



Corte III
C-7550/2010

Sentenza del 17 agosto 2011

Composizione

Giudici Vito Valenti (presidente del collegio),
Francesco Parrino e Madeleine Hirsig-Vouilloz,
cancelliera Marcella Lurà.

Parti

A. _____,
patrocinato dall'avvocato Salvatore D'Ostuni,
ricorrente,

contro

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

Oggetto

Assicurazione per l'invalidità (decisione del 29 settembre
2010).

Fatti:**A.**

A.a A. _____, cittadino italiano, nato il (...), ha lavorato in Svizzera nel 1965, nel 1966, nel 1969 (7 mesi), nel 1970 (1 mese) e dall'ottobre del 1979 al giugno del 1983, solvendo contributi all'assicurazione svizzera per la vecchiaia, i superstiti e l'invalidità durante tale periodo (doc. 7). Rientrato in Italia, dal 1983, ha svolto attività lucrativa come meccanico in proprio, in ragione di 38.40 ore alla settimana fino al 1999. Dal 2000, avrebbe ridotto l'attività lucrativa per motivi di salute a 9 ore alla settimana (doc. 13 e 14).

A.b Il 16 novembre 2006, ha formulato una prima richiesta volta all'ottenimento di una rendita dell'assicurazione svizzera per l'invalidità (doc. 3). Nel rapporto del 10 settembre 2007, il dott. B. _____, medico dell'UAIE, ha rilevato, sulla base della documentazione medica agli atti (doc. 16, 17 e 22 [v. in particolare perizia medica particolareggiata E 213 del 27 novembre 2006]), che l'interessato era affetto segnatamente da disturbi degenerativi alla colonna lombare a lieve incidenza funzionale ed obesità. Il medico ha quindi ritenuto che il medesimo presentava una capacità al lavoro completa (ossia del 100%) nella precedente attività di meccanico in proprio (doc. 19; v. anche presa di posizione del 9 novembre 2007 del dott. C. _____ [doc. 24]).

A.c Il 14 novembre 2007, l'Ufficio dell'assicurazione per l'invalidità per gli assicurati residenti all'estero (UAIE) ha respinto la domanda di prestazioni dell'assicurazione svizzera per l'invalidità. Ha osservato che l'assicurato non ha subito né un'incapacità permanente di guadagno né un'incapacità al lavoro media sufficiente per un anno, ai sensi delle disposizioni dell'assicurazione svizzera per l'invalidità. In particolare, ha precisato che dagli atti risulta che malgrado il danno alla salute l'esercizio di un'attività lucrativa è da considerare esigibile in misura sufficiente per escludere il diritto ad una rendita (doc. 25).

A.d Con sentenza del 29 agosto 2008, il Tribunale amministrativo federale ha dichiarato inammissibile il ricorso interposto il 13 dicembre 2007 contro la decisione dell'UAIE del 14 novembre 2007 (doc. 27), non avendo l'insorgente versato, entro il termine impartito, l'anticipo sulle presumibili spese processuali (doc. 46).

B.

B.a Il 15 settembre 2009, l'interessato ha formulato una seconda richiesta volta all'ottenimento di una rendita dell'assicurazione svizzera per l'invalidità (doc. 47)

B.b Nel corso dell'istruttoria, l'UAIE ha in particolare assunto agli atti la seguente documentazione:

- la perizia medica particolareggiata E 213 del 21 ottobre 2009, da cui emerge la diagnosi di spondiloartrosi dorso-lombo-sacrale a lieve incidenza funzionale in sovrappeso corporeo, riferita ipertensione arteriosa ben trattata dalla eventuale terapia in atto; le condizioni di salute dell'interessato sono state definite come migliorate e lo stesso è stato ritenuto in grado di svolgere regolarmente lavori pesanti nonché, e a tempo pieno, sia il suo ultimo lavoro sia un lavoro adeguato alle sue condizioni. È stato segnalato che l'interessato è considerato invalido nella misura del 50% per l'ultimo lavoro svolto conformemente alle disposizioni di legge del Paese di residenza (doc. 62);
- documenti medici di data intercorrente da dicembre 2009 a febbraio 2010 (doc. 60, 61, 63, 64 e 67);
- documenti medici del febbraio 2010, secondo cui l'interessato è affetto segnatamente da gonalgia e gonartrosi (doc. 65, 66, 68 e 69);
- il questionario per indipendenti del 10 giugno 2010 (doc. 58), unitamente al formulario per la dichiarazione dei redditi per l'anno 2008 (doc. 57);
- il questionario per l'assicurato del 10 giugno 2010 (doc. 59), nel quale l'assicurato ha affermato d'aver svolto attività lucrativa come meccanico in proprio, in ragione di 42 ore alla settimana, dal 1980 al 2006 e d'aver, sempre nel 2006, ridotto l'attività lucrativa per motivi di salute ad 8 ore alla settimana (v. doc. 58).

B.c Nel rapporto dell'8 agosto 2010, il dott. C._____, medico dell'UAIE, ha esposto la diagnosi di gonalgie e lombalgie senza significativa perdita della funzionalità. Il medico ha quindi ritenuto, fondandosi in particolare sulla perizia particolareggiata E 213 del 21 ottobre 2009 (doc. 62), che

l'interessato presenta una capacità lavorativa intatta, dunque del 100%, nella predente attività di meccanico in proprio (doc. 71).

C.

Il 26 agosto 2010, l'autorità inferiore, mediante progetto di decisione, ha comunicato all'assicurato che la richiesta di prestazioni sarebbe stata respinta, ritenuto in particolare che un'attività lucrativa confacente allo stato di salute è esercitata senza diminuzione di guadagno. L'autorità inferiore ha altresì concesso all'interessato la facoltà di formulare, nel termine di 30 giorni dalla ricezione del progetto di decisione, delle obiezioni per iscritto (doc. 72).

D.

Il 5 settembre 2010, l'interessato ha presentato le sue osservazioni al progetto di decisione del 26 agosto 2010 mediante le quali ha postulato il riconoscimento di una prestazione dell'assicurazione svizzera per l'invalidità. Ha segnalato che le patologie di cui è affetto comportano una completa incapacità al lavoro (doc. 73).

E.

Il 29 settembre 2010, l'autorità inferiore ha respinto la seconda domanda di prestazioni dell'assicurazione svizzera per l'invalidità. Ha osservato che l'assicurato non ha subito un'incapacità al lavoro media sufficiente per un anno, ai sensi delle disposizioni dell'assicurazione svizzera per l'invalidità. In particolare, ha precisato che dagli atti risulta che malgrado il danno alla salute l'interessato esercita un'attività lucrativa confacente allo stato di salute senza diminuzione di guadagno (doc. 74).

F.

F.a Il 20 ottobre 2010, l'interessato ha interposto ricorso dinanzi al Tribunale amministrativo federale contro la decisione dell'UAIE del 29 settembre 2010 mediante il quale ha chiesto, sostanzialmente, il riconoscimento di una prestazione dell'assicurazione svizzera per l'invalidità. Ha ribadito che le affezioni di cui soffre comportano un'incapacità al lavoro nella misura del 100%. Infine, ha formulato una domanda di assistenza giudiziaria, nel senso della dispensa dal pagamento delle spese processuali. Ha esibito documenti medici già agli atti nonché un referto di esame neurologico del 13 luglio 1996, un certificato medico del 20 settembre 2006, una prescrizione medica del 14 aprile 2010, i referti di esami radiologici del 30 settembre 2006 e del 19 gennaio, 20 aprile e 6 giugno 2010, una relazione medica del 13 aprile

2010 del dott. D._____ ed un rapporto ortopedico del 17 settembre 2010 (doc. TAF 1).

F.b Il 24 novembre 2010, l'interessato ha prodotto il formulario "domanda di gratuito patrocinio" (doc. TAF 5).

G.

G.a Nel rapporto del 19 gennaio 2011, il dott. E._____, medico dell'UAIE, ha in particolare constatato che il rapporto ortopedico del settembre 2009 riferisce di un intervento di meniscectomia al ginocchio sinistro che giustifica un'incapacità al lavoro di poche settimane. Ha altresì rilevato che la relazione medica dell'aprile 2010 fa certo stato di una sindrome ansioso-depressiva e di una broncopneumopatia cronica ostruttiva, che sono state diagnosticate per la prima volta, ma senza che siano state corroborate da alcun riscontro medico oggettivo. Quanto all'obesità e alla cefalea, disturbi peraltro curabili, rimarrebbero senza ripercussione sulla capacità lavorativa dell'interessato. Il dott. E._____ ha quindi ritenuto che non vi erano motivi per modificare la valutazione del dott. C._____ (doc. 77).

G.b Nella risposta al ricorso del 3 febbraio 2010 (recte 2011), l'autorità inferiore ha proposto la reiezione del ricorso. In virtù dei rapporti medici dell'8 agosto 2010 e del 19 gennaio 2011 del proprio servizio medico, il ricorrente è stato ritenuto in grado di svolgere la precedente attività. Per conseguenza, non ha mai subito un'incapacità lavorativa di livello pensionabile (doc. TAF 8).

H.

Con provvedimento del 10 febbraio 2011 (notificato il 17 febbraio 2011; doc. TAF 10 [avviso di ricevimento]), il Tribunale amministrativo federale ha invitato il ricorrente, nel termine di 30 giorni a decorrere da quello successivo alla notificazione del provvedimento medesimo, ad inoltrare una replica (doc. TAF 9). Il termine è scaduto infruttuoso.

Diritto:

1.

1.1. Il Tribunale amministrativo federale esamina d'ufficio e con piena cognizione la sua competenza (art. 31 e segg. della legge del 17 giugno 2005 sul Tribunale amministrativo federale [LTAF, RS 173.32]),

rispettivamente l'ammissibilità dei gravami che gli vengono sottoposti (DTF 133 I 185 consid. 2 e relativi riferimenti).

1.2. Riservate le eccezioni – non realizzate nel caso di specie – di cui all'art. 32 LTAF, questo Tribunale giudica, in virtù dell'art. 31 LTAF in combinazione con l'art. 33 lett. d LTAF e l'art. 69 cpv. 1 lett. b della legge federale del 19 giugno 1959 sull'assicurazione per l'invalidità (LAI, RS 831.20), i ricorsi contro le decisioni, ai sensi dell'art. 5 della legge federale del 20 dicembre 1968 sulla procedura amministrativa (PA, RS 172.021), rese dall'Ufficio AI per le persone residenti all'estero.

1.3. In virtù dell'art. 3 lett. d^{bis} PA, la procedura in materia di assicurazioni sociali non è disciplinata dalla PA nella misura in cui è applicabile la legge federale del 6 ottobre 2000 sulla parte generale del diritto delle assicurazioni sociali (LPGA, RS 830.1). Giusta l'art. 1 cpv. 1 LAI, le disposizioni della LPGA sono applicabili all'assicurazione per l'invalidità (art. 1a-26^{bis} e 28-70), sempre che la LAI non deroghi alla LPGA.

1.4. Presentato da una parte direttamente toccata dalla decisione e avente un interesse degno di protezione al suo annullamento o alla sua modifica (art. 59 LPGA), il ricorso – interposto tempestivamente e rispettoso dei requisiti previsti dalla legge (art. 60 LPGA nonché art. 52 PA) – è pertanto ammissibile.

2.

2.1. Il 1° giugno 2002 sono entrati in vigore l'Accordo tra la Confederazione svizzera e la Comunità europea ed i suoi Stati membri sulla libera circolazione delle persone del 21 giugno 1999 (ALC, RS 0.142.112.681) ed il relativo Allegato II che regola il coordinamento dei sistemi di sicurezza sociale, nonché il Regolamento (CEE) n° 1408/71 del Consiglio del 14 giugno 1971 relativo all'applicazione dei regimi di sicurezza sociale ai lavoratori subordinati, ai lavoratori autonomi e ai loro familiari che si spostano all'interno della Comunità (RS 0.831.109.268.1), che si applica a tutte le rendite il cui diritto sorge a far data dal 1° giugno 2002 o successivamente e si sostituisce a qualsiasi convenzione di sicurezza sociale che vincoli due o più Stati (art. 6 Regolamento), come pure il Regolamento (CEE) n° 574/72 del Consiglio del 21 marzo 1972 relativo all'applicazione del Regolamento n° 1408/71 (RS 0.831.109.268.11). L'art. 3 del regolamento (CEE) n° 1408/71 sancisce il principio della parità di trattamento tra cittadini che risiedono in uno Stato membro della Comunità europea ed i cittadini svizzeri.

2.2. Giusta l'art. 20 ALC, salvo disposizione contraria contenuta nell'allegato II, gli accordi bilaterali tra la Svizzera e gli Stati membri della Comunità europea in materia di sicurezza sociale vengono sospesi a decorrere dall'entrata in vigore del presente Accordo qualora il medesimo campo sia disciplinato da quest'ultimo. Nella misura in cui l'Accordo, in particolare l'Allegato II che regola il coordinamento dei sistemi di sicurezza sociale (art. 8 ALC), non prevede disposizioni contrarie, l'organizzazione della procedura come pure l'esame delle condizioni di ottenimento di una rendita di invalidità svizzera sono regolate dal diritto interno svizzero.

2.3. L'art. 80a LAI sancisce espressamente l'applicabilità nella presente procedura, trattandosi di un cittadino che risiede nell'Unione europea, dell'ALC e dei Regolamenti (CEE) n° 1408/71 del Consiglio del 14 giugno 1971 e (CEE) n° 574/72 del Consiglio del 21 marzo 1972 relativo all'applicazione del Regolamento n° 1408/71.

2.4. Per costante giurisprudenza, l'ottenimento di una pensione straniera d'invalidità non pregiudica l'apprezzamento di un'invalidità secondo il diritto svizzero (v. sentenza del Tribunale federale I 435/02 del 4 febbraio 2003 consid. 2). Anche in seguito all'entrata in vigore dell'ALC, il grado d'invalidità di un assicurato che pretende una rendita dell'assicurazione svizzera è determinato esclusivamente secondo il diritto svizzero (DTF 130 V 253 consid. 2.4).

3.

3.1. Secondo l'art. 2 LPGa, le disposizioni della legge stessa sono applicabili alle assicurazioni sociali disciplinate dalla legislazione federale, se e per quanto le singole leggi sulle assicurazioni sociali lo prevedano.

3.2. Dal profilo temporale sono applicabili le disposizioni in vigore al momento della realizzazione dello stato di fatto che deve essere valutato giuridicamente o che produce conseguenze giuridiche (DTF 130 V 445 consid. 1.2 e relativi riferimenti nonché DTF 129 V 1 consid. 1.2). La domanda di una rendita AI essendo stata presentata il 15 settembre 2009, al caso in esame si applicano di principio le disposizioni della 5a revisione della LAI entrate in vigore il 1° gennaio 2008 (cfr. sentenza del Tribunale federale 8C_249/2010 del 1° giugno 2009; v. anche la sentenza del Tribunale amministrativo federale C-1529/2010 del 14 ottobre 2010).

3.3. Il ricorrente, come già menzionato, ha presentato la nuova domanda di rendita il 15 settembre 2009. In deroga all'art. 24 LPGA, l'art. 29 LAI prevede che 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'art. 29 cpv. 1 LPGA (riservate altresì le condizioni dell'art. 28 cpv. 1 LAI [cfr. consid. 5.3 del presente giudizio]). Giova altresì rilevare che il potere cognitivo di questo Tribunale è delimitato dalla data della decisione impugnata. Il giudice delle assicurazioni sociali esamina infatti la decisione impugnata sulla base della situazione di fatto esistente al momento in cui essa è stata resa. Tiene tuttavia conto dei fatti verificatisi dopo tale data quando essi possano imporsi quali elementi d'accertamento retrospettivo della situazione anteriore alla decisione stessa (DTF 129 V 1 consid. 1.2 e DTF 121 V 362 consid. 1b).

4.

Secondo le norme applicabili, ogni richiedente, per avere diritto ad una rendita dell'assicurazione invalidità svizzera, deve adempiere cumulativamente le seguenti condizioni:

- essere invalido ai sensi della LPGA e della LAI (art. 8 LPGA nonché art. 4, 28 e 28a LAI);
- aver pagato i contributi all'AVS/AI svizzera o ad un'assicurazione sociale assimilata (FF 2005 p. 4065; art. 45 del regolamento 1408/71) di uno Stato membro dell'Unione europea (UE) o dell'Associazione europea di libero scambio (AELS), durante tre anni (art. 36 cpv. 1 LAI), ferma restando la necessità di un periodo contributivo minimo in Svizzera di un anno (art. 36 cpv. 2 LAI in combinazione con l'art. 29 cpv. 1 LAVS; cfr. DTF 130 V 335 consid. 3 e 4).

Il ricorrente ha versato contributi all'AVS/AI svizzera per più di 5 anni (doc. 7) e, pertanto, adempie in ogni caso la condizione della durata minima di contribuzione. Rimane ora da esaminare se sia invalido ai sensi di legge.

5.

5.1. L'invalidità ai sensi della LPGA e della LAI è l'incapacità al guadagno totale o parziale presumibilmente permanente o di lunga durata che può essere conseguente ad infermità congenita, malattia o infortunio (art. 8 LPGA e 4 cpv. 1 LAI). Secondo l'art. 7 LPGA, è considerata incapacità al

guadagno la perdita, totale o parziale, della possibilità di guadagno sul mercato del lavoro equilibrato che entra in considerazione, provocata da un danno alla salute fisica, mentale o psichica e che perdura dopo aver sottoposto l'assicurato alle cure ed alle misure d'integrazione ragionevolmente esigibili. In caso d'incapacità al lavoro di lunga durata, possono essere prese in considerazione anche le mansioni esigibili in un'altra professione o campo d'attività (art. 6 LPGGA).

5.2. Giusta l'art. 28 cpv. 2 LAI, l'assicurato ha diritto ad un quarto di rendita se è invalido per almeno il 40%, ad una mezza rendita se è invalido per almeno la metà, a tre quarti di rendita se è invalido per almeno il 60% e ad una rendita intera se è invalido per almeno il 70%. In seguito all'entrata in vigore dell'Accordo sulla libera circolazione, la limitazione prevista dall'art. 29 cpv. 4, secondo cui le rendite per un grado d'invalidità inferiore al 50%, ma pari almeno al 40%, sono versate solo ad assicurati che sono domiciliati e dimorano abitualmente in Svizzera (art. 13 LPGGA), non è più applicabile segnatamente quando l'assicurato è cittadino dell'UE o svizzero e risiede nell'UE (DTF 132 V 423 consid. 6.4.1 e sentenza del Tribunale federale I 702/03 del 28 maggio 2004 consid. 1 e relativi riferimenti).

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

5.4. Un'incapacità al lavoro del 20% deve essere presa in considerazione per il calcolo dell'incapacità al lavoro media giusta l'art. 28 cpv. 1 lett. b LAI (cfr. nota marginale 2020 della Circolare sull'invalidità e la grande invalidità nel suo tenore applicabile fino al 31 dicembre 2007; *Jurisprudence et pratique administrative des autorités d'exécution de l'AVS/AI [Pratique VSI] 1998 p. 126 consid. 3c*).

6.

6.1. La nozione d'invalidità di cui all'art. 4 LAI e 8 LPGGA è di carattere economico-giuridico e non medico (DTF 116 V 246 consid. 1b, DTF 110 V 273 e DTF 105 V 205). In base all'art. 16 LPGGA, applicabile per il rinvio dell'art. 28 cpv. 2 LAI, per valutare il grado d'invalidità, il reddito che

l'assicurato potrebbe conseguire esercitando l'attività ragionevolmente esigibile da lui dopo la cura medica e l'eventuale esecuzione di provvedimenti d'integrazione (reddito da invalido), tenuto conto di una situazione equilibrata del mercato del lavoro, è confrontato con il reddito che egli avrebbe potuto ottenere se non fosse diventato invalido (reddito da valido; metodo generale del raffronto dei redditi).

6.2. L'assicurazione svizzera per l'invalidità risarcisce pertanto, e di principio, soltanto la perdita economica che deriva da un danno alla salute fisica o psichica dovuto a malattia o infortunio, non la malattia o la conseguente incapacità lavorativa.

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

6.4. Peraltro, e secondo un principio generale del diritto delle assicurazioni sociali, ogni assicurato ha l'obbligo di ridurre il danno conseguente la sua invalidità (DTF 130 V 97 consid. 3.2 e relativi riferimenti). In virtù di tale obbligo, l'assicurato deve intraprendere tutto quanto sia ragionevolmente esigibile per ovviare nel modo migliore possibile alle conseguenze della sua invalidità, segnatamente mettendo a profitto la sua residua capacità lavorativa se necessario in una nuova professione (sentenza del Tribunale federale I 543/03 del 27 agosto 2004; DTF 113 V 22 consid. 4a).

7.

Per quanto attiene alle regole che reggono la procedura di nuova domanda di rendita, va rilevato che qualora, nell'ambito di una prima domanda, la rendita sia stata negata perché il grado d'invalidità era insufficiente, una nuova domanda è riesaminata soltanto se l'assicurato rende verosimile che il grado d'invalidità si è modificato in misura rilevante per il diritto alle prestazioni (art. 87 cpv. 3 e 4 OAI). Per valutare questo aspetto occorre confrontare la situazione al momento della nuova domanda (in concreto al 15 settembre 2009) con quella esistente al momento dell'ultima decisione cresciuta in giudicato (nel caso concreto al 14 novembre 2007) che è stata oggetto di un esame materiale del diritto alla rendita dopo contestuale accertamento pertinente dei fatti, apprezzamento delle prove e determinazione del grado d'invalidità (DTF 130 V 108 e DTF 130 V 71 consid. 3.2.3). La verosimiglianza richiesta

dall'art. 87 cpv. 3 OAI non è la verosimiglianza preponderante altrimenti valida nel diritto delle assicurazioni sociali. Il grado della prova dell'art. 87 cpv. 3 OAI è attenuato in quanto non è necessario che l'amministrazione raggiunga il convincimento, nel senso di una prova piena, che rispetto all'ultima decisione cresciuta in giudicato sia effettivamente subentrata una modifica rilevante. Basta piuttosto che sussistano almeno certi indizi a favore della circostanza invocata, fermo restando comunque la possibilità che la modifica invocata venga poi smentita da un più attento esame successivo (cfr. sentenza del Tribunale federale 9C_68/2007 del 19 ottobre 2007 consid. 4.4 con riferimenti). Adita di una nuova domanda, l'amministrazione comincerà con l'esaminare se le allegazioni dell'assicurato sono, in maniera generale, plausibili. Se ciò non dovesse essere il caso, potrà liquidare l'istanza senza ulteriori indagini con un rifiuto di entrata nel merito. A tal proposito occorre precisare che quanto più breve è il tempo trascorso dalla decisione precedente, tanto più rigorosamente l'amministrazione apprezzerà la plausibilità delle allegazioni dell'assicurato. Su questo aspetto, l'amministrazione dispone di un certo potere d'apprezzamento che il giudice è di principio tenuto a rispettare (cfr. sentenza del Tribunale federale 9C_667/2010 del 28 aprile 2011 consid. 2.1 e 2.2 nonché relativi riferimenti). Peraltro, allorché l'autorità inferiore è entrata nel merito di una domanda di rendita il giudice non ha da esaminare la legittimità di siffatta entrata nel merito (DTF 133 V 108 consid. 5.2 e DTF 109 V 108 consid. 2b).

8.

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

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

sentito secondo l'art. 29 cpv. 2 Cst. (Sozialversicherungsrecht [SVR] 2001 IV n. 10 pag. 28).

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

9.

9.1. Il giudice delle assicurazioni sociali deve esaminare in maniera obiettiva tutti i mezzi di prova, indipendentemente dalla loro provenienza, e poi decidere se i documenti messi a disposizione permettono di giungere ad un giudizio attendibile sulle pretese giuridiche litigiose. Affinché il giudizio medico acquisti valore di prova rilevante, esso deve essere completo in merito ai temi sollevati, deve fondarsi, in piena conoscenza della pregressa situazione valetudinaria (anamnesi), su esami approfonditi e tenere conto delle censure sollevate dal paziente, per poi giungere in maniera chiara a fondate, logiche e motivate deduzioni. Peraltro, per stabilire se un rapporto medico ha valore di prova non è determinante né la sua origine né la sua denominazione – ad esempio quale perizia o rapporto – ma il suo contenuto (DTF 125 V 351 consid. 3).

9.2. Non va infine dimenticato che se vi sono dei rapporti medici contraddittori il giudice non può evadere la vertenza senza valutare l'intero materiale e indicare i motivi per cui egli si fonda su un rapporto piuttosto che su un altro. Al riguardo va tuttavia precisato che non si può pretendere dal giudice che raffronti i diversi pareri medici e parimenti esponga correttamente da un punto di vista medico, come farebbe un perito, i punti in cui si evidenziano delle carenze e quale sia l'opinione più adeguata (sentenza del Tribunale federale I 166/03 del 30 giugno 2004 consid. 3.3).

10.

Dalla documentazione medica agli atti emerge che il ricorrente soffre segnatamente di spondiloartrosi dorso-lombo-sacrale a lieve incidenza funzionale in sovrappeso, lombalgie, gonalgie, stato dopo meniscectomia al ginocchio sinistro, ipertensione arteriosa ben trattata dalla terapia in atto e cefalea (cfr. perizia medica particolareggiata E 213 del 21 ottobre

2009 [doc. 62] e prese di posizione del servizio medico dell'UAIE dell'8 agosto 2008 e del 19 gennaio 2011 [doc. 71 e 77]).

11.

11.1. Nella fattispecie in esame, occorre determinare se tra il 14 novembre 2007, data della decisione cresciuta in giudicato mediante la quale è stata respinta dall'UAIE la prima domanda di prestazioni dell'assicurazione svizzera per l'invalidità, ed il 29 settembre 2010, data della decisione impugnata, il ricorrente abbia subito, e senza interruzione notevole, un'incapacità lavorativa media di almeno il 40% durante un anno giusta l'art. 28 cpv. 1 lett. b LAI.

11.2. L'UAIE ha respinto la seconda domanda di rendita dell'assicurazione svizzera per l'invalidità. Detto Ufficio ha ritenuto a giusto titolo che non emerge dagli atti di causa per il ricorrente un'incapacità lavorativa media del 40% sull'arco di un anno, senza notevole interruzione. Nel rapporto dell'8 agosto 2010 (doc. 71), il dott. C._____, del servizio medico dell'UAIE, ha ritenuto che il ricorrente è affetto da lombalgie e gonalgie, peraltro senza incidenza significativa sulla capacità lavorativa, e che (rispetto a quanto ritenuto nel 2007 e nel 2008; v. in particolare rapporti medici del servizio medico dell'UAIE del 10 settembre 2007 e del 20 febbraio 2008 [doc. 19 e 43]), non è ravvisabile alcun peggioramento determinante dello stato di salute dell'insorgente. Ha quindi concluso che il ricorrente è completamente abile nella precedente attività di meccanico in proprio. Il dott. E._____, nel rapporto del 19 gennaio 2011 (doc. 77), ha altresì, e nella sostanza, confermato la valutazione del dott. C._____, anche alla luce della nuova documentazione presentata. In particolare, ha segnalato che l'insorgente, a causa dell'intervento di meniscectomia al ginocchio sinistro, è stato inabile al lavoro durante poche settimane. Ha altresì sottolineato che la documentazione medica, prodotta in sede ricorsuale, fa certo stato di una sindrome ansioso-depressiva e di una broncopneumopatia cronica ostruttiva, che sono state diagnosticate per la prima volta, ma senza che siano state corroborate da alcun riscontro medico oggettivo. Infine, ha rilevato che il ricorrente soffre di cefalea ed obesità, ma che tali affezioni non comportano alcuna limitazione funzionale determinante nella precedente attività.

11.3. Questo Tribunale non ha motivo di scostarsi dal suddetto apprezzamento, ritenuto come lo stesso trovi fondamento anche nella perizia medica particolareggiata E 213 del 21 ottobre 2009 (doc. 62). In

effetti, il medico incaricato dell'esame ha indicato che l'insorgente è in grado di svolgere, e a tempo pieno, sia il suo ultimo lavoro sia un lavoro sostitutivo adeguato alle sue condizioni (doc. 62 pag. 9 n. 11.4 a 11.6). Certo, nella perizia E 213 è pure stata evidenziata un'invalidità del 50%, per la precedente attività di meccanico in proprio, ritenuta in Italia conformemente alle disposizioni legge di detto Paese. Sennonché, a tale riguardo giova rammentare che la valutazione di un'autorità straniera con riferimento all'incapacità lavorativa di un assicurato non vincola di principio le autorità svizzere nell'apprezzamento del caso secondo il diritto svizzero (v. sentenza del Tribunale federale I 435/02 del 4 febbraio 2003 consid. 2 nonché consid. 2.4 del presente giudizio), fermo restando che il medico dell'INPS stesso si è distanziato da quanto ritenuto dalle autorità italiane sull'incapacità lavorativa.

11.4. Per quanto attiene ai referti di esame del settembre 2006 e del gennaio, aprile e giugno 2010 (doc. TAF 1), gli stessi si limitano a riferire le affezioni ortopedico-reumatologiche già note e precedentemente diagnosticate. Peraltro, e notoriamente, una gonartrosi di grado I costituisce una forma iniziale di artrosi. Non soccorre l'insorgente neppure la relazione medica del 13 aprile 2010 del dott. D. _____ (doc. TAF 1), che si esaurisce in una semplice enumerazione di affezioni di cui soffrirebbe il ricorrente (alcune fino ad allora mai ritenute), che non è corroborata da riscontri medici oggettivi, ed in un generico apprezzamento delle conseguenze delle affezioni, che appare peraltro fondarsi su una valutazione dell'invalidità come vigente in Italia non conciliabile con il sistema svizzero, fermo restando che un'insufficienza cardiaca classe NYHA II costituisce notoriamente un'insufficienza di grado moderato e che una sindrome depressiva endoreattiva lieve, senza alcun riferimento ad una classificazione secondo un metodo scientifico riconosciuto internazionalmente ed in assenza d'informazioni precise sullo stato psichico del paziente, non implica altresì e, di per sé, un'incapacità lavorativa. In conclusione, l'insorgente non ha presentato, in sede ricorsuale, argomenti o mezzi di prova suscettibili di far sorgere dei dubbi sulla valutazione dei dott. C. _____ e E. _____, fondata a sua volta sulla perizia medica E 213 dell'ottobre 2009.

11.5. Occorre altresì rilevare che, per costante giurisprudenza, allorquando, come nel caso di specie, l'insorgente presenta una capacità lavorativa totale nella precedente attività di meccanico in proprio (lo stesso varrebbe anche per una capacità lavorativa superiore al 60%), l'applicazione del metodo straordinario per la determinazione del grado d'invalidità non presuppone né la presa in considerazione dell'età del

ricorrente o del mercato equilibrato del lavoro, né un raffronto dei redditi ipotetici o il riferimento a dei redditi comparativi nella medesima professione, né l'esame della fase iniziale dell'attività indipendente in questione, ma la percentuale d'incapacità lavorativa corrisponde allora al grado d'invalidità (cfr. sentenza del Tribunale federale 9C_947/2008 del 29 maggio 2009 e sentenza del Tribunale amministrativo federale C-4955/2009 del 25 marzo 2011 consid. 10.4). Basti ancora osservare, per sovrabbondanza, che né nell'ambito della procedura di prima istanza né in sede di ricorso il ricorrente ha mai indicato con la necessaria precisione, tanto meno dimostrato con documentazione medica oggettiva, quali specifiche attività della sua professione (in percentuale rispetto al totale) non sarebbe più in grado di svolgere, e a partire da quando, a causa delle affezioni da lui evocate, non essendo decisivo per la determinazione del grado d'invalidità la sua decisione di ridurre l'orario lavorativo (peraltro, sia detto per sovrabbondanza, il ricorrente ha fornito su questo punto delle versioni divergenti nei questionari per indipendenti del 16 maggio 2007 [doc. 13] e del 10 giugno 2010 [doc. 58]).

12.

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

13.

13.1. Visto l'esito della causa, le spese processuali, che seguono la soccombenza, dovrebbero di principio essere poste a carico del ricorrente (art. 63 PA e art. 3 lett. b del regolamento sulle tasse e sulle spese ripetibili nelle cause dinanzi al Tribunale amministrativo federale [TS-TAF, RS 173.320.2]). L'insorgente ha chiesto l'assistenza giudiziaria, nel senso della dispensa dal versamento delle spese processuali. Secondo dottrina e giurisprudenza, i presupposti per la concessione dell'assistenza giudiziaria sono di massima adempiuti se l'istante si trova nel bisogno e se le sue conclusioni non sembrano dovere avere esito sfavorevole (DTF 119 la 11). Una parte si trova nel bisogno, giusta l'art. 65 cpv. 1 PA, qualora non possa pagare le spese giudiziarie senza pregiudizio dei mezzi necessari al suo mantenimento e a quello della sua famiglia (DTF 128 I 225 consid. 2.5.1). Se la parte che domanda l'assistenza giudiziaria è coniugata, occorre tenere conto pure dei redditi del coniuge (DTF 115 la 193 consid. 3). Il limite per ammettere lo stato di bisogno ai sensi delle norme disciplinanti l'assistenza giudiziaria si situa al di sopra di quello del minimo esistenziale agli effetti del diritto esecutivo. Così, all'importo base LEF viene (spesso) applicato un

supplemento, variante tra il 15% e il 25% (cfr. sentenza del Tribunale federale delle assicurazioni I 134/06 del 7 maggio 2007 consid. 5.2 e relativi riferimenti). Ciò non toglie che dalla persona che ne fa richiesta possono essere pretesi alcuni sacrifici. Tuttavia, essa non deve per questo ridursi a uno stato di indigenza né può essere tenuta a procurarsi i mezzi necessari per il processo a detrimento di altri obblighi urgenti (cfr. sentenza del Tribunale delle assicurazioni U 356/02 del 7 luglio 2003). Per ammettere il bisogno ai fini processuali è sufficiente che l'istante non disponga di mezzi superiori a quelli necessari per fare fronte al mantenimento normale della famiglia. Nell'ambito di questo esame non è da considerarsi unicamente la situazione di reddito, ma globalmente l'intera situazione finanziaria e patrimoniale (cfr. sentenza del Tribunale federale delle assicurazioni B 45/05 del 13 aprile 2006 consid. 7.2.1 e 7.2.2). Va peraltro ricordato che prima di potere chiedere l'assistenza giudiziaria dallo Stato, la persona interessata, nel limite dell'esigibile (la giurisprudenza federale garantendo una riserva di soccorso ["Notgroschen"]), deve di principio attingere alla propria sostanza (DTF 119 la 11 consid. 5 [v. pure DTF 119 la 11 sull'esigibilità, per il richiedente, di gravare un immobile e di assumersi un {ulteriore} debito ipotecario]). Ora, nel caso concreto, dal formulario "Gratuito patrocinio" (doc. TAF 5) compilato dal ricorrente medesimo si evince, in particolare, che lo stesso percepisce un reddito pari a Euro 4'200.00 annuali (v. anche doc. 58) e che il medesimo non dispone di alcuna sostanza. La domanda d'assistenza giudiziaria può pertanto essere accolta, ritenuto che l'indigenza dell'insorgente appare sufficientemente dimostrata e che il ricorso non poteva considerarsi a priori sprovvisto di probabilità di esito favorevole.

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

(dispositivo alla pagina seguente)

Per questi motivi, il Tribunale amministrativo federale pronuncia:

1.

Il ricorso è respinto.

2.

La domanda d'assistenza giudiziaria, nel senso della dispensa dal versamento delle spese processali, è accolta. Pertanto, non sono percepite spese processuali.

3.

Non si attribuiscono spese ripetibili.

4.

Comunicazione a:

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

Il presidente del collegio:

La cancelliera:

Vito Valenti

Marcella Lurà

Rimedi giuridici:

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

Data di spedizione: