



---

Corte III  
C-2204/2007  
{T 0/2}

## **Sentenza del 4 novembre 2008**

---

Composizione

Giudici Elena Avenati-Carpani (presidente del collegio),  
Stefan Mesmer, Franziska Schneider,  
cancelliera Paola Carcano.

---

Parti

I. \_\_\_\_\_,  
patrocinato dall'avvocato Luigi Potenza, \_\_\_\_\_,  
ricorrente,

contro

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

---

Oggetto

Assicurazione per l'invalidità.

**Fatti:**

**A.** I.\_\_\_\_\_, cittadino italiano, nato il \_\_\_\_\_, coniugato dal \_\_\_\_\_ con prole, ha svolto attività lucrativa in Svizzera quale operaio, dal 1984 al 1997, versando regolari contributi all'assicurazione svizzera per la vecchiaia, i superstiti e l'invalidità (AVS/AI) durante tale periodo. Dopo il rimpatrio ha svolto l'attività di operaio fino al 26 novembre 2002 allorquando ha cessato qualsiasi attività lavorativa per motivi che imputa alle sue precarie condizioni di salute. È stato riconosciuto invalido civile all'80%. In data 30 novembre 2001 I.\_\_\_\_\_ ha formulato una richiesta volta al conseguimento di una prestazione dell'assicurazione svizzera per l'invalidità che è stata respinta dall'Ufficio dell'assicurazione per l'invalidità per gli assicurati residenti all'estero (UAIE) per carenza di un grado d'invalidità tale da giustificare il riconoscimento di una rendita con decisione dell'11 settembre 2002, cresciuta incontestata in giudicato. In data 7 marzo 2003 I.\_\_\_\_\_ ha presentato una nuova domanda di rendita in quanto affetto da cirrosi epatica, splenomegalia con varici esofagee e broncopatia cronica con disventilazione. Dopo aver effettuato gli accertamenti di rito, l'amministrazione ha respinto la richiesta di prestazioni per carenza d'invalidità di tipo pensionabile con decisione del 3 giugno 2005 cresciuta incontestata in giudicato (doc. 1-96).

**B.** In data 18 novembre 2005 I.\_\_\_\_\_ ha presentato una nuova domanda di rendita (doc- 97-100).

Il richiedente è stato visitato il 17 febbraio 2006 presso i servizi medici dell'Istituto nazionale della previdenza sociale (INPS) di C.\_\_\_\_\_, ove il sanitario incaricato ha diagnosticato "cirrosi epatica HBV con varici esofagee, diabete mellito, ipertensione arteriosa e spondiloartrosi lombare" ed ha posto un tasso di invalidità dell'80% in relazione all'ultimo lavoro svolto senza tuttavia esprimersi in merito a qualsiasi attività lavorativa adeguata alle sue condizioni (doc. 194).

Nell'ambito di tale richiesta è stato esibito un insieme di documenti medici obiettivi relativo al periodo 2004-2006 comprendente, tra l'altro, anche la documentazione riguardante i ricoveri dal 3 al 12 novembre 2005 (per emorragia digestiva da varici esofagee in paziente con cirrosi epatica HBV correlata e diabete mellito di tipo 2), dal 5 all'8 dicembre 2005 (per cirrosi epatica HBV, legatura varici esofagee, diabete mellito) e dal 13 al 16 gennaio 2006 (per cirrosi epatica HBV,

legatura varici esofagee ed ipersplenismo; doc. 104-193).

Nel corso dell'istruttoria l'amministrazione ha assunto agli atti anche il questionario dell'assicurato del 4 agosto 2006 (doc. 103).

**C.** Nel suo rapporto del 29 novembre 2006, la Dott.ssa M.\_\_\_\_\_ del Servizio medico dell'UAIE, fondandosi sull'incarto, ha posto la diagnosi principale di "cirrosi epatica etilica con varici esofagee di grado II", secondaria (con influsso sulla capacità lavorativa) di "epatite B, terapia antivirale, lombalgie e cervicalgie con alterazioni degenerative" e (senza influsso sulla capacità lavorativa) di "ipertensione arteriosa e diabete mellito", e ha ritenuto che l'assicurato nella sua precedente attività di operaio è inabile al 30% dal 21 agosto 2002 rispettivamente al 40% dal gennaio 2006 mentre è abile al 100% in un'attività semplice ed adatta (come, per es., portinaio, custode di immobili o cantieri, sorvegliante di parcheggi/musei e magazziniere; doc. 195 e 196).

**D.** Mediante progetto di decisione del 5 dicembre 2006 l'UAIE ha comunicato all'assicurato che la sua richiesta di prestazioni sarebbe stata respinta per carenza d'invalidità di grado pensionabile (doc. 197). Entro il termine impartito per presentare eventuali osservazioni, l'assicurato, regolarmente rappresentato dal Patronato INAPA di A.\_\_\_\_\_, ha avverso il progetto di decisione menzionato. Nulla ha prodotto a suffragio delle proprie conclusioni. Mediante decisione del 9 febbraio 2007 l'UAIE ha quindi respinto la richiesta di prestazioni dell'assicurato per carenza d'invalidità di grado pensionabile (doc. 200).

**E.** Con gravame del 15 marzo 2007, depositato alla posta italiana il 21 marzo successivo, I.\_\_\_\_\_, regolarmente rappresentato dall'avv. Luigi Potenza di P.\_\_\_\_\_, chiede, sostanzialmente, l'annullamento formale della decisione impugnata in quanto priva di motivazione e materiale in via subordinata affinché gli sia riconosciuto il diritto ad una rendita di invalidità. A suffragio delle sue conclusioni produce un referto ecocardiografico dell'addome del 6 marzo 2007 ed un referto di un esame esofagogastroduodenoscopico del 21 novembre 2006.

Chiamata a pronunciarsi, l'amministrazione ha sottoposto gli atti al Dott. T.\_\_\_\_\_ del Servizio medico regionale (SMR) che, nel suo rapporto medico del 5 giugno 2007, ha confermato integralmente, alla luce della nuova documentazione prodotta, la precedente presa di

posizione del 29 novembre 2006 della la Dott.ssa M.\_\_\_\_\_ del Servizio medico dell'UAIE (doc. 202). L'UAIE ha quindi operato il raffronto dei redditi giungendo alla conclusione che l'assicurato presenta un grado di invalidità del 22% (doc. 203) e, nelle sue osservazioni responsive del 10 luglio 2007, propone pertanto la reiezione dell'impugnativa con argomenti di cui si riferirà, per quanto occorra, nei considerandi che seguono.

Nel corso dell'ulteriore scambio degli allegati le parti hanno mantenuto le proprie posizioni processuali. In data 26 dicembre 2007 il ricorrente ha versato l'anticipo di 300.-- franchi equivalente alle presunte spese processuali.

### **Diritto:**

#### **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 agli art. 33 e 34 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 innanzi al TAF conformemente all'art. 69 cpv. 1 lett. b della legge federale sull'assicurazione per l'invalidità del 19 giugno 1959 (LAI, RS 831.20).

#### **2.**

**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). Trattasi 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 del Regolamento CEE n° 1408/71).

**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).

**2.3** 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.

### **3.**

**3.1** 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 sulla parte generale del diritto delle assicurazioni sociali del 6 ottobre 2000 (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.

**3.2** 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.

**3.3** Il ricorso è inoltre tempestivo ed ossequioso dei requisiti minimi prescritti dalla legge (art. 60 LPGA e 52 PA). Il gravame è dunque ricevibile, nulla ostando all'esame del merito dello stesso.

#### **4.**

Ai fini del presente giudizio occorre preliminarmente precisare, con particolare riferimento al diritto materiale, che, dal profilo temporale, non trovano applicazione le modifiche della LAI del 6 ottobre 2006 entrate in vigore dal 1° gennaio 2008 (5ª revisione della LAI). Di seguito vengono quindi citate le disposizioni della LAI e della LPGA nel tenore in vigore fino al 31 dicembre 2007.

#### **5.**

Preliminarmente occorre rilevare che I.\_\_\_\_\_ ha contestato la validità della decisione avversata da un punto di vista formale poiché, a suo avviso, sarebbe nulla in quanto priva di motivazione.

**5.1** Il diritto di essere sentito, la cui garanzia è prevista art. 29 cpv. 2 della Costituzione federale della Confederazione svizzera del 18 aprile 1999 (Cost, RS 101) comprende il diritto per l'assicurato di prendere conoscenza dell'incanto (DTF 132 II 485 consid. 3, 126 I 7 consid. 2b), di esprimersi in merito agli elementi pertinenti prima che una decisione sia emessa nei suoi confronti, di produrre delle prove pertinenti, di ottenere che sia dato seguito alle sue offerte di prove pertinenti, di partecipare all'amministrazione delle prove essenziali o almeno di poter esprimersi sul suo risultato, allorquando questo è proprio ad influenzare la decisione da emanare (cfr. DTF 124 II 132 consid. 2b e giurisprudenza ivi citata). Nel quadro della procedura amministrativa il diritto di essere sentito è consacrato dagli art. 26-28 (diritto di esaminare gli atti), dagli art. 29-33 (diritto di essere sentito *stricto sensu*) e dall'art. 35 PA (diritto di ottenere una decisione motivata).

**5.2** La giurisprudenza ha dedotto dal diritto di essere sentito, definito dalle norme speciali di procedura (quali l'art. 35 PA) l'obbligo per l'autorità di motivare la sua decisione, così da permettere ai destinatari ed a tutte le persone interessate di comprenderla, eventualmente di impugnarla ed in modo da rendere possibile all'autorità di ricorso eventualmente adita di esercitare convenientemente il suo controllo (cf. DTF 129 I 232 consid. 3.2; DTF 126 I 97 consid. 2b; DTF 122 IV 8 consid. 2c, DTF 112 la 107 consid. 2b; cfr. inoltre la sentenza del Tribunale federale 2A.496/2006 / 2A.497/2006 del 15 ottobre 2007 consid. 5.1.1). Si è in presenza di una violazione del diritto di essere sentito se l'autorità non soddisfa al suo obbligo di esaminare e di trattare i problemi pertinenti (cf. DTF 126 I 97 consid. 2b; DTF 122 IV 8 consid. 2c). Per adempiere a tali esigenze, è sufficiente che il giudice

(o l'autorità) menzioni, almeno brevemente, i motivi sui quali ha fondato la sua decisione, in modo da permettere all'interessato di apprezzare la portata di quest'ultima e di impugnarla in piena conoscenza di causa (cfr. DTF menzionate). In generale, la portata dell'obbligo di motivare dipende dalla complessità della fattispecie da giudicare, dalla potenziale gravità delle conseguenze della decisione e dalle circostanze del singolo caso. Più la libertà d'apprezzamento dell'autorità è ampia e più la misura adottata arreca pregiudizio ai diritti dei singoli, più la decisione deve essere circostanziata (cfr. DTF 112 la 107 consid. 2b; cfr. inoltre la sentenza del Tribunale federale 2A.496/2006 / 2A.497/2006 precitata). Sebbene la motivazione deve fare emergere le riflessioni dell'autorità in merito agli elementi (di fatto o di diritto) essenziali che hanno influenzato la decisione, l'autorità non è comunque tenuta a pronunciarsi su tutti i fatti, argomentazioni e mezzi di prova invocati dalle parti, ma può permettersi di limitarsi a quelli che, senza arbitrio, le sembrano decisivi per la risoluzione della causa (cfr. DTF 126 I 97 consid. 2b; DTF 112 la 107 consid. 2b). Nel campo delle assicurazioni sociali, in particolare, le esigenze relative alla motivazione non devono essere particolarmente elevate. È, infatti, sufficiente che l'amministrazione indichi brevemente i motivi della decisione e quali sono gli elementi alla base di quest'ultima (DTF 124 V 180, consid. 1a, confermato in DTF del 9 maggio 2000 in re I. ed in Pra 2001, n. 71, consid. 1 a/bb).

**5.3** Il diritto di ottenere una decisione motivata costituisce una garanzia costituzionale di natura formale, la cui violazione causa in principio l'annullamento della decisione impugnata indipendentemente dalle possibilità di esito positivo del ricorso nel merito (cfr. DTF 126 I 19 consid. 2d/bb; DTF 126 V 130 consid. 2b; DTF 122 II 464 consid. 4a e giurisprudenza citata). Eccezionalmente un'eventuale violazione del diritto di essere sentito può essere sanata allorquando l'autorità che ha emanato la decisione ha preso posizione in merito alle argomentazioni decisive nel quadro dello scambio degli scritti e che l'amministrato ha avuto la possibilità di esprimersi liberamente di fronte ad un'autorità di ricorso, la cui cognizione è altrettanto ampia che quella dell'autorità inferiore (cfr. DTF 133 I 201 consid. 2.2; DTF 130 II 530 consid. 7.3; DTF 126 V 130 consid. 2b; DTF 124 V 389 consid. 5a e 180 consid. 4a).

**5.4** Nella fattispecie, la motivazione della decisione impugnata risulta relativamente stringata, ciò non ha tuttavia impedito all'assicurato di

comprenderne la portata e di deferirla all'istanza superiore. Nell'ambito del ricorso, infatti, egli ha potuto difendersi in maniera corretta. Concretamente il ricorrente è stato in grado di dedurre i fatti su cui la decisione si fonda e le ragioni per cui è stata pronunciata. Tuttavia, anche se la decisione venisse considerata non sufficientemente motivata, si rileva che tale carenza sarebbe comunque sanata dall'impugnazione della stessa davanti alla scrivente autorità, la quale dispone di piena cognizione. In occasione delle osservazioni responsive del 10 luglio 2007 inoltre, l'autorità inferiore ha avuto modo di esprimersi sul contenuto del ricorso e di completarne le motivazioni, successivamente notificate all'interessato, al quale è stato concesso il diritto di replica di cui ha fatto uso (cfr. DTF 116 V 39/40 consid. 4b). Stante quanto precede, la censura del ricorrente, in ordine all'insufficienza della motivazione e, quindi, alla violazione del suo diritto di essere sentito, deve essere respinta.

## **6.**

**6.1** Qualora una prima richiesta di rendita sia stata negata perché il grado di 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 di invalidità si è modificato in misura rilevante per il diritto alle prestazioni (art. 87 cpv. 2 e 3 dell'ordinanza federale su l'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 ed, in particolare, verificare se la modifica del grado di 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. 87ss. OAI, Jurisprudence et pratique administrative [Pratique VSI] 1999 pag. 8, DTF 117 V 198).

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, 109 V 116 consid. 3 b, 105 V 30; RCC 1989 p. 323, consid. 2a). In ogni caso la revisione della rendita è possibile unicamente se, posteriormente alla pronuncia della decisione iniziale, la situazione invalidante è effettivamente mutata. Non basta invece che una situazione, rimasta sostanzialmente invariata, sia giudicata in modo diverso (RCC 1987 p. 38 consid. 1a e 1985 pag. 336). In caso di miglioramento o aggravamento dell'incapacità al guadagno, occorre tenere conto del cambiamento determinante il diritto a prestazioni, non appena esso perdura da tre mesi senza interruzione notevole (art. 88a cpv. 1 e 2 OAI). Il punto di partenza per stabilire se il grado d'invalidità si è modificato in maniera tale da influire sul diritto alle prestazioni è costituito dall'ultima decisione che ha esaminato materialmente il diritto alla rendita (DTF 133 V pag. 108, consid. 5.4).

**6.2** Il collegio giudicante rileva preliminarmente che l'amministrazione è entrata nel merito della nuova richiesta di rendita di I.\_\_\_\_\_ e quindi, conformemente alla giurisprudenza esposta al considerando 6.2, il periodo di riferimento nell'ambito della presente vertenza è quello intercorrente tra il 3 giugno 2005 (data della decisione, cresciuta incontestata in giudicato, con cui l'amministrazione ha respinto la richiesta di prestazioni del 7 marzo 2003 per carenza d'invalidità di tipo pensionabile) ed il 9 febbraio 2007 (data della decisione qui avversata, con la quale l'amministrazione ha respinto la richiesta di prestazioni del 18 novembre 2005). Il Tribunale 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).

## **7.**

Per avere diritto ad una rendita dell'assicurazione invalidità svizzera, un cittadino italiano deve cumulativamente essere invalido ai sensi della legge svizzera ed aver versato contributi all'AVS/AI svizzera durante un anno intero almeno (art. 36 cpv. 1 LAI). 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 mentre il cpv. 2 della stessa norma stabilisce che l'invalidità è considerata insorgere quando, per natura e gravità, motiva il diritto alla singola prestazione.

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). In seguito all'entrata in vigore dell'Accordo bilaterale, la limitazione prevista dall'art. 28 cpv. 1<sup>ter</sup> 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 dell'UE e vi risiede.

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).

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.

## **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).

## **9.**

**9.1** Posto che il ricorrente ha versato contributi all'AVS/AI svizzera durante più di un anno intero in totale e pertanto adempie la condizione della durata minima di contribuzione alla quale la legge subordina l'erogazione di una rendita, dev'essere innanzitutto accertato se lo stato di salute dell'assicurato ha subito una modifica rilevante tra il 3 giugno 2005 ed il 9 febbraio 2007.

**9.2** Dalla documentazione agli atti si evince che l'assicurato, al momento in cui è stata respinta la seconda richiesta d'invalidità con decisione del 3 giugno 2005 cresciuta incontestata in giudicato, era affetto da: cirrosi epatica, splenomegalia con varici esofagee e broncopatia cronica con disventilazione. Dalla documentazione agli atti si evince altresì che l'assicurato, nel periodo in esame, era affetto da cirrosi epatica HBV con varici esofagee, diabete mellito, ipertensione arteriosa e spondiloartrosi lombare. Tali diagnosi sono confermate dalla Dott.ssa M.\_\_\_\_\_ e dal Dott. T.\_\_\_\_\_, ambedue medici dell'UAIE (doc. 195, 196 e 202). Il quadro diagnostico di cui è portatore I.\_\_\_\_\_ si è pertanto modificato

## 10.

Per quanto concerne le conseguenze invalidanti delle affezioni menzionate, il sanitario medico dell'INPS ha posto un tasso di invalidità dell'80% in relazione all'ultimo lavoro svolto senza tuttavia esprimersi in merito a qualsiasi attività lavorativa adeguata alle sue condizioni (doc. 194). Dal canto loro, i medici dell'amministrazione (Dott.ssa M.\_\_\_\_\_ e Dott. T.\_\_\_\_\_) nei loro rapporti rispettivamente del 29 novembre 2006 e del 5 giugno 2007, hanno ritenuto che l'assicurato nella sua precedente attività di operaio è inabile al 30% dal 21 agosto 2002 rispettivamente al 40% dal gennaio 2006 mentre risulta abile al 100% in un'attività semplice ed adatta (come, per es., portinaio, custode di immobili o cantieri, sorvegliante di parcheggi/musei e magazziniere; doc. 195, 196 e 202). Dalla documentazione agli atti si evince che l'assicurato è stato ricoverato dal 3 al 12 novembre 2005 (per emorragia digestiva da varici esofagee in paziente con cirrosi epatica HBV correlata e diabete mellito di tipo 2), dal 5 all'8 dicembre 2005 (per cirrosi epatica HBV, legatura varici esofagee, diabete mellito) e dal 13 al 16 gennaio 2006 (per cirrosi epatica HBV, legatura varici esofagee ed ipersplenismo; doc. 104-193). Risulta altresì che l'assicurato beneficia di uno stato di nutrizione buono (statura 163 cm per 80 kg) con portamento ed andatura normali, l'apparato sensoriale e quelli respiratorio (a parte un respiro aspro diffuso) e genitourinario come pure il sistema nervoso-psichico sono nella norma (cfr. perizia particolareggiata dell'INPS del 17 febbraio 2006). Egli presenta inoltre un diabete mellito (allo stato attuale senza complicazioni degne di nota) e un'ipertensione arteriosa (pressione arteriosa 150/100 e 90 pulsazioni al minuto) trattabile farmacologicamente in modo soddisfacente. Tenuto conto della spondiloartrosi lombare (rachide lombare contratturato e spinalgico ipomobile per oltre 1/3) di cui soffre è indubbiamente impedito nell'assolvimento di lavori medio-pesanti. Maggiormente delicato appare, per contro, lo stato del sistema digerente-endocrino (cirrosi epatica HBV con varici esofagee ed ipersplenismo a seguito delle quali si è dovuto sottoporre ai predetti interventi di legatura). A questo proposito dev'essere comunque rilevato che i dati di laboratorio concernenti specificatamente le funzioni del fegato (ad es., transaminasi, Gamma-GT, ecc.) sono nella norma ed attestano quindi una buona funzionalità dell'organo in questione. Facendo quindi astrazione dal periodo in cui l'\_\_\_\_\_ si è sottoposto ai menzionati interventi (e, quindi, dall'inizio novembre 2005 alla fine del gennaio 2006 considerata altresì la convalescenza), il suo stato di salute

appare essere discreto.

Tenuto conto dell'insieme delle patologie di cui il ricorrente è portatore e delle conclusioni a cui sono giunti i medici dell'UAIE, il collegio giudicante ritiene che l'assicurato nella sua precedente attività di operaio è inabile al 30% dal 21 agosto 2002 rispettivamente al 40% dal gennaio 2006) mentre risulta abile al 100% in un'attività semplice, leggera ed adatta (come, per es., portinaio, custode di immobili o cantieri e sorvegliante di parcheggi/musei).

#### **11.**

L'invalidità è determinata stabilendo il rapporto fra il reddito del lavoro che l'assicurato conseguirebbe, dopo la manifestazione dell'invalidità e dopo l'esecuzione di eventuali provvedimenti d'integrazione, nell'esercizio di un'attività lucrativa, ragionevolmente esigibile da lui in condizioni normali del mercato del lavoro, e il reddito che potrebbe conseguire se non fosse diventato invalido.

Sulla scorta di quanto dichiarato nel questionario del datore di lavoro del 26 aprile 2002 (doc. 9), l'amministrazione ha tenuto conto (calcolo effettuato il 15 luglio 2007) di un salario mensile medio, privo di invalidità, conseguibile in Italia quale manovale (addetto all'assistenza ed alla ricarica di estintori) ed indicizzato al 2005 di Euro 1'480.53.

Sulla base dei risultati statistici dell'Ufficio internazionale del lavoro di Ginevra (Bollettino delle statistiche di lavoro, ufficio internazionale del lavoro, Ginevra 2006, risultati dell'inchiesta di ottobre 2004 e 2005), l'amministrazione ha accertato il salario mensile medio ottenibile in attività di tipo leggero non qualificate e più precisamente:

- addetto agli stocks nel commercio all'ingrosso Euro 1'396.77;
- cassiere nel commercio al dettaglio Euro 1'276.89;
- manovale non qualificato in stamperie ed industrie annesse Euro 1'186.66.

Ha quindi ritenuto quale salario mensile da invalido un importo corrispondente alla media dei salari relativi alle professioni sostitutive e, quindi, un introito mensile di Euro 1'286.77 al quale ha poi applicato

un correttivo del 10% tenuto conto dell'età e dell'esigibilità unicamente di attività leggere (DTF 124 V 321, 126 V 75, Sozialversicherungsrecht, Rechtsprechung [SVR] 1999 IV n. 6 e SVR 2000 IV n. 1). È così giunta ad un salario mensile medio di Euro 1'158.10. Il confronto fra un reddito privo di invalidità di Euro 1'480.53 ed un introito teorico dopo l'insorgenza dell'invalidità di Euro 1'158.10 comporta una perdita di guadagno del 21,78 %  $[(1'480.53 - 1'158.10) \times 100] : 1'480.53$ , tasso che esclude il riconoscimento del diritto alla rendita d'invalidità. A titolo abbondanziale si osserva che non si raggiungerebbe il tasso minimo del 40% richiesto dalla legge per avere diritto al quarto di rendita nemmeno nell'ipotesi in cui si dovesse applicare all'introito teorico di Euro 1'286.77 la riduzione massima del 25% consentita dalla giurisprudenza per tenere conto dei fattori personali dell'assicurato (DTF 126 V 75). Infatti, il calcolo comparativo, rispetto al salario privo di invalidità di Euro 1'480.53, comporterebbe una perdita di guadagno del 34.81 %  $[(1'480.53 - 965.07) \times 100] : 1'480.53$ .

I.\_\_\_\_\_ non ha dunque diritto ad una rendita dell'assicurazione svizzera per l'invalidità. Il ricorso deve quindi essere respinto e l'impugnata decisione confermata.

## **12.**

A titolo di spese processuali si prelevano 300.- franchi (art. 69 cpv. 2 LAI nella versione in vigore dal 1° luglio 2006) e non vengono assegnate indennità per spese ripetibili (art. 64 PA).

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

**1.**

Il ricorso è respinto.

**2.**

A titolo di spese processuali si prelevano 300.- franchi, importo compensato dal corrispondente anticipo versato dalla ricorrente in data 26 dicembre 2007. Non si assegnano ripetibili.

**3.**

Comunicazione a:

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

La presidente del collegio:

La cancelliera:

Elena Avenati-Carpani

Paola Carcano

**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: