



## **Sentenza del 23 novembre 2011**

---

Composizione

Giudici Vito Valenti (presidente del collegio),  
Franziska Schneider e Beat Weber,  
cancelliera Marcella Lurà.

---

Parti

A. \_\_\_\_\_,  
patrocinato dal Patronato EPASA-CNA,  
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 7 gennaio 2009).

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

A.\_\_\_\_\_, cittadino italiano residente in Australia, nato il (..), coniugato, con figli, ha lavorato in Svizzera nel 1967, nel 1968, nel 1969, nel 1970 (11 mesi), nel 1972 (9 mesi), nel 1973 (8 mesi), nel 1974 (3 mesi), nel 1976 (6 mesi) e dal marzo del 1977 al novembre del 1979, solvendo contributi all'assicurazione svizzera per la vecchiaia, i superstiti e l'invalidità durante tale periodo (doc. 156). Rientrato in Italia, ha svolto attività lucrativa come bracciante agricolo dal dicembre del 1979 all'ottobre del 1981 (doc. 5). Dagli atti di causa risulta che si è trasferito poi in Australia. L'assicurato ha dichiarato d'aver svolto attività lucrativa come manovale dal 1981 al 2001; da ultimo (gennaio 1997) alle dipendenze dell'impresa B.\_\_\_\_\_ di C.\_\_\_\_\_, in ragione di 40 ore alle settimana (doc. 5 e 6). Il 3 ottobre 2001 (secondo le indicazioni del datore di lavoro; doc. 6) oppure il 13 ottobre 2001 (secondo le dichiarazioni dell'assicurato; doc. 5), l'attività è stata interrotta per motivi di salute. L'assicurato ha altresì affermato di percepire, a far tempo dal 23 febbraio 2003, una pensione d'invalidità australiana (doc. 5). Il 18 febbraio 2005 (data ritenuta dell'autorità inferiore nello scritto del 7 marzo 2005 qualora l'interessato avesse riempito entro 3 mesi, lo ha fatto il 18 aprile 2005 [atto pervenuto all'autorità inferiore il 26 aprile 2005], uno specifico formulario [doc. 1.2]), ha formulato una richiesta volta all'ottenimento di una rendita dell'assicurazione svizzera per l'invalidità (doc. 2).

**B.**

Nel corso dell'istruttoria, l'Ufficio dell'assicurazione per l'invalidità per gli assicurati residenti all'estero (UAIE) ha in particolare assunto agli atti la seguente documentazione:

- documenti medici di data intercorrente da gennaio a dicembre 2005 (doc. 8 a 18 e doc. 20 a 22), segnatamente rapporti cardiologici (doc. 11, 18 e 20), un rapporto ortopedico (doc. 12), un rapporto oftalmologico (doc. 15) ed un rapporto del medico curante (doc. 17);
- il questionario per il datore di lavoro del 19 settembre 2005 (doc. 6);
- il questionario per l'assicurato del 29 settembre 2005 (doc. 5).

**C.**

**C.a** Nel rapporto del 15 dicembre 2005, la dott.ssa D.\_\_\_\_\_, del Servizio medico regionale (SMR) "Rhône", ha ritenuto che la documentazione medica è insufficiente al fine di una valutazione del caso. Ha quindi chiesto un complemento d'istruttoria (doc. 23).

**C.b** Il 20 febbraio 2006, l'autorità inferiore ha chiesto al Consolato generale svizzero a C.\_\_\_\_\_ di provvedere affinché l'interessato fosse sottoposto a nuove visite mediche e di far pervenire un rapporto sullo stato di salute generale, un esame ortopedico, un esame pneumologico, un esame cardiologico ed un esame angiologico (con indicazione del contenuto dei rapporti relativi a detti esami [doc. 27]).

**C.c** Dalle carte processuali risulta che sono stati prodotti documenti medici di data intercorrente da dicembre 2005 ad ottobre 2006 (doc. 28, 30, 31, 34 a 36, 42 e 43), segnatamente rapporti cardiologici (doc. 30 e 31), un rapporto oftalmologico (doc. 35) ed un rapporto ortopedico (doc. 36).

**C.d** Da una nota interna dell'UAIE dell'11 ottobre 2006 emerge che il Consolato generale svizzero sarebbe stato trasferito a E.\_\_\_\_\_ alla fine di ottobre del 2006 (doc. 41; v. anche doc. 39).

**C.e** Con scritto del 17 ottobre 2006, il dott. F.\_\_\_\_\_, medico incaricato dal Consolato generale svizzero a C.\_\_\_\_\_, ha in particolare segnalato che l'interessato presenta molti problemi di salute significativi, che alcune patologie non verrebbero curate e che la richiesta di sottoporre l'assicurato ad una visita medica comporta degli insoliti, approfonditi, complessi e costosi esami (doc. 40; v. anche doc. 29).

**C.f** Nell'agosto del 2007, l'autorità inferiore ha rinunciato a sottoporre l'interessato ad una perizia medica. Ha quindi chiesto al dott. G.\_\_\_\_\_, medico curante dell'interessato, di produrre tutta la documentazione medica in suo possesso a far tempo dal 20 settembre 2005 (doc. 46). Dalle carte processuali risultano essere stati prodotti i referti di esami ematici da dicembre 2005 a luglio 2007 (doc. 49 a 52).

**D.**

Nel rapporto dell'8 maggio 2008, la dott.ssa D.\_\_\_\_\_ ha esposto la diagnosi principale di grave gonartrosi bilaterale con esiti di intervento di protesi al ginocchio sinistro e grave spondilosi cervico-toraco-lombare. Ha

pure evidenziato la diagnosi, con ripercussioni sulla capacità lavorativa, di cardiopatia coronarica, sindrome metabolica con diabete mellito insulino-dipendente, ipertensione arteriosa ed iperlipidemia, arteriopatia periferica occlusiva, asma bronchiale, sindrome delle apnee del sonno, grave sindrome del tunnel carpale bilaterale e glaucoma. Ha quindi ritenuto per l'interessato un'incapacità lavorativa del 100% nella precedente attività di operaio edile a decorrere dal 3 ottobre 2001, ma, sempre da tale data (cfr. doc. 56 pag. 2), una capacità al lavoro completa (ossia del 100%) in un'attività sostitutiva confacente al suo stato di salute (lavoro a tempo pieno – con sollevamento, ma solo occasionalmente, di pesi non superiore ai 15 kg – esclusa ogni attività pesante [doc. 56]).

## **E.**

**E.a** Il 20 maggio 2008, l'autorità inferiore ha chiesto al dott. G.\_\_\_\_\_ di produrre la documentazione medica per il periodo intercorrente dal 2001 al 20 settembre 2005 (doc. 57).

**E.b** Dalle carte processuali risulta che sono stati prodotti documenti medici di data intercorrente da luglio 2001 a settembre 2005 (doc. 58 a 70, 73, 75 a 106, 108 a 115 e 117 a 144), segnatamente rapporti oftalmologici da dicembre 2001 a maggio 2005 (doc. 77, 92, 113 e 132), rapporti cardiologici da ottobre 2003 a novembre 2004 (doc. 68, 95 e 108), rapporti\_ortopedici da gennaio 2002 ad agosto 2005 (doc. 58, 59, 69, 100, 102, 104, 106, 115, 121, 123, 127 a 129 e 139), rapporti angiologici da agosto a settembre 2003 (doc. 60, 61, 62, 66 e 67), rapporti pneumologici da giugno 2002 a dicembre 2004 (doc. 109, 130 e 131) e i certificati medici del medico curante del marzo 2002, luglio 2004 e settembre 2008 (doc. 105, 124 e 144).

## **F.**

Nel rapporto del 4 agosto 2008, la dott.ssa D.\_\_\_\_\_ ha rilevato che non vi erano motivi per modificare la sua precedente valutazione della residua capacità lavorativa del 100% in un'attività sostitutiva adeguata (lavoro con movimento per tragitti brevi; doc. 147).

## **G.**

Il 27 agosto 2008, l'autorità inferiore ha determinato nel 38% il grado d'invalidità dell'assicurato in applicazione del metodo generale del raffronto dei redditi (doc. 148).

**H.**

**H.a** Il 2 settembre 2008, l'autorità inferiore, mediante progetto di decisione, ha comunicato all'interessato che la domanda di prestazioni sarebbe stata respinta, ritenuto in particolare che l'esercizio di un'attività lucrativa più leggera è da considerare esigibile in misura sufficiente per escludere il diritto ad una rendita. L'autorità inferiore ha altresì concesso all'interessato la facoltà di formulare, nel termine di 30 giorni dalla notificazione del progetto di decisione, delle obiezioni per iscritto (doc. 149).

**H.b** L'8 ottobre 2008, l'UAIE ha trasmesso al ricorrente copia della documentazione sanitaria e accordato un termine fino al 30 novembre 2011 per presentare le sue osservazioni al progetto di decisione (doc. 151).

**I.**

Il 4 novembre 2008, l'interessato ha presentato le sue osservazioni al progetto di decisione nonché postulato il riconoscimento di una rendita intera d'invalidità, dal momento che le patologie di cui è affetto comporterebbero una completa incapacità al lavoro. Ha segnalato che – conto tenuto della sua età (63 anni), delle affezioni di cui soffre, delle terapie farmacologiche a cui è sottoposto nonché della sua formazione – non si può esigere da lui l'esercizio delle attività di sostituzione indicate dall'autorità inferiore su un mercato del lavoro equilibrato (il 26 settembre 2008 aveva esibito un attestato medico del 24 settembre 2008 del dott. G.\_\_\_\_\_ [doc. 150 e 152]).

**J.**

Nel rapporto dell'11 dicembre 2008, la dott.ssa D.\_\_\_\_\_ ha rilevato che il documento medico del settembre 2008 non apporta nuovi elementi clinici oggettivi tali da modificare la sua precedente valutazione e neppure fa stato di un peggioramento significativo dello stato di salute dell'interessato (doc. 154).

**K.**

Il 7 gennaio 2009, l'autorità inferiore ha respinto la domanda di prestazioni dell'assicurazione svizzera per l'invalidità. Ha in particolare osservato che dalle carte processuali risulta che a causa del danno alla salute l'assicurato ha un'incapacità lavorativa del 100% nella precedente attività. Tuttavia, l'esercizio di un'attività sostitutiva leggera confacente al suo stato di salute – quale ad esempio operaio non specializzato,

portinaio/custode, sorvegliante di parcheggio/museo, addetto a piccole consegne con veicolo, cassiere, impiegato d'ufficio – è da considerare esigibile al 100% e conduce ad un grado d'invalidità del 38% che esclude il riconoscimento del diritto ad una rendita dell'assicurazione svizzera per l'invalidità. L'autorità inferiore ha altresì sottolineato che l'assenza di un'occupazione lucrativa in ragione dell'età, delle circostanze concrete del mercato del lavoro o di una formazione insufficiente, non giustifica il riconoscimento di una rendita. Infine, ha ribadito la correttezza del confronto dei redditi effettuato (doc. 155).

## **L.**

**L.a** L'11 febbraio 2009, l'interessato ha interposto ricorso dinanzi al Tribunale amministrativo federale contro la decisione dell'UAIE del 7 gennaio 2009 mediante il quale ha chiesto, sostanzialmente, il riconoscimento di una rendita intera d'invalidità dal momento che le patologie di cui è affetto comportano una completa incapacità al lavoro. Si è doluto di un'errata valutazione della sua incapacità lavorativa sulla base della documentazione medica già in atti. Ha segnalato la sua disponibilità a sottoporsi ad una perizia medica. Il ricorrente ha altresì sottolineato che – conto tenuto della sua età (63 anni), delle affezioni di cui soffre, delle terapie farmacologiche a cui è sottoposto nonché della sua formazione – non si può esigere da lui l'esercizio delle attività di sostituzione indicate dall'autorità inferiore su un mercato del lavoro equilibrato. Si è pure doluto del calcolo effettuato dall'autorità inferiore per determinare il grado d'invalidità. L'insorgente ha infine formulato una domanda di assistenza giudiziaria, nel senso della dispensa dal pagamento delle spese processuali. Ha esibito documenti già agli atti nonché un referto di dimissione ospedaliera del 18 novembre 2008, un rapporto operatorio del 12 dicembre 2008 ed un certificato medico del dott. G. \_\_\_\_\_ del 5 febbraio 2009 (doc. TAF 1).

**L.b** Il 16 marzo 2009, l'interessato ha prodotto il formulario "domanda di gratuito patrocinio" (doc. TAF 4).

## **M.**

Il 1° aprile 2009, l'autorità inferiore ha comunicato di rinunciare ad introdurre la risposta al ricorso (doc. TAF 5). Successivamente, questo Tribunale ha trasmesso al ricorrente lo scritto dell'autorità inferiore del 1° aprile 2009 unitamente a copia della documentazione assunta agli atti dopo il 2 settembre 2008, accordandogli la facoltà di presentare, entro l'8

luglio 2011, delle osservazioni qualora lo ritenesse opportuno (doc. TAF 6). 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<sup>bis</sup> PA, la procedura in materia di assicurazioni sociali non è disciplinata dalla PA nella misura in cui è applicabile la legge federale del 6 ottobre 2000 sulla parte generale del diritto delle assicurazioni sociali (LPGA, RS 830.1). Giusta l'art. 1 cpv. 1 LAI, le disposizioni della LPGA sono applicabili all'assicurazione per l'invalidità (art. 1a-26<sup>bis</sup> e 28-70), sempre che la LAI non deroghi alla LPGA.

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

### **2.**

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). 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. 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). Ne discende che si applicano, da un lato, le norme materiali in vigore fino al 31 dicembre 2007, per quanto attiene allo stato di fatto realizzatosi fino a tale data, mentre dall'altro lato, e per il periodo successivo, le nuove norme della 5a revisione della LAI (cfr. DTF 130 V 1 consid. 3.2 per quanto concerne le disposizioni formali della LPGA, immediatamente applicabili con la loro entrata in vigore). Peraltro, l'applicazione delle nuove norme della 5a revisione della LAI per il periodo dal 1° gennaio 2008 al 7 gennaio 2009 (data della decisione impugnata) non avrebbe alcuna incidenza sull'esito delle questioni sottoposte nel caso concreto all'esame di questo Tribunale (cfr. sentenza del Tribunale federale 9C\_942/2009 del 15 marzo 2010 consid. 3.1; cfr. pure sentenza del Tribunale amministrativo federale C-1324/2009 del 7 febbraio 2011 consid. 3.2). Pertanto, e salvo indicazione contraria, di seguito è fatto riferimento alle norme in vigore fino al 31 dicembre 2007.

**3.3.** Il ricorrente, come già menzionato, ha presentato la richiesta di rendita il 18 febbraio 2005. In deroga all'art. 24 LPGA, l'art. 48 cpv. 2 LAI precisa che, se l'assicurato si annuncia più di dodici mesi dopo l'inizio del diritto, le prestazioni sono assegnate soltanto per i 12 mesi precedenti la richiesta. In concreto, questo Tribunale può limitarsi ad esaminare se il ricorrente avesse diritto ad una rendita il 18 febbraio 2004 (ossia 12 mesi precedenti la presentazione della domanda), oppure se un diritto alla rendita sia sorto tra tale data e il 7 gennaio 2009, data della decisione impugnata. Il giudice delle assicurazioni sociali esamina la decisione impugnata sulla base della situazione di fatto esistente al momento in cui essa è stata resa. Tiene conto dei fatti verificatisi dopo tale data quando essi possano imporsi quali elementi d'accertamento retrospettivo della

situazione anteriore alla decisione stessa (DTF 129 V 1 consid. 1.2 e DTF 121 V 362 consid. 1b).

#### **4.**

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

- essere invalido ai sensi della LPGGA e della LAI (art. 8 LPGGA nonché art. 4, 28 e 29 cpv. 1 LAI);
- aver pagato i contributi durante un anno intero (art. 36 cpv. 1 LAI).

Il ricorrente ha versato contributi all'AVS/AI svizzera per più di 5 anni (doc. 156) e, pertanto, adempie 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 LPGGA 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 LPGGA e 4 cpv. 1 LAI). Secondo l'art. 7 LPGGA, 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. 1 LAI, in vigore dal 1° gennaio 2004, 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%.

**5.3.** Il diritto alla rendita, secondo l'art. 29 cpv. 1 LAI, nasce, il più presto, nel momento in cui l'assicurato presenta un'incapacità permanente al guadagno pari almeno al 40% (lettera a), oppure quando egli è stato per un anno senza notevoli interruzioni, incapace al lavoro per almeno il 40% in media (lettera b). La lettera a della citata norma si applica allorché lo stato di salute dell'assicurato si è stabilizzato ed è essenzialmente

irreversibile e suscettibile di pregiudicare la capacità di guadagno probabilmente in modo permanente, in una misura giustificante il riconoscimento di una rendita (sentenza del Tribunale federale I 146/02 del 5 agosto 2002). La lettera b se lo stato di salute è labile, vale a dire suscettibile di evolvere verso un miglioramento od un peggioramento (DTF 111 V 21 consid. 2). Un danno alla salute tipicamente labile può essere reputato relativamente stabilizzato soltanto se la sua natura si è modificata a tal punto che si possa ammettere non essere verosimilmente suscettibile di subire modifiche di rilievo in un futuro presagibile (sentenza del Tribunale federale I 282/01 del 4 ottobre 2001; DTF 119 V 98 consid. 4a).

**5.4.** Un'incapacità al lavoro del 20% deve essere presa in considerazione per il calcolo dell'incapacità al lavoro media giusta l'art. 29 cpv. 1 lett. b LAI (cfr. nota marginale 2020 della Circolare sull'invalidità e la grande invalidità nel suo tenore applicabile fino al 31 dicembre 2007; Jurisprudence et pratique administrative des autorités d'exécution de l'AVS/AI [Pratique VSI] 1998 p. 126 consid. 3c).

## **6.**

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

## 7.

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

**7.2.** 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).

**7.3.** 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. Secondo giurisprudenza, se il giudice ritiene che i fatti non sono sufficientemente delucidati, può, peraltro non senza qualche limitazione (cfr. DTF 137 V 210 consid. 4.4.1.4), sia rinviare la causa all'amministrazione per completamento dell'istruzione sia procedere lui medesimo a tale istruzione complementare. Un rinvio all'amministrazione che ha per scopo di completare l'accertamento dei fatti non viola né i principi della semplicità e della celerità né il principio inquisitorio. In particolare, un siffatto rinvio appare in generale siccome giustificato se l'amministrazione ha proceduto ad una constatazione dei fatti sommaria nella speranza che in caso di ricorso sarebbe poi stato il Tribunale ad effettuare i necessari accertamenti fattuali (cfr. sentenza del Tribunale federale 9C\_162/2007 del 3 aprile 2008 consid. 2.3 e relativi riferimenti).

## 8.

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

**8.2.** Giova altresì rilevare come debba essere considerato con la necessaria prudenza l'avviso dei medici curanti, i quali possono tendere a pronunciarsi in favore del proprio paziente a dipendenza dei particolari legami che essi hanno con gli stessi (DTF 125 V 351 consid. 3b e relativi riferimenti).

**8.3.** Va ancora rilevato che il riconoscimento di un danno alla salute psichica presuppone in particolare la diagnosi espressa da uno specialista psichiatrico, poggiata su criteri posti da un sistema di classificazione riconosciuto scientificamente, il quale deve pronunciarsi sulla gravità dell'affezione (DTF 130 V 396). Tenendo conto di diversi criteri, il perito deve valutare l'esigibilità della ripresa lavorativa da parte dell'assicurato.

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

## **9.**

**9.1.** Dalla documentazione medica agli atti appare che il ricorrente soffre segnatamente di grave gonartrosi bilaterale con esiti di intervento di

protesi al ginocchio sinistro, grave spondilosi cervico-toraco-lombare, cardiopatia coronarica, sindrome metabolica con diabete mellito insulino-dipendente, ipertensione arteriosa ed iperlipidemia, occlusione arteriosa periferica, asma bronchiale, sindrome delle apnee del sonno, grave sindrome del tunnel carpale e glaucoma (cfr. presa di posizione del servizio medico dell'UAIE dell'8 maggio 2008 [doc. 56]).

**9.2.** Si tratta di affezioni di carattere 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 di attesa di un anno. Pertanto, il ricorrente potrebbe pretendere una rendita dell'assicurazione svizzera per l'invalidità solo a partire dal momento in cui ha subito, senza interruzione notevole, un'incapacità lavorativa di almeno il 40% durante un anno.

## **10.**

**10.1.** Occorre quindi determinare se il ricorrente ha subito nel periodo determinante (cfr. consid. 2.3 del presente giudizio), e senza interruzione notevole, un'incapacità lavorativa media di almeno il 40% durante un anno giusta l'art. 29 cpv. 1 lett. b LAI.

**10.2.** La dott.ssa D.\_\_\_\_\_, medico del SMR, nella sua presa di posizione del 15 dicembre 2005 (doc. 23), aveva a suo tempo chiesto l'effettuazione d'ulteriori accertamenti al fine di una corretta e completa constatazione dei fatti determinanti. Come richiesto al Consolato generale svizzero a C.\_\_\_\_\_ dall'UAIE il 20 febbraio 2006 (doc. 27), l'insorgente avrebbe dovuto essere sottoposto ad un esame sullo stato di salute generale, un esame ortopedico, un esame pneumologico, un esame cardiologico ed un esame angiologico. Nello scritto del 17 ottobre 2006 (in cui è altresì fatto riferimento ad un incontro con il ricorrente [doc. 40; v. anche doc. 29]), il dott. F.\_\_\_\_\_, medico incaricato dal Consolato generale svizzero in Australia, ha segnalato che si trattava di una fattispecie molto complessa e difficile dal momento che l'assicurato presentava molti problemi di salute, alcune patologie non sarebbero state curate, la richiesta di visita medica avrebbe comportato degli insolitamente approfonditi, complessi e costosi esami ed appariva poco chiaro chi si sarebbe assunto i costi della consulenza medica e degli esami necessari. Detto medico ha perciò chiesto di discutere del caso con un medico del Servizio medico dell'UAIE, prima di effettuare gli

accertamenti medici specialistici. Tuttavia, non risulta agli atti una tale discussione e l'autorità inferiore non ha indicato per quale preciso motivo ha poi deciso di rinunciare agli accertamenti precedentemente richiesti dal proprio servizio medico (cfr. al proposito doc. 46), senza che la problematica dei costi o della complessità degli accertamenti da eseguire in Australia possa costituire di per sé un sufficiente motivo di rinuncia all'accertamento dei fatti giuridicamente rilevanti (sarebbe altresì stato pure possibile, se del caso, effettuare tali accertamenti per il tramite di una perizia pluridisciplinare in Svizzera). Non poteva costituire un siffatto motivo neppure la cessazione delle attività del Consolato generale svizzero a C.\_\_\_\_\_ (doc. 41). Una rinuncia ai summenzionati accertamenti supplementari poteva dunque trovare un fondamento adeguato solo se l'insieme dei documenti medici ricevuti dall'Australia lo avessero comunque permesso. Tale non è il caso per i motivi indicati di seguito.

**10.3.** In effetti, agli atti di causa figurano certo rapporti oftalmologici, cardiologici, pneumologici, ortopedici ed angiologici di data intercorrente da dicembre 2001 ad ottobre 2006. Nei rapporti del 4 agosto ed 11 dicembre 2008 (doc. 147 e 154), la dott.ssa D.\_\_\_\_\_ ha segnatamente rilevato, sulla base di detta documentazione, che il ricorrente è affetto da disturbi degenerativi alla colonna vertebrale, senza presenza di ernie discali e senza stenosi del canale spinale, che dal referto di angiografia coronarica del 2005 emerge che l'insorgente mostra una moderata aterosclerosi coronarica, ma con un sistema vascolare nella norma, che il referto di esame angiologico del 2003 fa stato di un'occlusione alle arterie dell'arto inferiore destro, ma con un sistema vascolare nella norma, e che il referto di spirometria del 2004 non evidenzia alcuna limitazione delle vie respiratorie. Sennonché, detto medico non si è comunque espresso né sulla questione di sapere se i documenti medici agli atti possano colmare le lacune nell'accertamento dei fatti evocati nella sua presa di posizione del 15 dicembre 2005 (accertamenti necessari riassunti al doc. 27) né sul motivo per cui non sarebbe stato indispensabile raccogliere, prima della pronuncia della decisione impugnata, dei documenti specialistici più recenti, visto il tempo trascorso dalla stesura dei rapporti medici oggettivi presenti agli atti di causa al 7 gennaio 2009. Certo, agli atti vi sono pure dei rapporti ematici del settembre 2007 (fondati su dati collezionati nel luglio 2007 [doc. 51 e 52]). Tuttavia, non sono reperibili né un esame di salute generale rispettivamente degli esami specialistici oftalmologico, cardiologico, pneumologico, ortopedico, angiologico senza che si possa sen'altro ritenerli siccome superflui, tenuto conto della complessità della situazione medica del ricorrente, già evidenziata anche dal dott.

F.\_\_\_\_\_ che avrebbe dovuto organizzare/coordinare per l'UAIE gli esami specialisti in Australia.

**10.4.** Ritenuto il menzionato insufficiente accertamento dei fatti giuridicamente rilevanti dal profilo medico, la decisione impugnata – che viola il diritto federale – incorre nell'annullamento.

## **11.**

**11.1.** Giova peraltro rammentare, a titolo abbondanziale, che secondo giurisprudenza, gli assicurati invalidi o minacciati d'invalidità hanno diritto a provvedimenti d'integrazione professionale (fra cui segnatamente l'orientamento professionale, la riformazione professionale nonché il collocamento; art. 8 cpv. 1 e 3 lett. b LAI, nella versione in vigore fino al 31 dicembre 2007), nella misura in cui questi provvedimenti sono necessari e atti a ripristinare, migliorare, conservare o avvalorare la capacità al guadagno. Va peraltro pure ricordato che la soglia minima di diminuzione di capacità di guadagno conferente un diritto a simili prestazioni è del 20% (DTF 124 V 110). Fanno parte dei provvedimenti professionali necessari e idonei tutte le misure direttamente indispensabili all'integrazione nella vita professionale. Una partecipazione ai costi dell'assicurazione per l'invalidità presuppone in particolare che il provvedimento professionale sia adeguato dal profilo materiale, temporale, finanziario e personale (cfr. sentenza del Tribunale federale 9C\_457/2008 del 3 febbraio 2009 e relativi riferimenti).

**11.2.** Secondo giurisprudenza, l'assicurato deve di regola intraprendere di moto proprio tutto quanto è ragionevolmente esigibile per tirare profitto dalla sua capacità lavorativa medico-teorica ("reintegrazione tramite le proprie risorse"). In alcuni casi particolari, malgrado la sussistenza di una capacità lavorativa medico-teorica, occorrerà verificare, mediante provvedimenti sanitari e/o professionali, se l'assicurato è in grado di mettere a profitto la sua capacità di guadagno in un mercato equilibrato del lavoro. Può in effetti verificarsi che le esigenze del mercato del lavoro non permettano lo sfruttamento immediato di una capacità al lavoro medico-teorica; ciò si realizza allorquando dagli atti di causa risulta che l'assicurato non è in grado di mettere a profitto la sua capacità lavorativa medico-teorica tramite le proprie risorse e necessita dapprima dell'adozione di provvedimenti d'integrazione (cfr., sulla questione, la sentenza del Tribunale federale 9C\_368/2010 del 31 gennaio 2011 consid. 5; v. anche la sentenza del Tribunale federale I 242/06 del 29 giugno 2007 consid. 6.4).

**11.3.** Orbene, nel caso di specie emergono sufficienti elementi dalle carte processuali – età, esercizio durante la lunga carriera professionale di due sole attività pesanti non richiedenti particolari conoscenze e/o abilità (bracciante agricolo e manovale), scarsa formazione e assenza dal mercato del lavoro, per motivi di salute, dal 2001 – per dubitare fortemente che l'insorgente possa mettere a profitto un'eventuale residua capacità lavorativa medico-teorica senza l'adozione preliminare di provvedimenti d'integrazione. Va altresì pure rammentato che di principio l'esame delle condizioni per il diritto a misure d'integrazione si effettua secondo gli stessi principi sia nell'ambito di una revisione della rendita d'invalidità sia nell'ambito di una domanda di rendita d'invalidità (cfr. sentenza del Tribunale federale 9C\_420/2011 del 21 luglio 2011 consid. 4.2 e I 242/06 del 29 giugno 2007 consid. 6.4).

## **12.**

**12.1.** A titolo abbondanziale, giova pure ancora rilevare che secondo giurisprudenza allorquando si tratta di determinare l'invalidità di un assicurato prossimo all'età di pensionamento, si deve effettuare un esame complessivo della fattispecie e verificare se quest'ultimo è (o era) in grado, in modo realistico, di reperire un'occupazione su un mercato del lavoro equilibrato. Indipendentemente dall'obbligo di ogni assicurato di diminuire il danno (v. DTF 123 V 230 consid. 3c e relativi riferimenti), l'amministrazione rispettivamente il giudice deve accertare, nel caso concreto, se un potenziale datore di lavoro sarebbe disposto ad assumere l'assicurato tenuto conto segnatamente delle attività esigibili da quest'ultimo rispetto alle affezioni fisiche e psichiche, dell'eventuale adattamento del suo posto di lavoro al suo handicap, della sua esperienza professionale e della sua situazione sociale, delle sue capacità di adattamento ad un nuovo impiego, del salario e delle contribuzioni sociali, nonché della prevedibile durata del rapporto di lavoro (v. sentenze del Tribunale federale I 61/05 del 27 luglio 2005 consid. 4.4, I 891/04 del 27 maggio 2005 consid. 2.2, I 462/02 del 26 maggio 2003 consid. 2, I 401/01 del 4 aprile 2002 consid. 4).

**12.2.** Quanto all'esigibilità e alla possibilità per l'insorgente, nato il 3 giugno 1945, di esercitare un'(eventuale) nuova attività in un mercato equilibrato del lavoro, giova rilevare che il Tribunale federale ha lasciato finora indecisa la questione di sapere quale sia il momento in cui è opportuno piazzarsi per effettuare il menzionato esame complessivo sull'esigibilità di un cambiamento d'attività nonostante l'età, quello in cui avrebbe potuto al più presto nascere il diritto ad una rendita

dell'assicurazione svizzera per l'invalidità oppure quello in cui è stata resa la decisione impugnata (cfr. sulla questione la sentenza del Tribunale federale 9C\_695/2010 del 15 marzo 2011 consid. 6.2).

**12.3.** Se del caso, ossia se dovesse sussistere anche dopo il completamento dell'istruzione dal profilo medico, una residua capacità medico-teorica ancora sfruttabile, incomberà all'UAIE pure di determinarsi su quest'ultima questione.

### **13.**

Quando il Tribunale amministrativo federale annulla, come nella fattispecie, una decisione, esso può sostituirsi all'autorità inferiore e giudicare direttamente nel merito o rinviare la causa, con istruzioni vincolanti, all'autorità inferiore per un nuovo giudizio (cfr. sentenza del Tribunale amministrativo federale C-4408/2009 del 1° settembre 2011 consid. 10). In particolare, esso si sostituirà all'autorità inferiore se gli atti sono completi e comunque sufficienti a statuire sull'applicazione del diritto federale (v. sentenza del Tribunale federale 9C\_162/2007 del 3 aprile 2008 consid. 2.3 e relativi riferimenti; DTF 126 II 43 e DTF 125 II 326). Tale non è il caso nella presente fattispecie per i motivi precedentemente indicati. Gli atti di causa sono pertanto rinviati all'autorità affinché la stessa proceda a completare l'accertamento dei fatti determinanti e ad emanare una nuova decisione. La cassazione si giustifica per il fatto che dovranno essere eseguiti rispettivamente completati i necessari accertamenti medici (cfr., sulla questione, DTF 137 V 210 4.4.1.4). Essi consisteranno principalmente (cfr. consid. 9) in esami sullo stato di salute generale nonché ortopedico, pneumologico, cardiologico, angiologico e ogni altro che dovesse rendersi necessario a seguito del tempo trascorso. Per il resto, e se del caso, l'UAIE dovrà pronunciarsi pure sulla sfruttabilità di un'eventuale residua capacità lavorativa medico-teorica (cfr. consid. 10) rispettivamente sull'esigibilità e sulla possibilità per l'insorgente di esercitare un'attività sostitutiva (nuova) in un mercato equilibrato del lavoro (cfr. consid. 11 del presente giudizio). In quest'ambito, e visto l'insieme delle circostanze particolari del caso di specie, non sarà di principio sufficiente all'UAIE il rinvio a generiche formule standard, come sembra suggerire il paragrafo 7 a pagina 2 della decisione litigiosa.

### **14.**

**14.1.** Visto l'esito della procedura, non sono prelevate delle spese processuali (art. 63 PA). La domanda di assistenza giudiziaria, nel senso

della dispensa dal versamento delle spese processuali, formulata dal ricorrente nel gravame dell'11 febbraio 200, è pertanto divenuta senza oggetto.

**14.2.** Si giustifica altresì l'attribuzione al ricorrente di un'indennità per spese ripetibili della sede federale (art. 64 PA in combinazione con l'art. 7 cpv. 1 e 2 del regolamento sulle tasse e sulle spese ripetibili nelle cause dinanzi al Tribunale amministrativo federale del 21 febbraio 2008 [TS-TAF, RS 173.320.2] a contrario). La stessa, in assenza di una nota dettagliata, è fissata d'ufficio (art. 14 cpv. 2 TS-TAF) in fr. 1'500.--, tenuto conto del lavoro effettivo, relativamente contenuto, svolto dal rappresentante del ricorrente in causa tuttavia non priva di difficoltà. L'indennità per ripetibili è posta a carico dell'UAIE

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

**1.**

Il ricorso è parzialmente accolto, nel senso che la decisione impugnata del 7 gennaio 2009 è annullata e gli atti di causa sono rinviati all'UAIE affinché proceda al completamento dell'istruttoria ed emani una nuova decisione ai sensi dei considerandi.

**2.**

Non si prelevano spese processuali. La domanda di assistenza giudiziaria, nel senso della dispensa dal versamento delle spese processuali, è pertanto divenuta senza oggetto.

**3.**

L'UAIE rifonderà al ricorrente fr. 1'500.-- a titolo di spese ripetibili.

**4.**

Comunicazione a:

- rappresentante del ricorrente (Atto giudiziario)
- autorità inferiore (n. di rif. )
- Ufficio federale delle assicurazioni sociali

Il presidente del collegio:

La cancelliera:

Vito Valenti

Marcella Lurà

**Rimedi giuridici:**

Contro la presente decisione può essere interposto ricorso in materia di diritto pubblico al Tribunale federale, Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerna, entro un termine di 30 giorni dalla sua notificazione, 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 – i documenti indicati come mezzi di prova devono essere allegati (art. 42 LTF).

Data di spedizione: