



Corte III
C-6776/2007
{T 0/2}

Sentenza del 20 febbraio 2009

Composizione

Giudici Elena Avenati-Carpani (presidente del collegio),
Francesco Parrino, Michael Peterli,
cancelliere Dario Quirici.

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

prestazioni dell'assicurazione invalidità.

Fatti:**A.**

A._____, cittadino italiano, nato il 22 luglio 1950, coniugato dal 10 agosto 1973, ha lavorato in Svizzera in svariati periodi dal 1968 al 1975, solvendo regolari contributi all'assicurazione svizzera per la vecchiaia, i superstiti e l'invalidità (AVS/AI) durante tale arco temporale. In Italia ha lavorato in svariati periodi dal 1976 fino al giugno 2001, da ultimo in qualità di manovale edile, allorquando è stato licenziato per problemi alla schiena. Da allora ha cessato qualsiasi attività lavorativa. È al beneficio di una pensione di invalidità italiana di complessivi Euro (...) al mese a decorrere dal 1° dicembre 2003. In data 10 novembre 2005, A._____ ha formulato una richiesta volta al conseguimento di una prestazione dell'assicurazione svizzera per l'invalidità (doc. 1-10).

B.

Il richiedente è stato visitato il 17 febbraio 2006 presso i servizi medici dell'Istituto nazionale della previdenza sociale (INPS) di (...), ove il sanitario incaricato ha diagnosticato "lombosciatalgia sinistra da spondiloartrosi e discopatie lombari, coxartrosi bilaterale, esiti duplice attacco ischemico transitorio carotideo, ipertensione arteriosa, lieve ipoacusia bilaterale" e, dopo aver precisato che l'assicurato è in grado di effettuare regolarmente lavori leggeri, ha posto un tasso di invalidità del 70% per l'ultimo lavoro svolto (doc. 23). Nell'ambito di tale richiesta è stato esibito un insieme di documenti medici obiettivi (referti di radiografie, di esame ECG e di esame ematochimico, certificati medici vari ecc.) relativo al periodo 2002-2004, tra cui figurano in particolare: una cartella clinica relativa al ricovero dal 3 al 6 aprile 2002 per "duplice attacco ischemico transitorio carotideo, ipertensione arteriosa"; una cartella clinica relativa al ricovero dal 21 al 24 maggio 2002 per "lombosciatalgia sinistra da spondiloartrosi con discopatie (...), coxartrosi bilaterale più grave a destra" ed una relazione di consulenza tecnica d'ufficio (CTU) relativa alla visita medica peritale dell'11 novembre 2004 del Dott. T._____ al Giudice del lavoro del Tribunale di (...) giusta il quale l'assicurato è affetto da "spondiloartrosi con discopatie multiple e discreto impegno funzionale, poliartrosi, ipertensione arteriosa ed ipoacusia alle alte frequenze". A parere del Dott. T._____ le predette affezioni determinano una permanente riduzione a meno di un terzo della capacità di lavoro dell'assicurato in occupazioni confacenti alle sue attitudini ma non una assoluta e

permanente impossibilità a svolgere qualsiasi attività lavorativa. Nel corso dell'istruttoria l'amministrazione ha assunto agli atti anche il questionario dell'assicurato (doc. 10-22).

C.

Nel suo rapporto del 28 febbraio 2007, il Dott. L._____ del Servizio medico regionale (SMR) ha posto la diagnosi principale di "lombosciatalgie" ed associata (senza ripercussione sulla capacità di lavoro) di "stato dopo ischemia transitoria cerebrale nel 2000 ed ipertensione arteriosa" ed è giunto alla conclusione che l'assicurato è inabile al 70% nell'attività abituale di operaio edile dal 1° dicembre 2003, mentre è da ritenere abile al 100% dalla stessa data in qualsiasi attività lavorativa adeguata e leggera (entro determinati limiti e, segnatamente: 2 pause della durata di 15 minuti l'una; posizione di lavoro alternata; portata massima di pesi: 10 kg 4/5 volte al giorno; lavori pesanti esclusi, ecc.; doc. 25). Nel suo rapporto del 14 marzo 2007, il medico dell'UAIE ha poi precisato che l'assicurato è in ogni caso abile al 100% a decorrere dal 1° dicembre 2003 nelle seguenti attività sostitutive: sorvegliante di parcheggi o musei; magazziniere/addetto alla gestione di stocks; piccole consegne con veicolo; riparazioni di piccoli apparecchi/articoli domestici; addetto alla registrazione ed all'archivio e addetto alla distribuzione del corriere interno (doc. 27 e 27.1). L'amministrazione ha quindi operato il raffronto dei redditi giungendo alla conclusione che l'assicurato presenta un grado di invalidità del 30,80% arrotondato al 31% a decorrere dal 1° dicembre 2003 (doc. 28).

D.

Mediante progetto di decisione del 23 aprile 2007 l'UAIE ha comunicato all'assicurato che la sua richiesta di prestazioni avrebbe dovuto essere respinta per carenza d'invalidità di grado pensionabile (doc. 29). Con osservazioni del 9 giugno 2007 completate con scritto del 30 luglio 2007, l'assicurato, regolarmente rappresentato dall'avv. Luigi Potenza, chiede che la domanda di rendita venga accolta, nulla producendo a suffragio delle proprie conclusioni. Mediante decisione del 16 agosto 2007 l'UAIE ha respinto la richiesta di prestazioni dell'assicurato per carenza d'invalidità di grado pensionabile (doc. 33).

E.

Con gravame del 1° ottobre 2007, depositato alla posta italiana il giorno successivo, A._____, sempre rappresentato dall'avv. Luigi

Potenza, chiede, sostanzialmente, l'annullamento formale della decisione impugnata in quanto priva di motivazione e che, in via subordinata, gli sia riconosciuto il diritto ad una rendita di invalidità e gli sia applicata la riduzione massima possibile (25%) sul reddito da invalido. Nulla produce a suffragio delle sue conclusioni.

Chiamato a pronunciarsi, l'UAIE, nelle sue osservazioni responsive del 10 dicembre 2007, propone la reiezione dell'impugnativa con argomenti di cui si riferirà, per quanto occorra, nei considerandi che seguono.

Dopo aver preso conoscenza delle osservazioni dell'amministrazione, il ricorrente, invitato dal Tribunale amministrativo federale a replicare, ha ribadito, con scritto del 15 gennaio 2008, la propria posizione processuale producendo, nel contempo, oltre a documentazione già agli atti, una relazione di consulenza tecnica d'ufficio (CTU) del 21 agosto 2006 del Dott. I. _____ giusta il quale l'assicurato è affetto da "spondilodiscoartrosi con protrusioni discali plurisegmentali ed ernia del disco improntante il sacco durale ed il midollo spinale, ipertensione arteriosa in buon compenso emodinamico, duplice episodio di TIA carotideo senza reliquati neurologici e lieve ipoacusia neurosensoriale con udito sociale conservato". Il Dott. I. _____ ritiene l'assicurato invalido con riduzione della capacità di lavoro – in occupazioni confacenti alle sue attitudini – in misura superiore ai 2/3 a decorrere dal novembre 2003.

F.

Con scritto del 25 febbraio 2008 il ricorrente ha chiesto di essere posto al beneficio dell'assistenza giudiziaria per quanto attiene alle spese processuali e, su richiesta della scrivente Autorità, l'assicurato ha quindi compilato in data 23 aprile 2008 il formulario concernente la domanda di gratuito patrocinio.

Diritto:

1.

In virtù dell'art. 31 della legge sul Tribunale amministrativo federale del 17 giugno 2005 [LTAF, RS 173.32]), questo tribunale giudica i ricorsi contro le decisioni ai sensi dell'art. 5 della legge federale sulla procedura amministrativa del 20 dicembre 1968 (PA, RS 172.021)

emanate dalle autorità menzionate all'art. 33 LTAF, riservate le eccezioni di cui all'art. 32 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 sull'assicurazione per l'invalidità del 19 giugno 1959 (LAI, RS 831.20).

2.

2.1 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). Trattasi 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 del Regolamento CEE n° 1408/71).

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 (art. 6 del Regolamento CEE n° 1408/71). 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).

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.

3.

3.1 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 sulla parte generale del diritto delle assicurazioni sociali del 6 ottobre 2000 (LPGA, RS 830.1). Giusta l'art. 1 LAI le disposizioni della LPGA sono applicabili all'assicurazione per l'invalidità (art. 1a-26^{bis} e 28-70), sempre che la presente legge non preveda espressamente una deroga.

3.2 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.

3.3 Il ricorso è inoltre tempestivo ed ossequioso dei requisiti minimi prescritti dalla legge (art. 60 LPGA e 52 PA). Il gravame è dunque ricevibile, nulla ostando all'esame del merito dello stesso.

4.

Ai fini del presente giudizio occorre preliminarmente precisare, con particolare riferimento al diritto materiale, che, dal profilo temporale, non trovano applicazione le modifiche della LAI del 6 ottobre 2006 entrate in vigore dal 1° gennaio 2008 (5^a revisione della LAI). Di seguito vengono quindi citate le disposizioni della LAI e della LPGA nel tenore in vigore fino al 31 dicembre 2007.

5.

A._____ ha contestato la validità della decisione avversata da un punto di vista formale ritenendola nulla in quanto priva di motivazione.

5.1 Il diritto di essere sentito, la cui garanzia è prevista art. 29 cpv. 2 della Costituzione federale della Confederazione svizzera del 18 aprile 1999 (Cost, RS 101) comprende il diritto per l'assicurato di prendere conoscenza dell'incanto (DTF 132 II 485 consid. 3, 126 I 7 consid. 2b), di esprimersi in merito agli elementi pertinenti prima che una decisione sia emessa nei suoi confronti, di produrre delle prove pertinenti, di ottenere che sia dato seguito alle sue offerte di prove pertinenti, di

partecipare all'amministrazione delle prove essenziali o almeno di poter esprimersi sul suo risultato, allorquando questo è proprio ad influenzare la decisione da emanare (cfr. DTF 124 II 132 consid. 2b e giurisprudenza ivi citata). Nel quadro della procedura amministrativa il diritto di essere sentito è consacrato dagli art. 26-28 (diritto di esaminare gli atti), dagli art. 29-33 (diritto di essere sentito *stricto sensu*) e dall'art. 35 PA (diritto di ottenere una decisione motivata).

5.2 La giurisprudenza ha dedotto dal diritto di essere sentito, definito dalle norme speciali di procedura (quali l'art. 35 PA) l'obbligo per l'autorità di motivare la sua decisione, così da permettere ai destinatari ed a tutte le persone interessate di comprenderla, eventualmente di impugnarla ed in modo da rendere possibile all'autorità di ricorso eventualmente adita di esercitare convenientemente il suo controllo (cf. DTF 129 I 232 consid. 3.2; DTF 126 I 97 consid. 2b; DTF 122 IV 8 consid. 2c, DTF 112 la 107 consid. 2b; cfr. inoltre la sentenza del Tribunale federale 2A.496/2006 / 2A.497/2006 del 15 ottobre 2007 consid. 5.1.1). Si è in presenza di una violazione del diritto di essere sentito se l'autorità non soddisfa al suo obbligo di esaminare e di trattare i problemi pertinenti (cf. DTF 126 I 97 consid. 2b; DTF 122 IV 8 consid. 2c). Per adempiere a tali esigenze, è sufficiente che il giudice (o l'autorità) menzioni, almeno brevemente, i motivi sui quali ha fondato la sua decisione, in modo da permettere all'interessato di apprezzare la portata di quest'ultima e di impugnarla in piena conoscenza di causa (cfr. DTF menzionate). In generale, la portata dell'obbligo di motivare dipende dalla complessità della fattispecie da giudicare, dalla potenziale gravità delle conseguenze della decisione e dalle circostanze del singolo caso. Più la libertà d'apprezzamento dell'autorità è ampia e più la misura adottata arreca pregiudizio ai diritti dei singoli, più la decisione deve essere circostanziata (cfr. DTF 112 la 107 consid. 2b; cfr. inoltre la sentenza del Tribunale federale 2A.496/2006 / 2A.497/2006 precitata). Sebbene la motivazione deve fare emergere le riflessioni dell'autorità in merito agli elementi (di fatto o di diritto) essenziali che hanno influenzato la decisione, l'autorità non è comunque tenuta a pronunciarsi su tutti i fatti, argomentazioni e mezzi di prova invocati dalle parti, ma può permettersi di limitarsi a quelli che, senza arbitrio, le sembrano decisivi per la risoluzione della causa (cfr. DTF 126 I 97 consid. 2b; DTF 112 la 107 consid. 2b). Nel campo delle assicurazioni sociali, in particolare, le esigenze relative alla motivazione non devono essere particolarmente elevate. È, infatti, sufficiente che l'amministrazione indichi brevemente i motivi della

decisione e quali sono gli elementi alla base di quest'ultima (DTF 124 V 180, consid. 1a, confermato in DTF del 9 maggio 2000 in re I. ed in Pra 2001, n. 71, consid. 1 a/bb).

5.3 Il diritto di ottenere una decisione motivata costituisce una garanzia costituzionale di natura formale, la cui violazione causa in principio l'annullamento della decisione impugnata indipendentemente dalle possibilità di esito positivo del ricorso nel merito (cfr. DTF 126 I 19 consid. 2d/bb; DTF 126 V 130 consid. 2b; DTF 122 II 464 consid. 4a e giurisprudenza citata). Eccezionalmente un'eventuale violazione del diritto di essere sentito può essere sanata allorché l'autorità che ha emanato la decisione ha preso posizione in merito alle argomentazioni decisive nel quadro dello scambio degli scritti e che l'amministrato ha avuto la possibilità di esprimersi liberamente di fronte ad un'autorità di ricorso, la cui cognizione è altrettanto ampia che quella dell'autorità inferiore (cfr. DTF 133 I 201 consid. 2.2; DTF 130 II 530 consid. 7.3; DTF 126 V 130 consid. 2b; DTF 124 V 389 consid. 5a e 180 consid. 4a).

6.

Nella fattispecie, la motivazione della decisione impugnata risulta relativamente stringata, ciò non ha tuttavia impedito all'assicurato di comprenderne la portata e di deferirla all'istanza superiore. Nell'ambito del ricorso, infatti, egli ha potuto difendersi in maniera corretta. Concretamente il ricorrente è stato in grado di dedurre i fatti su cui la decisione si fonda e le ragioni per cui è stata pronunciata. Tuttavia, anche se la decisione venisse considerata non sufficientemente motivata, si rileva che tale carenza sarebbe comunque sanata dall'impugnazione della stessa davanti alla scrivente autorità, la quale dispone di piena cognizione. In occasione delle osservazioni responsive del 10 dicembre 2007 inoltre, l'autorità inferiore ha avuto modo di esprimersi sul contenuto del ricorso e di completarne le motivazioni, successivamente notificate all'interessato, al quale è stato concesso il diritto di replica di cui ha fatto uso (cfr. DTF 116 V 39/40 consid. 4b). Stante quanto precede, la censura del ricorrente, in ordine all'insufficienza della motivazione e, quindi, alla violazione del suo diritto di essere sentito, deve essere respinta.

7.

Il ricorrente ha presentato la richiesta di rendita il 10 novembre 2005. In deroga all'art. 24 LPGA, l'art. 48 cpv. 2 LAI precisa che, se

l'assicurato si annuncia più di dodici mesi dopo 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 10 novembre 2004 (ossia 12 mesi precedenti la presentazione della domanda), oppure se un diritto alla rendita sia sorto tra tale data ed il 16 agosto 2007, data della decisione impugnata. 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).

8.

Per avere diritto ad una rendita dell'assicurazione invalidità svizzera, un cittadino italiano deve adempiere cumulativamente le seguenti condizioni: essere invalido ai sensi della legge svizzera ed aver versato contributi all'AVS/AI svizzera durante un anno intero almeno (art. 36 cpv. 1 LAI).

Il ricorrente ha versato contributi all'AVS/AI svizzera durante più di un anno intero in totale e, pertanto, adempie la condizione della durata minima di contribuzione, alla quale la legge subordina l'erogazione di una rendita. Rimane ora da esaminare se sia invalido ai sensi di legge.

9.

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.

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). Va ricordato che fino al 31 dicembre 2003, la LAI prevedeva il diritto al quarto di rendita con un tasso d'invalidità del 40% almeno, alla mezza rendita con un tasso d'invalidità del 50% almeno ed alla rendita intera con un tasso d'invalidità dei due terzi (66.67%). In seguito all'entrata in vigore dell'Accordo bilaterale, la limitazione prevista dall'art. 28 cpv. 1ter LAI,

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 dell'UE e vi risiede.

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).

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.

Ora, 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, 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, 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. 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.

10.

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 (DTF 125 V 352 consid. 3a). 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). 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). Per quel che riguarda i rapporti concernenti il medico curante, secondo la generale esperienza della vita, il giudice deve tenere conto del fatto che, alla luce del rapporto di fiducia esistente con il paziente, il medico curante attesterà, in caso di dubbio, in favore del suo paziente (DTF 125 V 353; VSI 2001 p. 109).

11.

11.1 Dalla documentazione agli atti si evince che A._____ ha lavorato in Svizzera, con interruzione, negli anni dal 1968 al 1975 e, dopo il rimpatrio, ha lavorato in Italia in svariati periodi dal 1976 fino al giugno 2001, da ultimo in qualità di manovale edile, allorquando è stato licenziato per problemi alla schiena. Occorre pertanto fondarsi sulla documentazione medica al fine di valutare l'eventuale incapacità lavorativa del ricorrente.

11.2 Nel caso di specie la diagnosi, nel periodo di cognizione in oggetto, è condivisa essenzialmente da tutti i medici che si sono espressi in merito. L'assicurato risulta essere affetto da "lombosciatalgia sinistra da spondiloartrosi e discopatie lombari, poliartrosi, coxartrosi bilaterale, esiti duplice attacco ischemico transitorio carotideo, ernia del disco, ipertensione arteriosa, lieve ipoacusia bilaterale" (perizia particolareggiata INPS del 17 febbraio 2006; relazione di consulenza tecnica d'ufficio relativa alla visita

medica peritale dell'11 novembre 2004 del Dott. T._____; relazione di consulenza tecnica d'ufficio del 21 agosto 2006 del Dott. I._____, e rapporti medici del Dott. L._____, del 28 febbraio e del 14 marzo 2007). Il collegio giudicante non intravede quindi ragioni che gli impediscano di far proprie le conclusioni convergenti inerenti la diagnosi.

11.3 Tali affezioni debbono, dal profilo giuridico, essere esaminate alla luce dell'art. 29 cpv. 1 lett. b LAI. 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 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 del 40% almeno durante un anno.

12.

Per quanto concerne le conseguenze invalidanti delle affezioni menzionate, il sanitario medico dell'INPS, dopo aver precisato che l'assicurato può svolgere regolarmente lavori leggeri, ha posto un tasso di invalidità del 70% per l'ultimo lavoro svolto quale manovale edile (doc. 23). Dal canto suo, il Dott. T._____, nella sua relazione relativa alla visita medica peritale dell'11 novembre 2004, è dell'avviso che le patologie di cui è affetto l'assicurato determinano una permanente riduzione a meno di un terzo della sua capacità di lavoro in occupazioni confacenti alle sue attitudini ma non una assoluta e permanente impossibilità a svolgere qualsiasi attività lavorativa. Mentre ad avviso del Dott. I._____, nella relazione del 21 agosto 2006, l'assicurato è invalido con riduzione della capacità di lavoro in occupazioni confacenti alle sue attitudini in misura superiore ai 2/3 a decorrere dal novembre 2003.

A questo proposito il collegio giudicante osserva innanzitutto che laddove i CTU menzionano delle "occupazioni confacenti alle sue attitudini" dell'assicurato si riferiscono, invero, per lo più ad attività lavorative medio-pesanti, analoghe a quella svolta in precedenza. Tali

conclusioni sono in effetti condivise dal Dott. L._____ il quale, nei suoi rapporti medici del 28 febbraio e del 14 marzo 2007, è giunto alla conclusione che l'assicurato è inabile al 70% nell'attività abituale di operaio edile dal 1° dicembre 2003, mentre lo ha ritenuto abile al 100% in qualsiasi attività lavorativa adeguata e leggera (entro determinati limiti: 2 pause della durata di 15 minuti l'una; posizione di lavoro alternata; portata massima di pesi: 10 kg 4/5 volte al giorno; lavori pesanti esclusi, ecc.; doc. 25) e, segnatamente, nelle seguenti attività sostitutive: sorvegliante di parcheggi o musei; magazziniere/addetto alla gestione di stocks, piccole consegne con veicolo, riparazioni di piccoli apparecchi/articoli domestici, addetto alla registrazione ed all'archivio e addetto alla distribuzione del corriere interno (doc. 27 e 27.1).

Dalla documentazione agli atti si osserva che il Dott. C._____ nell'ambito della visita medica effettuata presso l'INPS ha evidenziato una mobilità ridotta delle anche e della colonna con presenza di lombalgie nonché di una iporiflessia dell'arto inferiore sinistro senza altra anomalia neurologica. Le radiografie del bacino, della colonna vertebrale e l'IRM pure della colonna effettuati nel 2002 sulle quali si basano le due perizie del Dott. T._____, rispettivamente del Dott. I._____, evidenziano delle discopatie lombari con protrusioni discali L2-L3-L4 e piccole ernie a livello di L4-L5 e L5-S1. All'esame obiettivo, il Dott. T._____ rilevava unicamente una lieve limitazione funzionale a livello della coxo-femorale a destra nonché una deambulazione autonoma e normale. L'ipertensione arteriosa è in buon compenso emodinamico e l'episodio di ischemia cerebrale ha avuto un'evoluzione favorevole senza sequele neurologiche. Parimenti, l'ipoacusia è di rilevanza trascurabile.

Da quanto precede, il Tribunale può concludere che la patologia principale di cui è affetto il ricorrente e che determina una riduzione della sua capacità di lavoro, si situa a livello della colonna vertebrale, ciò che gli impedisce indubbiamente di svolgere lavori medio-pesanti. Condividendo le conclusioni del Dott. L._____, il Tribunale ritiene tuttavia che egli, benché inabile nella misura del 70% nell'ultima attività svolta, possa svolgere al 100% un'attività semplice, leggera ed adatta (come, per es., portinaio, custode di immobili o cantieri e sorvegliante di parcheggi/musei) entro i limiti descritti dal medico dell'UAIE.

13.

L'invalidità è determinata stabilendo il rapporto fra il reddito del lavoro che l'assicurato conseguirebbe, dopo la manifestazione dell'invalidità e dopo l'esecuzione di eventuali provvedimenti d'integrazione, nell'esercizio di un'attività lucrativa, ragionevolmente esigibile da lui in condizioni normali del mercato del lavoro, e il reddito che potrebbe conseguire se non fosse diventato invalido.

Sulla base dei risultati statistici dell'inchiesta ottobre 2004-2005 dell'Ufficio internazionale del lavoro di Ginevra, l'amministrazione ha tenuto conto di un salario mensile medio, privo di invalidità, conseguibile nel 2005 in Italia quale manovale edile di Euro 1'560.00. Ha poi accertato il salario mensile medio ottenibile in attività di tipo leggero non qualificate e più precisamente:

- operaio non qualificato; manovale di fabbrica/produzione in generale; custode di immobili e di cantieri; addetto alla registrazione ed all'archivio; addetto alla distribuzione del corriere interno (attività comparabili a quella di un manovale non qualificato in stamperie ed industrie annesse): Euro 1'186.66;
- riparazioni di piccoli apparecchi/articoli domestici (attività comparabili a quella di un montatore di apparecchi elettronici nell'ambito della fabbricazione di apparecchi e di forniture elettroniche): Euro 1'219.61;
- magazziniere/addetto alla gestione di stocks (attività comparabili a quella di un addetto alla contabilità degli stocks nell'ambito del commercio all'ingrosso): Euro 1'396.77;
- sorvegliante di parcheggi o musei; cassiere; venditore di biglietti (attività comparabili a quella di un cassiere nell'ambito del commercio al dettaglio): Euro 1'276.89.

Ha quindi ritenuto quale salario mensile da invalido un importo corrispondente alla media dei salari relativi alle professioni sostitutive precitate e, quindi, un introito mensile di Euro 1'269.98 al quale ha poi applicato un correttivo del 15% tenuto conto dell'età e dell'esigibilità unicamente di attività leggere (DTF 124 V 321, 126 V 75, Sozialversicherungsrecht, Rechtsprechung [SVR] 1999 IV n. 6 e SVR 2000 IV n. 1). È così giunta ad un salario mensile medio di Euro 1'079.48. Il confronto fra un reddito privo di invalidità di Euro 1'560.00 ed un introito teorico dopo l'insorgenza dell'invalidità di Euro 1'079.48 comporta una perdita di guadagno del 30,80 % $[(1'560.00 - 1'079.48) \times 100] : 1'560.00$, tasso che esclude il riconoscimento del

diritto alla rendita d'invalidità.

A titolo abbondanziale si osserva che non si raggiungerebbe il tasso minimo del 40% richiesto dalla legge per avere diritto al quarto di rendita nemmeno nell'ipotesi in cui si dovesse applicare all'introito teorico di Euro 1'269.98 la riduzione massima del 25% consentita dalla giurisprudenza per tenere conto dei fattori personali dell'assicurato (DTF 126 V 75), come richiesto dall'assicurato nell'atto ricorsuale. Infatti, il calcolo comparativo, rispetto al salario privo di invalidità di Euro 1'560.00, comporterebbe una perdita di guadagno del 38.94 % $[(1'560.00 - 952.49) \times 100] : 1'560.00$.

A._____ non ha dunque diritto ad una rendita dell'assicurazione svizzera per l'invalidità. Il ricorso deve quindi essere respinto e l'impugnata decisione confermata.

14.

Con scritto 25 febbraio 2008 A._____ ha chiesto di essere posto al beneficio dell'assistenza giudiziaria per quanto attiene alle spese processuali della presente procedura.

Giusta l'art. 65 cpv. 1 PA se una parte non dispone dei mezzi necessari e le sue conclusioni non sembrano prive di probabilità di successo, l'autorità di ricorso, il suo presidente o il giudice dell'istruzione la dispensa, a domanda, dopo il deposito del ricorso, dal pagamento delle spese processuali. Secondo la giurisprudenza consolidata, i presupposti per la concessione dell'assistenza giudiziaria sono di massima adempiuti se il richiedente si trova nel bisogno e se le sue conclusioni non sembrano dover avere esito sfavorevole (DTF 125 V 202 consid. 4a, 372 consid. 5b e riferimenti, sentenza della II Corte di diritto pubblico del Tribunale federale I 134/06 del 7 maggio 2007). A tal proposito si osserva che per valutare la probabilità di esito favorevole non si deve adottare un criterio particolarmente severo: è infatti sufficiente che, di primo acchito, il gravame non presenti notevolmente meno possibilità di essere accolto che di essere respinto, ovvero che non si debba ammettere che un ricorrente ragionevole non lo avrebbe finanziato con i propri mezzi (DTF 125 II 275 e DTF 124 I 304 consid. 2c). Inoltre, quando le prospettive di successo e i rischi di perdere il processo si eguagliano o le prime sono soltanto leggermente inferiori rispetto ai secondi, le domande non possono essere considerate senza esito favorevole

(DTF 125 II 275; DTF 124 I 304 consid. 2c; DTF 122 I 267 consid. 2b). Lo scrivente Tribunale ritiene che dalla documentazione agli atti risulta comprovata la situazione d'indigenza del ricorrente (che percepisce un reddito mensile complessivo di Euro 430.00) e che il gravame non appariva di primo acchito sprovvisto di possibilità di esito favorevole (DTF 125 V 202 consid. 4a; 372 consid. 5b). Il ricorrente è pertanto dispensato dal pagamento delle spese processuali.

15.

In base all'art. 64 PA, l'autorità di ricorso, se ammette il ricorso in tutto o in parte, può assegnare al ricorrente un'indennità per le spese indispensabili e relativamente elevate che ha sopportato. Nel caso in esame, visto l'esito del gravame, non vengono assegnate indennità per spese ripetibili.

Per questi motivi, il Tribunale amministrativo federale pronuncia:

1.

Il ricorso è respinto.

2.

La domanda d'assistenza giudiziaria parziale è ammessa, non si prelevano pertanto spese processuali.

3.

Non vengono assegnate indennità per spese ripetibili.

4.

Comunicazione a:

- rappresentante del ricorrente (raccomandata A/R),
- autorità inferiore (n. di rif. 263.50.322.158),
- Ufficio federale delle assicurazioni sociali.

La presidente del collegio:

Il cancelliere:

Elena Avenati-Carpani

Dario Quirici

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: