



Sentenza del 18 aprile 2007

Composizione: Elena Avenati-Carpani (presidente del collegio), Francesco Parrino ed Eduard Achermann, giudici,

Paola Carcano, cancelliera.

C._____,
ricorrente, patrocinato dall'avv. Pietro Antonio Luceri, Via A. De Gasperi 94,
IT-73021 Calimera (LE),

contro

Ufficio AI per gli assicurati residenti all'estero, avenue Edmond-Vaucher 18,
casella postale 3100, 1211 Ginevra 2,
autorità inferiore,

concernente
prestazioni dell'assicurazione per l'invalidità.

Ritenuto in fatto:

- A. C._____, cittadino italiano, nato il 27 settembre 1943, coniugato, ha lavorato in Svizzera dal 1963 al 1966 come muratore solvendo, durante tali periodi, regolari contributi all'assicurazione svizzera per la vecchiaia, i superstiti e l'invalidità (doc. 3, 5, 12, 24 e 25). Dopo il rimpatrio, e più precisamente dal 1972, ha continuato ad esercitare un'attività lucrativa alla dipendenza di diversi datori quale muratore e successivamente quale bracciante agricolo, fino al 31 dicembre 2002, allorquando si è ritirato per ragioni che l'interessato imputa alle sue condizioni precarie di salute (doc. 3, 10 e 24). A far tempo dal 1° dicembre 2002 percepisce una pensione d'invalidità italiana di complessivi Euro 573.74 mensili (doc. 1) e dal 1° dicembre 2003 una pensione di invalidità tedesca di complessivi Euro 83.18 (doc. 8.3).

In data 25 novembre 2002, C._____ ha formulato una richiesta volta al conseguimento di una rendita dell'assicurazione svizzera per l'invalidità (doc. 1-4).

- B. L'assicurato è stato visitato il 9 aprile 2003 presso i servizi medici dell'Istituto nazionale della previdenza sociale (INPS) di Lecce, ove il sanitario incaricato (Dott. Paladini) ha evidenziato la diagnosi di "spondilodiscoartrosi con segni di radicolopatia cervicale in portatore ed ex muratore 60enne, ipertensione arteriosa I-II stadio (...)" ed ha posto un tasso di invalidità parziale del 70% per l'ultimo lavoro svolto. Per contro egli non si è espresso in merito a qualsiasi altra attività confacente all'assicurato (doc. 12). È inoltre stata esibita una relazione sanitaria e medico legale stesa il 4 novembre 2002 dal dott. Rodolfo Rubsanti, specialista in neurologia e libero docente in psichiatria, il quale giunge alla conclusione che l'assicurato è invalido al 100% (doc. 11). Il 31 agosto 2004 l'assicurato è stato nuovamente visitato presso l'INPS di Lecce, ove il sanitario incaricato (Dott. Vincenzo Serrati) ha evidenziato la diagnosi di "allegate crisi cefalgiche in soggetto con riferita ipertensione arteriosa, sindrome depressiva ansiosa, rachiartriosi specie cervicale, note bronchitiche" ed ha posto un tasso di invalidità parziale del 70% sia per l'ultimo lavoro svolto sia per qualsiasi altra attività confacente all'assicurato (doc. 23, 24 e 31). In quest'occasione l'interessato ha prodotto, a complemento della predetta relazione sanitaria e medico legale del dott. Rodolfo Rubsanti, la seguente documentazione medica obiettiva:

- un referto radiologico (encefalo) del Dott. Ruggiero Calabrese del 3 novembre 1997 (doc. 18);
- un referto di un esame ecocolordoppler (tronchi sovraortici) del Dott. Giovanni Caggia del 14 novembre 1997 (doc. 19);

- un certificato medico rilasciato dalla Azienda Ospedaliera "Vito Fazzi" di Lecce, Divisione di Neurochirurgia, l'8 ottobre 1999 (doc. 20);
- un referto radiologico (rachide C-D-L) del Dott. Giovanni Vitale del 23 luglio 2002 (doc. 21);
- un referto di un esame ecocolordoppler TSA del Dott. Giuseppe Sava del 12 luglio 2003 (doc. 22).

C. In uno scritto del 19 aprile 2004 la Dott.ssa Ariane Hellbardt, medico dell'Ufficio dell'assicurazione per l'invalidità per gli assicurati residenti all'estero (UAIE), ha esposto un ragionevole dubbio circa l'autenticità della relazione sanitaria e medico legale del dott. Rodolfo Rubsanti (doc. 11 e 36.8) in quanto priva sia di intestazione medica sia del sigillo ufficiale del firmatario (doc. 26). Con scritto del 17 dicembre 2004 l'UAIE ha pertanto richiesto le "cartelle cliniche degli ultimi 5 anni nonché i rapporti medici specialistici" concernenti l'assicurato all'INPS di Lecce, che tuttavia non ha proceduto a tutt'oggi alla trasmissione della documentazione richiesta (doc. 31 - 34). Di conseguenza la Dott.ssa Ariane Hellbardt - invitata dall'amministrazione ad esprimersi sulla base della documentazione medica agli atti - ha dichiarato in data 19 giugno 2006 che l'assicurato, in base alla perizia particolareggiata dell'INPS stilata dal Dott. Vincenzo Serrati (doc. 23 e 24), non è affetto da alcuna patologia invalidante e che, quindi, in assenza di un altro rapporto medico accreditato, la domanda di rendita dell'interessato deve essere respinta (doc. 34).

Con decisione del 24 giugno 2005 l'UAIE ha pertanto respinto la richiesta di prestazioni di C._____ (doc. 35).

D. Quest'ultimo, regolarmente rappresentato dall'avv. Pietro Antonio Luceri, ha formulato in data 20 luglio 2005 tempestiva opposizione contro il suddetto provvedimento amministrativo, chiedendo in sostanza il riconoscimento del suo diritto a prestazioni assicurative (doc. 36). A suffragio delle sue conclusioni ha prodotto, oltre ad alcuni documenti medici già agli atti, anche un referto radiologico del Dott. F. Urso Ciullo del 22 luglio 2003 ed un referto di un'indagine cardiovascolare del 3 febbraio 2003 attestante "ipertensione arteriosa in trattamento in paziente a rischio anche per familiarità, colesterolo, età" (doc. 36.9 e 36.11).

Ricevuta l'opposizione, l'amministrazione ha risottoposto gli atti alla Dott.ssa Ariane Hellbardt, la quale, alla luce della nuova documentazione medica prodotta, ha confermato nel suo scritto del 4 gennaio 2006 il suo precedente parere (doc. 34, 37 e 38).

Mediante decisione su opposizione del 6 gennaio 2006 l'UAIE ha pertanto respinto la predetta opposizione e confermato nel contempo la propria decisione del 24 giugno 2005 (doc. 39).

- E. Con tempestivo gravame del 24 febbraio 2006, C._____, regolarmente rappresentato dall'avv. Pietro Antonio Luceri, 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 in forma fotostatica documentazione medica già agli atti.

Nelle sue osservazioni ricorsuali del 1° maggio 2006 l'UAIE propone la rieiezione dell'impugnativa con argomenti di cui si riferirà, per quanto occorra, nei considerandi che seguono.

- F. In data 9 maggio 2006 il presidente della I Camera della Commissione federale di ricorso in materia di AVS/AI per le persone residenti all'estero (CFR) ha invitato l'avv. Pietro Antonio Luceri a volersi esprimere in merito alle osservazioni dell'amministrazione entro il 9 giugno successivo. L'interpellato non ha tuttavia replicato, né entro il termine impartito né fino ad oggi.
- G. In data 14 marzo 2007 il Tribunale amministrativo federale ha comunicato alle parti la composizione del collegio giudicante. Entro il termine impartito non sono state presentate istanze di ricusa.

Considerando in diritto:

1.

- 1.1 I ricorsi pendenti presso le Commissioni federali di ricorso o d'arbitrato o presso i servizi di ricorso dei dipartimenti il 1° gennaio 2007 sono trattati dal Tribunale amministrativo federale nella misura in cui è competente. È applicabile il nuovo diritto di procedura (cfr. art. 53 cpv. 2 Legge sul Tribunale amministrativo federale del 17 giugno 2005 [LTAF, RS 173.32]).
- 1.2 In virtù dell'art. 31 LTAF, 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'Ufficio AI per gli assicurati residenti all'estero (UAIE) concernenti l'assicurazione per l'invalidità possono essere portate innanzi al TAF conformemente all'art. 69 cpv. 1 lett. b della Legge federale su l'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 e 6 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. 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.
- 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.
- 2.4 Per costante giurisprudenza l'ottenimento di una pensione straniera di invalidità non pregiudica l'apprezzamento di un'invalidità secondo il diritto svizzero (ATFA causa I 435/02 consid. 2 del 2 febbraio 2003; Revue à l'attention des caisses de compensations (RCC) 1989 p. 330). Alla stessa maniera, dopo l'entrata in vigore dell'ALC, il grado di invalidità di un assicurato che pretende una rendita di assicurazione-invalidità svizzera è determinato esclusivamente secondo il diritto svizzero (DTF 130 V 257 consid. 2.4).

3. Il 1° gennaio 2003 è entrata in vigore la legge federale sulla parte generale del diritto delle assicurazioni sociali del 6 ottobre 2000 (LPGA, RS 830.1) che ha portato alcune modifiche legislative anche nell'ambito dell'assicurazione per l'invalidità. Secondo l'art. 2 LPGA le disposizioni di questa legge sono applicabili alle assicurazioni sociali disciplinate dalla legislazione federale, se e per quanto le singole leggi sulle assicurazioni sociali lo prevedano. Inoltre, l'art. 1 LAI stabilisce che le disposizioni della LPGA sono applicabili all'assicurazione per l'invalidità (art. 1a-26^{bis} e 28-70), sempre che la presente legge non preveda espressamente una deroga.

Ai sensi del combinato disposto degli art. 3 lett. d^{bis} PA e 1 cpv. 1 LAI, la procedura in materia di assicurazioni sociali è disciplinata, di principio, dalla LPGA. 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.

Il ricorso appare 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, sono determinati, di principio, le norme materiali in vigore al momento della realizzazione dello stato di fatto che deve essere valutato giuridicamente o che produce conseguenze giuridiche (DTF 129 V 1, 127 V 467 consid. 1, 121 V 366 consid. 1b) e che, di regola, il giudice delle assicurazioni sociali si basa, ai fini dell'esame della vertenza, sui fatti che si sono realizzati fino al momento della decisione contestata (DTF 121 V 366 consid. 1b). Trattandosi nel caso in esame di eventuali prestazioni riferite sia ad un periodo antecedente che posteriore al 1° gennaio 2003, occorre distinguere, dal punto di vista del diritto materiale applicabile, i periodi prima e dopo l'introduzione della LPGA, ritenuto tuttavia che le nuove norme (LPGA) non hanno apportato dal punto di vista materiale alcuna sostanziale modifica riguardo ai concetti di incapacità al lavoro, d'incapacità al guadagno, d'invalidità, di raffronto dei redditi e di revisione, e che le nozioni precedentemente sviluppate dalla giurisprudenza rimangono tuttora valide (DTF 130 V 343). Di conseguenza, conformemente al riportato principio dell'applicazione del diritto in vigore al momento in cui sorge il diritto alla prestazione, l'esame relativo all'eventuale insorgenza di un diritto ad una rendita dell'assicurazione per l'invalidità del ricorrente per il periodo fino al 31 dicembre 2002, rispettivamente fino al 31 dicembre 2003, si basa sul diritto in vigore all'epoca (DTF 130 V 329 consid. 2.5 e 445). Parimenti le modifiche della

LAI del 21 marzo 2003, in vigore dal 1° gennaio 2004 (4ª revisione della LAI), sono applicabili solo a partire da tale data.

5. Il ricorrente ha presentato la richiesta di rendita il 25 novembre 2002. In deroga all'art. 24 LPGGA, l'art. 48 cpv. 2 LAI 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 (TAF) può quindi limitarsi ad esaminare se il ricorrente avesse diritto ad una rendita il 25 novembre 2001 (ossia 12 mesi precedenti la presentazione della domanda), oppure se un diritto alla rendita sia sorto tra tale data ed il 3 gennaio 2006, data della decisione su opposizione. 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, un cittadino italiano deve adempiere cumulativamente le seguenti condizioni:

- essere invalido ai sensi della legge svizzera;
- aver versato contributi all'AVS/AI svizzera durante un anno intero almeno (art. 36 cpv. 1 LAI).

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.

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). Va ricordato che fino al 31 dicembre 2003, la LAI prevedeva il diritto al quarto di rendita con un tasso d'invalidità del 40% almeno, alla mezza rendita con un tasso d'invalidità del 50% almeno ed alla rendita intera con un tasso d'invalidità dei due terzi (66.67%). In seguito all'entrata in vigore dell'Accordo bilaterale, la

limitazione prevista dall'art. 28 cpv. 1^{ter} LAI, secondo il quale le rendite per un grado d'invalidità inferiore al 50 % sono versate solo ad assicurati che sono domiciliati e dimorano abitualmente in Svizzera (art. 13 LPGA), non è più applicabile quando l'assicurato è cittadino dell'UE 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).
- 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 LPGA). L'incapacità al guadagno è definita all'art. 7 LPGA e consiste nella perdita, totale o parziale, della possibilità di guadagno sul mercato del lavoro equilibrato che entra in considerazione, provocata da un danno alla salute fisica, mentale o psichica e che perdura dopo aver sottoposto l'assicurato alle cure ed alle misure d'integrazione ragionevolmente esigibili.
8. Il ricorrente, dopo il rimpatrio, ha svolto un'attività lucrativa alla dipendenza di diversi datori quale muratore e successivamente quale bracciante agricolo, fino al 31 novembre 2002. Per il seguito non ha più lavorato per ragioni che imputa alle sue condizioni precarie di salute.

Ora, 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, per valutare il grado d'invalidità, il reddito che l'assicurato potrebbe conseguire esercitando l'attività ragionevolmente esigibile da lui dopo la cura medica e l'eventuale esecuzione di provvedimenti d'integrazione, tenuto conto di una situazione equilibrata del mercato del lavoro, è confrontato con il reddito che egli avrebbe potuto ottenere se non fosse diventato invalido. In altri termini l'assicurazione svizzera per l'invalidità risarcisce soltanto la perdita economica che deriva da un danno alla salute fisica o psichica dovuto a malattia o infortunio, non la malattia o la conseguente incapacità lavorativa.

9.

- 9.1 Ai sensi dell'art. 4 cpv. 1 LAI l'invalidità può essere determinata da un danno alla salute fisica, mentale e psichica. In quest'ultimo caso, però, a condizione che lo stesso sia di gravità tale da non poter praticamente esigere dall'assicurato di valersi della sua capacità lavorativa sul mercato del lavoro o che ciò sia persino intollerabile per la società (DTF 127 V 298 consid. 4c). Tra i danni alla salute psichica la giurisprudenza annovera - oltre alle malattie mentali propriamente dette - anche le anomalie psichiche parificabili a malattia (DTF 102 V 166; *Jurisprudence et pratique administrative* [Pratique VSI] 1996 pag. 318 consid. 2a, pag. 321 consid. 1a, pag. 324 consid. 1a). Va da sé che pure la combinazione di più danni lesivi dei diversi campi poc'anzi menzionati (fisico, mentale e psichico) possono determinare nel loro complesso un'invalidità ai sensi dell'art. 4 cpv. 1 LAI.
- 9.2 Giusta l'art. 69 cpv. 2 della Ordinanza federale sull'assicurazione per l'invalidità del 17 gennaio 1961 (OAI, RS 831.201) l'ufficio AI procura gli atti necessari, in particolare circa lo stato di salute, l'attività, la capacità di lavoro e l'idoneità all'integrazione. A tale scopo può domandare rapporti ed informazioni, ordinare perizie, eseguire sopralluoghi e consultare specialisti dell'aiuto pubblico e privato agli invalidi.
- 9.3 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; *Jurisprudence et pratique administrative* [Pratique VSI] 1997 pag. 123 consid. 1; UHLRICH MEYER-BLASER, *Die Rechtspflege in der Sozialversicherung*, in: *Basler Juristische Mitteilungen* [BJM] 1989 pag. 31). A proposito delle perizie mediche eseguite nell'ambito della procedura amministrativa il Tribunale federale ha già avuto modo di evidenziare che,

nell'ipotesi in cui sono state eseguite da medici specializzati riconosciuti, hanno forza probatoria piena, se giungono a conclusioni logiche e sono state realizzate sulla base di accertamenti approfonditi, fintanto che indizi concreti non inducono a ritenerle inaffidabili (DTF 123 V 176, 122 V 161, 104 V 212). Secondo il Tribunale federale i centri medici di accertamento dell'AI non possono essere considerati parte in causa, nel senso che sussiste un vincolo per cui l'istituto sarebbe obbligato a tenere in particolare considerazione gli interessi specifici dell'assicurazione invalidità (DTF 123 V 178; Pratique VSI 2001 pag. 110). Nell'ambito del libero apprezzamento delle prove è in linea di principio consentito all'amministrazione e al giudice fondare la propria decisione su basi di giudizio interne all'istituto assicuratore. Per quanto riguarda l'imparzialità e l'attendibilità di simili prove, devono tuttavia essere poste delle esigenze severe (DTF 122 V 157). Il Tribunale federale ha ribadito che ai rapporti allestiti da medici alle dipendenze di un'assicurazione deve essere riconosciuto pieno valore probante, a condizione che essi si rivelino essere concludenti, compiutamente motivati, di per sé scevri di contraddizioni e, infine, non devono sussistere degli indizi che facciano dubitare della loro attendibilità. Il solo fatto che il medico consultato si trovi in un rapporto di dipendenza con l'assicuratore, non permette già di metterne in dubbio l'oggettività e l'imparzialità. Devono piuttosto esistere delle particolari circostanze che permettano di ritenere come oggettivamente fondati i sospetti circa la parzialità dell'apprezzamento (DTF 125 V 351 e ss.). Inoltre il Tribunale federale, nella sentenza del 5 ottobre 2001 pubblicata in DTF 127 V 294 e seg., ha fatto proprie le considerazioni dell'autore Hans-Jakob Mosimann che ha descritto in dettaglio i compiti del perito medico che deve esprimersi sul carattere invalidante di un'affezione psichica (HANS-JAKOB MOSIMANN, Somatoforme Störungen: Gerichte und [psychiatrische] Gutachten, in: Schweizerische Zeitschrift für Sozialversicherung und berufliche Vorsorge [SZS] 1999 pag. 105 ss). Secondo Hans-Jakob Mosimann, in ambito psichiatrico, l'esperto deve innanzitutto porre una diagnosi secondo una classificazione riconosciuta e pronunciarsi sulla gravità dell'affezione. Il perito deve anche valutare l'esigibilità della ripresa di un'attività lucrativa da parte dell'assicurato. Tale prognosi deve tener conto di diversi criteri, quali il carattere premorboso, l'affezione psichica e quelle organiche croniche, la perdita d'integrazione sociale, un eventuale profitto tratto dalla malattia, il carattere cronico della malattia, la durata pluriennale della stessa con sintomi stabili o in evoluzione e l'impossibilità di ricorrere a trattamenti medici secondo la regola d'arte. La prognosi sfavorevole deve essere fatta in base all'insieme dei succitati criteri. Inoltre, l'esperto deve esprimersi sull'aspetto psicosociale della persona esaminata. Per quel che riguarda, infine, 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; Pratique VSI 2001 p. 109).

10. Nel caso di specie la diagnosi risulta essere articolata su due livelli temporali. Dapprima, è stata rilevata una spondilodiscoartrosi con segni di radicolopatia cervicale accompagnata da ipertensione arteriosa I-II stadio (cfr. perizia medica dell'INPS del 9 aprile 2003: doc. 12). Successivamente sono state evidenziate delle allegare crisi cefalgiche in soggetto con riferita ipertensione arteriosa, sindrome depressiva ansiosa, rachiartrosi specie cervicale e note bronchitiche (cfr. perizia medica dell'INPS del 31 agosto 2004: doc. 23, 24 e 31).

Giova in proposito precisare che tali affezioni debbono, dal profilo giuridico, essere esaminate alla luce dell'art. 29 cpv. 1 lett. b LAI. 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, 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 % (rispettivamente del 50 % per il periodo precedente l'entrata in vigore degli Accordi bilaterali) almeno durante un anno.

11.

- 11.1 Per quanto concerne le conseguenze invalidanti del primo gruppo di affezioni menzionate, il sanitario medico dell'INPS (Dott. Paladini) pone un tasso di invalidità parziale al 9 aprile 2003 del 70% per l'ultimo lavoro svolto, senza per contro esprimersi in merito a qualsiasi altra attività confacente all'assicurato (doc. 12). Mentre il secondo sanitario medico dell'INPS (Dott. Vincenzo Serrati) pone un tasso di invalidità parziale al 31 agosto 2004 del 70% sia per l'ultimo lavoro svolto sia per qualsiasi altra attività confacente all'assicurato alla luce del secondo gruppo di affezioni menzionate (doc. 23, 24 e 31). Dal canto suo, invece, la Dott.ssa Ariane Hellbardt, medico dell'UAIE, ritiene che l'assicurato non è affetto da alcuna patologia invalidante (doc. 34).

- 11.2 Dagli atti si evince che l'assicurato ha dovuto interrompere temporaneamente l'attività lavorativa dal 26 agosto al 30 settembre 1997, allorché è stato ricoverato (segnatamente dal 28 agosto al 15 settembre 1997) presso l'azienda ospedaliera "Vito Fazzi" a Lecce nel reparto di neurologia per vertigini e pressione alta (questionario per l'assicurato e perizie INPS: doc. 10, 12 e 24) e dal 1° gennaio al 30 settembre 2002 per motivi di salute (questionario per il datore di lavoro e

per l'assicurato: doc. 9 e 10). Risulta pure che l'interessato è stato colpito nel giugno 2003 da un nuovo episodio di crisi cefalalgica (perizia INPS: doc. 24) e che dal 1997 (e per lo meno fino al 16 gennaio 2004) è stato in cura dal Dott. Innocenzo Riccardo per vertigini e pressione alta (questionario per l'assicurato: doc. 10).

Nonostante ciò agli atti non figura alcuna cartella clinica (in particolare, quella relativa al ricovero nel reparto di neurologia dal 28 agosto al 15 settembre 1997) mentre - con espresso riferimento al periodo intercorrente tra il 1° gennaio ed il 30 settembre 2002 e fatta eccezione per un referto radiologico del Dott. Giovanni Vitale del 23 luglio 2002 (doc. 21) - vi è la relazione sanitaria e medico - legale del dott. Rodolfo Rubsanti del 4 novembre 2002, la cui validità è tuttavia ragionevolmente contestata dall'UAIE essendo priva sia di intestazione medica sia del sigillo ufficiale del firmatario e presentando delle correzioni fatte a mano e non dattiloscritte (doc. 11 e 36.8). Le cartelle cliniche richieste all'INPS non sono state prodotte, l'UAIE non ne ha tuttavia sollecitato la produzione menzionando le conseguenze di un eventuale mancato riscontro. A parte un certificato medico rilasciato dall'azienda ospedaliera "Vito Fazzi" di Lecce l'8 ottobre 1999 giusta il quale la sintomatologia vertiginosa dell'assicurato non è da ricondurre a problematiche encefaliche (doc. 20), inoltre, agli atti non figura alcun certificato medico e/o relazione sanitaria relativi al predetto episodio di crisi cefalalgica verificatosi nel corso del mese di giugno 2003 e nessun certificato medico e/o relazione sanitaria del Dott. Innocenzo Riccardo (medico curante dell'assicurato per i surriferiti problemi di vertigini e pressione alta dal 1997 e, per lo meno, fino al 16 gennaio 2004) come pure nessun rapporto medico specialistico relativo alla sindrome ansiosa depressiva di cui egli soffrirebbe.

Stante quanto precede, la documentazione medica obiettiva a disposizione tanto dei dottori dell'INPS quanto del medico dell'UAIE appare invero lacunosa. Motivo questo per cui, molto verosimilmente, sia la Dott.ssa Ariane Hellbardt sia i suoi colleghi dell'INPS (Dott. Paladini e Vincenzo Serrati) non forniscono nei loro rapporti un'opinione chiara e sufficientemente motivata sulle condizioni di salute del ricorrente e, di conseguenza, neppure un'indicazione debitamente circostanziata e motivata in merito alla loro eventuale incidenza invalidante. Pertanto, alla luce della giurisprudenza federale in materia di rapporti medici riportata sub. consid. 9.3, il collegio giudicante non può condividere le conclusioni a cui è giunto l'UAIE, né d'altronde ritiene di poter considerare concludenti ai fini del giudizio le valutazioni rese dai medici dell'INPS.

Sia inoltre soggiunto che l'esigua documentazione medica oggettiva agli atti neppure risulta essere di recente esecuzione. Tutti gli esami ed i referti clinici, infatti, risalgono ad una data precedente al 2004, allorquando il collegio giudicante, conformemente a quanto esposto sub. consid. 5, deve esaminare se un diritto dell'assicurato alla rendita sia sorto tra il 25 novembre 2001 ed il 3 gennaio 2006.

Il collegio giudicante non può pertanto effettuare sulla base degli atti di causa un esame oggettivo adeguato che consenta di addivenire ad un chiaro ed attendibile giudizio sullo stato di salute dell'assicurato e di determinare se la combinazione dei noti problemi fisici e psichici dell'interessato è atta a cagionare un'invalidità pensionabile. Pertanto il gravame deve essere parzialmente accolto. La decisione impugnata è quindi annullata e l'incarto retrocesso 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 considera l'importanza delle lacune rilevate e l'ampiezza delle informazioni mediche bisognose di essere ancora raccolte e/o attualizzate.

- 11.3 L'Ufficio AI dovrà pertanto completare l'istruttoria delucidando lo stato di salute psico-fisico dell'assicurato. In particolare, dovrà richiedere la documentazione medica oggettiva mancante menzionata sub. consid. 11.2 all'assicurato, che è tenuto a produrla in ossequio al dovere di collaborazione dell'amministrato sancito dall'art. 28 LPGA. Inoltre, l'assicurato dovrà essere sottoposto a visite specialistiche in ortopedia-neurologia, cardiologia e neuro-psichiatria e devono essere effettuati tutti gli esami oggettivi che il caso richiede tramite l'INPS di Lecce. L'incarto sarà poi inviato in esame al servizio medico dell'UAIE, il quale si pronuncerà in merito all'eventuale incapacità al lavoro del ricorrente nonché in merito all'eventuale attività professionale che lo stesso avrebbe potuto espletare, dal punto di vista medico a partire 25 novembre 2001. Se del caso, l'Autorità amministrativa effettuerà poi un'adeguata e circostanziata indagine comparativa dei redditi ed emanerà in seguito un nuovo provvedimento impugnabile.
12. Poiché nella presente procedura si tratta di decidere il riconoscimento rispettivamente il rifiuto di prestazioni assicurative, non vengono prelevate spese processuali conformemente al combinato disposto dell'art. 69 cpv. 2 LAI (nella versione in vigore fino al 30 giugno 2006, v. disposizioni transitorie inerenti la modifica della LAI del 16 dicembre 2005 in RU 2006 2003 no. II; FF 2005 2751) e dell'art. 85^{bis} cpv. 2 della legge federale sull'assicurazione per la vecchiaia e per i superstiti (LAVS, RS 831.10).
13. 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, si giustifica riconoscere un'indennità per spese ripetibili di Fr. 700.-- da porre a carico dell'Ufficio AI.

Per questi motivi, il Tribunale amministrativo federale pronuncia:

1. Il ricorso è parzialmente accolto nel senso che, annullata la decisione impugnata del 6 gennaio 2006, l'incarto è retrocesso all'Ufficio AI per gli assicurati residenti all'estero affinché completi l'istruttoria ai sensi del considerando 11 e statuisca di nuovo.
2. Non si prelevano spese processuali.
3. Alla parte ricorrente è riconosciuta un'indennità per spese ripetibili di Fr. 700.--, la quale viene posta a carico dell'Ufficio AI per gli assicurati residenti all'estero.
4. La presente sentenza è comunicata:
 - al rappresentante del ricorrente (raccomandata A/R),
 - all'autorità inferiore (n. di rif. _____),
 - all'Ufficio federale delle assicurazioni sociali.

Rimedi di diritto:

Questa sentenza può essere impugnata entro 30 giorni dalla notifica innanzi al Tribunale federale, Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerna (cfr. art. 42, 48, 100 della legge del 17 giugno 2005 sul Tribunale federale, LTF, RS 173.110).

In applicazione dell'Accordo fra la Svizzera e la Comunità europea ed i suoi stati membri sulla libera circolazione delle persone del 21 giugno 1999, dell'allegato II e del Regolamento (CEE) 1408/71, il ricorso può essere depositato nel termine di 30 giorni presso un ufficio postale del Paese di domicilio dell'assicurato o presso l'Istituto nazionale della previdenza sociale locale.

La presidente del collegio:

La cancelliera:

Elena Avenati-Carpani

Paola Carcano

Data di spedizione: