



---

Corte III  
C-753/2007

{T 0/2}

## **Sentenza del 25 febbraio 2009**

---

Composizione

Giudici Elena Avenati-Carpani (presidente del collegio),  
Franziska Schneider, Stefan Mesmer,  
cancelliere Dario Quirici.

---

Parti

V.\_\_\_\_\_,  
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.

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

V.\_\_\_\_\_, cittadino italiano, nato il (...), coniugato dal (...), ha lavorato in Svizzera dal 1986 al 2002, da ultimo in qualità di aiuto muratore, solvendo regolari contributi all'assicurazione svizzera per la vecchiaia, i superstiti e l'invalidità (AVS/AI) durante tale arco temporale. In data 30 maggio 2002 V.\_\_\_\_\_ è rimasto vittima di un incidente sul lavoro riportando un grave trauma al ginocchio destro. Dal punto di vista infortunistico, il caso è stato assunto dall'Istituto nazionale svizzero di assicurazione contro gli infortuni (INSAI/SUVA) e l'interessato è stato posto al beneficio di una rendita d'invalidità SUVA del 20% a partire dal 1° giugno 2003. In data 30 novembre 2002 V.\_\_\_\_\_ ha cessato qualsiasi attività lavorativa per dimissioni e in Italia non ha ripreso alcuna attività lavorativa. In data 2 aprile 2003, V.\_\_\_\_\_ ha formulato una richiesta volta al conseguimento di una prestazione dell'assicurazione svizzera per l'invalidità. Il richiedente è stato visitato il 5 luglio 2004 presso i servizi medici dell'Istituto nazionale della previdenza sociale (INPS) di (...), ove il sanitario incaricato ha diagnosticato "esiti di gonopatia destra trattata chirurgicamente con impegno funzionale di grado lieve-discreto ed esiti di osteomielite III° metatarso destro" e, dopo aver precisato che l'assicurato è in grado di svolgere a tempo pieno un lavoro adeguato alle sue condizioni, ha posto un tasso di invalidità del 35% per qualsiasi attività lavorativa (doc. 35). Nel corso dell'istruttoria l'amministrazione ha assunto agli atti anche l'incarto SUVA, il questionario per l'assicurato del 18 dicembre 2003 ed il questionario del datore di lavoro del 28 maggio 2005 (doc. 1-26).

**B.**

Nel suo rapporto del 12 agosto 2005, il Dott. F.\_\_\_\_\_ del Servizio medico dell'amministrazione, ha posto la diagnosi di "stato dopo meniscectomia interna destra ed esiti minimi e non invalidanti di osteomielite III° metatarso destro" ed è giunto alla conclusione che l'assicurato nella sua precedente attività di aiuto muratore è inabile al 100% dal 6 febbraio 2002, al 50% dal 12 marzo 2002 e nuovamente al 100% dal 5 luglio 2002 mentre è abile al 100% in qualsiasi attività lavorativa media adeguata (quale, ad es., operaio non qualificato in un'industria, magazziniere e venditore al dettaglio in generale) a decorrere dal 23 settembre 2002 (doc. 28 e 29).

Dal raffronto dei redditi operato l'amministrazione giunge alla conclusione che l'assicurato presenta un grado di invalidità del 24% dal 23 settembre 2002 (doc. 30).

Con decisione del 20 ottobre 2005 l'Ufficio dell'assicurazione per l'invalidità per gli assicurati residenti all'estero (UAIE) ha pertanto respinto la richiesta di prestazioni dell'assicurato (doc. 31).

V.\_\_\_\_\_a, regolarmente rappresentato dal Patronato INAS di (...), ha formulato in data 19 novembre 2005 opposizione contro il suddetto provvedimento amministrativo, chiedendo in sostanza il riconoscimento del suo diritto a prestazioni assicurative (doc. 37). A suffragio delle sue conclusioni ha prodotto: il referto di un'indagine RM del 2 agosto 2004, un certificato medico dell'U.\_\_\_\_\_ di (...) del 5 agosto 2004, i referti di tre visite specialistiche ambulatoriali (segnatamente del 6 settembre 2004, del 4 e 11 luglio 2005), il referto di un'indagine RMN del 5 luglio 2005 ed un certificato medico del 16 novembre 2005 del Dott. G.\_\_\_\_\_ (doc. 38-44).

Ricevuta l'opposizione, l'amministrazione ha sottoposto gli atti al Dott. L.\_\_\_\_\_ del proprio servizio medico, il quale, nella sua relazione del 12 novembre 2006, ha confermato integralmente il contenuto della precedente presa di posizione del 2 agosto 2005 del Dott. F.\_\_\_\_\_ (doc. 46).

Mediante decisione su opposizione del 28 novembre 2006, l'amministrazione ha quindi respinto l'opposizione del 19 novembre 2005 e confermato nel contempo la propria decisione del 20 ottobre 2005 (doc. 47).

### **C.**

Con gravame depositato alla posta italiana il 22 gennaio 2007, V.\_\_\_\_\_a, chiede, sostanzialmente, l'annullamento del summenzionato provvedimento amministrativo e, di conseguenza, il riconoscimento del suo diritto ad una rendita di invalidità. A suffragio delle sue conclusioni produce un insieme di nuova documentazione medica obiettiva e segnatamente: una relazione medica del Dott. F.\_\_\_\_\_ del 13 gennaio 2004, una consulenza medico-legale (non datata) del Dott. P.\_\_\_\_\_, giusta la quale l'assicurato è affetto da "validi esiti funzionali di trauma al ginocchio dx e di osteomielite piede destro" che comportano sul piano funzionale una riduzione

dell'articolari  del ginocchio e del piede di 2/3 che si riverberano negativamente sulla sua capacit  di guadagno determinando una percentuale di invalidit  del 55%, i referti di due radiografie, al piede ed al ginocchio destro, entrambi del 5 gennaio 2007.

Con scritto del 26 marzo 2007 l'amministrazione ha preliminarmente chiesto che l'impugnativa fosse dichiarata irricevibile in quanto tardiva. Dopo aver sentito il ricorrente, la scrivente Autorit , con decisione incidentale del 23 aprile 2007, ha accertato la tempestivit  del ricorso invitando nel contempo l'amministrazione a prendere posizione nel merito del gravame.

L'amministrazione ha quindi sottoposto gli atti al Dott. L. \_\_\_\_\_ del proprio servizio medico, il quale, nella sua relazione del 17 maggio 2007, ha confermato integralmente il contenuto della sua precedente presa di posizione del 12 novembre 2006 (doc. 52). Nelle osservazioni responsive del 18 giugno 2007 l'amministrazione ha pertanto proposto la riezione dell'impugnativa con argomenti di cui si riferir , per quanto occorra, nei considerandi che seguono.

Invitato a replicare, il ricorrente ha ribadito, con scritto del 30 luglio 2007, la richiesta di accoglimento del gravame con argomenti di cui si riferir , per quanto occorra, nei considerandi che seguono. A suffragio delle sue conclusioni ha prodotto un complemento del 30 luglio 2007 della consulenza medico-legale (non datata) del Dott. P. \_\_\_\_\_ che invita l'amministrazione a sottoporre l'assicurato ad una visita medica.

Ricevuta la replica, l'amministrazione ha sottoposto nuovamente gli atti al Dott. L. \_\_\_\_\_, il quale, nella sua relazione del 1° settembre 2007, ha confermato integralmente il contenuto delle sue precedenti prese di posizione del 12 novembre 2006 e del 17 maggio 2007. Nella medesima occasione ha pure precisato che non   dato motivo per sottoporre l'assicurato ad una visita medica (doc. 54).

Nella duplice dell'11 settembre 2007 l'amministrazione ha quindi ribadito la propria posizione processuale.

In data 17 settembre 2007 il Tribunale amministrativo federale ha comunicato alle parti la composizione del collegio giudicante. Entro il termine impartito non sono state presentate istanze di ricusa.

Con scritto del 3 ottobre 2007 il ricorrente ha ribadito la propria posizione processuale, avanzando nel contempo la formale richiesta di essere sottoposto ad una visita medica.

In data 10 ottobre 2008 il ricorrente ha versato l'anticipo equivalente alle presunte spese processuali.

## **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 agli art. 33 e 34 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** Dal 1° gennaio 2003, in virtù dell'art. 3 lett. dbis 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<sup>bis</sup> 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 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 (5a 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.**

Il ricorrente ha presentato la richiesta di rendita il 2 aprile 2003. 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 2 aprile 2002 (ossia 12 mesi precedenti la presentazione della domanda), oppure se un diritto alla rendita sia sorto tra tale data ed il 28 novembre 2006, 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).

#### **6.**

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.

#### **7.**

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. 1<sup>ter</sup> 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 LPGGA), 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 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.

Ora, la nozione d'invalidità di cui all'art. 4 LAI e 8 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. 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.

#### **8.**

Ai fini del presente giudizio giova ricordare che per costante giurisprudenza, in ragione dell'uniformità della nozione di invalidità, occorre evitare che per il medesimo danno alla salute, le assicurazioni infortuni, militare e invalidità, giungano a degli apprezzamenti differenti in merito al tasso di invalidità. Questo perchè, anche se un assicuratore non può limitarsi a riprendere semplicemente e senza un più ampio esame il tasso di invalidità fissato da un altro assicuratore, una valutazione presa nell'ambito di una decisione cresciuta in giudicato, non può essere ignorata. Allo stesso modo, l'assicuratore dovrà lasciarsi opporre la presunzione di esattezza della valutazione dell'invalidità effettuata. Un apprezzamento divergente di quest'ultima potrà, infatti, intervenire unicamente a titolo eccezionale e solamente se sono adempiute certe condizioni. In particolare, possono costituire dei motivi sufficienti per discostarsi da una tale valutazione il fatto che la stessa è fondata su un errore di diritto oppure su un apprezzamento insostenibile o che è frutto di una transazione conclusa con l'assicurato o ancora che è fondata su delle misure d'istruzione estremamente limitate e superficiali oppure, infine, se non è assolutamente convincente o è viziata di parzialità (sentenza del Tribunale federale del 18 ottobre 2006 I 490/05 in re P.J.-P./UAIE; DTF 126 V 293 consid. 2 d.; VSI 2004 p. 185 consid. 3).

#### **9.**

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).

## **10.**

**10.1** Nel caso di specie la diagnosi è condivisa essenzialmente da tutti i medici che si sono espressi in merito. L'assicurato risulta essere affetto da "esiti funzionali di trauma al ginocchio dx e di osteomielite piede destro" (modello E 213 del 5 luglio 2004, rapporto medico del Dott. F.\_\_\_\_\_ del 12 agosto 2005; rapporti medici del Dott. L.\_\_\_\_\_ del 12 novembre 2006, del 17 maggio e del 1° settembre 2007; relazione medica del Dott. F.\_\_\_\_\_ del 13 gennaio 2004; certificato medico del 16 novembre 2005 del Dott. G.\_\_\_\_\_; una consulenza medico-legale non datata ed il rispettivo complemento del 30 luglio 2007 del Dott. P.\_\_\_\_\_). Il collegio giudicante non intravede quindi ragioni che gli impediscano di far proprie le conclusioni convergenti inerenti la diagnosi, ritenuto pure che dagli atti non si evince l'insorgenza di alcuna patologia extrainfortunistica nell'interessato atta a peggiorarne il complesso patologico.

**10.2** 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.

## 11.

**11.1** Per quanto concerne le conseguenze invalidanti delle affezioni, il sanitario medico dell'INPS, nel suo rapporto del 5 luglio 2004, dopo aver precisato che l'assicurato è in grado di svolgere a tempo pieno un lavoro adeguato alle sue condizioni, ha posto un tasso di invalidità del 35% per qualsiasi attività lavorativa (doc. 35) mentre il Dott. F.\_\_\_\_\_, medico curante dell'assicurato, nella sua relazione medica del 13 gennaio 2004, si è limitato sostanzialmente a rilevare che l'interessato non può più svolgere l'abituale attività di aiuto-muratore nell'ambito dell'edilizia ma può comunque essere reintegrato in lavoro adeguato alle sue condizioni di salute. L'altro medico curante dell'assicurato (Dott. G.\_\_\_\_\_, chirurgo specialista in dermatologia e venerologia), nel suo certificato del 16 novembre 2005 si è limitato ad attestare genericamente che il paziente presenta "impossibilità a svolgere le attività della vita quotidiana e lavorativa" (doc. 44). Infine, il Dott. P.\_\_\_\_\_, medico chirurgo, nella sua consulenza medico-legale non datata e nel rispettivo complemento del 30 luglio 2007, osserva - invero, piuttosto genericamente - che le affezioni di cui è affetto il paziente comportano sul piano funzionale una riduzione dell'articolarietà del ginocchio e del piede di 2/3 che si riverberano negativamente sulla sua capacità di guadagno determinando una percentuale di invalidità del 55%. Dal canto loro, i medici dell'amministrazione (segnatamente il Dott. F.\_\_\_\_\_ nel suo rapporto del 12 agosto 2005 ed il Dott. L.\_\_\_\_\_ nei suoi rapporti 12 novembre 2006, del 17 maggio e del 1° settembre 2007) sono giunti alla conclusione che l'assicurato nella sua precedente attività di aiuto muratore è inabile al 100% dal 6 febbraio 2002; al 50% dal 12 marzo 2002 ed al 100% dal 5 luglio 2002 mentre è abile al 100% in qualsiasi attività lavorativa media adeguata (quale, ad es., operaio non qualificato in un'industria, magazziniere e venditore al dettaglio in generale) a decorrere dal 23 settembre 2002 (doc. 28, 29, 46, 52 e 54).

**11.2** Ora, dalla documentazione medica agli atti, si evince che l'assicurato ha una costituzione normale (statura 176 cm per 63 kg) e beneficia di uno stato di nutrizione buono con portamento ed andatura normali. L'apparato sensoriale (a parte il visus corretto con lenti) come

pure quelli respiratorio, cardiocircolatorio (pressione arteriosa 135/90), digerente, locomotorio (a parte il ginocchio destro limitato nella flessione di circa 1/3 con accovacciamento difficoltoso e la lievissima claudicazione a destra) e genito-urinario sono nella norma. Parimenti dicasi per il sistema nervoso-psichico (perizia particolareggiata INPS del 5 luglio 2004: doc. 27). L'osteomielite è stata trattata farmacologicamente con terapia antibiotica ed anticoagulante secondo le indicazioni fornite dal Dott. P.\_\_\_\_\_, il quale osserva una modica ipomotrofia muscolare, il che lascia supporre che l'arto destro è praticamente utilizzato nella stessa misura che il sinistro. Lo stato di salute dell'assicurato nel periodo di riferimento appare essere quindi buono e sono presenti unicamente delle patologie prettamente ortopediche e di origine infortunistica. Egli risulta quindi essere obiettivamente impedito esclusivamente nell'assolvimento di lavori medio-pesanti mentre la sua capacità di lavoro in attività adeguate è da ritenersi totale.

Stante quanto precede il collegio giudicante non intravede ragioni che gli impediscano di far proprie le conclusioni cui sono pervenuti i medici dell'amministrazione (il Dott. F.\_\_\_\_\_ nel suo rapporto del 12 agosto 2005 ed il Dott. L.\_\_\_\_\_ nei suoi rapporti 12 novembre 2006, del 17 maggio e del 1° settembre 2007) ed è quindi dell'avviso che l'assicurato nella sua precedente attività di aiuto muratore è inabile al 100% praticamente senza interruzione dal 6 febbraio 2002 mentre risulta essere abile al 100% in qualsiasi attività lavorativa adeguata come descritta dai medici dell'UAIE a decorrere dal 23 settembre 2002.

## **12.**

**12.1** 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.

**12.2** Per quanto concerne la determinazione dei redditi da valido e da invalido il collegio giudicante rileva che deve essere preso in considerazione, conformemente a quanto previsto dalla giurisprudenza (DTF 128 V 174 confermata in DTF 129 V 222), il

salario alla data dell'insorgere di un diritto alla rendita d'invalidità e quindi, nel caso di specie, al 2003. Sulla base del questionario per l'assicurato del 18 dicembre 2003 e del questionario del datore di lavoro del 28 maggio 2005, l'amministrazione ha tenuto conto (calcolo effettuato il 14 ottobre 2005: doc. 30) di un salario mensile medio, privo di invalidità, conseguibile nel 2003 in Svizzera quale aiutomuratore di Fr. 5'908.00. Sulla base dei risultati statistici dell'inchiesta ottobre 2002 dell'Ufficio internazionale del lavoro di Ginevra, l'UAIE ha accertato il salario mensile medio ottenibile nel 2002 in attività leggere ed adatte (indicate dai medici dell'amministrazione) comparabili con attività semplici e ripetitive sono i seguenti:

- nell'ambito della produzione in generale: Fr. 4'798.00;
- nel commercio all'ingrosso Fr. 4'595.00;
- nel commercio al dettaglio Fr. 4'234.00.

Al fine di procedere al confronto dei redditi, e conformemente alla giurisprudenza del Tribunale federale, l'amministrazione ha considerato, quale reddito da invalido, un importo corrispondente alla media dei salari relativi alle professioni sostitutive (DTF 124 V 321) e, quindi, un introito mensile di Fr. 4'542.00  $[(4'798.00 + 4'595.00 + 4'234.00) : 3]$  per 40 ore settimanali pari a Fr. 4'735.00 per 41,7 ore settimanali. Il reddito così accertato deve essere indicizzato al 2003 applicando il tasso di indicizzazione di cui all'evoluzione dei salari nominali tra il 2002 ed il 2003 (La Vie économique, 1/2-2005, tabella B 10.2, pag. 103: anno 2003: 1,4%). Si giunge così per il 2003 ad un salario mensile da invalido di Fr. 4'801.29. Anche applicando una riduzione adeguata del 5% consentita dalla giurisprudenza per tenere conto dei fattori personali dell'assicurato (DTF 126 V 75), giungendo così ad un introito teorico mensile, dopo l'insorgenza dell'invalidità, di Fr. 4'561.22, il confronto fra un reddito privo di invalidità di Fr. 5'908.00 ed un introito teorico mensile, dopo l'insorgenza dell'invalidità, di Fr. 4'561.22 evidenzia una perdita di guadagno del 22,79%  $[(5'908.00 - 4'561.22) \times 100] : 5'908.00$ , tasso che esclude il riconoscimento del diritto ad una rendita d'invalidità e che sostanzialmente corrisponde a quello riconosciuto dalla SUVA a partire dal 1° giugno 2003.

### 13.

Il ricorrente ha chiesto l'esperimento di una nuova perizia medica. In merito alla richiesta di mezzi di prova, va fatto presente che se l'istruttoria da effettuare d'ufficio conduce l'amministrazione o il

giudice, in base ad un apprezzamento coscienzioso delle prove, alla convinzione che la probabilità di determinati fatti deve essere considerata predominante e che altri provvedimenti probatori più non potrebbero modificare il risultato, si rinuncerà ad assumere altre prove (valutazione anticipata delle prove; DTF 122 II 469 e ss., 122 III 223 e ss., 119 V 344 e ss. con riferimenti). Un tale modo di procedere non lede il diritto di essere sentito conformemente all'art. 29 cpv. 2 Cost. (Sozialversicherungsrecht, Rechtsprechung [SVR] 2001, IV, n. 10; riguardo al previgente art. 4 cpv. 1 v. Cost. cfr. DTF 124 V 94 e ss., 122 V 162 e ss. E 119 V 344 e ss. con riferimenti). In concreto, il Tribunale considera che la documentazione agli atti è sufficiente per statuire nel merito della vertenza, per cui la richiesta probatoria deve essere disattesa.

**14.**

Visto quanto precede V.\_\_\_\_\_ non ha diritto ad una rendita dell'assicurazione svizzera per l'invalidità. Il ricorso deve quindi essere respinto e l'impugnata decisione confermata.

**15.**

**15.1** A titolo di spese processuali si prelevano 297.-- franchi (art. 69 cpv. 2 LAI nella versione in vigore dal 1° luglio 2006).

**15.2** 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.**

A titolo di spese processuali si prelevano 297.-- franchi, importo compensato dal corrispondente anticipo versato dal ricorrente alla scrivente autorità in data 10 ottobre 2008.

**3.**

Non vengono assegnate indennità per spese ripetibili.

**4.**

Comunicazione a:

- ricorrente (raccomandata A/R),
- autorità inferiore (n...),
- Ufficio federale delle assicurazioni sociali.

La presidente del collegio:

La cancelliera:

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: