



---

Corte III  
C-1288/2009

{T 0/2}

## **Sentenza del 5 febbraio 2010**

---

Composizione

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

---

Parti

**A.** \_\_\_\_\_, Italia,  
rappresentato dal Patronato INAS, via G. Lanz 25,  
6850 Mendrisio,  
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 30 gennaio 2009)

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

A.\_\_\_\_\_, cittadino italiano, nato il 20 febbraio 1951, coniugato, ha lavorato in Svizzera dal 1991 al 2000, solvendo regolari contributi all'assicurazione svizzera per la vecchiaia, i superstiti e l'invalidità durante tale periodo. Dopo il 2000 ha continuato ad esercitare la stessa attività lucrativa come impiegato con funzioni direttive presso un Patronato per la tutela dei lavoratori di F.\_\_\_\_\_, lavoro che ha normalmente svolto fino al 5 agosto 2007. Da allora, non ha più ripreso l'attività per ragioni di salute (doc. 9).

**B.**

In data 27 dicembre 2007, A.\_\_\_\_\_ ha formulato una domanda volta al conseguimento di una rendita dell'assicurazione svizzera per l'invalidità (doc. 2, 5).

Il richiedente è stato visitato il 10 gennaio 2008 presso i servizi medici dell'Istituto nazionale della previdenza sociale (INPS) di Como, ove il medico incaricato (Dott. B.\_\_\_\_\_) ha evidenziato la diagnosi di "ascessi addominali multipli in attuale fase di risoluzione (dopo drenaggio chirurgico) in esiti di intervento dell'ottobre 2007 di resezione anteriore del retto per adenocarcinoma G2 (già sottoposto a radio-chemioterapia neoadiuvante), impiegato 56enne in discrete condizioni generali" ed ha posto un tasso d'invalidità totale (doc. 11). Sono stati esibiti documenti oggettivi, segnatamente:

- i risultati di un esame del 19 giugno 2007, di una colonscopia del 18 giugno 2007 e di una TAC dell'addome del 19 giugno 2007 che confermano la diagnosi di cui sopra (doc. 12-15);

- un referto di esame istologico del 27 giugno 2007 (doc. 15) con un breve rapporto del Dott. C.\_\_\_\_\_ (oncologo) del 28 giugno successivo, i risultati di visite oncologica/radioterapica del 18 luglio 2007 e 14 settembre 2007 (doc. 16-18);

- la cartella clinica con tutti gli esami oggettivi effettuati nel corso della degenza dal 18 ottobre al 23 novembre 2007 per adenocarcinoma del retto operato già sottoposto (in precedenza) a chemioradioterapia neoadiuvante (doc. 19-35);

- un referto tomografico assiale completo del 13 dicembre 2007 (doc. 38) ed un rapporto di esame di ospedalizzazione dal 12 al 14 dicembre 2004 per drenaggio di ascessi addominali (doc. 39).

### C.

L'incarto è stato sottoposto in esame al Dott. D.\_\_\_\_\_, sanitario del servizio medico regionale (SMR) "Rhône", fiduciario dell'Ufficio dell'assicurazione per l'invalidità per gli assicurati residenti all'estero (UAIE), il quale, nella sua relazione del 5 maggio 2008 (doc. 41) ha consigliato di attendere il termine di carenza di un anno dall'interruzione dell'attività lucrativa (agosto 2007) previsto dalla legge e di acquisire, nel frattempo, ulteriori atti medici e/o economici.

La pratica è stata ripresa in esame nell'agosto 2008. Sono ulteriormente pervenuti ad atti (segnatamente):

- uno scritto del Dott. B.\_\_\_\_\_, dell'INPS di F.\_\_\_\_\_: del 19 settembre 2008 nel quale sostiene che una nuova visita presso tale istituto non potrebbe fornire differenti elementi di giudizio se non quelli già esposti nella perizia INPS di cui sopra (doc. 11) del gennaio 2008 (doc. 46);

- i risultati di esami ematochimici del 12 dicembre 2007 (doc. 50, 52), con i risultati di un elettrocardiogramma di stessa data (doc. 51);

- una relazione di visita di controllo oncologica del 18 aprile 2008 (doc. 54) negativa per recidiva;

- un referto radiologico standard del torace del 13 maggio 2008 (doc. 56) con i risultati di esami ematochimici di stessa data e del 20 maggio successivo (doc. 57, 58);

- un elettrocardiogramma del 13 maggio 2008 (doc. 59);

- un attestato di ricovero ospedaliero dal 13 al 20 maggio 2008 per procedura di chiusura dell'ileostomia (in paziente portatore di ileostomia in esiti di resezione anteriore del retto) (doc. 60).

L'incarto è stato risottoposto in esame al Dott. D.\_\_\_\_\_, che, nella sua relazione del 29 ottobre 2008 (doc. 62), ha constatato che l'evoluzione della patologia subita, ossia gli esiti della terapia (chemio e radio) dapprima, l'intervento chirurgico poi ed il completamento della

terapia fino a dicembre 2007, avrebbero avuto successo; questa buona prognosi sarebbe confermata dalla chiusura della derivazione ileale del 14 maggio 2008. Pertanto egli pone un tasso d'invalidità totale da agosto 2007 (cessazione dell'attività lucrativa) fino a tutto dicembre 2007 (fine delle cure) ed un tasso d'invalidità del 10-20% da gennaio 2008.

L'amministrazione ha aderito al parere del proprio medico e, con progetto di decisione del 3 novembre 2008, ha disposto la reiezione della domanda di rendita per carenza d'invalidità di livello pensionabile (doc. 63).

Nelle sue osservazioni del 20 novembre 2008, l'interessato lamenta l'intempestività del procedere dell'amministrazione e la carenza di informazione in merito alle basi sulle quali è fondato il progetto di decisione e chiede dunque la visione degli atti (doc. 64).

L'UAIE ha inviato fotocopia dell'intero incarto al Patronato INAS di Mendrisio, regolare rappresentante di A.\_\_\_\_\_ (doc. 67).

Nelle osservazioni complete del 19 gennaio 2009, il Patronato INAS osserva che le patologie tumorali, per essere considerate come guarite, richiedono un periodo di tempo di almeno 5 anni senza segnale di ricomparsa. Lamenta inoltre l'incapacità dovuta all'ileostomia (sia pratica che personale) ed il netto divario fra la valutazione INPS e quella elvetica (doc. 68). L'amministrazione ha preso atto di tali osservazioni, ma non le ha ritenute determinanti, per cui, mediante decisione del 30 gennaio 2009, ha rifiutato il riconoscimento di prestazioni assicurative (doc. 69).

#### **D.**

Con il ricorso depositato il 27 febbraio 2009, A.\_\_\_\_\_, sempre rappresentato dal Patronato INAS, chiede, sostanzialmente, il riconoscimento del suo diritto ad una rendita intera AI. Chiede inoltre di essere esonerato dal pagamento delle spese processuali. L'insorgente rileva alcune incongruenze e lacune contenute nella perizia medica particolareggiata dell'INPS che avrebbero potuto indurre in errore il medico dell'UAIE. La parte ricorrente insiste sulle conseguenze attitudinali/psicologiche dovute al grave male subito che escludono la possibilità di ripresa dell'attività. Lo stato di salute sarebbe segnato dalle conseguenze dell'ileostomia e la non praticità come pure la difficoltà di condurre una vita "normale". Ritiene inoltre

inammissibile che la valutazione dell'AI svizzera sia così diametralmente diversa da quella dell'organismo pensionistico AI italiano. A suffragio delle sue conclusioni non produce documentazione sanitaria.

**E.**

Ricevuta l'impugnativa, l'amministrazione ha sottoposto gli atti alla Dott.ssa E.\_\_\_\_\_, oncologa del proprio servizio medico, la quale, nella sua relazione dell'8 maggio 2009 (doc. 71), ha affermato che per quel che risulta dagli atti l'evoluzione della patologia tumorale è stata soddisfacente, come pure il problema relativo alla derivazione ileale, risolto il 14 maggio 2008. Il medico dell'UAIE conferma dunque il parere del primo medico Dott. D.\_\_\_\_\_.

Nelle sue osservazioni ricorsuali del 22 maggio 2009, l'UAIE propone dunque la reiezione del gravame con argomenti di cui, per quanto occorra, si riferirà nei considerandi in diritto del presente giudizio.

Dopo aver preso atto delle osservazioni dell'amministrazione e di altra documentazione di rilievo, il Patronato INAS, con scritto del 30 giugno 2009, ha ribadito l'intenzione del proprio assistito di mantenere il ricorso. Egli considera che bisogna ritenere un'incapacità al lavoro totale almeno fino ad agosto 2008, ossia un adeguato tempo di riabilitazione dopo la soppressione dell'ileostomia e, per il seguito, ancora tre mesi secondo le disposizioni legali in materia di AI.

**F.**

La parte ricorrente è stata invitata dal Tribunale amministrativo federale (TAF), con ordinanza del 2 luglio 2009, a voler compilare un questionario per l'assistenza giudiziaria (esenzione dalle spese processuali), entro il 2 agosto 2009. L'interpellata non ha rinviato detto formulario e non ha ulteriormente motivato la richiesta di parola.

Con decisione incidentale del 18 agosto 2009, il TAF ha respinto la domanda d'assistenza giudiziaria ed ha invitato il ricorrente a voler versare un anticipo corrispondente alle presunte spese processuali di Fr. 300.-. L'anticipo è stato regolarmente versato il 28 agosto 2009.

**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 ammissibile, 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 (5<sup>a</sup> 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.**

Il ricorrente ha presentato la domanda di rendita il 27 dicembre 2007.

In deroga all'art. 24 LPGGA, l'art. 48 cpv. 2 LAI (nel suo tenore in vigore fino al 31 dicembre 2007) precisa che, se l'assicurato si annuncia più di dodici mesi dopo la nascita del diritto, le prestazioni possono essere assegnate soltanto per i 12 mesi precedenti la richiesta. In concreto, lo scrivente Tribunale amministrativo federale può quindi limitarsi ad esaminare se il ricorrente avesse diritto ad una rendita il 27 dicembre 2006 (ossia 12 mesi precedenti la presentazione della domanda), oppure se un diritto alla rendita sia sorto tra tale data ed il 30 gennaio 2009, data dell'impugnata decisione. Il giudice delle assicurazioni sociali analizza, infatti, la legalità della decisione impugnata, in generale, secondo lo stato di fatto esistente al momento in cui la decisione in lite è stata resa (DTF 130 V 445 consid. 1.2 e 1.2.1).

## 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 un anno (art. 36 LAI nel tenore in vigore fino al 31 dicembre 2007). A partire dal 1° gennaio 2008, è tuttavia necessario avere versato contributi durante almeno 3 anni (art. 36 LAI nel tenore modificato il 6 ottobre 2006). 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 LPGGA 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 LPGGA), 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 obbiettivamente superabile (art. 7 cpv. 2 LPGA nel suo nuovo tenore dal 1° gennaio 2008).

## **8.**

**8.1** Dopo il rimpatrio, l'interessato ha regolarmente lavorato, come impiegato avente compiti dirigenziali di un Patronato per la tutela dei lavoratori, fino al 5 agosto 2007 (inizio di una terapia pre-operatoria). Dopo questa data non ha più ripreso attività lucrativa.

**8.2** La nozione d'invalidità di cui all'art. 4 LAI e 8 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 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).

**8.4** Inoltre, 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).

## **9.**

**9.1** Nel caso in esame, in sede d'istruttoria, è stata sostanzialmente evidenziata la diagnosi di ascessi addominali multipli in attuale fase di risoluzione (dopo drenaggio chirurgico) in esiti di intervento dell'ottobre 2007 di resezione anteriore del retto per adenocarcinoma G2 (già precedentemente sottoposto a radio-chemioterapia neoadiuvante in impiegato 56enne in discrete condizioni generali cfr. perizia medica particolareggiata del 10 gennaio 2008, doc. 11). Al paziente è stato installato una ileostomia temporanea nel contempo all'intervento chirurgico, che è stata chiusa il 14 maggio 2008. Non sono state segnalate ulteriori patologie.

**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.

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 del 10 gennaio 2008) pone un tasso d'invalidità totale. Dal canto loro, i Dott.ri D.\_\_\_\_\_ ed E.\_\_\_\_\_, dell'UAIE, ritengono che l'assicurato, sarebbe in grado di riprendere, in misura in ogni caso superiore al 60%, il suo precedente lavoro di impiegato di concetto da gennaio 2008.

**10.2** L'assicurato è portatore degli esiti di un intervento chirurgico d'asportazione di una massa tumorale rettale preceduto e seguito da periodi di cure chemio e radioterapiche. Come già rilevato al considerando 8, è da escludere qualsiasi incapacità di rilievo fino al 5 agosto 2007, poiché dagli atti risulta inequivocabilmente che ha lavorato fino a quella data. Resta da esaminare se, dopo tale data, si è realizzato un periodo d'incapacità di lavoro di livello pensionabile per un anno almeno.

**10.3** Ora, traspare chiaramente dalla documentazione medica esibita, che A.\_\_\_\_\_ non avrebbe potuto svolgere nessuna regolare attività lucrativa fino a tutto dicembre 2007. Prima dell'intervento di ottobre 2007, egli è stato sottoposto a delle terapie di tipo neoadiuvante RT-CTH preoperatorie; dopo l'intervento, il paziente, portatore di ileostomia temporanea, ha manifestato parecchi episodi di infezioni in una chiara situazione di anemia ipocromica ed altri disturbi correlati. Dal 12 al 14 dicembre 2007 è stato ricoverato a seguito di accessi addominali che sono stati drenati; tale disturbo risulta risolto con un miglioramento delle condizioni generali.

Questo collegio giudicante non può condividere il parere del Dott. D.\_\_\_\_\_ (ripreso dalla Dott.ssa E.\_\_\_\_\_) secondo il quale il tasso d'invalidità sarebbe sceso al 10-20% già da gennaio 2008. Il miglioramento appare infatti prematuro. Del resto i dati circa lo stato di salute dell'interessato fra gennaio e maggio 2008 sono scarsi e non confermano l'avvenuto miglioramento. Tuttavia, va rilevato che la visita medica di controllo oncologico del 18 aprile 2008 segnalava l'assenza di recidive e/o metastasi e prevedeva una ricanalizzazione colica non appena completamente risolto il problema ascessuale post-chirurgico. Permanevano quindi dei problemi infettivi residuali. Infine, il 14 maggio 2008 è stata chiusa l'ileostomia.

Visto quanto precede si deve ritenere che l'assicurato ha ritrovato una capacità di lavoro superiore al 60% a partire da fine maggio o, al più tardi, fine giugno 2008. Tenuto conto del fatto che l'assicurato ha lavorato fino al 5 agosto 2007, ci si trova in presenza di un'incapacità di lavoro di meno di 10 mesi, insufficiente per poter pretendere una rendita dell'assicurazione svizzera per l'invalidità. Infatti, l'interessato nulla ha prodotto in sede di audizione (dicembre 2008) che possa lasciare intravedere eventuali stati invalidanti dopo maggio 2008. In sede di ricorso e di replica, egli avrebbe potuto segnalare un'eventuale

ripresa della patologia, se ciò fosse stato il caso, ma in realtà nessun documento medico è stato prodotto. La Dott.ssa E. \_\_\_\_\_, oncologa, sottolinea come l'assicurato abbia ritrovato una capacità al lavoro pressoché normale dopo la chiusura dell'ileostomia. La patologia tumorale è tutt'ora in fase di remissione e dunque, dall'assicurato, sotto il profilo medico, si sarebbe potuto pretendere che egli riprendesse il suo precedente lavoro di impiegato con compiti dirigenziali, in un sindacato, in misura, se non certamente del 100%, almeno fra l'80-90% nella modalità ed orario a lui più consoni (6-7 ore al giorno, oppure a tempo pieno ma con rendimento ridotto da frequenti pause, alcuni giorni per settimana, ecc.). E ciò tanto più che l'orario normale di lavoro precedente l'invalidità era di 37 ore settimanali.

**10.4** Per quanto riguarda alcune critiche ed osservazioni mosse dall'insorgente in varie fasi della procedura, si possono esprimere le seguenti osservazioni.

Vero è che la perizia particolareggiata del Dott. B. \_\_\_\_\_ (INPS di Como, doc. 11) è contraddittoria e lacunosa in più punti, tuttavia il giudizio dei medici dell'UAIE è stato espresso, più che altro, sulla scorta della documentazione oggettiva ad atti e sulla manifesta evidenza che la patologia tumorale è in fase di remissione a più di 2 anni e mezzo dalla sua scoperta.

Vero è pure che l'interessato può trovarsi ancora in una fase di disagio psicologico-relazionale ancora importante, ma nulla ha prodotto per giustificare uno stato patologico. Per esempio non risulta che segua una terapia psichiatrica. Non può essere pertanto ritenuta un'ulteriore incapacità di rilievo.

Non può essere neppure condiviso il suo parere secondo il quale bisognerebbe ammettere un'incapacità totale almeno fino ad agosto 2008. Questo collegio giudicante è del parere che fissare a fine giugno (più di un mese dopo la chiusura dell'ileostomia) la possibilità di riprendere all'80-90% almeno la sua precedente attività, va al di là del giudizio dei medici dell'UAIE, che ponevano la data limite ad inizio gennaio 2008, e tiene ampiamente conto delle circostanze.

Per quanto riguarda il netto divario fra la valutazione operata dai medici dell'INPS con quella dei sanitari dell'UAIE, va ricordato che il diritto svizzero in materia di assicurazione per l'invalidità non

indennizza la malattia in quanto tale, pur grave che sia. Nessuno pone in dubbio che l'assicurato sia stato colpito da una severa forma morbosa. La legislazione elvetica, a differenza probabilmente di quella italiana, considera piuttosto le conseguenze invalidanti delle affezioni, ossia indennizza lo scapito economico che deriva da un determinato complesso patologico. Se, come nella specie, al termine del periodo di attesa di un anno, si accerta, dal punto di vista medico, che l'assicurato è in grado di svolgere il suo precedente lavoro od ogni altro a lui consono, che gli permetterebbe di ottenere un guadagno superiore al 60% di quello che poteva percepire prima dell'insorgenza dell'invalidità, non sono date prestazioni assicurative.

## **11.**

**11.1** In queste circostanze, il ricorso deve essere respinto e l'impugnata decisione confermata.

**11.2** Le spese processuali, ammontanti a Fr. 300.-, sono poste a carico del ricorrente e vengono parzialmente compensate con l'anticipo già versato di Fr. 300.-.

**11.3** Visto l'esito del ricorso, non vengono riconosciute indennità per spese ripetibili.

Per quel che concerne l'UAIE, le autorità federali non hanno diritto ad un'indennità a titolo di ripetibili (art. 7 cpv. 3 del regolamento del 21 febbraio 2008 sulla tasse e sulle spese ripetibili nelle cause dinanzi al Tribunale amministrativo federale [TS-TAF, RS 173.320.2]).

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

**1.**

Il ricorso è respinto.

**2.**

Non si prelevano spese processuali.

**3.**

Non vengono assegnate indennità per spese ripetibili.

**4.**

Comunicazione a:

- rappresentante del ricorrente (atto giudiziario)
- autorità inferiore (n. di rif. AI IT/\_\_\_\_\_)
- Ufficio federale delle assicurazioni sociali, Berna

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 (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: