



---

Corte III  
C-1081/2009  
{T 0/2}

## **Sentenza del 15 febbraio 2010**

---

Composizione

Giudici: Francesco Parrino (presidente del collegio),  
Madeleine Hirsig, Stefan Mesmer;  
Cancelliere: Dario Croci Torti

---

Parti

A. \_\_\_\_\_,  
patrocinato dagli avvocati Rodolfo Barsi e  
Franco Papadia, viale O. Quarta 16, IT-73100 Lecce,  
ricorrente,

contro

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

---

Oggetto

Assicurazione invalidità (decisione del 15 gennaio 2009).

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

A.\_\_\_\_\_, cittadino italiano, nato il \_\_\_\_\_, ha lavorato in Svizzera dal 1967 al 1968, nel 1970 e dal 1972 al 2003 come operaio, essenzialmente nel settore metallurgico, solvendo regolari contributi all'assicurazione svizzera per la vecchiaia, i superstiti e l'invalidità (AVS/AI), durante tale periodo (cfr. conti individuali, incarto TAF doc. 14). Dopo il rimpatrio, non ha più svolto attività lucrativa per ragioni di salute (doc. 66).

In data 29 ottobre 2004, il nominato ha presentato una prima domanda volta al conseguimento di una rendita dell'assicurazione svizzera per l'invalidità, richiesta che è stata respinta con decisione del 16 gennaio 2006 dell'Ufficio AI per gli assicurati residenti all'estero (UAI; ora Ufficio dell'assicurazione per l'invalidità per gli assicurati residenti all'estero, UAIE). L'indagine medica allora svolta aveva posto in evidenza che il richiedente era portatore di cardiopatia ischemica post infartuale trattata con PTCA e stent (giugno 2003), poliartrosi con episodi di lombosciatalgia sinistra con moderato impegno funzionale, lieve stato ansioso reattivo, ipertrofia prostatica benigna, broncopatia (doc. 1-54).

**B.**

In data 19 settembre 2006, A.\_\_\_\_\_ ha formulato una seconda richiesta di prestazioni AI (doc. 57).

Il richiedente è stato visitato il 27 novembre 2006 presso i servizi medici dell'Istituto nazionale della previdenza sociale (INPS) di Casarano, ove il medico incaricato ha evidenziato la diagnosi di "cardiopatia ischemica post-infartuale già rivascolarizzata con PTCA in fase di compenso, spondiloartrosi lombare con ernia discale L1-L2 e protrusioni discali multiple, ipertrofia prostatica" ed ha posto un tasso d'invalidità del 60% (doc. 75). Sono stati esibiti documenti oggettivi, quali:

- un elettrocardiogramma ed un elettrocardiogramma da sforzo del 7 aprile 2005 di risultato normale, ossia negativo per ridotta riserva coronarica (doc. 69);
- i risultati di una colonscopia del 27 ottobre 2006 (doc. 70);

- una prova ergometrica (test elettrocardiografico da sforzo) di data imprecisabile (doc. 72) ed un'altra prova dello stesso tipo del 17 novembre 2006, normale (doc. 74);
- un'ecografia transrettale del 30 ottobre 2007 (doc. 76) ed un breve rapporto d'esame ortopedico del 5 marzo 2008 (doc. 77);
- un elettrocardiogramma del 9 luglio 2008 (doc. 82);
- un rapporto del centro di salute mentale di Maglie/Ugento del 12 luglio 2008 per disturbo esplosivo intermittente, sindrome ansio-depressiva con spunti fobico-ossessivi (doc. 84);
- un referto radiologico della colonna lombosacrale del 14 luglio 2008 (doc. 85), un breve rapporto d'esame ortopedico del 18 luglio 2008 (doc. 86) ed un altro del 22 luglio successivo (doc. 87).

### **C.**

Nella sua relazione del 19 settembre 2008, il Dott. Minnig, sanitario del Servizio medico regionale "Rhône" (SMR), indirizzata all'UAIE, dopo aver ripreso la diagnosi sopra riferita ed analizzato il caso sotto il profilo delle malattie di lunga durata, ha affermato che il richiedente non presenterebbe alcuna invalidità di rilievo, né nel suo precedente lavoro, né in un'attività di sostituzione (doc. 89).

L'UAIE ha aderito al parere del proprio medico ed un progetto di decisione comportante il diniego di prestazioni assicurative è stato inviato all'interessato (doc. 90). Questo, per il tramite del Patronato INCA, ha fatto pervenire un certificato del Centro di salute mentale di Maglie/Ugento identico al precedente (doc. 84 e 91).

Mediante decisione del 7 novembre 2008, l'UAIE ha respinto la richiesta di rendita (doc. 93). Questo provvedimento è stato comunque annullato in quanto l'amministrazione si è accorta di aver omesso di fare visionare l'incarto dal rappresentante dell'assicurato (doc. 95). Quest'ultimo ha in seguito esibito:

- una relazione di visita ortopedica del 21 novembre 2008 (Dott. Colucci, doc. 102) attestante una sindrome cervicocefalgica e vertiginosa da spondilouncoartrosi osteofitosica, grave insufficienza vertebrale ad elevata incidenza funzionale del rachide dorsolombosacrale con spondiloartrosi e discoartrosi multipla,

lombosciatalgia bilaterale più accentuata a destra da ernie discali L4-L5 ed L5-S1(doc. 102);

- una relazione medico-legale (Dott. Russo) del 22 novembre 2008 nella quale non vengono apportate novità prettamente diagnostiche, ma si procede ad una differente valutazione delle patologie esistenti (doc. 101).

L'incarto è stato risottoposto in esame al Dott. Minnig, il quale, nella sua relazione dell'8 gennaio 2009, si è riconfermato nelle sue precedenti considerazioni (doc. 105).

Mediante decisione del 15 gennaio 2009, l'UAIE ha pertanto respinto la domanda di prestazioni (doc. 107).

#### **D.**

Con il ricorso depositato il 12 febbraio 2009, A.\_\_\_\_\_, regolarmente rappresentato dagli avv. Barsi e Papadia, chiede, sostanzialmente, l'annullamento del summenzionato provvedimento amministrativo e, di conseguenza, il riconoscimento del suo diritto a prestazioni assicurative. A suffragio delle sue conclusioni produce, oltre a documentazione già ad atti, un referto d'esame ecocardiografico del 19 novembre 2008 ed un elettrocardiogramma di stessa data, un rapporto d'esame pneumologico dell'11 novembre 2008 ed un altro rapporto ecocolor Doppler cardiaco del 23 ottobre 2008.

#### **E.**

Ricevuto il ricorso, l'amministrazione ha sottoposto gli atti al Dott. Lehmann, del proprio servizio medico, il quale, nella relazione del 20 aprile 2009, ha affermato che la documentazione esibita non poneva in evidenza patologie di livello invalidante, le turbe di carattere ortopedico e quelle cardiache essendo compatibili con un'attività lavorativa (doc. 109).

Nelle sue osservazioni ricorsuali del 7 maggio 2009, l'UAIE propone la rielezione del ricorso con argomenti di cui, per quanto occorra, si riferirà nei considerandi in diritto del presente giudizio.

Da parte sua, l'insorgente non ha esercitato il suo diritto di replica nel termine a tal fine appositamente impartito.

Con decisione incidentale del 2 luglio 2009, la parte ricorrente è stata

invitata a voler versare un anticipo di Fr. 300.-, corrispondente alle presunte spese processuali. Detto anticipo è stato regolarmente versato il 16 luglio 2009 nella misura di Fr. 294.- ed il 17 settembre successivo per i restanti 6 franchi.

In esito a richiesta telefonica, l'UAIE ha inviato l'estratto del conto individuale di A.\_\_\_\_\_.

## **Diritto:**

### **1.**

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

### **2.**

**2.1** 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 LAI le disposizioni della LPGA sono applicabili all'assicurazione per l'invalidità (art. 1a-26<sup>bis</sup> e 28-70), sempre che la presente legge non preveda espressamente una deroga.

**2.2** Secondo l'art. 59 LPGA ha diritto di ricorrere chiunque è toccato dalla decisione o dalla decisione su opposizione ed ha un interesse degno di protezione al suo annullamento o alla sua modificazione. Queste condizioni sono adempiute nella specie.

**2.3** Il ricorso è tempestivo e rispetta i requisiti minimi prescritti dalla legge (art. 60 LPGA e 52 PA). L'interessato ha versato l'anticipo corrispondente alle presunte spese processuali di Fr. 300.-, entro il

termine impartito. Il gravame è dunque ricevibile, nulla ostando all'esame del merito dello stesso.

### **3.**

**3.1** 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 cittadini che risiedono in uno Stato membro della Comunità europea ed i cittadini svizzeri (art. 3 e 6 del Regolamento CEE n° 1408/71).

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

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

**4.**

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 da quella data, secondo le nuove disposizioni.

**5.**

Qualora una prima richiesta di rendita sia stata negata perché il grado d'invalidità era insufficiente o perché l'invalido poteva provvedere a se stesso, una nuova domanda è riesaminata soltanto se l'assicurato rende verosimile che il grado d'invalidità si è modificato in misura rilevante per il diritto alle prestazioni (art. 87 cpv. 2 e 3 dell'ordinanza federale sull'assicurazione per l'invalidità del 17 gennaio 1961, OAI, RS 831.201). Se non è il caso, l'amministrazione non entra nel merito della richiesta (DTF 109 V 114 consid. 2a). Se l'amministrazione entra nel merito della nuova domanda deve esaminare la fattispecie da un punto di vista materiale e, in particolare, verificare se la modifica del grado d'invalidità resa verosimile dall'assicurato si è effettivamente realizzata (DTF 109 V 115). In tal caso applicherà, per analogia, le disposizioni sulla revisione di rendite in corso (art. 17 cpv. 1 LPGA, art. 87 segg. OAI, *Jurisprudence et pratique administrative* [Pratique VSI] 1999 pag. 8, DTF 117 V 198).

In concreto, l'UAIE ha emanato una prima decisione negativa il 16 gennaio 2006. Con decisione del 15 gennaio 2009 ha in seguito respinto una seconda domanda di rendita presentata il 19 settembre 2006. Ne consegue che il periodo di riferimento per giudicare se è intervenuta una modifica rilevante del grado d'invalidità, può essere limitato dal 16 gennaio 2006 al 15 gennaio 2009 (vedi anche art. 48 cpv. 2 LAI nel tenore in vigore fino al 31 dicembre 2007).

**6.**

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

- essere invalido ai sensi della legge svizzera;

- aver versato contributi all'AVS/AI svizzera per almeno tre anni (art. 36 LAI). A tal fine è possibile prendere in considerazione anche i contributi versati ad un'assicurazione sociale assimilata di uno Stato membro dell'Unione europea (UE) o dell'Associazione europea di libero scambio (AELS), a condizione che almeno un anno di contributi sia registrato all'AVS/AI svizzera (FF 2005 p. 4065; art. 45 del regolamento 1408/71).

Nella specie, il ricorrente ha versato contributi all'AVS/AI svizzera per un periodo superiore ai tre anni. Pertanto, l'interessato adempie la condizione della durata minima di contribuzione, alla quale la legge subordina l'erogazione di una rendita. Rimane ora da esaminare se sia invalido ai sensi di legge.

## **7.**

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

**7.2** 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; art. 28 cpv. 2 LAI a partire dal 1° gennaio 2008). In seguito all'entrata in vigore dell'Accordo bilaterale, la limitazione prevista dall'art. 28 cpv. 1<sup>ter</sup> (art. 29 cpv. 4 a partire dal 1° gennaio 2008) 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 svizzero o dell'UE e vi risiede.

**7.3** Il diritto alla rendita, secondo l'art. 29 cpv. 1 LAI, nasce, al più presto, nel momento in cui l'assicurato presenta un'incapacità permanente di guadagno pari almeno al 40% (lettera a), oppure quando egli è stato per un anno e senza notevoli interruzioni, incapace al lavoro per almeno il 40% in media (lettera b). La prima lettera si applica allorché lo stato di salute dell'assicurato si è stabilizzato; la seconda se lo stato di salute è labile, vale a dire

suscettibile di evolvere verso un miglioramento od un peggioramento (DTF 121 V 264, 111 V 21 consid. 2b). A partire dal 1° gennaio 2008, 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 LPGGA) almeno del 40% in media durante un anno senza notevole interruzione; e c. al termine di questo anno è invalido almeno al 40%.

**7.4** 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 LPGGA). L'incapacità al guadagno è definita all'art. 7 LPGGA e consiste nella perdita, totale o parziale, della possibilità di guadagno sul mercato del lavoro equilibrato che entra in considerazione, provocata da un danno alla salute fisica, mentale o psichica e che perdura dopo aver sottoposto l'assicurato alle cure ed alle misure d'integrazione ragionevolmente esigibili. 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 LPGGA nel suo nuovo tenore dal 1° gennaio 2008).

## **8.**

**8.1** Dopo il rimpatrio, l'interessato non ha più lavorato. In precedenza, in Svizzera, egli è stato attivo, soprattutto, nel settore metallurgico.

**8.2** La nozione d'invalidità di cui all'art. 4 LAI e 8 LPGGA è di carattere giuridico economico, non medico (DTF 116 V 249 consid. 1b). In base all'art. 16 LPGGA, applicabile per il rinvio dell'art. 28 cpv. 2 LAI (art. 28a cpv. 1 a partire 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 (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). 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 (metodo generale del raffronto dei redditi; DTF 128 V 30, VSI 2000 p. 84).

**8.3** In carenza di documentazione economica, la documentazione medica costituisce un importante elemento di giudizio per determinare quali lavori siano ancora esigibili dall'assicurato, ma non spetta al medico graduare il tasso d'invalidità dell'assicurato (DTF 114 V 314). Infatti, 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).

## **9.**

**9.1** Nel caso in esame, in sede d'istruttoria, è stata sostanzialmente evidenziata la diagnosi di esiti di intervento di PTCA + 3 Stent per pregresso infarto diaframmatico (giugno 2003), buon recupero della funzionalità cardiaca, spondiloartrosi lombare con ernia discale L1-L2 e protrusioni discali multiple, ipertrofia prostatica (cfr. la perizia medica particolareggiata del 27 novembre 2006, doc. 75). Si segnala poi, dal Centro di salute mentale di Maglie/Ugento, la presenza di un disturbo da discontrollo degli impulsi (disturbo esplosivo intermittente) accompagnato da una sindrome ansioso-depressiva con spunti fobico-ossessivi (doc. 84). Dal punto di vista ortopedico, la diagnosi è stata precisata dal Dott. Colucci, autore della relazione prodotta in sede di audizione (21 novembre 2008, doc. 102), il quale annota una sindrome cervicocefalgica e vertiginosa da spondilouncoartrosi osteofitosa, (grave) insufficienza vertebrale ad (elevata) incidenza funzionale del rachide lombo-sacrale con spondilo artrosi e discoartrosi multipla, lombosciatalgia bilaterale (più a destra) da ernie discali L4-L5 e L5-S1. Dal punto di vista cardiologico, la relazione del Dott. Russo (22 novembre 2008, doc. 101) non oggettiva quegli elementi diagnostici da lui menzionati; mancano infatti riscontri oggettivi come ergometrie recenti, ecocardiogrammi, esami Holter.

**9.2** Giova ricordare che le affezioni in oggetto debbono, dal profilo giuridico, essere esaminate alla luce dell'art. 29 cpv. 1 lett. b LAI (nella versione in vigore fino al 31 dicembre 2007). Trattasi, infatti, di malattie

che, per costante giurisprudenza, sono da configurare non già di carattere permanente (cioè di natura consolidata o irreversibile), bensì patologico-labile, ossia suscettibili di migliorare o peggiorare.

Ne discende che, in mancanza di uno stato di salute sufficientemente stabilizzato, è inapplicabile la prima lettera dell'art. 29 cpv. 1 LAI (nel tenore vigente fino al 31 dicembre 2007), per cui può entrare in considerazione solo la seconda lettera della citata norma legale, la quale prevede un termine d'attesa di un anno. Pertanto, il ricorrente 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 media del 40% almeno durante un anno.

## **10.**

**10.1** Per quanto concerne le conseguenze invalidanti delle menzionate affezioni, il servizio medico dell'INPS (perizia particolareggiata del 27 novembre 2006, doc. 75) pone un tasso d'invalidità del 60%. Dal canto suo, il primo medico dell'UAIE, Dott. Minnig, ritiene l'assicurato del tutto abile sia nel precedente lavoro nel settore metallurgico che in qualsiasi altra attività di sostituzione. Il Dott. Lehmann, secondo medico dell'UAIE, condivide questa valutazione.

**10.2** Traspare immediatamente da una prima valutazione del caso che il parere del Dott. Minnig è del tutto immotivato. Il medico, nei suoi due rapporti, si limita a riportare la diagnosi in assenza di qualsiasi commento e semplicemente ponendo un tasso d'invalidità dello zero per cento in qualsiasi lavoro. Questo modo di procedere non permette al giudice delle assicurazioni sociali di esaminare la vertenza. Di poco aiuto è il parere del Dott. Lehmann, sanitario che si è espresso in sede ricorsuale. La sua analisi è succinta e, soprattutto, non permette di colmare le lacune dei rapporti del Dott. Minnig.

Ora, 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).

Nella specie, i due pareri menzionati, soprattutto quelli del Dott. Minnig, non adempiono a queste esigenze.

**10.3** Non è inoltre verosimile che, nelle attuali condizioni di salute, con un discreto danno ortopedico ed una sicura diminuita capacità di sforzi e di resistenza fisica da ascrivere alla patologia cardiaca, l'assicurato sia da considerare valido al cento per cento nel suo precedente lavoro di operaio metallurgico come ritenuto dal servizio medico dell'UAIE.

Che il nominato possa invece riprendere un lavoro adeguato alle sue attuali condizioni di salute è invece probabile. Tuttavia, manca un approfondimento del caso in merito a quali lavori A.\_\_\_\_\_ potrebbe ancora essere assegnato ed in quale misura.

**10.4** Un'altra censura che si può muovere all'istruttoria è il fatto che la documentazione sulla quale si basano i pareri dei consulenti medici dell'amministrazione è carente e di vecchia data. Per quel che risulta dagli atti, il test ergometrico più recente risale al novembre 2006 (doc. 74), mentre l'impugnata decisione è stata emanata più di 2 anni dopo. La perizia medica particolareggiata (E 213, doc. 75) stessa risale a quella data.

**10.5** Infine, l'affezione psichiatrica, pur attestata da certificazione specialistica succinta, non è stata esaminata. Ora, di regola, un rapporto psichiatrico, per avere valore probante, deve contenere l'anamnesi, l'evoluzione della malattia, lo stato attuale, la diagnosi, la prognosi, la durata ed il tipo di trattamento (con il dosaggio), la frequenza delle sedute specialistiche. In modo specifico, il rapporto stesso dovrebbe fornire delle indicazioni sullo stato psichico (aspetto, atteggiamento, orientamento spazio-temporale, conservazione della memoria, capacità di concentrazione, facoltà di comprensione, d'interpretazione e di percezione), nonché tutti quei riscontri che permettono di individuare elementi di carattere patologico ed eventuali test psichiatrici. Nel caso in esame, manca una perizia approfondita in tal senso.

**10.6** Quando il parere del medico dell'UAIE diverge dagli altri giudizi e/o non può essere fondato su documentazione oggettiva avente la qualità di prova, occorre procedere ad una nuova investigazione medica. Infatti, è compito del consulente del Servizio medico regionale o del medico dell'UAIE stabilire in che misura il danno alla salute limita l'interessato nelle sue capacità psicofisiche, attenendosi unicamente

alle funzioni importanti relative alle attività lavorative che, secondo la sua esperienza di vita, entrano in linea di conto nel caso concreto (art. 49 dell'ordinanza del 17 gennaio 1961 sull'assicurazione per l'invalidità [OAI]).

Ora, fatte queste considerazioni, il collegio giudicante si trova nell'impossibilità di determinare la misura dell'eventuale incapacità di lavoro e di guadagno subita dall'interessato e da quanto questa invalidità esisterebbe.

## **11.**

**11.1** In queste circostanze è necessario accogliere parzialmente il ricorso, annullare la decisione impugnata e rinviare l'incarto all'UAIE, affinché emani una nuova decisione. Certo, l'art. 61 cpv. 1 PA permette solo eccezionalmente di ricorrere ad una tale procedura. Nel caso concreto, l'applicazione dell'eccezione prevista è tuttavia giustificata se si considerano le numerose lacune dell'incarto e l'ampiezza delle informazioni da raccogliere.

**11.2** L'UAIE dovrà quindi completare l'istruttoria delucidando la situazione medica per il periodo dal 16 gennaio 2006 (data della precedente decisione cresciuta in giudicato) fino alla data dell'impugnata decisione (15 gennaio 2009). L'UAIE emanerà poi un nuovo provvedimento impugnabile.

A tale fine il ricorrente dovrà essere sottoposto ad accertamenti approfonditi in cardiologia, ortopedia e psichiatria (anamnesi, stato attuale riferito in modo preciso, diagnosi, terapia seguita, prognosi e valutazione, cfr. consid. 10.5) e a una nuova perizia medica particolareggiata (E 213). Saranno eseguiti tutti quegli esami oggettivi che il caso richiede (test da sforzo, ecocardiogramma, esame Holter, radiografie, eventuali TAC, tests psichiatrici, ecc.). L'incarto sarà poi inviato in esame al servizio medico dell'UAIE il quale si pronuncerà in merito all'evoluzione dell'incapacità al lavoro fra il gennaio 2006 ed il 15 gennaio 2009, data della decisione impugnata, nonché in merito all'attività professionale che il ricorrente avrebbe potuto espletare nel periodo suddetto. Se del caso, l'Autorità amministrativa effettuerà poi un'adeguata e circostanziata indagine comparativa dei redditi.

**12.**

**12.1** Visto l'esito del ricorso, non vengono prelevate spese processuali e l'anticipo spese di Fr. 300.- versato dal ricorrente gli viene restituito.

**12.2** In base all'art. 64 PA, l'autorità di ricorso, se ammette il ricorso in tutto o in parte, può assegnare al ricorrente un'indennità per le spese indispensabili e relativamente elevate che ha sopportato. Nel caso in esame, vista la memoria di ricorso, e la rinuncia a presentare la replica, si giustifica riconoscere alla parte ricorrente un'indennità per spese ripetibili di Fr. 1'000.-, da porre a carico dell'UAIE.

Dispositivo alla pagina seguente

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

**1.**

Il ricorso è parzialmente accolto nel senso che, annullata l'impugnata decisione del 15 gennaio 2009, l'incarto è rinviato all'Ufficio dell'assicurazione per l'invalidità per gli assicurati residenti all'estero (UAIE) intimato, perché proceda ai sensi del considerando 11 e statuisca di nuovo.

**2.**

Non si prelevano spese processuali. L'anticipo di Fr. 300.- versato dalla parte ricorrente le viene restituito.

**3.**

Alla parte ricorrente viene riconosciuta un'indennità a titolo di spese ripetibili di Fr. 1'000.-, la quale è posta a carico dell'Ufficio AI intimato.

**4.**

Comunicazione a:

- rappresentante del ricorrente (raccomandata A/R)
- autorità inferiore (n. di rif.)
- Ufficio federale delle assicurazioni sociali, Berna

I rimedi giuridici sono indicati alla pagina seguente

Il presidente del collegio:

Il cancelliere:

Francesco Parrino

Dario Croci Torti

**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 rispettate 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 ricorrente – i documenti indicati come mezzi di prova devono essere allegati (art. 42 LTF).

Data di spedizione: