicurazioni sociali analizza, infatti, la legalità della decisione impugnata, in generale, secondo lo stato di fatto esistente al momento in cui la decisione in lite è stata resa (DTF 130 V 445 consid. 1.2 e 1.2.1).

**6.**

Per avere diritto ad una rendita dell'assicurazione invalidità svizzera, ogni richiedente deve adempiere cumulativamente le seguenti condizioni:

- essere invalido ai sensi della legge svizzera;
- aver versato contributi all'AVS/AI svizzera per un anno (art. 36 LAI nel tenore in vigore fino al 31 dicembre 2007). A partire dal 1° gennaio 2008, è tuttavia necessario avere versato contributi durante almeno 3 anni (art. 36 LAI nel tenore modificato il 6 ottobre 2006 ). A tal fine è possibile prendere in considerazione anche i contributi versati ad un'assicurazione sociale assimilata di uno Stato membro dell'Unione europea (UE) o dell'Associazione europea di libero scambio (AELS), a condizione che almeno un anno di contributi sia registrato all'AVS/AI svizzera (FF 2005 p. 4065; art. 45 del regolamento 1408/71).

Nella specie, il ricorrente ha versato contributi all'AVS/AI svizzera per un periodo superiore ai tre anni. Pertanto, l'interessato adempie la condizione della durata minima di contribuzione, alla quale la legge subordina l'erogazione di una rendita. Rimane ora da esaminare se sia invalido ai sensi di legge.

**7.**

**7.1** In base all'art. 8 LPGA è considerata invalidità l'incapacità al guadagno totale o parziale presumibilmente permanente o di lunga durata. L'art. 4 LAI precisa che l'invalidità può essere conseguente ad infermità congenita, malattia o infortunio; il cpv. 2 della stessa norma stabilisce che l'invalidità è considerata insorgere quando, per natura e gravità, motiva il diritto alla singola prestazione.

**7.2** L'assicurato ha diritto ad una rendita intera se è invalido per almeno il 70%, a tre quarti di rendita se è invalido per almeno il 60%, ad una mezza rendita se è invalido per almeno la metà e ad un quarto di rendita se è invalido per almeno il 40% (art. 28 cpv. 1 LAI; art. 28 cpv. 2 LAI a partire dal 1° gennaio 2008). In seguito all'entrata in vigore dell'Accordo bilaterale, la limitazione prevista dall'art. 28 cpv. 1<sup>ter</sup> LAI (art. 29 cpv. 4 a partire dal 1° gennaio 2008), secondo il quale le rendite per un grado d'invalidità inferiore al 50% sono versate solo ad assicurati che sono domiciliati e dimorano abitualmente in Svizzera

(art. 13 LPGA), non è più applicabile quando l'assicurato è cittadino svizzero o dell'UE e vi risiede.

**7.3** Il diritto alla rendita, secondo l'art. 29 cpv. 1 LAI, nasce, al più presto, nel momento in cui l'assicurato presenta un'incapacità permanente di guadagno pari almeno al 40% (lettera a), oppure quando egli è stato per un anno e senza notevoli interruzioni, incapace al lavoro per almeno il 40% in media (lettera b). La prima lettera si applica allorché lo stato di salute dell'assicurato si è stabilizzato; la seconda se lo stato di salute è labile, vale a dire suscettibile di evolvere verso un miglioramento od un peggioramento (DTF 121 V 264, 111 V 21 consid. 2b). A partire dal 1° gennaio 2008, l'art. 28 cpv. 1 LAI stabilisce che l'assicurato ha diritto ad una rendita alle seguenti condizioni: a. la sua capacità di guadagno o la sua capacità di svolgere le mansioni consuete non può essere ristabilita, mantenuta o migliorata mediante provvedimenti d'integrazione ragionevolmente esigibili; b. ha avuto un'incapacità di lavoro (art. 6 LPGA) almeno del 40% in media durante un anno senza notevole interruzione; e c. al termine di questo anno è invalido almeno al 40%.

**7.4** Per incapacità al lavoro s'intende qualsiasi incapacità, totale o parziale, derivante da un danno alla salute fisica, mentale o psichica di compiere un lavoro ragionevolmente esigibile nella professione o nel campo di attività abituale. In caso d'incapacità al lavoro di lunga durata possono essere prese in considerazione anche le mansioni esigibili in un'altra professione o campo d'attività (art. 6 LPGA). L'incapacità al guadagno è definita all'art. 7 LPGA e consiste nella perdita, totale o parziale, della possibilità di guadagno sul mercato del lavoro equilibrato che entra in considerazione, provocata da un danno alla salute fisica, mentale o psichica e che perdura dopo aver sottoposto l'assicurato alle cure ed alle misure d'integrazione ragionevolmente esigibili. Per valutare la presenza di un'incapacità al guadagno sono considerate esclusivamente le conseguenze del danno alla salute; inoltre, sussiste un'incapacità al guadagno soltanto se essa non è obiettivamente superabile (art. 7 cpv. 2 LPGA nel suo nuovo tenore dal 1° gennaio 2008).

## **8.**

**8.1** Dopo il rimpatrio, l'interessato ha regolarmente lavorato come bracciante agricolo fino al 26 febbraio 2007, quando ha subito un

infortunio politraumatico (caduta da un albero). Da allora non ha più ripreso attività lucrativa.

**8.2** La nozione d'invalidità di cui all'art. 4 LAI e 8 LPGA è di carattere giuridico economico, non medico (DTF 116 V 249 consid. 1b). In base all'art. 16 LPGA, applicabile per il rinvio dell'art. 28 cpv. 2 LAI (art. 28a cpv. 1 a partire dal 1° gennaio 2008), 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). In altri termini l'assicurazione svizzera per l'invalidità risarcisce soltanto la perdita economica che deriva da un danno alla salute fisica o psichica dovuto a malattia o infortunio, non la malattia o la conseguente incapacità lavorativa (metodo generale del raffronto dei redditi).

**8.3** In carenza di documentazione economica, la documentazione medica costituisce un importante elemento di giudizio per determinare quali lavori siano ancora esigibili dall'assicurato, ma non spetta al medico graduare il tasso d'invalidità dell'assicurato (DTF 114 V 314). Infatti, per costante giurisprudenza le certificazioni mediche possono costituire importanti elementi d'apprezzamento del danno invalidante, allorché permettono di valutare l'incapacità lavorativa e di guadagno dell'interessato in un'attività da lui ragionevolmente esigibile (DTF 115 V 134 consid. 2, 114 V 314 consid. 3c).

**8.4** Inoltre, perché un rapporto medico abbia valore probatorio è determinante che esso valuti ed esamini in maniera completa i punti litigiosi, si fondi su degli esami approfonditi, prenda conto di tutte le affezioni di cui si lamenta l'assicurato, sia stabilito in piena conoscenza dei suoi antecedenti (anamnesi) e sia chiaro nell'esposizione delle correlazioni mediche o nell'apprezzamento della situazione medica; le conclusioni dell'esperto devono inoltre essere motivate (DTF 125 V 352, 122 V 160).

## **9.**

**9.1** Nel caso in esame, in sede d'istruttoria, è stata sostanzialmente evidenziata la diagnosi di esiti di frattura (febbraio 2007) delle apofisi traverse di L1-L2-L3 a scarsa incidenza funzionale e di emotorace

sinistro da contusione polmonare, esiti remoti di frattura dell'omero sinistro (1987), ipertensione arteriosa (cfr. E 213, perizie mediche particolareggiate del 9 luglio 2007 e del 4 aprile 2008, doc. 17, 56). Il Dott. Zippo, autore del certificato medico esibito in sede di audizione attesta anche sindrome vertiginosa, cefalea, turbe della memoria con sindrome depressiva, bronchite cronica con pleurite, faringite, rinite, steatosi epatica. Nessuna di queste patologie è sorretta da un esame clinico oggettivo. Solo gli esiti del politrauma avvenuto nel febbraio 2007, l'obesità e delle turbe cardiologiche (cfr. ecocardiogramma del 6 luglio 2007) sono documentati.

**9.2** Giova ricordare che le affezioni in oggetto debbono, dal profilo giuridico, essere esaminate alla luce dell'art. 29 cpv. 1 lett. b LAI (nella versione in vigore fino al 31 dicembre 2007). Trattasi, infatti, di malattie che, per costante giurisprudenza, sono da configurare non già di carattere permanente (cioè di natura consolidata o irreversibile), bensì patologico-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 d'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 del 40% almeno durante un anno.

## **10.**

**10.1** Per quanto concerne le conseguenze invalidanti delle menzionate affezioni, il servizio medico dell'INPS (perizie particolareggiate, E 213, del 9 luglio 2007 e 4 aprile 2008) pone un tasso d'invalidità del 50%. Nel primo esame si menziona che l'interessato sarebbe in grado di svolgere solo attività leggere. Nel secondo esame, invece, il medico incaricato precisa che l'assicurato è in grado di svolgere per 5 ore almeno il suo precedente lavoro e che, in ogni caso, potrebbe essere riadattato in un altro lavoro più adeguato che potrebbe svolgere al 100% (cfr. cifre 9 e 11.4 delle rispettive perizie).

Dal canto suo, il Dott. Kristol, medico dell'UAIE, ritiene che dopo un ragionevole periodo di convalescenza di 6 mesi dall'incidente,

l'interessato avrebbe potuto riprendere il suo precedente lavoro in misura ben superiore al 60% (doc. 89, 101).

**10.2** L'assicurato è portatore di una patologia ortopedica di scarsa rilevanza invalidante, come è peraltro ammesso dal medico dell'INPS nella seconda perizia del 4 aprile 2008. L'esame svolto dallo specialista ortopedico (doc. 55) rileva un rachide lombare riferito spinalgico con contrattura della muscolatura paravertebrale, limitazione della flessione solo ai gradi estremi per riferita dolenzia; ROT presenti e validi ai 4 arti, non segni di ipototrofia della muscolatura degli arti. I referti oggettivi (radiologia) menzionano gli esiti della frattura dell'apofisi traversa sinistra di L1, L2, L3 e spianamento della lordosi lombare con dorso e lomboartrosi osteofitica ed una discreta osteoporosi; un avvallamento delle limitanti superiori di L1, L2, L3 ed L4. Dal lato polmonare (emotorace sinistro con contusione polmonare), l'evento traumatico è stato severo, ma anche in questo caso non vi sono più complicazioni.

In sostanza dunque, come lo rileva pure il secondo medico dell'INPS, il paziente si è ben rimesso dall'infortunio subito nel febbraio 2007. Un'assenza dal lavoro sarebbe stata giustificata per un periodo di al massimo 6 mesi. La frattura all'omero risale al 1987 e non ha impedito il normale proseguimento del lavoro per l'insorgente.

Sono stati registrati anche dei problemi cardiocircolatori. L'ecocardiogramma del 6 luglio 2007 (doc. 57) rivela che il bulbo aortico è dilatato e mostra una lieve insufficienza mitralica. Trattasi di un inizio di una patologia cardiaca, senza significato valetudinario, ma che deve essere adeguatamente seguita e curata.

Per il resto, l'interessato, si presenta in condizioni di salute generali ancora buone, ogni altro organo ed apparato essendo indenne da patologie.

**10.3** Per quanto attiene al certificato del Dott. Zippo, prodotto in sede di audizione, dottrina e giurisprudenza raccomandano prudenza nel basarsi su certificazioni redatte da medici stranieri, siccome, da un lato, un apprezzamento espresso con cognizione di causa presuppone, evidentemente, una buona conoscenza del diritto svizzero delle assicurazioni sociali e, dall'altro, le basi di valutazione all'estero sono spesso diverse da quelle conosciute in Svizzera (cfr. P. OMLIN, Die Invalidität in der obligatorischen Unfallversicherung,

Friburgo 1995, p. 296 e seg.). Si deve, quindi, ammettere che al rapporto stilato dal Dottor Zippo non può venir riconosciuto il necessario valore probante richiesto per vagliare la lite soprattutto per quanto riguarda la fissazione del grado di inabilità lavorativa (cfr. DTF 122 V 160 consid. 1c e riferimenti menzionati). Peraltro, questo referto si limita ad elencare una serie di diagnosi senza apportare referti oggettivi a sostegno di quanto esposto.

Va inoltre osservato che la parte ricorrente, con il gravame, non ha prodotto documentazione atta a censurare con referti adeguati la valutazione esposta dal medico dell'UAIE.

**10.4** Il collegio giudicante, sulla scorta dei pareri del medico dell'UAIE, ritiene che un'incapacità di lavoro può essere riconosciuta solo per un periodo manifestamente inferiore a un anno. Dopo un periodo di convalescenza, A.\_\_\_\_\_ avrebbe potuto riprendere, a tempo pieno, oppure in misura in ogni caso superiore al 60%, la sua precedente attività di bracciante agricolo, astenendosi dagli incarichi più gravosi o pericolosi.

## **11.**

**11.1** In queste circostanze il ricorso deve essere respinto e l'impugnata decisione confermata.

**11.2** Le spese processuali, ammontanti a Fr. 300.-, sono poste a carico del ricorrente e vengono compensate con l'anticipo già versato di Fr. 300.-.

**11.3** Visto l'esito del ricorso, non vengono riconosciute indennità per spese ripetibili.

Per quel che concerne l'UAIE, le autorità federali non hanno diritto ad un'indennità a titolo di ripetibili (art. 7 cpv. 3 del regolamento del 21 febbraio 2008 sulla tasse e sulle spese ripetibili nelle cause dinanzi al Tribunale amministrativo federale [TS-TAF, RS 173.320.2]).

**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. Esse sono computate con l'anticipo spese di Fr. 300.-.

**3.**

Comunicazione a:

- rappresentante del ricorrente (raccomandata A/R)
- autorità inferiore (n. di rif.)
- Ufficio federale delle assicurazioni sociali, Berna

Il presidente del collegio:

Il cancelliere:

Francesco Parrino

Dario Croci Torti

**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: