



---

Corte III  
C-625/2008  
{T 0/2}

## **Sentenza del 1° febbraio 2010**

---

Composizione

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

---

Parti

A. \_\_\_\_\_,  
rappresentato dal Patronato INCA, Ufficio legale,  
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  
16 gennaio 2008).

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

A.\_\_\_\_\_, cittadino italiano, nato l(...), coniugato con una figlia, ha lavorato in Svizzera dal 1968 al 2004 (doc. 8), solvendo contributi all'assicurazione svizzera per la vecchiaia, i superstiti e l'invalidità durante tale periodo (doc. 1). Dal 9 gennaio 1978 al 31 gennaio 2004, è stato alle dipendenze della ditta B.\_\_\_\_\_ in qualità di aiuto meccanico/montaggio (doc. 12 e 16), in ragione di 41 ore alla settimana. Ha interrotto il lavoro il 24 ottobre 2003 a seguito di licenziamento per violazione del rapporto di fiducia (ibidem). Rientrato in Italia, non ha più lavorato (doc. 16). Il 28 settembre 2006, ha formulato una richiesta volta all'ottenimento di una rendita dell'assicurazione svizzera per l'invalidità (doc. 2).

**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:

- un referto di risonanza magnetica tomografica triplanare (MRT) (cranio-cerebrale) del 13 febbraio 2002, in cui è posta la diagnosi di emisindrome motoria destra accentuata al braccio (febbraio 2006) ed ipertensione arteriosa, segnalata la presenza di lesioni vascolari ed indicato che l'esame è nella norma (doc. 22);
- un rapporto medico del 27 febbraio 2002, da cui appare che il paziente non è affetto da emorragia cerebrale, lesione tumorale e neppure trombosi della carotide; è stata altresì prescritta l'assunzione di farmaci e consigliata una sonografia dopo uno o due anni (doc. 23);
- un rapporto di visita neurologica del 24 maggio 2004, nel quale è evidenziata la diagnosi di esiti di emisindrome motoria destra accentuata al braccio, lieve ateromasi dei vasi precerebrali ed ipertensione arteriosa; secondo il medico, lo stato di salute del paziente non è peggiorato e lo stesso è in grado di svolgere un'attività lucrativa (alcun lavoro di precisione) (doc. 21);

- un certificato medico (non datato), secondo cui l'interessato, dopo un'inabilità totale al lavoro dal 5 novembre al 31 dicembre 2004, è abile al lavoro a far tempo dal 1° gennaio 2005 (attività che non necessiti di sforzi con il braccio e la mano destra nonché senza lavori di precisione) (doc. 30; v. anche doc. 24);
- i certificati medici del 23 agosto e 19 e 23 settembre 2006 (mal leggibili), da cui appare che il paziente è affetto segnatamente da esiti di emisindrome motoria destra arto superiore da pregresso ictus cerebrale, diminuzione di forza all'arto superiore destro, ipertensione arteriosa, artrosi braccio sinistro, dolore neuropatico arto inferiore destro, sindrome ansioso depressiva (doc. 26, 27 e 28);
- un referto di esame RMN (cerebrale) del 1° agosto 2006 (doc. 28);
- la perizia medica particolareggiata E 213 della previdenza sociale italiana effettuata il 16 gennaio 2007, attestante esiti di pregressa ischemia cerebrale con lieve deficit di forza in arto superiore destro, ipertensione arteriosa in compenso emodinamico; l'interessato è stato ritenuto in grado di svolgere regolari lavori leggeri nonché lavori sostitutivi adeguati al suo stato di salute, ma non il suo ultimo lavoro a tempo pieno. È stato segnalato che l'assicurato è considerato invalido al 55% conformemente alle disposizioni di legge del Paese di residenza sia nella sua precedente attività (tornitore) sia in un'attività sostitutiva adeguata alle sue condizioni (lavoro all'interno, con cambiamento della posizione o sedentario, con pause supplementari e che tenga conto delle seguenti controindicazioni: umidità, freddo, calore, rumori, fumo, gas, vapori, lavoro a turni, lavoro notturno, frequenti flessioni, trasporto e sollevamento di pesi, salita di piani inclinati, scale o scale a pioli, rischio di cadute) (doc. 17);
- il questionario per il datore di lavoro del 23 luglio 2007 (doc. 12);
- il questionario per l'assicurato del 3 settembre 2007 (doc. 16).

**C.**

Nel suo rapporto del 28 ottobre 2007, il dott. C.\_\_\_\_\_ – dopo avere

riassunto il contenuto della documentazione medica agli atti – ha esposto la diagnosi principale di stato dopo attacco cerebrovascolare (2002). Ha pure evidenziato la diagnosi secondaria, con ripercussioni sulla capacità lavorativa, di ipertensione arteriosa. Il medico ha in particolare rilevato che l'assicurato presenta un disturbo al movimento di precisione alla mano destra, ma sensibilità e tono muscolare normali, e che le condizioni di salute del medesimo sono stazionarie dal 2002, ciò che gli consentirebbe ancora d'esercitare un'attività adeguata (ad esclusione di un lavoro di precisione), fra cui, la precedente professione. Dal rapporto neurologico del 2004 risulta altresì che l'interessato è stato ritenuto in grado di svolgere un'attività lucrativa e da un certificato del medico curante emerge che lo stesso è abile al lavoro dal 1° gennaio 2005. Peraltro, l'assicurato non ha mai interrotto il lavoro per motivi di salute. Il formulario E 213 postula certo un'incapacità al lavoro del 55%, ma risulta immotivato. Pertanto, il dott. C.\_\_\_\_\_ ha ritenuto che l'interessato presenta, a far tempo dall'8 aprile 2002, una capacità lavorativa intatta, dunque del 100%, sia nella sua precedente attività sia in un'attività sostitutiva adeguata alle sue condizioni, quale operaio specializzato/manovale in un'azienda/fabbrica/stabilimento, sorvegliante di posteggio/museo (doc. 32).

**D.**

Il 6 novembre 2007, l'autorità inferiore, mediante progetto di decisione, ha comunicato all'assicurato che la richiesta 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. 33), facoltà di cui l'assicurato – dopo avere chiesto e ricevuto gli atti (doc. 34 e 35) – non ha fatto uso.

**E.**

Il 16 gennaio 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 di un'attività lucrativa è da considerare esigibile in misura sufficiente per escludere il diritto ad una rendita (doc. 36).

**F.**

Il 30 gennaio 2008, l'interessato ha interposto ricorso dinanzi al Tribunale amministrativo federale contro la decisione dell'UAIE del 16 gennaio 2008 mediante il quale ha chiesto, sostanzialmente, il riconoscimento del suo diritto ad almeno una mezza rendita d'invalidità a decorrere da settembre del 2005. Ha segnalato che l'emisindrome motoria destra nonché la sindrome depressiva con crisi di panico non gli consentono di svolgere un'attività lucrativa a tempo pieno, neppure una confacente al suo stato di salute. Ha esibito un certificato medico del 15 gennaio 2008 del prof. D.\_\_\_\_\_ (di difficile lettura) (doc. TAF 1).

**G.**

Nella risposta al ricorso del 10 aprile 2008, l'autorità inferiore ha proposto la reiezione del ricorso. Ha altresì segnalato che l'assicurato è stato ritenuto abile al lavoro al 100% nella sua precedente attività in virtù delle risultanze del rapporto del dott. C.\_\_\_\_\_ del 28 ottobre 2007. Il certificato medico del prof. D.\_\_\_\_\_ del 15 gennaio 2008, sovrapponibile a quello del 26 agosto 2006 (doc. 29) già preso in considerazione nell'ambito della procedura anteriore alla decisione impugnata, non apporta pertanto alcuna novità in merito alla situazione valetudinaria dell'assicurato almeno fino alla data della decisione impugnata. Per conseguenza, l'interessato non ha mai subito un'incapacità lavorativa di livello pensionabile (doc. TAF 5).

**H.**

Nella replica dell'8 maggio 2008, il ricorrente ha riconfermato, in virtù della documentazione agli atti, le argomentazioni in fatto e in diritto di cui al ricorso del 30 gennaio 2008. Si è altresì doluto del fatto che, a suo giudizio, il certificato medico del 15 gennaio 2008 non è stato debitamente valutato nella risposta al ricorso (doc. TAF 7).

**I.**

Con decisione incidentale del 14 maggio 2008 (notificata il 15 maggio 2008; doc. TAF 9 [avviso di ricevimento]), questo Tribunale ha invitato il ricorrente a versare, nel termine di 30 giorni dalla notificazione della decisione incidentale medesima, un anticipo di fr. 300.-- a copertura delle presunte spese processuali. L'anticipo è stato versato il 12 giugno 2008 (doc. TAF 8 a 10).

**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 gli assicurati residenti all'estero.

**1.3** 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 cpv. 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 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 LPGGA, le disposizioni della presente legge 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 nel caso in esame, avente per oggetto una domanda del 28 settembre 2006 volta all'ottenimento di una rendita dell'assicurazione svizzera per l'invalidità, 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 per il periodo dal 1° gennaio 2008 al 16 gennaio 2008, data della decisione impugnata che delimita temporalmente il potere cognitivo del giudice, trovano invece applicazione le nuove norme, segnatamente le disposizioni 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, dal momento che è stabilito che la domanda di prestazioni dell'assicurazione per l'invalidità dell'assicurato è stata presentata il 28 settembre 2006, anche il diritto eventuale a una rendita deve essere esaminato alla luce delle disposizioni della LAI in vigore fino al 31 dicembre 2007 (cfr. sentenza del Tribunale federale 8C\_48/2009 del 29 aprile 2009 consid. 4).

**3.3** Il ricorrente ha presentato la richiesta di rendita il 28 settembre 2006. 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 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 settembre 2005 (ossia 12 mesi precedenti la presentazione della domanda), oppure se un diritto alla rendita sia sorto tra tale data e il 16 gennaio 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.**

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, 28a e 29 LAI);
- aver pagato i contributi all'AVS/AI svizzera o ad un'assicurazione sociale assimilata (FF 2005 p. 4065; art. 45 del regolamento 1408/71) di uno Stato membro dell'Unione europea (UE) o dell'Associazione europea di libero scambio (AELS), durante un anno intero (art. 36 cpv. 1 LAI), ferma restando la necessità di un periodo contributivo minimo in Svizzera di un anno (art. 36 cpv. 2 LAI in combinazione con l'art. 29 cpv. 1 LAVS; cfr. DTF 130 V 335 consid. 3 e 4).

Il ricorrente ha versato contributi all'AVS/AI svizzera durante più di tre anni interi in totale e, pertanto, adempie in ogni caso 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 (art. 28 cpv. 2 LAI a partire dal 1° gennaio 2008), 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<sup>ter</sup> LAI (art. 29 cpv. 4 a partire dal 1° gennaio

2008), 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). A partire dal 1° gennaio 2008, l'art. 28 cpv. 1 LAI prevede che l'assicurato ha diritto a una rendita se la sua capacità al guadagno o la sua capacità di svolgere le mansioni consuete non può essere ristabilita, mantenuta o migliorata mediante provvedimenti d'integrazione ragionevolmente esigibili (lettera a), ha avuto un'incapacità al lavoro (art. 6 LPGA) almeno del 40% in media durante un anno senza notevole interruzione (lettera b) e al termine di questo anno è invalido (art. 8 LPGA) almeno al 40% (lettera c).

**5.4** Un'incapacità al lavoro del 20% deve essere presa in considerazione per il calcolo dell'incapacità al lavoro media giusta l'art. 28 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 (art. 28a cpv. 1 LAI 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; 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. L'invalidità dell'assicurato che non esercita un'attività lucrativa, ma svolge le mansioni consuete e dal quale non si può ragionevolmente esigere che intraprenda un'attività lucrativa, è determinata, in deroga all'art. 16 LPGA, in funzione dell'incapacità di svolgere le mansioni consuete (art. 28 cpv. 2<sup>bis</sup> LAI, art. 28a cpv. 1 LAI a partire dal 1° gennaio 2008; metodo specifico). L'art. 27 OAI precisa che per mansioni consuete di una persona senza attività lucrativa occupata nell'economia domestica s'intendono gli usuali lavori domestici, l'educazione dei figli nonché le attività artistiche e di pubblica utilità.

**6.3** Benché l'invalidità sia una nozione economico-giuridica, le certificazioni mediche possono costituire importanti elementi per apprezzare il danno invalidante e per determinare quali lavori siano ancora ragionevolmente esigibili dall'assicurato (DTF 115 V 133 consid. 2 e DTF 114 V 310 consid. 3c).

## 7.

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

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

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

## **8.**

**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. 3a).

**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 esiti di pregressa ischemia cerebrale con lieve deficit di forza in arto superiore destro, ipertensione arteriosa in compenso emodinamico (cfr. perizia medica particolareggiata E 213 del 16 gennaio 2007, doc. 17 pag. 8).

**9.2** Si tratta di affezioni di carattere labile, ossia suscettibili di migliorare o di peggiorare. Ne discende che, in mancanza di uno stato di salute sufficientemente stabilizzato, è inapplicabile la prima lettera dell'art. 29 cpv. 1 LAI (nella versione in vigore fino al 31 dicembre 2007), per cui può entrare in considerazione solo la seconda lettera della citata norma legale, la quale prevede un termine di attesa di un anno. In virtù di tale disposizione, il ricorrente può pretendere una

rendita dell'assicurazione svizzera per l'invalidità solo a partire dal momento in cui ha subito, senza interruzione notevole, un'incapacità lavorativa media di almeno il 40% durante un anno.

## **10.**

**10.1** Occorre quindi determinare se, e a partire da quando, sussista un'incapacità al lavoro del ricorrente rispettivamente un diritto ad una rendita ai sensi delle citate disposizioni di legge.

**10.2** Dalle carte processuali emerge che il ricorrente ha esercitato un'attività lucrativa sino all'ottobre del 2003. In particolare, da gennaio del 1978 è stato alle dipendenze della ditta B.\_\_\_\_\_, come aiuto meccanico, in ragione di 41 ore alla settimana. Ha interrotto il lavoro il 24 ottobre 2003 a seguito di licenziamento (doc. 12 e 16). Dopo il rimpatrio, l'insorgente non ha più lavorato.

## **10.3**

**10.3.1** Nella perizia medica particolareggiata E 213 del 16 gennaio 2007 (doc. 17), l'insorgente è stato ritenuto, per ciò che qui maggiormente interessa, incapace di svolgere a tempo pieno il suo precedente lavoro. ma capace di svolgere regolarmente lavori leggeri (con l'indicazione che nel Paese d'origine è stata ritenuta un'incapacità lavorativa del 55% per qualsiasi attività). Detta valutazione medica non è condivisibile laddove postula un'incapacità lavorativa totale nella precedente attività lavorativa. La stessa risulta in effetti incompatibile, o quantomeno difficilmente compatibile, con la diagnosi accertata d'esiti di pregressa ischemia cerebrale con lieve deficit di forza in arto superiore destro ed ipertensione arteriosa in compenso emodinamico. Inoltre, detta valutazione non è altresì corroborata da riscontri oggettivi né nella citata perizia né in altri documenti medici agli atti, segnatamente da indicazioni precise, affidabili e oggettivabili sull'esistenza di problemi di salute maggiori di quelli ritenuti dal medico dell'UAIE e suscettibili d'incidere significativamente sulla capacità lavorativa del ricorrente nella precedente attività (e/o in eventuali attività sostitutive adeguate). Neppure l'evocata lieve diminuzione di forza all'arto superiore destro ed inferiore sinistro e dei movimenti deficitari – ma arti superiori ed inferiori nella norma, una colonna vertebrale libera nei movimenti, sensibilità e tono muscolare normale, un'andatura normale e condizioni psichiche buone (cfr. perizia particolareggiata E 213 del gennaio 2007, doc. 17 pag. 2 e 5) –

giustificano, secondo il parere del medico dell'UAIE da cui non vi è ragione di scostarsi, delle limitazioni significative nella precedente professione. Peraltro, alcuno dei documenti agli atti attesta che il precedente lavoro dell'insorgente (v. riassunto dei fatti del presente giudizio, lettera A.) comportava necessariamente lavori incompatibili con il suo attuale stato di salute, né il ricorrente ha fornito indizi concreti e verificabili in tal senso in corso di procedura, limitandosi ad affermare che non è in grado di fornire un rendimento completo, neppure in un lavoro confacente leggero.

**10.3.2** Certo, dalla documentazione medica agli atti risulta che l'insorgente soffre di ipertensione arteriosa in trattamento dal 2002 (doc. 22), che il medesimo ha sofferto di un attacco cerebrovascolare con comparsa di emisindrome motoria destra (accentuata all'arto superiore) nel febbraio 2006 (doc. 21), in ragione del quale è stato sottoposto a terapia nonché a controlli (doc. 21 e 23), che lo stesso non presenta emorragia cerebrale, lesione tumorale e neppure trombosi della carotide (doc. 23), che il referto dell'esame cranio-cerebrale è nella norma (doc. 23), che le condizioni di salute del ricorrente dal profilo neurologico sono stabili (doc. 21), che il medesimo presenta difficoltà nei movimenti di precisione nonché diminuzione di forza alla mano destra (doc. 21). Tuttavia, l'insorgente è stato ritenuto in grado di svolgere un'attività lucrativa da uno specialista neurologo che lo ha visitato, il dott. E.\_\_\_\_\_, già nel 2004 (doc. 21). I rapporti neurologici non comportano altresì alcuna indicazione in merito ad una specifica incapacità lavorativa, neppure nella precedente attività. In sede di ricorso, il ricorrente, al di là di mere e generiche affermazioni sul suo stato di salute, non ha prodotto nuova documentazione medica suscettibile di dimostrare la sussistenza della pretesa invalidità. Il certificato medico del 15 gennaio 2008 del prof. D.\_\_\_\_\_, (doc. TAF 1) ripropone, da un lato, le (note) patologie già evidenziate nel suo certificato medico, agli atti, del 29 agosto 2006 (doc. 29). Nella misura in cui tale certificato si riferisce dunque alla nota diagnosi, segnatamente di esiti di emisindrome motoria destra arto superiore destro da pregresso ictus cerebrale nonché ipertensione arteriosa e sindrome ansioso depressiva, non apporta alcun nuovo elemento medico decisivo che non sia già stato valutato dal medico dell'UAIE, suscettibile d'influenzare l'esito della causa nel senso indicato dall'insorgente. Allorché tale certificato fa stato di (nuove) patologie quali artrosi al braccio destro e dolore neuropatico arto inferiore destro, queste non sono corroborate da

riscontri oggettivi nel rapporto medesimo. Inoltre, nessuna indicazione è fornita con riferimento all'eventuale incapacità lavorativa (in percentuale) legata a tali nuove affezioni. Altresì pure la conclusione contenuta nel menzionato certificato del 15 gennaio 2008, secondo cui l'incapacità lavorativa del ricorrente sarebbe del 73%, non trova giustificazione alcuna e si appalesa imprecisa – non è dato sapere se si riferisca ad ogni genere d'attività o solo a quella precedentemente esercitata dal ricorrente – nonché incompatibile sia con il grado l'invalidità (non vincolante per le autorità svizzere) che sarebbe stato ritenuto in Italia né con le conclusioni ricorsuali del ricorrente. In siffatte circostanze ben poteva l'autorità inferiore decidere il caso sulla base della documentazione medica agli atti senza dover procedere d'ufficio ad ulteriori accertamenti, non risultando dalla documentazione sufficienti indizi che potessero giustificare dubbi od incertezze riguardo all'esito della causa.

**10.3.3** Va infine ricordato che, per costante giurisprudenza, ogni assicurato deve intraprendere tutto quanto sia ragionevolmente esigibile per ovviare nel modo migliore possibile alle conseguenze della sua invalidità, segnatamente mettendo a profitto la sua residua capacità lavorativa (DTF 130 V 97 consid. 3.2).

**10.4** In conclusione, sulla scorta della documentazione medica agli atti e delle considerazioni che precedono, questo Tribunale condivide la valutazione dell'autorità inferiore secondo la quale il ricorrente presenta una capacità lavorativa del 100% nella sua precedente attività di aiuto meccanico a far tempo dall'8 aprile 2002, ma comunque al più tardi a far tempo dalla valutazione del dott. E.\_\_\_\_\_ del 24 maggio 2004 (doc. 21).

## **11.**

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

## **12.**

**12.1** Visto l'esito della procedura, le spese processuali, di fr. 300.--, sono poste a carico del ricorrente (art. 63 cpv. 1 e cpv. 5 PA nonché art. 3 lett. b del regolamento sulle tasse e sulle spese ripetibili nelle cause dinanzi al Tribunale amministrativo federale del 21 febbraio 2008 [TS-TAF, RS 173.320.2]). Esse sono computate con l'anticipo

spese, di identico ammontare, versato dal ricorrente stesso il 12 giugno 2008.

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

(dispositivo alla pagina seguente)

**Per questi motivi, il Tribunale amministrativo federale pronuncia:**

**1.**

Il ricorso è respinto.

**2.**

Le spese processuali, di fr. 300.--, sono poste a carico del ricorrente. L'anticipo spese di fr. 300.--, versato il 12 giugno 2008, è computato con le spese processuali.

**3.**

Non si attribuiscono spese ripetibili.

**4.**

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: