



Corte III
C-69/2010

Sentenza dell'8 aprile 2011

Composizione

Giudici Elena Avenati-Carpani (presidente del collegio),
Johannes Frölicher, Madeleine Hirsig-Vouilloz,
cancelliere Dario Quirici.

Parti

A. _____,
rappresentato dal patronato INCA, Ufficio legale,
casella postale 287, 4005 Basilea,
ricorrente,

contro

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

Oggetto

Assicurazione invalidità, decisione del 19 novembre 2009.

Fatti:**A.**

A._____, cittadino italiano nato il (...), coniugato, ha lavorato in Svizzera come operaio dal 1968 al 1979 e nel 1981, 1982 e 1987, versando i contributi obbligatori all'assicurazione per la vecchiaia, i superstiti e l'invalidità (AVS/AI; doc. 6). Il 30 aprile 2009, per il tramite dell'Istituto nazionale italiano della previdenza sociale (INPS), l'assicurato ha formulato all'Ufficio dell'assicurazione per l'invalidità per gli assicurati residenti all'estero (UAIE) una domanda di rendita d'invalidità svizzera (doc. 1 a 4).

B.

Nell'ambito dell'istruzione della domanda di rendita, l'UAIE ha acquisito, tra gli altri, i documenti seguenti:

- il questionario per il datore di lavoro, del 7 agosto 2009 (doc. 8), dal quale traspare che l'assicurato ha lavorato in Italia come operaio comune (attività leggera), dal 12 marzo 2003 al 18 maggio 2004, quando è stato licenziato "per giusta causa", eseguendo da ultimo otto ore giornaliere durante cinque giorni alla settimana, e percependo un salario lordo di EUR 9'38.- all'ora, 1'622.74 al mese e 19'464 all'anno. Nel questionario è pure precisato che l'assicurato guadagnerebbe attualmente un salario lordo di EUR 10.53 all'ora, 1'821.69 al mese e 21'800 all'anno,
- il questionario per l'assicurato, del 7 agosto 2009 (doc. 9), dal quale si evince che quest'ultimo, privo di una formazione professionale specifica, è stato da ultimo attivo come operaio comune nella realizzazione di mattoni in cemento, e ciò fino al 28 maggio 2004, quando è stato licenziato per mancanza di lavoro, dopo di che si è ammalato e non ha più lavorato durante gli ultimi tre anni,
- una cartella clinica relativa ad un soggiorno in ospedale protrattosi dal 22 agosto al 12 settembre 1992 (doc. 10), facente stato, alla dimissione, della diagnosi di sinusite etmoidomascellare a destra,
- un referto d'analisi del sangue e delle urine, del 13 aprile 2007 (doc. 11),
- un referto radiografico del rachide, del bacino e dell'anca destra, del 19 ottobre 2007 (doc. 12), da cui risulta un'artrosi osteofitica dorsale, un'accentuazione della normale cifosi dorsale, un processo lomboartrosico osteofitico ed un iniziale processo coxartrosico osteofitico con riduzione dello spazio articolare bilateralmente,
- un certificato medico del 7 dicembre 2007 (doc. 13), attestante che l'assicurato ha effettuato un ciclo di terapia riabilitativa (radarterapia e magnetoterapia) dal 26 novembre al 7 dicembre 2007,

- un referto di visita cardiologica, con esame elettrocardiografico, del 12 dicembre 2007 (doc. 14),
- un referto radiografico del rachide cervicale e del torace, del 13 dicembre 2007 (doc. 15), in cui è riportato che la fisiologica lordosi cervicale è appianata, che sussiste una spondilouncoartrosi, che gli spazi intersomatici esaminati (C4/5, C5/6 e C6/7) sono ridotti in altezza, che si è in presenza di una broncopatia cronica senza lesioni parenchimali a focolaio in atto, con un cuore nei limiti,
- un referto di risonanza magnetica (RM) relativo al rachide cervicale e lombosacrale, del 3 marzo 2008 (doc. 16),
- un referto di visita specialistica dell'11 marzo 2008 (doc. 17), nel quale è riportata la presenza di una lieve disventilopatia di tipo restrittivo,
- un referto di tomografia computerizzata (TC) dell'addome, del 17 maggio 2008 (doc. 18), referente la presenza di una lipomatosi a livello cardio-frenico e di una steatosi epatica diffusa senza evidenti lesioni focali nel contesto,
- una scheda di contatto del dipartimento di salute mentale dell'(...), del 6 giugno 2008 (doc. 20), dal quale si apprende che l'assicurato non ha subito alcun ricovero psichiatrico durante gli ultimi dodici mesi,
- una scheda utente dello stesso dipartimento di salute mentale, del 6 giugno 2008 (doc. 21), di difficile lettura, facente stato, in particolare, d'etilismo,
- un certificato medico del 16 giugno 2008 (doc. 22), attestante che l'assicurato ha effettuato un ciclo di laserterapia,
- un referto d'analisi del sangue, del 25 giugno 2008 (doc. 23),
- un referto radiologico delle spalle, del 30 giugno 2008 (doc. 24), rilevante un'artrosi gleno-acromion-omerale,
- una cartella clinica dell'11 settembre 2008 (doc. 26), nella quale è riassunta l'anamnesi dell'assicurato dall'aprile 2007,
- un certificato medico del 15 settembre 2008 (doc. 27), attestante che l'assicurato ha effettuato un ciclo di terapia riabilitativa, ossia una magnetoterapia per il bacino e una laserterapia nella zona scapolo-omerale destra e sinistra,
- una perizia medica particolareggiata E 213 del dott. B._____, medico dell'INPS, del 5 giugno 2009 (doc. 29), nella quale è posta la diagnosi d'epatite steatosica, d'ipertensione arteriosa, di poliartralgia degenerativa con componente entesitica polidistrettuale, a significativa incidenza funzionale, e di sindrome depressiva, e nella quale è riferito che l'assicurato non può svolgere alcuna attività, il grado d'invalidità essendo stimato, secondo il diritto italiano, al 70%. Il medico dell'INPS ha inoltre rilevato che il rachide

dell'assicurato si presenta contratturato e spinalgico, limitato nei movimenti di flessione-estensione del tronco di oltre un terzo, che le escursioni articolari delle spalle sono limitate e dolenti, come pure quelle delle anche e dei piedi, con disturbi della deambulazione, mentre che, sotto il profilo neurologico, i movimenti (forza e tono muscolare) e l'andatura risultano essere normali,

- un certificato medico del 9 giugno 2009 (doc. 31), attestante, in articolare, una severa patologia artrosica con spondilosi osteofitosa a ponte D/L, una scoliosi lombare destro-convessa, una coxartrosi bilaterale con discopatia e debordamento da C4 a C6 e da D10 a D12, una poliglobulia ed una sindrome fibromialgica, come pure una patologia psichiatrica in trattamento,

- un certificato medico del 26 giugno 2009, dal quale risulta che l'assicurato ha effettuato un ciclo di terapia riabilitativa, ossia una laserterapia ed una rieducazione motoria segmentaria semplice delle spalle, e ciò a causa di una periartrite scapolo-omerale bilaterale.

C.

L'UAIE ha sottoposto la documentazione raccolta alla valutazione del proprio servizio medico, nella persona del dott. C._____, medico generalista, il quale, mediante presa di posizione dell'8 settembre 2009 (doc. 34), ha considerato che non sussiste alcuna diagnosi invalidante, le patologie accertate, ossia un'epatite steatosica, una poliglobulia, un'ipertensione arteriosa, una depressione e l'alcolismo, non influenzando sulla capacità lavorativa dell'assicurato, la quale rimane completa, senza restrizioni, per l'ultimo lavoro svolto, come pure per attività sostitutive, quali quelle di operaio/manovale nell'industria, di magazziniere o di venditore al dettaglio. Il medico dell'UAIE ha aggiunto che le affezioni elencate nel certificato medico del 9 giugno 2009 (doc. 31), e in particolare la severa patologia artrosica, non sono per nulla confermate dai documenti agli atti.

Il 16 settembre 2009 l'UAIE ha quindi approntato un progetto di decisione (doc. 35), con il quale ha prospettato all'assicurato il rigetto della sua domanda di rendita d'invalidità, invitandolo nel contempo a formulare eventuali osservazioni entro un termine di trenta giorni.

Spirato infruttuosamente il detto termine, l'UAIE ha emanato una decisione, il 19 novembre 2009 (doc. 36), mediante la quale ha respinto la domanda di rendita d'invalidità.

D.

Contro questa decisione, per il tramite del Patronato INCA, l'assicurato ha inoltrato ricorso al Tribunale amministrativo federale il 6 gennaio 2010, chiedendo che gli sia riconosciuto il diritto ad una rendita intera d'invalidità da ottobre 2009, ed ha allegato un rapporto del dott. D._____, medico chirurgo, dell'8 ottobre 2009, nel quale è elencata la

diagnosi di spondilouncoartrosi cervicale, spondiloartrosi dorso-lombosacrale, coxartrosi bilaterale, sindrome fibromialgica agli arti superiori bilateralmente, determinante una sintomatologia dolorosa cronica esacerbata da frequenti "poussées" mialgiche, broncopatia cronica ostruttiva (BPCO), epatopatia cronica steatosica di grado severo e sindrome ansioso-depressiva in trattamento, l'assicurato essendo reputato invalido con un'incapacità di guadagno permanente superiore all'80%.

Il dott. C. _____ si è pronunciato nuovamente sul caso il 19 marzo 2010 (doc. 38), passando in rivista il predetto rapporto medico, ed ha valutato, in sostanza, che esso si limita a riprendere, a volte in modo lacunoso, le conclusioni di parte dei documenti medici agli atti, specialmente per quanto riguarda i problemi al rachide ed agli arti inferiori. Il medico dell'UAIE ha inoltre negato qualsiasi carattere invalidante alle sindromi fibromialgica ed ansioso-depressiva menzionate nel rapporto, concludendo che la propria presa di posizione dell'8 settembre 2009 rimane tuttora valida.

L'UAIE ha risposto al ricorso il 20 aprile 2010, chiedendo che esso sia respinto con la conseguente conferma della decisione impugnata.

Mediante replica del 20 maggio 2010, il ricorrente ha ribadito le proprie conclusioni e ha esibito due nuovi certificati medici, uno dell'ambulatorio dell'(...), del 4 maggio 2010, di natura ortopedica, facente stato di una grande compromissione funzionale del rachide cervicale e lombare conseguente ad una grave spondiloartrosi, l'altro del dott. E. _____, psichiatra, del 13 maggio 2010, nel quale è riferita una sindrome ansioso depressiva reattiva ed è consigliato di continuare la terapia antidepressiva ed ansiolitica.

E.

Con decisione incidentale del 25 maggio 2010, questo Tribunale ha invitato il ricorrente a versare un anticipo equivalente alle presunte spese processuali di Fr. 300.-. Un pagamento di Fr. 294.- è stato effettuato l'11 giugno 2010. Questo Tribunale ha quindi sollecitato il ricorrente, mediante nuova decisione incidentale del 17 giugno 2010, a saldare la differenza di Fr. 6.-. Il ricorrente ha proceduto al detto pagamento il 29 giugno 2010.

F.

In seguito, con ordinanza del 14 gennaio 2011, questo Tribunale ha chiesto all'UAIE di sottoporre al proprio servizio medico i due certificati allegati alla replica per una presa di posizione complementare.

Il dott. C._____ si è così pronunciato su questi due documenti medici il 25 gennaio 2011 (doc. 40), osservando in sostanza che essi riferiscono la presenza di disturbi soggettivi non confermati da referti oggettivi, in particolare senza indicazioni riguardo alla loro durata, alla loro gravità ed alle eventuali restrizioni funzionali da essi derivanti.

L'UAIE ha quindi brevemente duplicato il 3 febbraio 2011, riproponendo le proprie conclusioni.

Diritto:

1.

1.1. 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 davanti al Tribunale amministrativo federale conformemente all'art. 69 cpv. 1 lett. b della legge federale sull'assicurazione per l'invalidità del 19 giugno 1959 (LAI, RS 831.20).

1.2. Di conseguenza, questo Tribunale è competente a giudicare il presente ricorso.

1.3. Secondo l'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). In conformità con l'art. 2 LPGA, 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. 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), sempreché la LAI non deroghi alla LPGA.

1.4. Conformemente all'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. Il ricorso deve essere interposto entro 30 giorni dalla notificazione della decisione o della decisione contro cui l'opposizione è esclusa (art. 60 LPGA). Esso deve contenere le conclusioni, i motivi, l'indicazione dei mezzi di prova e la firma del ricorrente o del suo rappresentante, con allegati la decisione impugnata e i documenti indicati come mezzi di prova, se sono in possesso del ricorrente (art. 52 cpv. 1 PA).

1.5. In concreto, il ricorso è ammissibile nella misura in cui è stato presentato tempestivamente e nel rispetto dei requisiti previsti dalla legge (art. 59 e 60 LPGA, nonché l'art. 52 cpv. 1 PA), e visto che l'anticipo di Fr. 300.-, relativo alle spese processuali, è stato versato nel termine impartito.

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). Si tratta di una normativa che si applica a tutte le rendite il cui diritto sorge a far data dal 1° giugno 2002 o successivamente e che sancisce il principio della parità di trattamento tra i cittadini di uno Stato membro della Comunità europea, ivi risidenti, ed i cittadini svizzeri (art. 2 e 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 italiano 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.

Relativamente al diritto applicabile, deve essere ancora precisato che la presente procedura è retta dalla LAI nel suo tenore modificato il 6 ottobre 2006 (5^a revisione) ed in vigore dal 1° gennaio 2008, ritenuto tuttavia il principio secondo il quale le norme applicabili sono quelle in vigore al momento in cui dei fatti giuridicamente rilevanti si sono verificati (DTF 130 V 445 consid. 1.2).

4.

Il ricorrente contesta la validità materiale della decisione dell'UAIE, chiedendo che gli sia riconosciuto il diritto ad una rendita intera d'invalidità.

5.

Secondo le norme applicabili, 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;

- avere versato contributi all'AVS/AI svizzera durante almeno 3 anni (art. 36 LAI). A tale fine è possibile prendere in considerazione anche i contributi versati ad un'assicurazione sociale assimilata di uno Stato membro dell'Unione europea (UE) o dell'Associazione europea di libero scambio (AELS), a condizione che almeno un anno di contributi sia registrato all'AVS/AI svizzera (FF 2005 p. 4065; art. 45 del regolamento 1408/71).

In concreto, è pacifico che il ricorrente 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.

6.

6.1. In base all'art. 8 cpv. 1 LPGA è considerata invalidità l'incapacità al guadagno totale o parziale presumibilmente permanente o di lunga durata. L'art. 4 cpv. 1 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.

6.2. L'assicurato ha diritto ad una rendita intera se è invalido per almeno il 70%, a tre quarti di rendita se è invalido per almeno il 60%, ad una mezza rendita se è invalido per almeno la metà e ad un quarto di rendita se è invalido per almeno il 40% (art. 28 cpv. 2 LAI). In seguito all'entrata in vigore dell'ALC, la limitazione prevista dall'art. 29 cpv. 4 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 svizzero o dell'UE e vi risiede.

6.3. L'art. 28 cpv. 1 LAI stabilisce che l'assicurato ha diritto ad una rendita alle seguenti condizioni: (a) la sua capacità di guadagno o la sua capacità di svolgere le mansioni consuete non può essere ristabilita, mantenuta o migliorata mediante provvedimenti d'integrazione ragionevolmente esigibili; (b) ha avuto un'incapacità di lavoro (art. 6 LPGA) almeno del 40% in media durante un anno senza notevole interruzione; e (c) al termine di questo anno è invalido almeno al 40%. Tuttavia, il diritto alla rendita nasce al più presto dopo sei mesi dalla data in cui l'assicurato ha rivendicato il diritto alle prestazioni conformemente all'articolo 29 cpv. 1 LPGA, ma al più presto a partire dal mese seguente il compimento dei 18 anni (art. 29 cpv. 1 LAI).

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

6.5. La nozione d'invalidità di cui all'art. 4 cpv. 1 LAI e 8 cpv. 1 LPGGA è di carattere giuridico economico, non medico (DTF 116 V 249 consid. 1b). In base all'art. 16 LPGGA, applicabile per il rinvio dell'art. 28a cpv. 1 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 (metodo generale del raffronto dei redditi; DTF 128 V 30; Pratique VSI 2000 p. 84). La documentazione medica costituisce un importante elemento di giudizio per determinare quali lavori siano ancora ragionevolmente esigibili dall'assicurato, ma non spetta al medico graduare l'invalidità dell'assicurato (DTF 114 V 314).

7.

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 pag. 109).

8.

8.1. In concreto, il ricorrente ha cessato il proprio lavoro in Italia nel maggio 2004 e, da allora, non ha più ripreso alcuna attività lucrativa, per cui occorre fondarsi sui documenti medici al fine di valutare la sua capacità lavorativa (cfr. consid. 6.5).

Ora, dalla documentazione medica all'incarto e, principalmente, dalla perizia medica particolareggiata E 213 del dott. B. _____, medico dell'INPS, del 5 giugno 2009 (doc. 29), e dai rapporti del dott. C. _____, medico generalista dell'UAIE, dell'8 settembre 2009 e del 19 marzo 2010 (doc. 34 e 38), si evince, in sostanza, la diagnosi d'epatite steatosica, d'ipertensione arteriosa, di poliartralgia degenerativa e di sindrome depressiva.

Questa diagnosi è univoca agli atti e non contestata dal ricorrente, per cui il collegio giudicante non può che aderirvi. Sarà per contro necessario stabilire mediante complemento istruttorio, come precisato in seguito, se sussiste pure la fibromialgia menzionata nel certificato del 9 giugno 2009 (doc. 31) e nel rapporto del dott. D. _____, medico chirurgo, dell'8 ottobre 2009, allegato al ricorso.

8.3. Per costante giurisprudenza, le affezioni appena menzionate sono di carattere labile, ossia suscettibili di migliorare o di peggiorare. Così, nell'assenza di uno stato di salute sufficientemente stabilizzato, il ricorrente potrebbe pretendere una rendita dell'assicurazione svizzera per l'invalidità solo a partire dal momento in cui abbia subito, senza interruzione notevole, un'incapacità lavorativa di almeno il 40% durante un anno (art. 28 cpv. 1 lett. b LAI) e, al termine di questo anno, sia invalido almeno al 40% (art. 28 cpv. 1 lett. c LAI).

8.4. Rispetto all'influenza delle dette affezioni sulla capacità lavorativa, nella perizia E 213 è riportato che il ricorrente non può più svolgere alcun lavoro, il suo grado d'invalidità essendo valutato, secondo il diritto italiano, al 70%. In essa è specificato che il ricorrente presenta un rachide contratturato e spinalgico, limitato nei movimenti di flessione-estensione del tronco di oltre un terzo, che le escursioni articolari delle spalle sono limitate e dolenti, come pure quelle delle anche e dei piedi, con disturbi della deambulazione, mentre che, sotto il profilo neurologico, i movimenti (forza e tono muscolare) e l'andatura risultano essere normali. Dal punto di vista psichico, nella parte della perizia relativa all'esame obiettivo è menzionata unicamente la presenza di un tono dell'umore depresso, e ciò nonostante il fatto che la diagnosi faccia stato di una sindrome depressiva.

Dal canto suo, il dott. C. _____ ha osservato, nelle sue prese di posizione dell'8 settembre 2009 e del 19 marzo 2010, che il ricorrente, in assenza di una qualsiasi diagnosi invalidante, deve essere considerato in grado di continuare ad esercitare, a tempo pieno e senza alcuna restrizione d'ordine funzionale, la sua ultima professione, come pure altre attività confacenti al suo stato di salute, quali quelle di operaio/manovale nell'industria, di magazziniere o di venditore al dettaglio. In particolare, il medico dell'UAIE ha affermato che, per quanto riguarda l'artrosi, non sono stati evidenziati elementi invalidanti dell'apparato locomotore e dell'addome in base agli esami oggettivi (radiografie, risonanze magnetiche, tomografie). Relativamente alla pneumopatia cronica ostruttiva, egli ha rilevato che l'esame della funzione ventilatoria, dell'11 marzo 2008 (doc. 17), non permette di concludere ad una grave limitazione, nella misura in cui in esso è riportata solamente una "lieve disventilopatia di tipo restrittivo". Inoltre, per quanto concerne l'epatite cronica steatosica, egli ha constatato che non è oggettivato alcun scompenso epatico clinico o sulla base d'esami di laboratorio. Rispetto al rapporto del dott. D. _____, il medico dell'UAIE ha notato, tra l'altro, che esso si limita a riprendere, a volte in modo lacunoso, le conclusioni di parte dei documenti medici precedenti, a formulare nuovi elementi diagnostici senza i corrispondenti correlati oggettivi o semplicemente ad esprimere i disturbi risentiti soggettivamente dal ricorrente.

8.5. Sollecitato da questo Tribunale mediante ordinanza del 14 gennaio 2011, l'UAIE ha sottoposto alla valutazione del proprio servizio medico, sempre nella persona del dott. C. _____, i due certificati medici esibiti dal ricorrente con la replica, ossia quello dell'ambulatorio dell'(...), del 4 maggio 2010, di natura ortopedica, attestante una grande compromissione funzionale del rachide cervicolumbare a seguito di una grave spondiloartrosi, e quello del dott. E. _____, psichiatra, del 13 maggio 2010, nel quale è diagnosticata una sindrome ansioso depressiva reattiva ed è consigliato di continuare la terapia antidepressiva ed ansiolitica. Nella sua presa di posizione del 25 gennaio 2011 (doc. 40), il medico dell'UAIE ha affermato che i due certificati medici riferiscono la presenza di disturbi soggettivi non corroborati da referti oggettivi agli atti,

in particolare senza indicazioni riguardo alla loro durata, alla loro gravità ed alle eventuali restrizioni funzionali da essi derivanti, ed ha quindi nuovamente confermato le proprie conclusioni.

8.6. Dalle considerazioni sopraesposte discende che il collegio giudicante non può esprimere un avviso fondato sul caso, per il motivo che non sono chiaramente determinate né la diagnosi, visto che non è stabilito se il ricorrente soffre o non soffre di una fibromialgia, né l'influenza dei disturbi fin qui diagnosticati, in particolare quelli di natura psichica, sulla capacità lavorativa.

9.

Di conseguenza, il ricorso deve essere parzialmente accolto, la decisione impugnata annullata e l'incarto rinviato all'UAIE per un complemento d'istruzione che permetta di determinare se il ricorrente è affetto da una fibromialgia e di effettuare una nuova valutazione della sua incapacità lavorativa.

10.

10.1. Secondo l'art. 61 cpv. 1 PA, l'autorità di ricorso decide la causa o eccezionalmente la rinvia, con istruzioni vincolanti, all'autorità inferiore. Benché questa disposizione permetta solo eccezionalmente di ricorrere ad una tale procedura, l'applicazione dell'eccezione prevista è tuttavia giustificata in concreto, se si considerano l'incompletezza della diagnosi e le contraddizioni riguardo alla valutazione della capacità lavorativa.

10.2. L'UAIE dovrà quindi provvedere a delucidare la questione della fibromialgia ed effettuare una nuova valutazione dell'incapacità lavorativa dal maggio 2004 al 19 novembre 2009, data della decisione impugnata. A questo fine, l'amministrazione procederà a completare l'istruttoria dal punto di vista medico, predisponendo l'espletamento di una perizia pluridisciplinare ortopedico-reumatologica e psichiatrica, se del caso in Svizzera, che dovrà esprimersi in merito all'evoluzione dello stato di salute del ricorrente, e sottoporrà quindi l'intero incarto al proprio servizio medico, il quale quantificherà la capacità lavorativa dettagliando e giustificando le proprie conclusioni. Una volta che il servizio medico si sarà pronunciato in questo senso, l'UAIE effettuerà, se necessario, un adeguato e circostanziato raffronto dei redditi, tenendo conto, per quanto concerne la riduzione per circostanze personali, della giurisprudenza federale in materia (DTF 126 V 75), ed emanerà quindi una nuova decisione impugnabile.

11.

Secondo l'art. 63 cpv. 1 PA, le spese processuali sono di regola messe a carico della parte soccombente. In concreto, visto l'esito della procedura, non si prelevano spese di procedura e il relativo anticipo di Fr. 300.-, versato l'11 e il 29 giugno 2010, è rimborsato al ricorrente.

In conformità con l'art. 64 cpv. 1 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 (spese ripetibili). Considerato l'esito della procedura, si assegna al ricorrente un'indennità per spese ripetibili di Fr. 800.-.

Per questi motivi, il Tribunale amministrativo federale pronuncia:

1.

Il ricorso è parzialmente accolto e la decisione dell'UAIE del 19 novembre 2009 è annullata.

2.

L'incarto è rinviato all'UAIE affinché proceda ai sensi del considerando 10.2.

3.

Non si prelevano spese processuali e al ricorrente è rimborsato l'anticipo, versato a questo titolo l'11 e il 29 giugno 2010, di Fr. 300.-.

4.

Al ricorrente è assegnata un'indennità per spese ripetibili di Fr. 800.- a carico dell'UAIE.

5.

Comunicazione:

- al rappresentante del ricorrente (Atto giudiziario);
- all'autorità inferiore (n. di rif. ...; Raccomandata);
- all'Ufficio federale delle assicurazioni sociali (Raccomandata).

I rimedi giuridici sono menzionati alla pagina seguente.

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, nella misura in cui sono adempiute le condizioni di cui agli 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: