



Corte III
C-6166/2008
{T 0/2}

Sentenza del 18 novembre 2010

Composizione

Giudici Vito Valenti (presidente del collegio),
Francesco Parrino e Franziska Schneider,
cancelliera Marcella Lurà.

Parti

A. _____,
patrocinato dall'avvocato Luigi Potenza,
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
19 agosto 2008).

Fatti:**A.**

A._____, cittadino italiano, nato il (...), ha lavorato in Svizzera dall'ottobre del 1969 al settembre del 1985, solvendo contributi all'assicurazione svizzera per la vecchiaia, i superstiti e l'invalidità durante tale periodo (doc. 1). Rientrato in Italia, da gennaio del 1986 ha svolto attività lucrativa come meccanico d'auto in proprio in ragione di 48 ore alla settimana. Ha poi ridotto le ore lavorative settimanali a 25 da agosto del 2003 e a 10 da gennaio del 2005 (doc. 6, 7 e 119). Il 28 maggio 2004, ha formulato una richiesta volta all'ottenimento di una rendita dell'assicurazione svizzera per l'invalidità (doc. 2).

B.

Il 17 giugno 2005, l'Ufficio dell'assicurazione per l'invalidità per gli assicurati residenti all'estero (UAIE) ha respinto la domanda di rendita (doc. 40). L'opposizione interposta dall'interessato è stata respinta con decisione del 26 gennaio 2006 (doc. 45). L'8 luglio 2007, il Tribunale amministrativo federale ha parzialmente accolto il ricorso del 20 febbraio 2006, annullato la decisione su opposizione del 26 gennaio 2006 e rinviato gli atti di causa all'UAIE affinché detto Ufficio procedesse al completamento dell'istruttoria relativamente alla situazione medica dell'interessato (con perizia ortopedica/neurologica, cardiologica, pneumologica ed ogni altro esame che dovesse rendersi necessario) e pronunciasse una nuova decisione (doc. 54).

C.

C.a Il 16 novembre 2007, l'autorità inferiore ha chiesto all'interessato di far pervenire tutta la documentazione medica disponibile da agosto del 2003 (doc. 59).

C.b Dalle carte processuali risultano essere stati prodotti i seguenti documenti:

- documenti medici di data intercorrente da febbraio 2004 a dicembre 2007 (doc. 63 a 91 e doc. 106);
- la comunicazione del 4 marzo 2008 dell'Istituto nazionale della previdenza sociale (INPS) di B._____, secondo cui è stato erogato in favore dell'interessato un assegno d'invalidità a

decorrere dal 1° aprile 2007, unitamente ai formulari per la dichiarazione dei redditi per gli anni dal 2004 al 2007 (doc. 117);

- il questionario per l'assicurato del 21 maggio 2008, nel quale l'interessato ha affermato di continuare a svolgere un'attività lucrativa, seppure ridotta, come meccanico d'auto (doc. 119).

C.c L'11 dicembre 2007, l'UAIE ha conferito l'incarico al Centro di perizie mediche (CEMed/Comai) di C._____ di sottoporre l'interessato ad una perizia pluridisciplinare (doc. 93; v. anche rapporto del 7 dicembre 2007 del dott. D._____, medico dell'UAIE; doc. 92).

C.d Nella perizia pluridisciplinare del 2 maggio 2008 del CEMed (consecutiva ad esami del 26, 27 e 28 febbraio 2008), i periti hanno posto la diagnosi di lombalgie e cervicalgie croniche, tendinopatia bilaterale della cuffia dei rotatori, contusione al piatto tibiale e lesione al menisco del ginocchio destro a seguito di una caduta nel febbraio del 2008, asma bronchiale trattata e stabilizzata, sindrome delle apnee ostruttive ed ipoapnee del sonno di grado moderato non in trattamento e cardiopatia ipertensiva con coronarie sane. Gli stessi hanno concluso che l'interessato presenta, a decorrere dal 2004, una capacità lavorativa dell'80% (lavoro a tempo pieno con limitazione del rendimento del 20%) nella sua precedente attività di meccanico e del 100% in un'attività confacente al suo stato di salute (segnatamente lavoro leggero, che consenta l'alternanza di posizioni [doc. 124]).

C.e Nel suo rapporto del 4 giugno 2008, il dott. D._____, medico dell'UAIE, specialista in medicina interna, ha rilevato che il rapporto peritale del 2 maggio 2008 è da considerarsi conforme ai criteri di una perizia neutrale specialistica. Ha in particolare confermato una capacità lavorativa dell'80%, a decorrere dal 2004, nella precedente professione di meccanico e del 100% in un'attività confacente allo stato di salute (quale ad esempio operaio specializzato/manovale in un'azienda/fabbrica, portinaio/custode di un cantiere, sorvegliante di parcheggio/museo, magazziniere [doc. 144]).

D.

Il 6 giugno 2008, l'autorità inferiore, mediante progetto di decisione, ha comunicato all'assicurato 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. 145).

E.

Il 25 giugno 2008, l'interessato ha presentato le sue osservazioni al progetto di decisione del 6 giugno 2008. Ha fatto valere, da un lato, che le patologie di cui è affetto gli consentono di svolgere la sua precedente attività solamente nella misura di un'ora al giorno, con conseguente e rilevante riduzione del reddito da Euro 5'861 nel 2003 a Euro 1'716 nel 2006. Ha indicato, dall'altro lato, di essere stato riconosciuto invalido nella misura del 70% dalle autorità italiane (doc. 149; v. anche doc. 56 [sentenza del Tribunale di E._____ del 24 ottobre 2007 e relazione di consulenza tecnica del dott. F._____ del 2 ottobre 2007]).

F.

Nel suo rapporto del 6 agosto 2008, il dott. D._____ ha rilevato che la citata documentazione non comporta alcun nuovo elemento clinico tale da giustificare una modifica della valutazione peritale del maggio 2008 del CEMed. Le problematiche evocate nella relazione del dott. F._____ del 2 ottobre 2007 sono state esaminate e valutate compiutamente nella perizia pluridisciplinare del maggio 2008. Il dott. D._____ ha quindi confermato la sua precedente valutazione (doc. 151).

G.

Il 19 agosto 2008, l'autorità inferiore ha respinto la domanda di prestazioni dell'assicurazione svizzera per l'invalidità. Ha osservato che l'interessato 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 l'esercizio dell'attività di meccanico in proprio è da considerare esigibile in misura sufficiente per escludere il diritto ad una rendita. L'autorità inferiore ha altresì rilevato che la documentazione medica prodotta successivamente al progetto di decisione non comporta nuovi elementi di rilievo. Ha pure sottolineato che l'assicurazione svizzera per l'invalidità non è vincolata dal fatto che l'interessato è stato riconosciuto quale invalido in Italia (doc. 152).

H.

Il 23 settembre 2008, l'interessato ha interposto ricorso dinanzi al Tribunale amministrativo federale contro la decisione dell'UAIE del

19 agosto 2008 mediante il quale ha chiesto, sostanzialmente, il riconoscimento del suo diritto ad una rendita dell'assicurazione svizzera per l'invalidità a decorrere da maggio del 2004 (data della richiesta volta all'ottenimento di una rendita). Si è doluto di un'insufficiente motivazione della decisione impugnata – in ordine al parametro adottato per determinare la riduzione della capacità di guadagno rispettivamente la percentuale di riduzione ritenuta – che non gli ha consentito di esercitare compiutamente il suo diritto di difesa. Ha altresì fatto valere che la motivazione della decisione impugnata è errata nel merito, ritenuto che la stessa non ha, in particolare, tenuto in debita considerazione la motivazione della sentenza di cassazione dell'8 luglio 2007 del Tribunale amministrativo federale (cresciuta incontestata in giudicato), segnatamente del contenuto del suo considerando 8.2. Ha infine sostenuto che le patologie di cui è affetto, in relazione anche alla sua età (58 anni), non gli consentono di svolgere neppure un'attività lucrativa leggera (doc. TAF 1).

I.

L'11 novembre 2008, l'autorità inferiore ha comunicato di rinunciare ad introdurre la risposta al ricorso (doc. TAF 3).

J.

Il 1° dicembre 2008, questo Tribunale ha trasmesso per conoscenza al ricorrente lo scritto dell'autorità inferiore dell'11 novembre 2008 (doc. TAF 4).

K.

Il 17 novembre 2009, il ricorrente ha formulato una domanda d'esame degli atti dell'incarto dell'autorità inferiore (doc. TAF 6).

L.

Il 9 dicembre 2009, questo Tribunale ha trasmesso al ricorrente copia degli atti dell'incarto dell'autorità inferiore (doc. TAF 7).

M.

Nelle osservazioni del 28 gennaio 2010, l'interessato ha ribadito che la discussione del caso in esame non può prescindere dalla sentenza di cassazione resa dal Tribunale amministrativo federale l'8 luglio 2007 (avente autorità di cosa cresciuta in giudicato per mancata impugnazione). Ha fatto valere che la perizia pluridisciplinare (del maggio 2008) non tiene in debita considerazione le risultanze

dell'esame obiettivo e neppure la motivazione della citata sentenza di cassazione del Tribunale amministrativo dell'8 luglio 2007, segnatamente del suo considerando 8.2. Si è infine doluto del fatto che l'autorità inferiore abbia ommesso di effettuare una valutazione del grado d'invalidità secondo il metodo straordinario (doc. TAF 8).

N.

Con provvedimento del 19 febbraio 2010, questo Tribunale ha trasmesso per conoscenza all'autorità inferiore le osservazioni del ricorrente del 28 gennaio 2010 (doc. TAF 9).

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, e per l'esame del diritto eventuale a una rendita, l'applicazione delle nuove norme della 5a revisione della LAI per il periodo dal 1° gennaio al 19 agosto 2008 (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 28 maggio 2004. 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 maggio 2003 (ossia 12 mesi precedenti la presentazione della domanda), oppure se un diritto alla rendita sia sorto tra tale data e il 19 agosto 2008, 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.

Nel gravame il ricorrente rimprovera all'autorità inferiore di non avere sufficientemente motivato la decisione impugnata. La censura appare fondata ove solo si rilevi che dagli atti di causa risulta che l'UAIE non ha trasmesso al ricorrente né la perizia pluridisciplinare del 2 maggio 2008 del CEMed (doc. 124) né le prese di posizione del 4 giugno e 6 agosto 2008 del servizio medico dell'UAIE (doc. 144 e 151), benché avrebbe di principio dovuto provvedervi d'ufficio nel caso di specie. Le considerazioni essenziali di detti documenti non sono peraltro state riportate che in maniera molto sommaria nel progetto di decisione del 6 giugno 2008 e nella decisione del 19 agosto 2008. Al riguardo può essere osservato che non è seriamente ipotizzabile di potere ricorrere con criteri adeguati senza avere almeno conoscenza del contenuto essenziale dei menzionati documenti. A ciò si aggiunga che l'UAIE, rinunciando nel caso di specie a presentare una risposta al ricorso, non ha avviato neppure in procedura ricorsuale alla lacuna informativa del ricorrente concernente i documenti di cui trattasi. Sennonché, il ricorrente, rappresentato da mandatario professionale, ha chiesto e ottenuto da questo Tribunale in sede ricorsuale di avere accesso all'incarto di causa dell'autorità inferiore (doc. TAF 6 e 7). Peraltro, al ricorrente è stata conferita facoltà – sempre in sede di ricorso e dinanzi ad un'autorità, il Tribunale amministrativo federale, che gode di piena cognizione – di pronunciarsi dopo avere preso visione degli atti di causa, segnatamente della perizia pluridisciplinare del maggio 2008 e dei rapporti del servizio medico dell'UAIE di giugno e agosto 2008. Con atto inoltrato il 30 gennaio 2010, quest'ultimo ha fatto uso di tale facoltà (doc. TAF 9), con la conseguenza che la violazione del diritto di essere sentito del ricorrente deve considerarsi siccome sanata in questa sede. In siffatte circostanze, un annullamento della decisione impugnata costituirebbe in ogni caso una vana formalità, ritenuto altresì che la procedura in materia d'assicurazione per l'invalidità è pure retta dai principi della celerità (DTF 126 V 244) e della semplicità (cfr. sentenza del Tribunale federale 9C_162/2007 del 3 aprile 2008 consid. 2.3 e relativi riferimenti).

5.

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 15 anni (doc. 1) e, pertanto, adempie la condizione della durata minima di contribuzione. Rimane ora da esaminare se sia invalido ai sensi di legge.

6.

6.1 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).

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

6.3 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).

6.4 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).

7.

7.1

7.1.1 La nozione d'invalidità di cui all'art. 4 LAI e 8 LPGGA 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 LPGGA, 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).

7.1.2 Nel caso di assicurati attivi, il grado di invalidità deve essere di principio determinato sulla base di un raffronto dei redditi. Tuttavia, se non è possibile determinare o graduare con sicurezza i due redditi di cui si tratta, si deve procedere, ispirandosi al metodo specifico applicabile alla persone non esercitanti attività lucrativa (art. 27 OAI), 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). Questo metodo particolare si applica soprattutto nel caso di lavoratori indipendenti, ove un calcolo sufficientemente sicuro dei redditi da paragonare sia escluso. In siffatte circostanze, l'invalidità viene calcolata secondo le ripercussioni economiche che la riduzione del rendimento esplica sull'attività concreta della persona assicurata. Inoltre, la documentazione medica costituisce un importante elemento di giudizio per determinare quali lavori siano ancora esigibili (cfr. sentenza del Tribunale federale I 781/02 del 31 marzo 2004 consid. 3.4/3.5 e relativi riferimenti). Infine, conformemente ad un principio generale applicabile anche nel diritto delle assicurazioni sociali, all'assicurato incombe l'obbligo di ridurre il danno (DTF 123 V 230 consid. 3c e sentenza del Tribunale federale 8C_103/2008 del 7 gennaio 2009 consid. 5). In virtù di tale obbligo, l'assicurato deve intraprendere tutto quanto è ragionevolmente esigibile per ovviare nel miglior modo possibile alle conseguenze della sua "invalidità", segnatamente mettendo a profitto la sua residua capacità lavorativa, se necessario, in una nuova professione (DTF 113 V 22 consid. 4a e sentenza del Tribunale federale 9C_227/2008 del 22 marzo 2009). Non è quindi dato alcun diritto ad una rendita se la persona interessata dovesse essere in grado di percepire un reddito tale da escluderne l'erogazione (DTF 113 V 22 consid. 4a). Dalla persona assicurata possono tuttavia essere pretesi unicamente provvedimenti esigibili che tengano conto delle circostanze oggettive e soggettive del caso concreto, quali la sua capacità lavorativa residua, le sue ulteriori circostanze personali, l'età, la situazione professionale, i legami presso il luogo di domicilio, il mercato del lavoro equilibrato e la presumibile durata dell'attività lavorativa (DTF 113 V 22 consid. 4a; cfr. pure VSI 2001 pag. 279 consid. 5a/aa e 5a/bb). Ciò premesso, l'esigibilità di un cambiamento di professione va ammessa e anche il

libero professionista può essere trattato, ai fini della valutazione del suo reddito da invalido, come se avesse rinunciato alla propria attività indipendente (sentenza del Tribunale federale I 224/01 del 22 ottobre 2001 consid. 3b/bb). In tal caso per stabilire l'invalidità vengono computate quelle entrate che egli potrebbe percepire tramite un'attività lavorativa dipendente adeguata al danno alla salute (sentenza del Tribunale federale I 543/03 del 27 agosto 2004 consid. 4.2 e 4.3).

7.2 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.

7.3 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).

8.

8.1 Giusta il principio inquisitorio che regge la procedura in materia di assicurazioni sociali (art. 43 LPG), 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).

8.2 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).

8.3 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.

9.

9.1 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).

9.2 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).

9.3 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).

9.4 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).

10.

10.1 Dalla perizia pluridisciplinare del 2 maggio 2008 del CEMed risulta che il ricorrente soffre di lombalgie e cervicalgie croniche, tendinopatia bilaterale della cuffia dei rotatori, contusione al piatto tibiale e lesione al menisco del ginocchio destro a seguito di una caduta nel febbraio del 2008, asma bronchiale trattata e stabilizzata, sindrome delle apnee ostruttive ed ipoapnee del sonno di grado moderato non in trattamento e cardiopatia ipertensiva con coronarie sane (doc. 124).

10.2 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.

11.

11.1 Nella fattispecie in esame, occorre 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.

11.2 Dalle carte processuali emerge che, dopo il rimpatrio, il ricorrente ha ancora esercitato un'attività lucrativa. In particolare, ha

lavorato quale meccanico d'auto in proprio, in ragione di 48 ore alla settimana, dal 1986 al 2003. In seguito, e nonostante le evocate affezioni, ha continuato a svolgere tale attività in ragione di 25 ore alla settimana, fino al gennaio del 2005, allorquando ha ulteriormente ridotto l'attività a 10 ore alla settimana. Nel questionario per l'assicurato del maggio 2008, il ricorrente ha confermato di continuare a svolgere l'attività di meccanico d'auto in proprio, seppure a tempo ridotto (doc. 119).

11.3

11.3.1 Nella perizia pluridisciplinare del 2 maggio 2008 – fondata sul consenso dei medici partecipanti, ossia dei dott. G._____ (specialista in reumatologia), H._____ (specialista in cardiologia), I._____ (specialista in psichiatria-psicoterapia) e J._____ (specialista in pneumologia) – è stato in particolare rilevato che l'insorgente soffre di dolori cervicali, lombari ed alle spalle e presenta una discreta limitazione della mobilità cervicale, un'importante rigidità lombare come pure dei disturbi degenerativi a livello cervicale e lombare. Dai referti degli esami (elettrocardiogramma, test da sforzo ed ecocardiografia) emerge inoltre che il medesimo è affetto segnatamente da cardiopatia ipertensiva in trattamento con ipertrofia ventricolare sinistra moderata, ma con coronarie sane, funzione del ventricolo sinistro normale, assenza di aritmia ed assenza di ischemia del miocardio. Il ricorrente ha un aspetto normale, un atteggiamento collaborante e dimostrativo, espressione emotiva normale, gestualità armoniosa, pensiero, intelligenza e capacità critica normali e non mostra alcun disturbo neurovegetativo e neppure segni depressivi, ansiosi o psicotici. L'asma di cui soffre l'insorgente è lieve, e perfettamente curata, le funzioni polmonari sono normali, la sindrome delle apnee-ipoapnee è di grado moderato e la fatica diurna può trovare la sua spiegazione nel grave russamento notturno. I periti hanno quindi concluso che dal punto di vista cardiologico, psichiatrico e pneumologico può essere ritenuta per il ricorrente una capacità lavorativa completa nell'attività di meccanico d'auto. Per contro, dal punto di vista reumatologico si giustifica un'incapacità lavorativa del 20% nell'attività di meccanico d'auto a decorrere dal 2004 (lavoro a tempo pieno con limitazione del rendimento del 20%). Hanno infine segnalato che con una buona presa a carico attiva e regolare sul piano reumatologico si può sperare in un miglioramento della residua capacità lavorativa quale meccanico d'auto (doc. 124).

11.3.2 Questo Tribunale osserva che la perizia pluridisciplinare del maggio 2008 si fonda su informazioni fornite dalla persona esaminata, sull'esame del quadro clinico, sulle risultanze della visita dell'insorgente nonché sulla documentazione medica agli atti e comporta segnatamente l'anamnesi, informazioni tratte dall'incarto, indicazioni del peritando, risultati d'esame, la diagnosi, la discussione nonché la risposta alle domande poste. Tale rapporto peritale può pertanto essere considerato, come rettamente ritenuto dal dott. D._____, medico dell'UAIE, un mezzo probatorio idoneo per la valutazione dello stato di salute del ricorrente e dell'esigibilità dell'esercizio della precedente attività di meccanico d'auto. Peraltro, le ivi ritenute diagnosi e incapacità lavorativa sono state sottoposte al dott. D._____, il quale nel suo rapporto del 4 giugno 2008 le ha confermate (doc. 144).

11.4 L'insorgente ha certo affermato, in sede di ricorso e di osservazioni, che le affezioni di cui soffre non gli consentono di esercitare una qualsiasi attività lucrativa e giustificano un'invalidità del 100%. Tuttavia, non ha prodotto nuova documentazione medica-specialistica posteriore alla perizia pluridisciplinare del 2 maggio 2008 suscettibile di dimostrare un'incapacità lavorativa nella sua precedente attività – di meccanico d'auto in proprio – superiore a quella del 20% ritenuta dall'UAIE. Giova inoltre rammentare che la relazione di consulenza tecnica del dott. F._____ del 2 ottobre 2007 non convince, la stessa essendo generica, frutto segnatamente di una legislazione che regge le procedure nel Paese d'origine del ricorrente ma non quelle in Svizzera, e basata sull'opinione di un unico medico non specializzato nei singoli ambiti relativi alle affezioni di cui soffre il ricorrente, come invece è il caso dei periti responsabili della perizia del CEMed del 2 maggio 2008.

11.5 Il ricorrente censura altresì il fatto che sia la perizia pluridisciplinare di cui trattasi sia la decisione impugnata fanno astrazione della natura vincolante del considerando 8.2 della sentenza di cassazione del Tribunale amministrativo federale dell'8 luglio 2007.

11.5.1 Questo Tribunale rileva che secondo una costante giurisprudenza, allorché l'autorità di ricorso pronuncia, come nella fattispecie il Tribunale amministrativo federale l'8 luglio 2007, una decisione di cassazione con rinvio degli atti di causa per completamento dell'istruzione e nuova decisione, l'autorità a cui è

stata rinviata la causa, come pure quella che ha reso la decisione di cassazione, deve conformarsi alle istruzioni della sentenza di rinvio. L'autorità inferiore deve, dunque, fondare la sua nuova decisione sui considerandi di diritto contenuti nel giudizio di rinvio. Tale principio, sancito in materia civile nell'abrogato art. 66 cpv. 1 OG, è applicabile anche in assenza di una specifica disposizione e vale, conseguentemente, nelle procedure amministrative in generale (sentenza del Tribunale federale 9C_522/2007 del 17 giugno 2008 consid. 3.1; DTF 117 V 237 consid. 2a). La latitudine di giudizio dell'autorità inferiore è dunque limitata dai motivi della decisione di rinvio, nel senso che tale autorità è vincolata da ciò che è stato già definitivamente deciso dall'autorità di ricorso (DTF 131 III 91 consid. 5.2 e 120 V 233 consid. 1a), come lo è pure l'autorità di ricorso nell'esame del susseguente gravame (sentenza del Tribunale federale 9C_522/2007 del 17 giugno 2008 consid. 3.1).

11.5.2 Con sentenza dell'8 luglio 2007, il Tribunale amministrativo federale ha ordinato all'autorità inferiore di completare l'accertamento dei fatti determinanti relativamente alla situazione medica dell'insorgente (con perizia ortopedica/neurologica, cardiologica, pneumologica) nonché in merito all'attività professionale che il medesimo avrebbe potuto espletare (dal punto di vista medico) a partire dall'agosto del 2003 (cfr. sentenza del Tribunale amministrativo federale C-2668/2008 consid. 9.2). Nel dispositivo della sentenza di questo Tribunale dell'8 luglio 2007 è altresì fatto riferimento unicamente ai motivi di cui al considerando 9.2 della sentenza stessa, di modo che solo essi, in assenza d'impugnazione, assumono carattere vincolante (DTF 120 V 233 consid. 1a). Pertanto, e a prescindere dalla pertinenza o meno della valutazione clinico-lavorativa espressa da questo Tribunale nella medesima sentenza al considerando 8.2, appare chiaro che alle considerazioni contenute in quest'ultimo considerando non può che essere attribuito un valore interlocutorio (di generica riflessione giustificante fra l'altro la sentenza di cassazione), ma non un carattere vincolante nel senso auspicato dal ricorrente, come si trattasse di un punto definitivamente deciso. Basti per convincersene fare riferimento appunto al contenuto del considerando 9.2 della stessa sentenza di rinvio.

11.5.3 Da quanto esposto, consegue che la censura in esame non merita tutela. In effetti, sulla scorta delle risultanze della perizia pluridisciplinare del maggio del 2008, delle valutazioni del dott.

D._____ nonché delle considerazioni che precedono, questo Tribunale non ravvisa alcun serio motivo per scostarsi dall'apprezzamento dell'autorità inferiore secondo cui il ricorrente presenta una residua capacità lavorativa dell'80% nella sua precedente attività di meccanico d'auto in proprio a decorrere dal 2004. In altri termini, il ricorrente non ha subito nel periodo determinante un'incapacità lavorativa media di almeno il 40% durante un anno giusta l'art. 29 cpv. 1 lett. b LAI.

12.

In siffatte circostanze, non soccorre il ricorrente la generica doglianza concernente la mancata applicazione da parte dell'autorità inferiore al suo caso del metodo straordinario per la determinazione del grado d'invalidità. Da un lato, non ha indicato per quale ragione nel caso di specie non si sarebbe, in sostanza, potuto determinare il suo grado d'invalidità secondo il metodo del cosiddetto "Prozentvergleich" (cfr. sulla questione la sentenza del Tribunale federale I 121/03 del 30 ottobre 2003 consid. 2.4 e relativi riferimenti). Dall'altro lato, né nell'ambito della procedura di prima istanza né in sede di ricorso l'insorgente ha mai indicato con la necessaria precisione, tanto meno dimostrato con idonea documentazione, una limitazione superiore al 20% in una specifica attività della sua precedente professione (in percentuale rispetto al totale), tale altresì da comportare una ripercussione economica complessiva uguale o superiore al 40%, in tale contesto non essendo decisivo la sua decisione di ridurre nel tempo il suo orario lavorativo. Occorre altresì rilevare che, per giurisprudenza, allorquando, come nel caso di specie, l'insorgente presenta ancora una residua capacità lavorativa dell'80% nella sua precedente attività di meccanico d'auto in proprio, l'applicazione del metodo straordinario per la determinazione del grado d'invalidità non presuppone né la presa in considerazione dell'età del ricorrente o del mercato equilibrato del lavoro, né un raffronto dei redditi ipotetici o il riferimento a dei redditi comparativi nella medesima professione, né l'esame della fase iniziale dell'attività indipendente in questione, ma il tasso d'incapacità lavorativa corrisponde allora al grado d'invalidità (cfr. sentenza del Tribunale federale 9C_947/2008 del 29 maggio 2009).

13.

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

14.

14.1 Visto l'esito della procedura, le spese processuali, di fr. 300.--, sono poste a carico del ricorrente (art. 63 cpv. 1 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]).

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

(dispositivo alla pagina seguente)

Per questi motivi, il Tribunale amministrativo federale pronuncia:

1.

Il ricorso è respinto.

2.

Le spese processuali, di fr. 300.--, sono poste a carico del ricorrente.

3.

Non si attribuiscono spese ripetibili.

4.

Comunicazione a:

- rappresentante del ricorrente (Raccomandata con avviso di ricevimento)
- autorità inferiore (n. di rif.)
- Ufficio federale delle assicurazioni sociali

Il presidente del collegio:

La cancelliera:

Vito Valenti

Marcella Lurà

Rimedi giuridici:

Contro la presente decisione può essere interposto ricorso in materia di diritto pubblico al Tribunale federale, Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerna, entro un termine di 30 giorni dalla sua notificazione (art. 82 e segg., 90 e segg. e 100 della legge sul Tribunale federale del 17 giugno 2005 [LTF, RS 173.110]). Gli atti scritti devono contenere le conclusioni, i motivi e l'indicazione dei mezzi di prova ed essere firmati. La decisione impugnata e – se in possesso della parte ricorrente – i documenti indicati come mezzi di prova devono essere allegati (art. 42 LTF).

Data di spedizione: