

BVGer C-1763/2017 vom 20. September 2018

Bundesverwaltungsgericht, 2018-09-20, IT

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bvger_C-1763_2017

FR: TAF C-1763/2017 du 20 septembre 2018

IT: TAF C-1763/2017 del 20 settembre 2018

Regeste

Diritto alla rendita

Erwägungen

E. 1.1

In virtù dell'art. 31 LTAF, questo Tribunale giudica i ricorsi contro le decisioni ai sensi dell'art. 5 PA, emanate dalle autorità menzionate all'art. 33 LTAF, riservate le eccezioni di cui all'art. 32 LTAF. In particolare, le decisioni rese dall'UAIE concernenti l'assicurazione per l'invalidità possono essere impugnate davanti al Tribunale amministrativo federale (TAF) conformemente all'art. 69 cpv. 1 lett. b LAI (RS 831.20).

E. 1.2

Secondo l'art. 3 lett. dbis PA, a cui rinvia l'art. 37 LTAF, la procedura in materia di assicurazioni sociali non è disciplinata dalla PA, nella misura in cui è applicabile la LPGA (RS 830.1). In conformità con l'art. 2 LPGA, le disposizioni della presente legge sono applicabili alle assicurazioni sociali disciplinate dalla legislazione federale, se e per quanto le singole leggi sulle assicurazioni sociali lo prevedano. Giusta l'art. 1 cpv. 1 LAI, le disposizioni della LPGA sono applicabili all'assicurazione per l'invalidità (art. 1a-26bis e 28-70), sempreché la LAI non deroghi alla LPGA.

E. 1.3

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

E. 2.1

Il ricorrente è cittadino di uno Stato membro della Comunità europea, per cui è applicabile, di principio, l'ALC (RS 0.142.112.681), entrato in vigore il 1° giugno 2002.

E. 2.2

L'allegato II è stato modificato con effetto dal 1° aprile 2012 (Decisione 1/2012 del Comitato misto del 31 marzo 2012; RU 2012 2345). Nella sua nuova versione esso prevede in particolare che le parti contraenti applicano tra di loro, nel campo del coordinamento dei sistemi di sicurezza sociale, gli atti giuridici di cui alla sezione A dello stesso allegato, comprese eventuali loro modifiche o altre regole equivalenti ad essi (art. 1 ch. 1) ed assimila la Svizzera, a questo scopo, ad uno Stato membro dell'Unione europea (art. 1 ch. 2).

E. 2.3

Gli atti giuridici riportati nella sezione A dell'allegato II sono, in particolare, il regolamento (CE) n. 883/2004 del Parlamento europeo e del Consiglio del 29 aprile 2004 (RS

0.831.109.268.1) relativo al coordinamento dei sistemi di sicurezza sociale, con le relative modifiche, e il regolamento (CE) n. 987/2009 del Parlamento europeo e del Consiglio del 16 settembre 2009 (RS 0.831.109.268.11) che stabilisce le modalità di applicazione del regolamento (CE) n. 883/2004, nonché il regolamento (CEE) n. 1408/71 del Consiglio del 14 giugno 1971 (RU 2004 121, 2008 4219 4237, 2009 4831) 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, con le relative modifiche, e il regolamento (CEE) n. 574/72 del Consiglio del 21 marzo 1972 (RU 2005 3909, 2008 4273, 2009 621 4845) che stabilisce le modalità di applicazione del regolamento (CEE) n. 1408/71, con le relative modifiche, entrambi applicabili tra la Svizzera e gli Stati membri fino al 31 marzo 2012 e quando vi si fa riferimento nel regolamento (CE) n. 883/2004 o nel regolamento (CE) n. 987/2009 oppure quando si tratta di casi verificatisi in passato.

E. 2.4

Secondo l'art. 4 del regolamento (CE) n. 883/2004, salvo quanto diversamente previsto dallo stesso, le persone ad esso soggette godono delle medesime prestazioni e sottostanno agli stessi obblighi di cui alla legislazione di ciascuno Stato membro, alle stesse condizioni dei cittadini di tale Stato. Ciò premesso, nella misura in cui l'ALC e, in particolare, il suo allegato II, non prevede disposizioni contrarie, l'organizzazione della procedura, come pure l'esame delle condizioni di ottenimento di una rendita d'invalidità svizzera, sono regolate dal diritto interno svizzero (DTF 130 V 253 consid. 2.4).

E. 2.5

Il regolamento (CE) n. 883/2004 è stato inoltre ulteriormente modificato dal regolamento (CE) n. 465/2012 del Parlamento europeo e del Consiglio del 22 maggio 2012, ripreso dalla Svizzera a decorrere dal 1° gennaio 2015 (cfr. sentenza del TF 8C_580/2015 del 26 aprile 2016 consid. 4.2 con rinvii).

E. 3.1

Dal profilo temporale si applicano le disposizioni in vigore al momento della realizzazione dello stato di fatto che deve essere valutato giuridicamente o che produce conseguenze giuridiche (DTF 136 V 24 consid. 4.3 e 130 V 445 consid. 1.2 con rinvii, nonché 129 V 1 consid. 1.2). Se le disposizioni legali si sono modificate nel corso del periodo sottoposto ad esame giudiziario, il diritto alle prestazioni si determina secondo le vecchie disposizioni per il periodo anteriore e secondo le nuove a partire della loro entrata in vigore (applicazione pro rata temporis; DTF 130 V 445).

E. 3.2

Contestata, in concreto, è la mancata assegnazione di una rendita di invalidità intera o parziale in seguito alla domanda presentata il 17 aprile 2014. Ne consegue che sono applicabili le modifiche legislative di cui alla 6a revisione in vigore dal 1° gennaio 2012 (RU 2011 5659; FF 2010 1603), pur non comportanti cambiamenti rispetto al diritto precedente in merito alla valutazione dell'invalidità, così come eventuali modifiche entrate in vigore successivamente fino alla pronuncia della decisione impugnata (art. 29 cpv. 1 e 3 LAI).

E. 4

Giova altresì rilevare che il potere cognitivo di questo Tribunale è delimitato dalla data della decisione impugnata, in concreto l'8 novembre 2017. 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 (DTF 136 V 24 consid. 4.3). Tiene tuttavia conto dei fatti verificatisi posteriormente quando essi possono imporsi quali elementi d'accertamento retrospettivo della situazione anteriore alla decisione stessa (DTF 129 V 1 consid. 1.2 e 121 V 362 consid. 1b), in altri termini se gli stessi sono strettamente connessi all'oggetto litigioso e se sono suscettibili di influire sull'apprezzamento del giudice al momento in cui detta decisione litigiosa è stata resa (cfr. sentenze del TF 8C_278/2011 del 26 luglio 2011 consid. 5.5, nonché 9C_116/2010 del 20 aprile 2010 consid. 3.2.2; DTF 118 V 200 consid. 3a in fine).

E. 5

Il TAF applica il diritto d'ufficio, senza essere vincolato in nessun caso dai motivi del ricorso (art. 62 cpv. 4 PA). In virtù dell'art. 12 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 i fatti determinanti per la soluzione della controversia, assume le prove necessarie e le valuta liberamente. Le parti sono tenute a cooperare all'accertamento dei fatti (art. 13 PA) ed a motivare il proprio ricorso (art. 52 PA). Ne consegue che l'autorità di ricorso adita si limita di principio ad esaminare le censure sollevate, mentre le questioni di diritto non invocate dalle parti solo nella misura in cui queste emergono dagli argomenti delle parti o dall'incarto (DTF 122 V 157 consid. 1a; 121 V 204 consid. 6c e sentenza del TAF C-6034/2009 del 20 gennaio 2010 consid. 2).

E. 6

Oggetto del contendere, nel caso concreto, è il mancato riconoscimento del diritto ad una rendita di invalidità totale o in subordine parziale con effetto al più presto dal 1° ottobre 2014 (ossia sei mesi dopo il deposito della domanda di prestazioni presso l'INPS - cfr. doc. 6).

E. 6.1

L'amministrazione ha infatti considerato che, malgrado il danno alla salute, l'esercizio di un'attività lucrativa (non meglio specificata nella decisione impugnata) è sempre rimasto esigibile in misura tale da escludere il diritto a una rendita. L'anno di attesa, con un'incapacità lavorativa media di almeno 40% previsto dall'art. 28 LAI, non è pertanto adempiuto.

E. 6.2

A mente del ricorrente, per contro, gli accertamenti medici su cui si è fondata l'UAIE sarebbero incompleti e non terrebbero sufficientemente conto di tutte le patologie, fondandosi sulle valutazioni della dr.ssa G. _____ e degli altri medici da cui è stato visitato (cfr. doc. TAF 5, 8).

E. 7.1

In via preliminare, l'insorgente lamenta la violazione del diritto di essere sentito nella misura in cui le motivazioni addotte nella decisione impugnata sarebbero manifestamente insufficienti per comprendere le ragioni poste alla base del provvedimento, non risultando, da un lato, enunciate in maniera chiara e adeguata le patologie diagnosticate dai medici curanti e mancando, dall'altro, le indicazioni relative al grado di abilità lavorativa nella professione abituale e in una sostitutiva (e se del caso quale). L'amministrazione ha fatto oltretutto riferimento ad "atti in nostro possesso", che l'interessato non avrebbe mai visto,

nonostante già esistessero al momento dell'adozione della decisione impugnata.

E. 7.2.1

Il diritto di essere sentito, sancito dall'art. 29 cpv. 2 Cost., garantisce all'interessato il diritto di esprimersi prima che sia pronunciata una decisione sfavorevole nei suoi confronti, il diritto di consultare l'incarto, la facoltà di offrire mezzi di prova su fatti suscettibili di influire sul giudizio, di esigerne l'assunzione, di partecipare alla loro assunzione e di potersi esprimere sulle relative risultanze, nella misura in cui esse possano influire sulla decisione (DTF 135 II 286 consid. 5.1 con rinvii; 122 V 157 consid. 1a; sentenze del TF 4A_35/2010 del 19 maggio 2010 e 8C_321/2009 del 9 settembre 2009). Tale garanzia non serve solo a chiarire i fatti, bensì rappresenta anche un diritto individuale di partecipare alla pronuncia di una decisione mirata sulla persona in quanto tale. Il diritto di essere sentito è quindi da un lato, il mezzo d'istruzione della causa, dall'altro un diritto della parte di partecipare all'emanazione della decisione che concerne la sua situazione giuridica. Garantisce quindi l'equità del procedimento (Adelio Scolari, *Diritto amministrativo, Parte generale*, 2002, n. 483 seg. con rinvii; Häfelin/Haller/Keller, *Schweizerisches Bundesstaatsrecht*, 8. ed., 2012, n. 835).

E. 7.2.2

Detto diritto, così come quello di consultare gli atti (DTF 132 V 387 consid. 5.2), è una garanzia di natura formale, la cui violazione implica, di principio, l'annullamento della decisione, indipendentemente dalle possibilità di successo del ricorso nel merito (DTF 134 V 97; 132 V 387 consid. 5.1 con rinvii). Restano tuttavia riservati nella prassi i casi in cui la violazione è leggera e può essere sanata dinanzi ad un'autorità che dispone di pieno potere d'esame e meglio che può esaminare la decisione sia da un punto di vista del diritto che dei fatti. Il rinvio degli atti all'autorità inferiore, affinché questa proceda a sanare la violazione del diritto di essere sentito, avviene quindi quando si è in presenza di una grave violazione della garanzia procedurale (DTF 132 V 387 consid. 5.1). La censura va quindi esaminata prioritariamente (DTF 127 V 431 consid. 3d/aa; 124 I 49 consid. 1).

E. 7.3.1

Nella procedura d'audizione di cui all' art. 57a LAI, l'amministrazione deve sottoporre all'interessato il rapporto del medico del SMR. In caso contrario incorre in una violazione del diritto di essere sentito (sentenze del TF 8C_424/2008 del 16 settembre 2008 consid. 2.2; 8C_102/2007 del 25 ottobre 2007 consid. 3.2; I 211/06 del 22 febbraio 2007 consid. 5.4.2).

E. 7.3.2

Se un atto è, senza alcun dubbio, un elemento fondamentale per la pronuncia della decisione su opposizione, la mancata trasmissione, prima dell'emanazione della decisione su opposizione e quindi anche precedentemente alla pronuncia della decisione emanata nell'ambito della procedura di audizione in materia di assicurazione invalidità, costituisce una grave violazione del diritto di essere sentito, che non può essere sanata (cfr. in questo senso DTF 132 V 387 consid. 5.2). Se, infine, è vero che una parte deve, di principio, formulare una domanda per ottenere il diritto di consultare gli atti (art. 8 cpv. 1 LPG), è pur vero che ciò presuppone che essa venga informata dell'assunzione di nuovi atti decisivi, che non conosce e nemmeno può conoscere (DTF 132 V 387 consid. 6.2).

E. 7.3.3

Il diritto di accesso agli atti dell'incarto (cfr. DTF 132 II 485 consid. 3.2) - ovvero di consultare elementi probatori - presuppone unicamente che le parti siano a conoscenza delle prove prodotte e che le stesse siano a disposizione di coloro che le richiedono (cfr. DTF 128 V 272 consid. 5b/bb in fine e DTF 112 Ia 202 consid. 2a.). Detta garanzia non comprende il diritto di consultare tutto l'incarto, bensì unicamente gli atti che possono avere un'incidenza sull'esito della procedura. Giusta l'art. 26 PA - che riprende essenzialmente i principi giurisprudenziali (cfr. Moor/Poltier, op. cit., no. 2.2.7.6, pag. 327) - la parte o il suo rappresentante ha il diritto di esaminare alla sede dell'autorità statuyente o d'una autorità cantonale, designata da questa, le memorie delle parti o le osservazioni delle autorità (lett. a), tutti gli atti adoperati come mezzi di prova (lett. b), le copie delle decisioni notificate (lett. c). Secondo tale norma, il diritto di consultare gli atti si estende a tutti gli atti rilevanti per l'esito della procedura, ovvero tutti gli atti che l'autorità prende in considerazione per motivare la propria decisione (cfr. DTF 132 II 485 consid. 3.2, DTF 121 I 225 consid. 2a e DTF 119 Ia 139 consid. 2b).

E. 7.4

Va pure evidenziato che giusta l'art. 49 cpv. 3 seconda frase LPGa le decisioni devono essere motivate se non corrispondono interamente alle richieste delle parti. Tale obbligo persegue lo scopo, da un lato, di porre la persona interessata nelle condizioni di afferrare le ragioni poste a fondamento della decisione, di rendersi conto della portata del provvedimento e di poterlo impugnare con cognizione di causa, e, dall'altro, di permettere all'autorità di ricorso di esaminare la fondatezza della decisione. Ciò non significa tuttavia che l'autorità sia tenuta a pronunciarsi in modo esplicito ed esaustivo su tutte le argomentazioni addotte; essa può occuparsi delle sole circostanze rilevanti per il giudizio (DTF 129 I 232 consid. 3.2 pag. 236; 126 I 97 consid. 2b pag. 102; 125 II 369 consid. 2c pag. 372).

E. 7.5.1

Nel caso concreto, occorre riconoscere che l'UAIE si è pronunciato sul diritto alla rendita dell'assicurato senza indicare specificatamente né trasmettere (dal tenore della decisione non emerge che sia stato allegato alcunché) gli atti sui quali ha fondato la propria decisione, limitandosi a far riferimento a "atti in nostro possesso". La stessa formulazione era stata utilizzata nel progetto di decisione del 10 novembre 2016 (doc. 71 p. 2) avverso il quale l'interessato si era opposto, senza tuttavia pretendere chiarimenti in tale contesto (doc. 73). Allo stesso modo, né il progetto, né la decisione impugnata forniscono maggiori chiarimenti in punto alla residua capacità lavorativa, e meglio in quali attività questa possa essere messa a frutto e in che misura. Tali circostanze, alla luce della suesposta giurisprudenza, mettono in evidenza una motivazione carente del provvedimento e pertanto una chiara violazione del diritto di essere sentito. Ad ogni buon conto, i rapporti della dr.ssa E. _____ del 26 settembre 2016 (doc. 63) e del 23 gennaio 2017 (doc. 76) su cui si è fondato l'UAIE per rifiutare il diritto alla rendita, nonché la perizia medica particolareggiata E213 del 3 marzo 2016 (doc. 8), sono stati trasmessi al ricorrente dal TAF ancor prima della risposta di causa (doc. TAF 3 e 7). In pendenza di lite l'insorgente è pertanto venuto a conoscenza del contenuto degli atti a cui fa riferimento l'amministrazione nella decisione impugnata (doc. 77 p. 2) ed ha potuto esprimersi esaustivamente tramite due complementi al ricorso (doc. TAF 5 e 8) che sono poi stati trasmessi unitamente all'atto ricorsuale all'autorità inferiore per la risposta di causa. In simili circostanze, ai sensi della giurisprudenza suesposta, la violazione del diritto di essere sentito può essere considerata sanata, non avendo per altro

l'insorgente patito alcun pregiudizio procedurale. A maggior ragione considerato che quest'ultimo, essendo tra l'altro patrocinato, mostrando il giusto grado di diligenza, avrebbe senz'altro potuto accedere agli atti (medici ed economici) prima della decisione impugnata, facendone richiesta all'amministrazione nel termine per le osservazioni al progetto di decisione del 10 novembre 2016 (doc. 71). Ciò non toglie tuttavia che all'amministrazione incombe l'obbligo di indicare precisamente gli atti decisivi su cui fonda la propria decisione allegandoli già al progetto di decisione e, nel caso ve ne fossero dei nuovi, alla decisione impugnata.

E. 7.5.2

Riguardo alla seconda critica formale mossa dal ricorrente, questo Tribunale riconosce che, anche per quanto concerne il grado di capacità lavorativa e le attività esigibili, la motivazione contenuta nella decisione risulta effettivamente piuttosto approssimativa. Manca in particolare l'indicazione relativa alla possibilità del ricorrente di continuare a svolgere, nella misura del 100%, la professione di meccanico/fresatore di torni a ripresa o da barra. Tali informazioni, tuttavia, figurano già negli atti medici di cui si è detto sopra (doc. 63, 76). Ora, sebbene il ricorrente abbia potuto apprendere soltanto dopo aver visionato la suddetta documentazione medica e dopo l'inoltro della risposta di causa - con la trasmissione dell'incarto completo da parte di questo Tribunale (doc. TAF 18) - la valutazione riguardo all'esigibilità lavorativa ritenuta dall'UAIE, è pur vero che a tale informazione, essendo rappresentato da un legale, egli avrebbe potuto accedere anche prima dal deposito del ricorso, formulando una semplice richiesta di visione dell'incarto all'amministrazione. Si osserva, oltretutto, che sia nei complementi al ricorso (doc. TAF 5 e 8), che in sede di replica (doc. TAF 15), il ricorrente ha avuto modo di esporre specifiche contestazioni relative alla capacità lavorativa residua ritenuta dall'autorità inferiore. Alla luce della piena cognizione di cui dispone il Tribunale adito, il ricorrente è stato dunque in misura di contestare senza limitazione alcuna la posizione assunta dall'UAIE, nonché di produrre, fino all'emissione della presente sentenza, nuove prove, quali atti medici ed economici, a sostegno della propria tesi. In tali condizioni, l'eventuale violazione del diritto di essere sentito ai sensi dell'art. 49 cpv. 3 LPGA e dell'art. 29 cpv. 2 Cost. fed, va in ogni caso considerata sanata pendente causa di ricorso. Infine in concreto è possibile prescindere da un rinvio in quanto l'operazione si esaurirebbe in uno sterile esercizio procedurale e procrastinerebbe inutilmente il processo in contrasto con l'interesse della parte - di pari rango del diritto di essere sentito - di essere giudicata celermente (DTF 132 V 387 consid. 5.1).

E. 8.1

In base all'art. 8 cpv. 1 LPGA è considerata invalidità l'incapacità al guadagno totale o parziale presumibilmente permanente o di lunga durata. L'art. 4 cpv. 1 LAI precisa che l'invalidità può essere conseguente ad infermità congenita, malattia o infortunio; il cpv. 2 della stessa norma stabilisce che l'invalidità è considerata insorgere quando, per natura e gravità, motiva il diritto alla singola prestazione.

E. 8.2

L'art. 28 cpv. 1 LAI stabilisce che l'assicurato ha diritto ad una rendita alle seguenti condizioni: a. la sua capacità di guadagno o la sua capacità di svolgere le mansioni consuete non può essere ristabilita, mantenuta o migliorata mediante provvedimenti d'integrazione ragionevolmente esigibili; b. ha avuto un'incapacità di lavoro (art. 6 LPGA) almeno del

40% in media durante un anno senza notevole interruzione; e c. al termine di questo anno è invalido almeno al 40%.

E. 8.3

L'assicurato ha diritto ad una rendita intera se è invalido per almeno il 70%, a tre quarti di rendita se è invalido per almeno il 60%, ad una mezza rendita se è invalido per almeno la metà e ad un quarto di rendita se è invalido per almeno il 40% (art. 28 cpv. 2 LAI). In seguito all'entrata in vigore dell'Accordo bilaterale, la limitazione prevista dall'art. 29 cpv. 4 LAI, secondo il quale le rendite per un grado d'invalidità inferiore al 50% sono versate solo ad assicurati che sono domiciliati e dimorano abitualmente in Svizzera (art. 13 LPGA), non è più applicabile quando l'assicurato è cittadino dell'UE (DTF 130 V 253 consid. 2.3). Dopo l'entrata in vigore dei nuovi regolamenti (CE) n. 883/2004 e n. 987/2009, i cittadini svizzeri e dell'Unione europea che presentano un grado d'invalidità del 40% almeno, hanno diritto ad un quarto di rendita in applicazione dell'art. 28 cpv. 1 LAI indipendentemente dal loro domicilio e residenza (art. 4 del regolamento [CE] n. 883/04).

E. 8.4

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

E. 8.5

La nozione d'invalidità di cui all'art. 4 LAI e 8 LPGA è un concetto di carattere economico-giuridico e non medico (DTF 116 V 246 consid. 1b e 110 V 273; v. pure sentenze del TF 8C_636/2010 del 17 gennaio 2011 consid. 3 e 9C_529/2008 del 18 maggio 2009). In base all'art. 16 LPGA, applicabile per il rinvio dell'art. 28a cpv. 1 LAI, per valutare il grado d'invalidità, il reddito che l'assicurato potrebbe conseguire esercitando l'attività ragionevolmente esigibile da lui dopo la cura medica e l'eventuale esecuzione di provvedimenti d'integrazione (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). 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.

E. 9.1

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

E. 9.2

Al fine di poter graduare l'invalidità, l'amministrazione (o il giudice in caso di ricorso) deve disporre di documenti rassegnati dal medico o eventualmente da altri specialisti, il compito del medico consistendo nel porre un giudizio sullo stato di salute, nell'indicare in quale misura e in quali attività l'assicurato è incapace al lavoro come pure nel fornire un importante elemento di giudizio per determinare quale sforzo si può ancora esigere da un assicurato, tenuto conto della sua situazione personale (DTF 125 V 256 consid. 4 pag. 261; 115 V 133 consid. 2 pag. 134; 404 consid. 2; 114 V 310 consid. 3c pag. 314; 105 V 156 consid. 1 pag. 158).

E. 9.3

Spetta in seguito al consulente professionale, avuto riguardo alle indicazioni sanitarie, valutare quali attività professionali siano concretamente ipotizzabili (sentenza del TF 9C_13/2007 del 31 marzo 2008 consid. 3).

E. 9.4

Quanto alla valenza probatoria di un rapporto medico, determinante, secondo la giurisprudenza, è che i punti litigiosi importanti siano stati oggetto di uno studio approfondito, che il rapporto si fondi su esami completi, che consideri parimenti le censure espresse, che sia stato approntato in piena conoscenza dell'incarto (anamnesi), che la descrizione del contesto medico sia chiara e che le conclusioni del perito siano ben motivate. Determinante quindi per stabilire se un rapporto medico ha valore di prova non è tanto né l'origine del mezzo di prova, né la denominazione, ad esempio, quale perizia o rapporto (DTF 134 V 231 consid. 5.1 pag. 232; 125 V 351 consid. 3a pag. 352; 122 V 157 consid. 1c pag. 160; HANS-JAKOB MOSIMANN, Zum Stellenwert ärztlicher Beurteilungen, in: *Aktuelles im Sozialversicherungsrecht*, 2001, pag. 266). Nella sentenza pubblicata in VSI 2001 pag. 106 segg. questa Corte ha però ritenuto conforme al principio del libero apprezzamento delle prove (art. 40 PC e art. 19 PA, art. 95 cpv. 2, art. 113 e 132 OG) definire delle direttive in relazione alla valutazione di determinate forme di rapporti e perizie.

E. 9.5

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).

E. 9.6

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 si fonda su un rapporto piuttosto che su un altro (sentenza del Tribunale federale delle assicurazioni I 673/00 dell'8 ottobre 2002). 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 qual è l'opinione più adeguata (sentenza del Tribunale federale I 166/03 del 30 giugno 2004 consid. 3.3).

E. 10.1

A fondamento della richiesta di prestazioni l'interessato ha trasmesso nel corso dell'istruttoria la seguente documentazione.

E. 10.1.1

In relazione alle problematiche cardiologiche: - Il rapporto di uscita dall'ospedale H. _____ del 21 aprile 2007, nel quale il dr. I. _____, la cui specializzazione non è nota, ha riferito del ricovero avvenuto il 16 aprile 2007 - a seguito dell'esame del 10 aprile (doc. 46) - con la diagnosi di "fibrillazione atriale interrotta con DC shock esterno in soggetto con ipertensione arteriosa, dilatazione dell'aorta ascendente con associata insufficienza moderata, insufficienza mitralica moderata". Alla dimissione è stata prescritta una terapia farmacologica e ulteriori controlli nel corso dei mesi seguenti (doc. 45) - Il rapporto di uscita dall'ospedale H. _____ del 10 maggio 2007, nel quale il dr. I. _____, citando le conclusioni espresse dal dr. J. _____, la cui specializzazione non è nota (rapporto del 3 maggio 2007 - doc. 42) e del dr. K. _____, la cui specializzazione non è nota (referto del 10 maggio 2007 - doc. 43) ha descritto una recidiva precoce dell'aritmia e della presenza di una valvulopatia mitralica, a tipo insufficienza valvolare di grado moderato-severo. All'assicurato è stata prescritta la continuazione del trattamento medicamentoso nonché periodici controlli cardiologici e una consulenza cardiocirurgica (doc. 41). - Il rapporto di dimissioni del 13 luglio 2007 dalla Divisione di cardiocirurgia dell'Ospedale L. _____, dove l'interessato è stato degente dal 12 luglio 2007 (doc. 39), nel quale la dr.ssa M. _____, la cui specializzazione non è nota, sulla scorta del esame ecocardiografico eseguito lo stesso giorno (doc. 37), ha diagnosticato un'insufficienza mitralica e fibrillazione atriale e consigliato regolari controlli cardiologici (doc. 38). - L'esame ecocardiografico del 10 settembre 2007, riportante le conclusioni già espresse in precedenza (doc. 36). - Il rapporto del 20 marzo 2008 della visita di controllo eseguita dal dr. J. _____, che in relazione alle problematiche cardiologiche ha riproposto le diagnosi già elencate in precedenza (doc. 34). - Il certificato del 25 giugno 2008 (di cui non è noto l'estensore - doc. 32), nel quale viene citato l'esame ecocardiografico del 26 marzo 2008, riportante le conclusioni già espresse in precedenza (doc. 33). - Il rapporto del 27 novembre 2009 della visita di controllo eseguita dal dr. J. _____ (doc. 29) e quello del 4 dicembre 2009 del dr. N. _____, specialista in cardiocirurgia e chirurgia vascolare (doc. 28), che hanno ribadito le diagnosi già elencate in precedenza. - L'esame RX al torace del 29 marzo 2012 eseguito dalla dr.ssa O. _____, la cui specializzazione non è nota (doc. 26). - I rapporti delle visite eseguite il 12 marzo 2013, il 12 aprile 2013 e il 4 febbraio 2014 dal dr. P. _____, specialista in cardiologia e malattie vascolari. Nel primo referto quest'ultimo ha riferito di una recidiva della fibrillazione aortica prescrivendo un trattamento farmacologico (doc. 23), nel secondo, ritenendo sussistere un compenso emodinamico in soggetto affetto da valvulopatia mitro-aortica reumatica, ha suggerito una valutazione cardiocirurgica per un'eventuale valvuloplastica mitralica - indicazione alla quale né lui né altri specialisti hanno poi dato seguito (doc. 22), mentre nel terzo ha corretto la terapia medicamentosa (doc. 21), trattamento ulteriormente prescritto a seguito della visita di controllo del 3 dicembre 2014 (doc. 18). - Il rapporto del 26 maggio 2015 del dr. J. _____, che constata la persistenza delle problematiche già note, ha consigliato di eseguire un esame ecotransesofageo per accertamento della problematica valvolare (doc. 14), esame suggerito anche in occasione della valutazione del "rischio cardiologico pre-operatorio", in vista del intervento all'ernia inguinale destra (doc. 12). - Il rapporto dell'esame ecotransesofageo del 26 giugno 2015, dal quale sono emerse le seguenti diagnosi: "atrio sinistro discretamente dilatato; auricola sinistra discretamente dilatata (...); mitrale con lembi lievemente ispessiti

(...); insufficienza mitralica di grado moderato-severo (...); valvola aortica con tre distinte cuspidi, normalmente mobili e con una cuspide lievemente ispessita; dilatazione bulbo aortico e dell'aorta ascendente (...); insufficienza aortica di grado lieve-medio (...); assenza di deposizioni trombotiche endocavitari; modesto ecocontrasto spontaneo in atrio e auricola (doc. 13). In nessuno dei referti citati sono stati prescritti particolari periodi d'inabilità lavorativa.

E. 10.1.2

In relazione alle altre problematiche lamentate dall'assicurato: - Il certificato del 18 settembre 2007 del dr. Q._____, specialista in oftalmologia, dal quale non emerge con chiarezza quale fosse la problematica agli occhi (doc. 35). - Il rapporto del 3 settembre 2008 del dr. R._____, la cui specializzazione non è nota, relativo alle dimissioni dell'assicurato a seguito dell'intervento di meniscectomia mediale e laterale selettiva e shaving cartilagineo in artroscopia del ginocchio destro eseguito in regime di Day-Surgery. Per tale intervento è stata prescritta una prognosi di 20 giorni e due controlli a 9 e 14 giorni di distanza, senza tuttavia indicare alcuna inabilità lavorativa (doc. 31). - Il rapporto oftalmologico del 14 maggio 2012 del dr. S._____, la cui specializzazione non è nota, senza particolari conclusioni diagnostiche o indicazioni terapeutiche (doc. 25). - Il rapporto del 29 novembre 2012 del dr. F._____, specialista in fisiologia e malattie dell'apparato respiratorio, che ha indicato che l'assicurato è affetto da "sindrome ansioso depressiva in trattamento", stabilendo una prognosi di 9 giorni (doc. 24). - Il verbale di accertamento dell'inabilità lavorativa dell'assicurato, eseguito dal medico di controllo dell'INPS su richiesta del datore di lavoro a seguito del periodo di malattia prescritto dal 3 aprile al 22 aprile 2015. L'incapacità lavorativa ritenuta in un primo momento giustificata fino al 17 aprile 2015 (doc. 17) è stata ulteriormente protratta fino al 7 maggio 2015 (doc. 15), come prescritto dal dr. T._____, la cui specializzazione non è nota, nel rapporto del 17 aprile 2015, nel quale ha posto la diagnosi di "sindrome da disadattamento con ansia ed umore depresso; disturbi del ritmo veglia-sonno" (doc. 16). - Il rapporto di dimissione del 7 luglio 2015 relativo agli esami cardiologici e al decorso a seguito dell'intervento di ernioplastica del giorno precedente per la problematica di ernia inguinale destra, ritenuto nella norma (doc. 12) e per il quale è stato prescritto un periodo di incapacità lavorativa di 10 giorni (doc. 11). - Il rapporto del 26 febbraio 2016 del dr. T._____, che ha ritenuto sussistere un disturbo depressivo di entità grave, reattivo alle controversie relative allo scioglimento del rapporto lavorativo, senza tuttavia esprimersi in merito all'abilità lavorativa (doc. 10).

E. 10.1.3

È stata infine trasmessa la perizia medica particolareggiata E213 del 3 marzo 2016, con cui la dr.ssa G._____, (la cui specializzazione non è nota e il cui nominativo neppure figura nell'"Elenco Medici in possesso dei titoli e requisiti previsti dall'art. 38 comma 1 e comma d-bis D.L.gs n. 81 del 9 aprile 2008", edita dal Ministero della Salute italiano) ha riferito che l'assicurato ha continuato a svolgere l'attività di fresatore/meccanico fino al 2 dicembre 2015, nonostante l'insorgere nel 2007 di problematiche di natura cardiaca (da allora tenute sotto regolare controllo) e l'esecuzione nel 2008 di un intervento di meniscectomia mediale e laterale del ginocchio destro. In ragione dei disturbi riscontrati nel corso dell'esame clinico, essa ha posto le diagnosi di insufficienza della valvola mitrale e della valvola aortica (ICD 3963), fibrillazione atriale (ICD 42731) e disturbo depressivo (senza indicazione del codice ICD). Pur considerando lo stato di salute dell'assicurato migliorato e quest'ultimo in grado di svolgere lavori pesanti, senza nessuna particolare

controindicazione, essa ha ritenuto non più esigibile l'attività lavorativa abituale e soltanto a tempo parziale un'attività sostitutiva (doc. 8).

E. 10.2.1

La documentazione prodotta è stata quindi sottoposta alla dr.ssa E._____ del servizio medico dell'UAIE. Nel rapporto del 26 settembre 2016 essa ha considerato che né le diagnosi principali ("Hauptdiagnose valvuläre Kardiopathie"), né quelle secondarie ("Nebendiagnosen: reaktive ängstlich-depressive Verstimmung bei Arbeitskonflikt, Hypertonie, Menisektomie und Knorpelshaving Knie rechts 2008, Inguinalhernienoperation 2015) avessero alcun influsso sulla capacità lavorativa dell'assicurato nell'attività abitualmente svolta, né che fosse necessario lo svolgimento di un'attività sostitutiva. La dottoressa ha giustificato le proprie conclusioni indicando che le problematiche cardiache, note dal 2007 e regolarmente controllate, non comportano alcuna insufficienza cardiaca e sono trattate conservativamente, che i due interventi del 2008 (menisco) e del 2015 (ernia inguinale) hanno mostrato un decorso privo di complicazioni e, infine, che il disturbo ansioso depressivo può essere reattivo al conflitto con il datore di lavoro. Riguardo alla perizia E213, essa ha rilevato che dall'anamnesi e dalle dichiarazioni dell'assicurato non risulta alcun particolare disturbo alla salute, circostanza per altro confermata dall'esame clinico condotto dalla dr.ssa G._____ dal quale non è emerso alcun rilevante disturbo funzionale (doc. 63).

E. 10.2.2

Con osservazioni del 24 novembre 2016 (doc. 73) è stato prodotto il certificato medico del 23 novembre 2016 del dr. F._____, che oltre ad elencare le problematiche già note, ha segnalato un'inedita problematica di broncopneumopatia cronica ostruttiva (BPCO) con frequenti riacutizzazioni con broncospasmo. Le patologie elencate, a mente del dr. F._____, determinano una totale e permanente incapacità di svolgere attività lavorative redditizie (doc. 74).

E. 10.2.3

Nel rapporto del 23 gennaio 2017 la dr.ssa E._____, ha ribadito che la funzione pompante del cuore è normale e che non vi sono indicazioni per un'insufficienza cardiaca. In tal senso essa ha segnalato che il certificato del dr. F._____ non apportava elementi nuovi o che non fossero già stati in precedenza esaminati, non emergendo per altro da tale referto alcun impedimento funzionale oggettivo. Essa ha di conseguenza confermato le conclusioni a cui era giunta in precedenza (doc. 76).

E. 10.3.1

In corso di causa, oltre alla documentazione già agli atti, il ricorrente ha ulteriormente prodotto: - il rapporto del 15 marzo 2017 del dr. U._____, specialista in cardiologia, che riportando le conclusioni indicate negli esami EOC, ECG e Ecocardio - non risultando esserne stati eseguiti dei nuovi è lecito presumere si tratti di quelli citati sopra - ha riferito che l'assicurato presenta dispnea per piccoli sforzi e cardiopalmo nonché difficoltà ad eseguire i normali atti della vita quotidiana, avendo la terapia soltanto parzialmente ridotto i disturbi lamentati (All. 7 al doc. TAF 1). - il rapporto del dr. P._____ del 10 marzo 2017, con cui ha confermato la terapia farmacologica, pur sospendendo l'assunzione di alcuni farmaci e ha fissato un controllo a venti giorni di distanza per valutare la frequenza cardiaca (All. 8 al doc. TAF 1).

E. 10.3.2

Nel rapporto del 20 maggio 2017 (allegato al doc. TAF 11), la dr.ssa E. _____, ha ribadito che la documentazione medica versata agli atti non permetteva di oggettivare l'esistenza di una perdita funzionale che impedisse l'esecuzione di un'attività lavorativa ("besteht beim Versicherten eine funktionell in all diesen Jahren nicht relevant veränderte Valvulopathie mit Mitral- und Aorteninsuffizienz und chronischem Vorhofflimmern; die konservative Behandlung beschränkt sich auf jährliche Kontrollen und medikamentöse Behandlung"). L'esperta ha inoltre precisato: "dass diese Kardiopathie den Versicherten bisher je auch nicht hinderte, seiner beruflichen Tätigkeit nachzugehen, da sie seit mind. 2007 unverändert ist, besteht auch kein objektiver Grund, warum diese objektiv gleichbleibende Kardiopathie nun plötzlich ein Grund für eine Arbeitsunfähigkeit darstellen sollte. Dies sollte wohl einleuchtend sein". Al riguardo essa si è distanziata dalla perizia E213, non ritenendo che le valutazioni riguardo alla capacità lavorativa segnalata ai punti 11.4, 11.5 e 11.6 - stanti le quali l'interessato sarebbe completamente inabile nella precedente professione e soltanto parzialmente abile in un'attività sostitutiva - possano essere seguite, in quanto non motivate in maniera concludente. Secondo la dr.ssa E. _____ tali conclusioni, oltre a non trovare fondamento nella documentazione medica agli atti, sono in contraddizione con altre indicazioni fornite dalla dr.ssa G. _____, in particolare dove considera lo stato di salute dell'interessato migliorato (punto 9) e valuta quest'ultimo in grado di svolgere lavori pesanti (punto 8). A suo modo di vedere, neppure gli ultimi rapporti prodotti apportano elementi nuovi. Sia il referto del dr. U. _____, che riporta le diagnosi già note, che quello del dr. P. _____, confermano una normale funzione pompante del cuore. Alla luce di tale riscontro, a mente della dr.ssa E. _____, la dispnea per piccoli sforzi lamentata soggettivamente dall'assicurato non è oggettivamente spiegabile. Riguardo ai nuovi rapporti, essa ha fatto notare che nessuno dei due medici ha suggerito una sostanziale modifica della terapia, circostanza che a suo modo di vedere conferma ulteriormente la propria valutazione, dal momento che se vi fosse effettivamente stato un rilevante e oggettivo peggioramento dello stato di salute, tale modo di procedere sarebbe senz'altro stato indicato.

E. 10.3.3

In merito alle articolate contestazioni del ricorrente (doc. TAF 15), nel rapporto del 21 agosto 2018 la dr.ssa E. _____ ha inoltre segnalato che la diagnosi di broncopneumopatia cronica ostruttiva (BPCO) - citata per la prima volta dal dr. F. _____ nel rapporto del 23 novembre 2016 (cfr. consid. 10.2.2) - non è supportata da alcun elemento oggettivo: non soltanto non vi è alcun accertamento spirometrico che confermi tale diagnosi, ma neppure vi sono indizi nella lista dei medicinali prescritti all'assicurato che permetta di renderla plausibile. Essa esprime inoltre dei dubbi sul fatto che in occasione dei numerosi esami cardiologici eseguiti dal 2007 in poi, tale problematica non sia mai emersa. Ha indicato di aver tenuto in debito conto sia la sindrome ansioso depressiva, che lo stato dopo meniscectomia a destra, constatando che entrambe non risultano avere alcun impatto funzionale rilevante e di non aver considerato la problematica di ipercolesterolemia in quanto non rilevante dal punto di vista della capacità lavorativa. Ha inoltre spiegato il motivo per cui talune delle critiche mosse dal ricorrente non risultano essere pertinenti dal profilo medico (mancata citazione del "prolasso dei lembi", del grado moderato-severo della fibrillazione). Essa ha respinto la censura precisando che specifici reperti come quelli indicati vengono "inglobati" dalle diagnosi principali ed è pertanto in tale contesto che se ne

tiene conto, come essa ha fatto. Ha infine precisato che dal punto di vista dell'abilità lavorativa, risulta irrilevante sapere se i controlli a cui l'assicurato era stato sottoposto fossero eseguiti annualmente o meno, ritenuto che dal 2007 lo stato di salute è sostanzialmente rimasto invariato, come pure sostanzialmente invariata è risultata essere la terapia medicamentosa prescritta dai differenti specialisti. In definitiva tali circostanze confermano una situazione pressoché invariata nel tempo, che di conseguenza non permette di spiegare oggettivamente, ulteriori problematiche come la dispnea per piccoli sforzi diagnosticata dal dr. U. _____ nel rapporto del 15 marzo 2017 (cfr. allegato al doc. TAF 18).

E. 11.1

L'art. 59 cpv. 2bis LAI ricorda che i servizi medici regionali sono a disposizione degli uffici AI per valutare le condizioni mediche del diritto alle prestazioni, stabiliscono la capacità funzionale dell'assicurato - determinante per l'AI secondo l'art. 6 LPGA - di esercitare un'attività lucrativa o di svolgere le mansioni consuete in una misura ragionevolmente esigibile e sono indipendenti per quanto concerne le decisioni in ambito medico nei singoli casi. Scopo e senso dell'art. 59 cpv. 2bis LAI, come pure dell'art. 49 OAI risiedono nella possibilità, per gli uffici AI, di fare capo ai propri medici per la valutazione degli aspetti sanitari del diritto alla rendita. Questi ultimi, grazie alle loro specifiche conoscenze medico-assicurative, sono quindi chiamati a valutare la capacità funzionale della persona assicurata. In questo modo è stata creata una chiara separazione di competenze tra medici curanti e assicurazione sociale. Sulla base delle indicazioni del SMR, l'UAI deve così decidere cosa si può ragionevolmente pretendere da un assicurato e cosa invece no (sentenza del TF 9C_9/2010 del 29 settembre 2010 consid. 2). Peraltro, i rapporti SMR hanno la funzione di effettuare una sintesi delle informazioni e degli esami medici di cui agli atti di causa e formulare delle raccomandazioni quanto al seguito da dare all'incanto da un punto di vista medico (sentenza del TF 9C_542/2011 del 26 gennaio 2012 consid. 4.1). Per poter loro attribuire pieno valore probatorio, i rapporti dei servizi medici regionali devono essere redatti da medici che dispongono delle qualifiche specialistiche richieste nel singolo caso di specie. Se ciò non è il caso, il loro valore probatorio è affievolito (sentenza del TF 9C_826/2009 del 20 luglio 2010 consid. 4.2).

E. 11.2

I rapporti interni del SMR ai sensi dell'art. 49 cpv. 3 LAI non pongono autonomamente delle diagnosi, bensì apprezzano sotto l'aspetto medico i reperti esistenti. Il loro compito è di sintetizzare - a beneficio anche dell'amministrazione e dei tribunali che altrimenti non dispongono necessariamente di simili conoscenze specialistiche - la situazione medica. Non è dunque indispensabile che la persona assicurata venga visitata. Il SMR esegue direttamente esami medici solo se lo ritiene necessario. Negli altri casi rende la propria valutazione sulla base della documentazione esistente. L'assenza di propri esami diretti non costituisce, per invalsa giurisprudenza, un motivo per mettere in dubbio la validità di un rapporto SMR se esso soddisfa altrimenti le esigenze di natura probatoria generalmente riconosciute (SVR 2009 IV n. 56 pag. 174 [9C_323/2009] consid. 4.3.1 con riferimenti; cfr. pure sentenza 9C_294/2011 del 24 febbraio 2012 consid. 4.2; cfr. anche sentenza 9C_787/2012 del 20 dicembre 2012, consid. 4.2.1).

E. 11.3

Giova inoltre rilevare che nelle procedure concernenti l'assegnazione o il rifiuto di prestazioni di assicurazioni sociali non figura un diritto formale ad essere sottoposto a perizia medica esterna da parte dell'ente assicuratore. Un tale provvedimento (o perlomeno degli accertamenti complementari) deve essere ordinato soltanto nel caso in cui sussistano dei dubbi, seppur minimi, riguardo l'attendibilità e la concludenza delle attestazioni mediche interne dell'assicurazione (DTF 135 V 465 consid. 4, nel caso in esame un rapporto interno all'INSAI). Alla luce degli atti e delle circostanze concrete, come si esporrà nel seguito, tali dubbi non sussistono.

E. 12.1

Dalle considerazioni che precedono risulta che per negare il diritto alla rendita a A. _____ l'amministrazione si è fondata in buona sostanza sulle conclusioni esposte dalla dr.ssa E. _____, del servizio medico dell'AI, che si è espressa nei due rapporti del 26 settembre 2016 e del 23 gennaio 2017. Sulla scorta del solo esame degli atti medici, la dr.ssa E. _____ ha potuto formulare le proprie conclusioni - reiterate ed illustrate con maggiori dettagli nel corso di causa dopo aver esaminato i certificati trasmessi in corso di causa (cfr. consid. 10.3.2 e 10.3.3) - senza ritenere opportuno né necessario esperire ulteriori accertamenti specialistici.

E. 12.2

Ora, sebbene la dr.ssa E. _____ non disponga di una specializzazione negli specifici campi medici a cui sono riconducibili le distinte patologie di cui il ricorrente è portatore, ciò non toglie legittimità o valenza alle valutazioni da essa fornite. Come indicato nella giurisprudenza citata, il servizio medico dell'AI, analogamente al SMR, è sostanzialmente incaricato di fornire all'amministrazione una sintesi delle indicazioni mediche contenute nei differenti reperti medici assunti nel corso dell'istruttoria e, in caso di bisogno, proporre ulteriori accertamenti specialistici volti ad indagare determinati aspetti ancora inesplorati. Nella fattispecie, tali complementi di istruttoria non erano necessari, dal momento che questi erano già stati esperiti privatamente dal ricorrente e abbondantemente prodotti all'inizio della procedura amministrativa, unitamente alla perizia particolareggiata E 213, redatta a seguito della visita medica del 3 marzo 2016 (doc. 8). Dalla documentazione prodotta non emergono contraddizioni riguardo alle diagnosi e ai disturbi lamentati dall'insorgente, né tantomeno vi sono richieste da parte dei medici curanti di indagare ulteriormente determinate problematiche. Non era di conseguenza necessario selezionare in seno al servizio medico dell'AI un medico specializzato in un determinato ambito della medicina. Né tantomeno era necessario incaricare uno dopo la valutazione del caso da parte della dr.ssa E. _____, non avendone fatto domanda e non essendovi motivo di credere che quest'ultima, dotata di una formazione quale medico perito SIM, non disponesse di tutte le informazioni necessarie per valutare lo stato di salute e la capacità lavorativa dell'insorgente.

E. 12.3.1

Innanzitutto, come rilevato dalla dr.ssa E. _____, le problematiche cardiache sussistevano, al momento della decisione, da quasi dieci anni e sono state tenute sotto controllo mediante periodiche visite mediche, accertamenti e trattamenti conservativi. Sulla scorta della documentazione fornita dallo stesso ricorrente, essa ha potuto constatare che nel corso degli anni, dal punto di vista della funzionalità, non vi è stato alcun cambiamento rilevante nella valvulopatia, nell'insufficienza mitralica e aortica e nella fibrillazione atriale

cronica (cfr. rapporto del 20 maggio 2017 allegato al doc. TAF 11). Inoltre, come la dr.ssa E. _____ ha avuto modo di ribadire a più riprese (cfr. doc. 76 e allegato al doc. TAF 11) tutti gli atti medici, compresi quelli del dr. U. _____ e del dr. P. _____, attestano una normale funzione pompante del cuore, lasciando dunque inalterata la possibilità di esercitare un'attività lavorativa. A tal proposito, giova rilevare che nessuno dei medici intervenuti per le problematiche al cuore ha mai prescritto dei periodi di inabilità lavorativa, né tantomeno ha mai proposto - e dato seguito - a una specifica soluzione chirurgica. Concretamente all'assicurato è stato prescritto sin dal 2007 un trattamento conservativo a base di farmaci e regolari controlli, che non hanno mai impedito - fino alla disdetta del contratto di lavoro, i cui motivi non sono noti - di esercitare la propria professione (cfr. rapporto del 20 maggio 2017 allegato al doc. TAF 11).

E. 12.3.2

Per quanto concerne la problematica psichiatrica e meglio la diagnosi di "sindrome ansioso depressiva", è bene rilevare che la stessa è stata segnalata per la prima volta dal dr. F. _____ - che per altro neppure dispone di una specializzazione in psichiatria - nel rapporto del 29 novembre 2012 (doc. 24). Dall'esame degli atti non risulta che l'insorgere di tale patologia abbia determinato alcuna incapacità lavorativa, quantomeno fino al 3 aprile 2015, momento a partire dal quale l'inabilità è stata totale fino al 7 maggio 2015 (doc. 15, 17). Al proposito si osserva che fino al 17 aprile 2015, con il rilascio del certificato del dr. T. _____ (doc. 16), non è del tutto chiaro se l'inabilità lavorativa fosse dettata da problemi psichiatrici o da altre affezioni. Oltre a ciò, neppure è chiaro se il dr. T. _____, che diagnostica nuovamente la problematica già nota (sebbene con altre parole), disponga di una specializzazione nel campo medico idoneo per stabilire il persistere di tale disturbo. Ad ogni buon conto, posteriormente al periodo descritto, non figura agli atti più alcun certificato dal quale si possa desumere un'incapacità lavorativa riconducibile a delle patologie di natura psichiatrica.

E. 12.3.3

In merito alle problematiche oftalmologiche non vi sono elementi che permettano di individuare alcun disturbo invalidante (cfr. doc. 25 e 35).

E. 12.3.4

Neppure risultano avere alcun influsso sulla capacità lavorativa le problematiche correlate all'intervento di meniscectomia al ginocchio destro e all'ipercolesterolemia, ritenuto che la prima ha avuto un decorso normale e senza particolari complicazioni e la seconda, per la quale non è stato prescritto alcuno specifico medicamento, non vi sono indizi che permettano di ritenere la stessa all'origine di una limitazione funzionale (cfr. allegato al doc. TAF 18). Allo stesso modo, è a giusto titolo che la dr.ssa E. _____ ha ritenuto irrilevanti le conseguenze dell'ernia inguinale sinistra, dal momento l'incapacità lavorativa non risulta essere persistita oltre i 10 giorni (dal 7 al 17 luglio 2015) prescritti al momento della dimissione dall'ospedale (doc. 11).

E. 12.3.5

Quanto alla diagnosi di broncopneumopatia cronica ostruttiva (BPCO), come ha rettamente indicato la dr.ssa E. _____, la stessa non risulta essere attestata da alcun documento specialistico al di fuori del rapporto del dr. F. _____, che ne fa per la prima volta menzione nel breve rapporto del 23 novembre 2016. Quest'ultimo tuttavia si limita a menzionarla, senza fornire alcun dettaglio riguardo all'eziologia, al momento

dell'insorgenza, all'eventuale influsso della stessa sulla capacità lavorativa, alla prognosi e al trattamento della stessa. A supporto di tale diagnosi, non viene prodotto alcun esame strumentale, né tantomeno ne viene fatta menzione. In tali circostanze, pur essendo il dr. F. _____ specialista in fisiologia e malattie dell'apparato respiratorio, la diagnosi fornita risulta priva di elementi oggettivi e, a ben vedere, al limite della plausibilità.

E. 12.4.1

Sebbene parzialmente in contrasto con le conclusioni esposte dalla dr.ssa E. _____, le valutazioni contenute nella perizia medica particolareggiata E213, non permettono di metterne in dubbio la validità e l'attendibilità. Tale referto contiene infatti delle contraddizioni manifeste (cfr. consid. 10.3.2): da una parte la dr.ssa G. _____ indica che il ricorrente è senz'altro in grado di svolgere un'attività pesante (§ 9), che la forza, il tono muscolare e l'andatura sono nella norma (§ 4.10) e che non sussistono particolari limitazioni riguardo alle condizioni lavorative (§ 10), dall'altra lo considera completamente inabile nella professione abituale di fresatore meccanico e parzialmente inabile in attività sostitutive. Tali indicazioni sono evidentemente inconciliabili, a maggior ragione se si considera che la dr.ssa G. _____ il 3 marzo 2016 aveva considerato globalmente migliorate le condizioni di salute dell'interessato (§ 8).

E. 12.4.2

Pure contraddittorie sono le indicazioni fornite dall'interessato nel questionario E204 del 17 marzo 2016 (doc. 48), nel quale si legge che l'inizio dell'invalidità - da intendersi quale riduzione della capacità lavorativa ai sensi del diritto italiano (cfr. all. 9 al doc. TAF 1) - risale al mese di maggio 2014. Tale data e le indicazioni fornite dall'INPS riguardo alla capacità lavorativa, stridono tuttavia con il fatto che l'interessato abbia continuato a lavorare per la Società D. _____ fino al 2 dicembre 2015, momento in cui è stato licenziato (cfr. doc. 8 § 3.4.4; doc. 60). È dunque verosimilmente per ragioni contrattuali e non prettamente di salute che l'interessato ha interrotto la propria attività abituale - non essendovi certificati medici che attestino un'inabilità lavorativa nel periodo che precede o che segue tale data. A non avere dubbi riguardo al persistere di una completa abilità lavorativa vi è pure il fatto che l'insorgente a decorrere dal 10 dicembre 2015 abbia iniziato a percepire le prestazioni di disoccupazione (cfr. doc. 49 p. 4-6) e lo abbia fatto almeno fino al 30 novembre 2017 (doc. 62).

E. 12.4.3

Giova infine rilevare che i periodi di incapacità lavorativa indicati nel questionario del datore di lavoro (doc. 61 p. 2) - compilato dall'assicurato stesso - non coincidono con quelle riscontrate nei certificati medici versati agli atti. L'esistenza di un'inabilità lavorativa nel corso dei summenzionati periodi non può pertanto dirsi comprovata.

E. 12.4.4

Alla luce delle numerose incongruenze elencate, è chiaro pertanto che la tesi secondo cui l'interessato sarebbe completamente inabile nella professione di fresatore meccanico, non può essere seguita.

E. 12.5.1

Questa Corte ritiene quindi condivisibili le considerazioni esposte dal servizio medico dell'AI. Di conseguenza il rapporto della dr.ssa E. _____, sebbene tratti solo limitatamente alcune delle numerose affezioni lamentate, non può certo dirsi incompleto o parziale (cfr.

consid. 10.3.3). Le critiche del ricorrente su questo punto non possono pertanto essere seguite.

E. 12.5.2

Neppure può essere seguito, il ricorrente, laddove sostiene che le terapie in atto siano sostanzialmente variate nel corso degli anni. La dr.ssa E. _____ infatti di non aver intravvisto alcun cambiamento di rilievo nella terapia medicamentosa prescritta nel corso degli anni. Si conviene che sebbene i nomi dei farmaci possano variare, ciò che conta nello specifico contesto, è unicamente il principio attivo degli stessi e le specifiche affezioni che essi si prefiggono di sanare.

E. 12.5.3

Con richiamo alla giurisprudenza citata sopra (cfr. consid. 11.2), va infine rilevato - vista la critica del ricorrente al riguardo - che l'assenza di un esame clinico diretto da parte del medico estensore dei rapporti su cui si fonda la decisione impugnata non costituisce di principio un motivo per metterne in dubbio la validità, nella misura in cui, come nel caso concreto, tali rapporti soddisfano le esigenze di forma e contenuto, che per invalsa giurisprudenza permettono di riconoscere loro pieno valore probatorio.

E. 12.6

In definitiva i rapporti della dr.ssa E. _____ risultano completi, concludenti e affidabili. Tutte le problematiche evocate dal ricorrente risultano essere state debitamente e correttamente valutate, non necessitando il caso di ulteriori accertamenti. È pertanto irrilevante il fatto che la dottoressa non si sia espressa in punto alla necessità di un complemento istruttorio (cfr. doc. TAF 20), avendo già implicitamente risposto a tale quesito reiterando le conclusioni a cui era già giunta in occasione del primo rapporto (doc. 63; allegato doc. TAF 18).

E. 12.7

Alla luce delle considerazioni appena esposte, occorre riconoscere che non vi è alcun documento medico agli atti suscettibile di mettere in dubbio le complete ed esaustive valutazioni del dr. E. _____ riguardo alle numerose affezioni lamentate dall'assicurato. Conto tenuto della copiosa documentazione medica versata agli atti, dalla quale non emergono contraddizioni di sorta, al momento della decisione il caso appariva senz'altro sufficientemente indagato e pronto per la definizione. È dunque a giusto titolo che l'autorità inferiore non ha ordinato ulteriori accertamenti peritali. Infatti, conformemente alla costante giurisprudenza, qualora l'istruttoria da effettuare d'ufficio conduca 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 non potrebbero modificare il risultato, si rinuncerà ad assumere altre prove (apprezzamento anticipato delle prove; Kieser, *Das Verwaltungsverfahren in der Sozialversicherung*, pag. 212 no. 450, Kölz/Häner, *Verwaltungsverfahren und Verwaltungsrechts-pflege des Bundes*, 2a ed., pag. 39 no. 111 e pag. 117 no. 320; Gygi, *Bundesverwaltungsrechtspflege*, 2a ed., pag. 274; cfr. anche STFA dell'11 gennaio 2002, H 103/01; DTF 122 II 469 consid. 4a, 122 III 223 consid. 3c, 120 Ib 229 consid. 2b, 119 V 344 consid. 3c e riferimenti). Tale modo di procedere non costituisce una violazione del diritto di essere sentito desumibile dall'art. 29 cpv. 2 Cost. (e in precedenza dall'art. 4 vCost.; DTF 124 V 94 consid. 4b, 122 V 162 consid. 1d, 119 V 344 consid. 3c e riferimenti).

E. 13

Da quanto esposto, ne consegue che il ricorso è destituito di fondamento e non merita pertanto tutela.

E. 14.1

Visto l'esito della procedura le spese processuali di fr. 800.-, sono poste a carico del ricorrente (art. 63 cpv. 1 e cpv. 5 PA nonché art. 3 lett. b del regolamento del 21 febbraio 2008 sulle tasse e sulle spese ripetibili nelle cause dinanzi al Tribunale amministrativo federale [TS-TAF, RS 173.320.2]). Esse vengono compensate con l'anticipo spese versato dall'insorgente il 30 giugno 2017 (cfr. doc. TAF 14). L'importo di fr. 65.28, eccedente la richiesta di acconto, verrà restituito al ricorrente al momento della crescita in giudicato della sentenza.

E. 14.2

Al ricorrente, interamente 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). Le autorità federali, quand'anche vincenti, non hanno di principio diritto a 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).

Export aus OpenCaseLaw (CC0). Verbindlich ist allein der vom erlassenden Gericht veröffentlichte Originaltext. Quellen-URL siehe oben.