

BVGer C-580/2009 vom 10. Dezember 2008

Bundesverwaltungsgericht, 2008-12-10, IT

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bvger_C-580_2009

FR: TAF C-580/2009 du 10 décembre 2008

IT: TAF C-580/2009 del 10 dicembre 2008

Regeste

Assicurazione per l'invalidità (AI)

Erwägungen

E. 1.1

In virtù dell'art. 31 della legge sul Tribunale amministrativo federale del 17 giugno 2005 (LTAF, RS 173.32), questo tribunale giudica i ricorsi contro le decisioni ai sensi dell'art. 5 della legge federale sulla procedura amministrativa del 20 dicembre 1968 (PA, RS 172.021), emanate dalle autorità menzionate all'art. 33 LTAF, riservate le eccezioni di cui all'art. 32 LTAF. In particolare, le decisioni rese dall'UAIE concernenti l'assicurazione per l'invalidità possono essere portate davanti al Tribunale amministrativo federale conformemente all'art. 69 cpv. 1 lett. b della legge federale sull'assicurazione per l'invalidità del 19 giugno 1959 (LAI, RS 831.20). Di conseguenza, questo Tribunale è competente a giudicare il presente ricorso.

E. 1.2

Secondo l'art. 3 lett. dbis PA, la procedura in materia di assicurazioni sociali non è disciplinata dalla PA, nella misura in cui è applicabile la legge federale del 6 ottobre 2000 sulla parte generale del diritto delle assicurazioni sociali (LPGA, RS 830.1). In conformità con l'art. 2 LPGA, le disposizioni della presente legge sono applicabili alle assicurazioni sociali disciplinate dalla legislazione federale, se e per quanto le singole leggi sulle assicurazioni sociali lo prevedano. Giusta l'art. 1 cpv. 1 LAI, le disposizioni della LPGA sono applicabili all'assicurazione per l'invalidità (art. 1a-26bis e 28-70), sempreché la LAI non deroghi alla LPGA.

E. 1.3

Conformemente all'art. 59 LPGA, ha diritto di ricorrere chiunque è toccato dalla decisione o dalla decisione su opposizione ed ha un interesse degno di protezione al suo annullamento o alla sua modificazione. Il ricorso deve essere interposto entro 30 giorni dalla notificazione della decisione o della decisione contro cui l'opposizione è esclusa (art. 60 LPGA). Esso deve contenere le conclusioni, i motivi, l'indicazione dei mezzi di prova e la firma del ricorrente o del suo rappresentante, con allegati la decisione impugnata e i documenti indicati come mezzi di prova, se sono in possesso del ricorrente (art. 52 cpv. 1 PA).

E. 1.4

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

E. 2.1

Il 1° giugno 2002 sono entrati in vigore l'Accordo tra la Confederazione svizzera, da una parte, e la Comunità europea ed i suoi Stati membri, dall'altra, sulla libera circolazione delle persone del 21 giugno 1999 (ALC, RS 0.142.112.681) ed il correlato Allegato II che regola il coordinamento dei sistemi di sicurezza sociale nonché il Regolamento (CEE) n° 1408/71 del Consiglio del 14 giugno 1971 relativo all'applicazione dei regimi di sicurezza sociale ai lavoratori subordinati, ai lavoratori autonomi e ai loro familiari che si spostano all'interno della Comunità (RS 0.831.109.268.1) come pure il corrispondente Regolamento di applicazione (Regolamento CEE n° 574/72 del Consiglio del 21 marzo 1972 relativo all'applicazione del Regolamento n° 1408/71, RS 0.831.109.268.11). Si tratta di una normativa che si applica a tutte le rendite il cui diritto sorge a far data dal 1° giugno 2002 o successivamente e che sancisce il principio della parità di trattamento tra i cittadini di uno Stato membro della Comunità europea, ivi risiedenti, ed i cittadini svizzeri (art. 2 e 3 del Regolamento CEE n° 1408/71).

E. 2.2

Giusta l'art. 20 ALC, salvo disposizione contraria contenuta nell'Allegato II, gli accordi bilaterali tra la Svizzera e gli Stati membri della Comunità europea in materia di sicurezza sociale vengono sospesi a decorrere dall'entrata in vigore del presente Accordo qualora il medesimo campo sia disciplinato da quest'ultimo (art. 6 del Regolamento CEE n° 1408/71). Nella misura in cui l'Accordo, in particolare l'Allegato II che regola il coordinamento dei sistemi di sicurezza sociale (art. 8 ALC), non prevede disposizioni contrarie, l'organizzazione della procedura come pure l'esame delle condizioni di ottenimento di una rendita di invalidità svizzera sono regolate dal diritto interno svizzero (DTF 130 V 257 consid. 2.4).

E. 2.3

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

E. 2.4

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

E. 3

Relativamente al diritto applicabile, deve essere ancora precisato che, a partire dal 1° gennaio 2008, la presente procedura è retta dalla LAI nel suo tenore modificato il 6 ottobre 2006 (V revisione), ritenuto tuttavia il principio secondo il quale le norme applicabili sono quelle in vigore al momento in cui dei fatti giuridicamente rilevanti si sono verificati (ATF 130 V 445 consid. 1.2). Ne consegue che il diritto alla rendita si esamina, fino al 31 dicembre 2007, alla luce delle precedenti norme e, a partire dal 1° gennaio 2008, in conformità con le nuove disposizioni.

E. 4.1

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. 4.2

L'assicurato ha diritto ad una rendita intera se è invalido per almeno il 70%, a tre quarti di rendita se è invalido per almeno il 60%, ad una mezza rendita se è invalido per almeno la metà e ad un quarto di rendita se è invalido per almeno il 40% (art. 28 cpv. 1 LAI e, a partire dal 1° gennaio 2008, art. 28 cpv. 2 LAI). In seguito all'entrata in vigore dell'ALC, la limitazione prevista dall'art. 28 cpv. 1ter LAI (art. 29 cpv. 4 LAI, a partire dal 1° gennaio 2008), secondo il quale le rendite per un grado d'invalidità inferiore al 50% sono versate solo ad assicurati che sono domiciliati e dimorano abitualmente in Svizzera (art. 13 LPGA), non è più applicabile quando l'assicurato è cittadino svizzero o dell'Unione europea e vi risiede.

E. 4.3

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, nel suo nuovo tenore dal 1° gennaio 2008).

E. 4.4

La nozione d'invalidità di cui all'art. 4 cpv. 1 LAI e 8 cpv. 1 LPGA è di carattere giuridico economico, non medico (DTF 116 V 249 consid. 1b). In base all'art. 16 LPGA, applicabile per il rinvio dell'art. 28 cpv. 2 LAI (art. 28a cpv. 1 LAI, dal 1° gennaio 2008), per valutare il grado d'invalidità, il reddito che l'assicurato potrebbe conseguire esercitando l'attività ragionevolmente esigibile da lui dopo la cura medica e l'eventuale esecuzione di provvedimenti d'integrazione, tenuto conto di una situazione equilibrata del mercato del lavoro, è confrontato con il reddito che egli avrebbe potuto ottenere se non fosse diventato invalido. In altri termini, l'assicurazione svizzera per l'invalidità risarcisce soltanto la perdita economica che deriva da un danno alla salute fisica o psichica dovuto a malattia o infortunio, non la malattia o la conseguente incapacità lavorativa.

E. 4.5

Giova ancora ricordare che, secondo un principio generale del diritto delle assicurazioni sociali, ogni assicurato ha l'obbligo di ridurre il danno conseguente la sua invalidità (sentenza del Tribunale federale I 147/01 del 9 maggio 2001; DTF 123 V 230 consid. 3c e

DTF 117 V 275 consid. 2b). In virtù di tale obbligo, l'assicurato deve intraprendere tutto quanto sia ragionevolmente esigibile per ovviare nel modo migliore possibile alle conseguenze della sua invalidità, segnatamente mettendo a profitto la sua residua capacità lavorativa, se necessario in una nuova professione (sentenza del Tribunale federale I 543/03 del 27 agosto 2004; DTF 113 V 22 consid. 4a).

E. 5

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

E. 6.1

Secondo l'art. 17 cpv. 1 LPGa, se il grado d'invalidità del beneficiario della rendita subisce una notevole modificazione, per il futuro la rendita è aumentata o ridotta proporzionalmente o soppressa, d'ufficio o su richiesta.

E. 6.2

Conformemente all'art. 87 cpv. 2 dell'Ordinanza federale sull'assicurazione invalidità del 17 gennaio 1961 (OAI, RS 831.201), la revisione avviene d'ufficio quando, in previsione di una possibile modifica importante del grado d'invalidità, è stato stabilito un termine nel momento dell'erogazione della rendita o allorché si conoscono fatti o si ordinano provvedimenti che possono provocare una notevole modifica del grado d'invalidità.

E. 6.3

Se la capacità al guadagno dell'assicurato migliora, v'è motivo di ammettere che il cambiamento determinante sopprime, all'occorrenza, tutto o parte del diritto a prestazioni dal momento in cui si può supporre che il miglioramento constatato perduri. Lo si deve in ogni caso tenere in considerazione allorché è durato tre mesi, senza interruzione notevole, e che presumibilmente continuerà a durare (art. 88a cpv. 1 OAI). Se la capacità al guadagno o la capacità di svolgere mansioni consuete peggiora, occorre tenere conto del cambiamento determinante il diritto a prestazioni non appena esso perdura da tre mesi senza interruzione notevole (art. 88a cpv. 2 OAI).

E. 6.4

La costante giurisprudenza ha stabilito che le rendite d'invalidità sono soggette a revisione non solo in caso di modifica rilevante dello stato di salute che ha un influsso sull'attività lucrativa, ma anche quando lo stato di salute è rimasto invariato, se le sue conseguenze sulla capacità di guadagno hanno subito un cambiamento importante (DTF 113 V 275 consid. 1a).

E. 6.5

Va ancora rilevato che la semplice valutazione diversa di circostanze di fatto che sono rimaste sostanzialmente invariate, non giustifica una revisione ai sensi dell'art. 17 cpv. 1 LPGa (DTF 112 V 372 consid. 2b e 390 consid. 1b, RCC 1987 p. 36, SVR 2004 IV n. 5 consid. 3.3.3). L'istituto della revisione non deve costituire una base legale che possa giustificare un riesame senza condizioni del diritto alla rendita (Rudolf Ruedi, Die Verfügungsanpassung als verfahrensrechtliche Grundfigur namentlich von Invalidenrentenrevisionen, in: Schaffhauser/Schlauri, Die Revision von Dauerleistungen in der Sozialversicherung, San Gallo, 1999, pag. 15).

E. 7.1

Al fine di giudicare se sussistono indizi sufficienti per ritenere verosimile una modifica rilevante del grado d'invalidità, si deve considerare il periodo tra la decisione iniziale e quella che pronuncia la revisione. Decisioni intercalari sono pertinenti unicamente se sono state emesse sulla base di una nuova valutazione materiale del grado d'invalidità, ossia dopo delucidazione dei fatti, apprezzamento delle prove e esecuzione del raffronto dei redditi (DTF 133 V 108).

E. 7.2

In concreto, la decisione iniziale, con la quale è stato riconosciuto al ricorrente il diritto ad una mezza rendita d'invalidità, è stata pronunciata il 12 maggio 2003 (doc. 11). In seguito, il 12 dicembre 2005, sulla base di una nuova valutazione materiale del grado d'invalidità, è stata emessa una decisione di revisione (doc. 52), mediante la quale è stata attribuita al ricorrente una rendita intera. Ne consegue che, seguendo la giurisprudenza, il periodo di riferimento per giudicare se verosimilmente è intervenuta una modifica rilevante del grado d'invalidità, tale da giustificare la sostituzione della rendita intera con una mezza rendita, come statuito dall'UAIE e contestato dal ricorrente, è quello tra il 12 dicembre 2005 e il 10 dicembre 2008, data della decisione impugnata (doc. 101). A questo proposito, giova rilevare che il giudice delle assicurazioni sociali analizza la legalità della decisione impugnata, in generale, secondo lo stato di fatto esistente al momento in cui essa è stata resa (DTF 130 V 445 consid. 1.2 e 1.2.1).

E. 8

Il giudice delle assicurazioni sociali deve esaminare in maniera obiettiva tutti i mezzi di prova, indipendentemente dalla loro provenienza, e poi decidere se i documenti messi a disposizione permettono di giungere ad un giudizio attendibile sulle pretese giuridiche litigiose (DTF 125 V 352 consid. 3a). Per costante giurisprudenza le certificazioni mediche possono costituire importanti elementi d'apprezzamento del danno invalidante, allorché permettono di valutare l'incapacità lavorativa e di guadagno dell'interessato in un'attività da lui ragionevolmente esigibile (DTF 115 V 134 consid. 2, 114 V 314 consid. 3c). Perché un rapporto medico abbia valore probatorio è determinante che esso valuti ed esamini in maniera completa i punti litigiosi, si fondi su degli esami approfonditi, prenda conto di tutte le affezioni di cui si lamenta l'assicurato, sia stabilito in piena conoscenza dei suoi antecedenti (anamnesi) e sia chiaro nell'esposizione delle correlazioni mediche o nell'apprezzamento della situazione medica; le conclusioni dell'esperto devono inoltre essere motivate (DTF 125 V 352, 122 V 160). Per quel che riguarda i rapporti concernenti il medico curante, secondo la generale esperienza della vita, il giudice deve tenere conto del fatto che, alla luce del rapporto di fiducia esistente con il paziente, il medico curante attesterà, in caso di dubbio, in favore del suo paziente (DTF 125 V 353; VSI 2001 p. 109).

E. 9.1

Dalla documentazione medica agli atti e, in particolare, dalla perizia pluridisciplinare del SAM, dell'8 ottobre 2007 (doc. 63), seguita dal dott. C. _____, medico dell'UAI-TI, nella sua presa di posizione del 24 gennaio 2008 (doc. 71), emerge la diagnosi, con influenza sulla capacità lavorativa, di esiti da encefalopatia da toxoplasmosi cerebrale, d'infezione cronica da HIV, di sindrome lombovertebrale, rispettivamente lombospondilogenica, e di sindrome d'attrito sottoacromiale più marcata alla spalla destra, con componente tendinea flogistica, come pure la diagnosi, senza influsso sulla capacità lavorativa, di stato dopo HCV, guarita mediante terapia interferonica, e d'ipertensione non trattata. Questa diagnosi è

univoca agli atti, non contestata dal ricorrente, per cui il collegio giudicante non può che aderirvi.

E. 9.2

Dalla perizia del SAM risulta che la capacità lavorativa del ricorrente nella sua ultima attività, ossia come addetto all'imballaggio di bobine, è pari al 30%. È invece stata valutata globalmente dai periti al 50% (rendimento ridotto sull'arco di un'intera giornata) la sua capacità lavorativa in attività leggere confacenti al suo stato di salute, che permettano una libera scelta della posizione di lavoro o perlomeno il cambiamento regolare della stessa, che non implicino l'esecuzione frequente di movimenti oppure il mantenimento prolungato di posizioni inergonomiche per il tronco, che non esigano la manipolazione di carichi, anche solo sporadicamente, superiori a 10 kg, che non richiedano l'impiego prolungato degli arti superiori all'altezza o sopra l'orizzontale, oppure la manipolazione di pesi con le braccia tenute scostate dal tronco, che non comportino spostamenti prolungati frequenti su terreni sconnessi e declivi, e che non esponano a cambiamenti frequenti e repentini della temperatura, a rischi nella manipolazione di attrezzi o nella posizione di lavoro. Dal lato psichiatrico (cfr. rapporto delle dott.esse H._____ e I._____), nella perizia è rivelato che non sussistono disturbi, nonostante siano ancora evidenti alcuni sintomi da disadattamento, e che quindi la capacità lavorativa, da tale punto di vista, non è compromessa. Riguardo alla patologia infettivologica (cfr. rapporto del dott. L._____), nella perizia è riportato che l'infezione cronica da HIV è ben controllata con la terapia assunta e che l'epatite C è guarita senza danni epatici rilevanti, un'attività leggero-moderata essendo perciò esigibile almeno nella misura del 50%. Dal lato gastroenterologico (cfr. rapporto del dott. G._____), è confermato che l'epatite C, grazie al trattamento applicato, è guarita, che la funzionalità del fegato è normale e che la capacità lavorativa, di conseguenza, non risulta ridotta. Rispetto alla patologia neurologica (cfr. rapporto del dott. M._____), nella perizia è osservato che non si è in presenza di deficit oggettivabili e che può essere ritenuta una capacità lavorativa del 50%. Dal lato ortopedico (cfr. rapporto del dott. N._____), è rilevato che il ricorrente è capace di esercitare, in misura praticamente completa, attività leggere, con le diverse limitazioni già elencate.

E. 9.3

Questa valutazione è stata ripresa in toto, nella sua valutazione del caso del 24 gennaio 2008 (doc. 71), dal dott. C._____, che ha tenuto conto anche dei referti prodotti dal ricorrente dopo la perizia del SAM, del 29 e 30 novembre 2007 (doc. 68/2 a 10), e i quali riferiscono, sostanzialmente, l'esistenza di un'ipertensione moderata e lo stato normale degli assi carotidei extracranici, delle arterie vertebrali, delle arterie succlavie e della parte destra del cuore, la parte sinistra dello stesso presentando un minimo rigurgito mitralico.

E. 9.4

Nell'ambito della presente procedura, il ricorrente si è limitato ad esibire un referto di TC del rachide lombare, del 7 gennaio 2009, posteriore quindi alla decisione impugnata, nel quale non è indicato se la diagnosi si riferisce ad una situazione esistente anteriormente né postula un'incapacità lavorativa totale dal punto di vista ortopedico, che i dott.ri D._____ e O._____, entrambi medici dell'UAI-TI, nella loro presa di posizione del 5 marzo 2009, hanno considerato, in sostanza, non apportare nuovi elementi diagnostici rispetto a quelli già conosciuti dagli esperti del SAM. Essi hanno quindi concluso che il detto referto non permette di oggettivare in modo chiaro un peggioramento dello stato di salute del ricorrente.

Allo stato attuale dell'incarto, non sussistono motivi che permettano di dubitare della fondatezza di questo apprezzamento.

E. 9.5

Visto quanto precede, il collegio giudicante non ha ragioni che gli impediscano di far proprie le conclusioni a cui sono pervenuti gli esperti del SAM, confermate dai medici dell'UAI-TI, i quali hanno esaminato personalmente il richiedente ed hanno potuto prendere visione della documentazione medica obiettiva prodotta, valutando il danno alla salute lamentato dallo stesso sulla base di accertamenti approfonditi e completi. I rapporti peritali sono stati redatti con conoscenza della pregressa vicenda valetudinaria (anamnesi), sono chiari nella presentazione del contesto medico ed, infine, le conclusioni a cui giungono sono fondate. Il collegio giudicante considera pertanto che la capacità lavorativa del ricorrente, a decorrere dall'agosto 2006, è pari al 30% per l'attività d'addetto all'imballaggio di bobine, ma che essa ammonta al 50% in attività leggere confacenti al suo stato di salute, secondo l'esigibilità dettagliatamente definita nella detta perizia.

E. 10.1

Come esposto al consid. 4.4, secondo l'art. 16 LPGA, per valutare il grado d'invalidità, il reddito che l'assicurato invalido potrebbe conseguire esercitando l'attività ragionevolmente esigibile da lui dopo la cura medica e l'eventuale esecuzione di provvedimenti d'integrazione, tenuto conto di una situazione equilibrata del mercato del lavoro (reddito da invalido), è confrontato con il reddito che egli avrebbe potuto ottenere se non fosse diventato invalido (reddito da valido). In concreto, contrariamente a quanto sostiene il ricorrente, l'UAI-TI ha proceduto al calcolo del grado d'invalidità in applicazione del metodo generale di confronto dei redditi. Infatti, dal rapporto finale del consulente in integrazione professionale, del 18 luglio 2008 (doc. 89), si evince che il ricorrente avrebbe potuto guadagnare nel 2008, previa indicizzazione dei dati forniti dal datore di lavoro per il 2005 (doc. 26), un salario da valido in Ticino di Fr. 53'974.-, e, secondo i dati dell'UFS relativi ad attività leggere non qualificate (tabella TA1, categoria 4), adattati ad una settimana lavorativa di 41.7 ore (tabella B 9.2, La Vie Économique, 1/2-2006, pag. 94), un salario da invalido medio svizzero di Fr. 60'144.-, ridotto del 20% per tenere conto delle sue circostanze personali e del carattere leggero delle attività proposte, e considerato nella misura del 50%, ossia Fr. 24'058.-, la perdita di guadagno ammontando quindi al 55.42% $[(53'974 - 24'058) : 53'974 \times 100]$, ciò che corrisponde ad un grado d'invalidità del 55%.

E. 10.2

Secondo la giurisprudenza del Tribunale federale, se un assicurato, per motivi estranei alla sua invalidità, ha realizzato un reddito considerevolmente inferiore alla media nazionale svizzera per un'attività equivalente senza spontaneamente accomodarsene si procede ad un parallelismo dei due redditi di paragone. Questo parallelismo può avvenire aumentando in maniera adeguata il reddito da valido effettivamente conseguito o determinato secondo i valori statistici, oppure riducendo opportunamente il reddito statistico da invalido (DTF 134 V 322 consid. 4.1). Il Tribunale federale ha poi precisato che un reddito è inferiore alla media dei salari per un'attività equivalente allorquando il guadagno effettivamente conseguito diverge di almeno il 5% del salario statistico usuale nel settore. Pertanto, il parallelismo dei redditi di paragone va effettuato soltanto per la parte percentuale eccedente la soglia del 5% (cfr. DTF 135 V 297). In un secondo tempo, occorre esaminare la questione di un'eventuale deduzione per circostanze personali e professionali, applicabile al

reddito da invalido ottenuto sulla base dei valori medi statistici. A questo riguardo, i fattori estranei all'invalidità di cui si dovesse già aver tenuto conto con il parallelismo dei redditi, non possono essere presi in considerazione una seconda volta nell'ambito della deduzione per circostanze personali e professionali. In concreto, il salario da operaio addetto all'imballaggio percepito dal ricorrente in Ticino era considerevolmente inferiore al corrispondente salario svizzero, e ciò per cause estranee all'invalidità. Infatti, secondo i dati dell'UFS per il 2008 (tabella TA1, categoria 4, attività leggere e ripetitive, uomini, settore della produzione), il salario mensile di un operaio nel ramo della produzione ammontava a Fr. 5'137.- per una settimana lavorativa di quaranta ore, ossia Fr. 5'304.- su 41.3 ore (tabella B 9.2, *La Vie Économique*, 7/8 2010), pari a Fr. 63'647.- all'anno, remunerazione superiore del 15.2% rispetto all'ultimo salario del ricorrente. La differenza tra i due salari è quindi considerevole ai sensi della giurisprudenza del Tribunale federale. La parte percentuale eccedente la soglia del 5% corrisponde al 10.2%. Questa percentuale va dedotta dal reddito da invalido, ritenuto che non emergono dagli atti sufficienti elementi idonei e concludenti per poter ritenere che il ricorrente si sia spontaneamente accontentato del reddito inferiore conseguito. Il salario da invalido di Fr. 60'144.- deve pertanto essere ridotto del 10.2%, ossia Fr. 54'009.-, in ragione del 50% (capacità lavorativa residua) e diminuito ulteriormente del 20% in funzione delle circostanze personali del ricorrente e del carattere leggero delle attività confacenti non considerati con il parallelismo dei redditi, per cui si ottiene un salario arrotondato di Fr. 21'604.-. Confrontando il salario da valido con quello da invalido, si ricava una perdita di guadagno del 59.97% $[(53'974 - 21'604) : 53'974 \times 100]$, corrispondente ad un grado d'invalidità del 60%, il quale dà diritto a tre quarti di rendita. Ne discende che il grado d'invalidità del ricorrente deve essere fissato al 60% e non al 55%, come stabilito dall'UAI-TI.

E. 11

Di conseguenza, il ricorso deve essere parzialmente accolto e la decisione impugnata riformata, nel senso che al ricorrente è riconosciuto il diritto a tre quarti di rendita d'invalidità dal 1° febbraio 2009. L'incanto è rinviato all'UAIE, affinché proceda al calcolo e al versamento delle prestazioni spettanti al ricorrente.

E. 12

Secondo l'art. 63 cpv. 1 PA, le spese processuali sono di regola messe a carico della parte soccombente. In concreto, visto l'esito della procedura, non si prelevano spese processuali e l'anticipo di Fr. 300.-, versato dal ricorrente il 19 maggio 2009, gli è restituito. In conformità con l'art. 64 cpv. 1 PA in combinazione con gli art. 7 e segg. 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]), l'autorità di ricorso, se ammette il ricorso in tutto o in parte, può assegnare al ricorrente una indennità per le spese indispensabili e relativamente elevate che ha sopportato (spese ripetibili). Considerato l'esito della procedura, si assegna al ricorrente un'indennità per spese ripetibili di Fr. 800.-a carico dell'UAIE.