

**Bundesverwaltungsgericht**  
**Tribunal administratif fédéral**  
**Tribunale amministrativo federale**  
**Tribunal administratif fédéral**



Corte III  
C-2718/2006

{T 0/2}

## **Sentenza del 19 giugno 2007**

Composizione: Elena Avenati-Carpani (presidente del collegio), Johannes Frölicher e Stefan Mesmer, giudici,

Paola Carcano, cancelliera.

**A.**\_\_\_\_\_,

ricorrente, patrocinato dal PATRONATO ENAS, Ufficio Zona, Via S. Michele 22,  
IT-85050 Sant'Angelo le Fratte,

**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,

concernente

**prestazioni dell'assicurazione invalidità.**

**Ritenuto in fatto:**

- A. A.\_\_\_\_\_, cittadino italiano, nato il \_\_\_\_\_, coniugato con prole, ha lavorato in Svizzera svolgendo l'attività di muratore stagionale dal mese di marzo del 1972 al mese di dicembre del 1973 solvendo, durante tali periodi, i contributi dovuti all'assicurazione svizzera per la vecchiaia, i superstiti e l'invalidità. In Italia ha lavorato quale operaio ad ore fino al 9 gennaio 2003 allorché si è ritirato per ragioni che imputa al suo stato precario di salute. A far tempo dal 1° maggio 2003 percepisce una pensione d'invalidità italiana di complessivi Euro 412.18 mensili. In data 23 ottobre 2003, A.\_\_\_\_\_ ha formulato una richiesta volta al conseguimento di una rendita dell'assicurazione svizzera per l'invalidità (doc. 3 e rispettivi allegati, doc. 8, 11, 15, 16.1, 20, 40 e 41, estratto del conto individuale della Cassa svizzera di compensazione, certificato di stato di famiglia del 27 luglio 2005, modelli E 204, E 205, E 207).
- B. L'assicurato è stato visitato il 30 ottobre 2003 presso i servizi medici dell'Istituto nazionale della previdenza sociale (INPS) di Potenza, ove la sanitaria incaricata (Dott.ssa A1.\_\_\_\_\_) ha evidenziato la diagnosi di "bronchite cronica ostruttiva, esiti di frattura corpo quarta vertebra lombare con medio impegno funzionale, ernia iatale da scivolamento e steatosi epatica" 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. 41).

È inoltre stata esibita la seguente documentazione medica obiettiva: una cartella clinica relativa al ricovero dal 29 settembre al 5 ottobre 1989 presso la divisione di chirurgia dell'ospedale S. Carlo di Potenza per ulcera duodenale, oltre a referti medici vari allegati alla stessa (doc. 24); una cartella clinica relativa al ricovero dal 9 al 23 febbraio 1996 presso la casa di cura Luccioni di Potenza per duodenite (...) in paziente con piccola ernia iatale da scivolamento, oltre a referti medici vari allegati alla stessa (doc. 25); una cartella clinica relativa al ricovero dal 20 giugno al 3 luglio 1996 presso la casa di cura Luccioni di Potenza, oltre a referti medici vari allegati alla stessa (doc. 26); una cartella clinica relativa al ricovero dal 16 al 17 ottobre 1998 presso la casa di cura Luccioni di Potenza per ernia iatale da scivolamento e duodenite bulbare, oltre a referti medici vari allegati alla stessa (doc. 27); una cartella clinica relativa al ricovero dal 18 ottobre al 1° novembre 1999 presso la casa di cura Luccioni di Potenza per esofagite peptica da reflusso con ernia iatale, oltre a referti medici vari allegati alla stessa (doc. 28); una cartella clinica relativa al ricovero dal 28 gennaio al 2 febbraio 2002 presso la casa di cura Luccioni di Potenza per reflusso gastroesofageo, oltre a referti medici vari allegati alla stessa (doc. 29); il referto di un esame ematochimico del 20 gennaio 2003 (doc. 30); un referto di ecografia della prostrata-transrettale e di ecografia dell'addome

del 20 gennaio 2003 (doc. 31 e 32); una cartella clinica relativa all'accettazione del 12 marzo 2003 nel pronto soccorso dell'ospedale S. Carlo di Potenza per (...) bronchite acuta (doc. 33); una cartella clinica relativa al ricovero dal 20 al 24 marzo 2003 presso la divisione di pneumologia dell'ospedale S. Carlo di Potenza per bronchite cronica ostruttiva, oltre a referti medici vari allegati alla stessa (doc. 34); un certificato medico rilasciato il 12 giugno 2003 dal servizio ospedaliero (reparto di pneumologia) dell'ospedale S. Carlo di Potenza (doc. 35); un referto ecocardiografico ed un un referto cardiologico (ECG e visita) del 16 giugno 2003 del Dott. A2.\_\_\_\_\_ (doc. 36 e 37); due referti radiologici (segnatamente della colonna lombosacrale e cervicale) del 19 giugno 2003 (doc. 38 e 39) ed una relazione medico legale del 4 luglio 2003 dell'Istituto nazionale della previdenza sociale (INPS) di Potenza (doc. 40).

Alla predetta documentazione sono stati poi aggiunti: un referto di un esame chimico fisico delle urine del 2 dicembre 2003 (doc. 42); un referto di un esame PSA del 2 dicembre 2003 (doc. 43); un referto di un esame culturale delle urine del 3 dicembre 2003 (doc. 44); una decisione del 4 aprile 2005 della Commissione medica per gli accertamenti degli stati di invalidità civile dell'unità sanitaria locale (USL) n. 2 di Potenza dell'Azienda sanitaria della regione Basilicata attestante un grado di invalidità del 60% (doc. 45).

- C. Nel suo rapporto del 1° luglio 2005 il Dott. P.\_\_\_\_\_ del servizio medico regionale (SMR), dopo aver ripreso la diagnosi sopra riferita ed analizzato il caso sotto il profilo delle malattie di lunga durata, fissa a partire dal mese di gennaio 2003 un tasso di invalidità totale (100%) e definitivo dell'assicurato nella sua attività precedente (manovale edile), tuttavia considerandolo abile al 100% (seppur a determinate condizioni) in attività lucrative sostitutive fisicamente meno impegnative (quali, ad esempio, portinaio, custode, sorvegliante di parcheggi e/o musei, magazziniere, piccole consegne con veicolo, vendita per corrispondenza /telefono /internet, riparazione di piccoli elettrodomestici, cassiere, venditore di biglietti, registrazione, classificazione e distribuzione della posta interna, accettazione, impiegato dell'ufficio ricevimento, standardista/telefonista, registrazione di dati/scansione ottica di documenti) a partire dal 1° gennaio 2003 (doc. 47, 47.1, 48).

In un calcolo comparativo dei redditi, l'amministrazione ha ritenuto che nell'ambito delle predette attività sostitutive l'interessato subirebbe una perdita di guadagno del 37,41% a partire dal mese di gennaio 2003 (doc. 49).

Con decisione del 24 agosto 2005 l'UAIE ha pertanto respinto la richiesta di prestazioni di A.\_\_\_\_\_ (doc. 50).

- D. Quest'ultimo, regolarmente rappresentato dal Patronato ENAS di Sant'Angelo le Fratte (Potenza), ha formulato tempestiva opposizione (pervenuta all'UAIE in data 20 settembre 2005) contro il suddetto provvedimento amministrativo, chiedendo in sostanza il riconoscimento del suo diritto a prestazioni assicurative (doc. 53). A suffragio delle sue conclusioni ha prodotto nuovamente la decisione del 4 aprile 2005 della Commissione medica per gli accertamenti degli stati di invalidità civile dell'unità sanitaria locale (USL) n. 2 di Potenza dell'Azienda sanitaria della regione Basilicata attestante un grado di invalidità del 60% (doc. 53).

Mediante decisione su opposizione del 15 febbraio 2006, l'UAIE ha respinto la predetta opposizione e confermato nel contempo la propria decisione del 24 agosto 2005 (doc. 54).

- E. Con tempestivo gravame (pervenuto alla Commissione federale di ricorso dell'AVS/AI per le persone residenti all'estero, CFR, in data 11 aprile 2006), A.\_\_\_\_\_, regolarmente rappresentato dal Patronato ENAS di Sant'Angelo le Fratte (Potenza), 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 nuovamente la decisione del 4 aprile 2005 della Commissione medica per gli accertamenti degli stati di invalidità civile dell'unità sanitaria locale (USL) n. 2 di Potenza dell'Azienda sanitaria della regione Basilicata attestante un grado di invalidità del 60% (doc. 53).
- F. Nelle sue osservazioni ricorsuali dell'8 giugno 2006 l'UAIE propone la riezione dell'impugnativa con argomenti di cui si riferirà, per quanto occorra, nei considerandi che seguono.
- G. Dopo aver preso atto delle osservazioni dell'amministrazione, il Patronato ENAS ha ribadito, con scritto pervenuto alla CFR in data 4 luglio 2006, l'intenzione del proprio assistito di mantenere il ricorso. A suffragio delle sue conclusioni ha prodotto: un certificato medico dell'11 maggio 2006 rilasciato dal servizio ospedaliero dell'ospedale S. Carlo di Potenza attestante una forma di broncopneumopatia cronica ostruttiva in paziente con ernia iatale; una cartella clinica relativa al ricovero dal 10 al 13 aprile 2006 presso la casa di cura Luccioni di Potenza per ernia iatale da scivolamento e reflusso gastroesofageo e gastroduodenite; un'ecografia con il rispettivo referto del 7 marzo 2006 attestante una patologia di steatosi epatica di grado moderato; un referto di un esame di esofagogastroduodenoscopia (EGD) e di una biopsia (endoscopica) dello stomaco del 3 marzo 2006 attestante la presenza di un'ernia iatale con abbondante reflusso gastro-esofageo; due certificati medici del 24 febbraio 2006 rilasciati dall'unità operativa oculistica del servizio ospedaliero dell'ospedale S. Carlo di Potenza attestanti una diminuzione dell'acuità

visiva; un certificato medico del 12 ottobre 2005 rilasciato dal servizio ospedaliero dell'ospedale S. Carlo di Potenza attestante una forma di broncopneumopatia cronica ostruttiva in paziente con ernia iatale; un certificato medico rilasciato dalla casa di cura Luccioni di Potenza; un verbale di ammissione ed una lettera di dimissioni relativi al ricovero dal 26 al 29 giugno 2005 presso l'unità operativa di neurochirurgia del servizio ospedaliero dell'ospedale S. Carlo di Potenza per un trauma cranico-encefalico con emorragia subaracnoidea post-traumatica; un referto di una TAC lombosacrale (L3-S1) del 12 marzo 2005 attestante una marcata protrusione discale posteriore ed un'ernia postero-mediana a livello dello spazio intersomatico L4-L5 ed una protrusione discale posteriore intraforaminale destra ed una piccola ernia posteriore mediana-paramediana sinistra a livello dello spazio intersomatico L5-S1 oltre a diffusi segni di spondiloartrosi e rotoscoliosi destra; tre certificati medici del 6 febbraio (attestante una forma di bronchite cronica ostruttiva ed un'ernia iatale con reflusso esofageo), dell'11 maggio (attestante una forma di bronchite cronica ostruttiva) e del 16 novembre 2004 rilasciati dal reparto di pneumologia del servizio ospedaliero dell'ospedale S. Carlo di Potenza.

- H. Ricevuta la replica del ricorrente, l'amministrazione ha sottoposto nuovamente gli atti al Dott. P.\_\_\_\_\_ del servizio medico regionale (SMR), il quale, alla luce della nuova documentazione prodotta, nella sua relazione del 9 ottobre 2006 (doc. 56) ha confermato integralmente il suo precedente parere del 1° luglio 2005 (doc. 47, 47.1, 48).

Con duplice del 27 ottobre 2006 l'UAIE propone, pertanto, nuovamente la riezione dell'impugnativa con argomenti di cui si riferirà, per quanto occorra, nei considerandi che seguono.

- I. In data 16 aprile 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. 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<sup>bis</sup> e 28-70), sempre che la presente legge non preveda espressamente una deroga.

Ai sensi del combinato disposto degli art. 3 lett. d<sup>bis</sup> 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.

3. Ai fini del presente giudizio occorre preliminarmente precisare, con particolare riferimento al diritto materiale, che, dal profilo temporale, sono determinanti, 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.

#### 4.

- 4.1 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).
- 4.2 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.
- 4.3 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.

- 4.4 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).
5. Il ricorrente ha presentato la richiesta di rendita il 23 ottobre 2003. 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 23 ottobre 2002 (ossia 12 mesi precedenti la presentazione della domanda), oppure se un diritto alla rendita sia sorto tra tale data ed il 15 febbraio 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<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.
- 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 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 ricorrente ha svolto l'attività di muratore stagionale dal mese di marzo del 1972 al mese di dicembre del 1973 in Svizzera e di operaio ad ore in Italia fino al 9 gennaio 2003 allorché si è ritirato per ragioni che imputa al suo stato precario di salute.

Ora, la nozione d'invalidità di cui all'art. 4 LAI e 8 LPGGA è di carattere giuridico economico, non medico (DTF 116 V 249 consid. 1b). In base all'art. 16 LPGGA, applicabile per il rinvio dell'art. 28 cpv. 2 LAI, 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 Nel caso di specie la diagnosi risulta essere articolata su più livelli temporali. Dapprima, sono state evidenziate una forma di bronchite cronica ostruttiva, gli esiti di una frattura della quarta vertebra lombare con medio impegno funzionale, un'ernia iatale da scivolamento ed una forma di steatosi epatica (cfr. perizia medica particolareggiata dell'INPS del 30 ottobre 2003: doc. 41). Successivamente sono state pure rilevate una diminuzione dell'acuità visiva ed una forma di duodenite accompagnata da reflusso gastroesofageo (cfr. documentazione medica varia allegata al ricorso in esame) oltre ad una marcata protrusione discale posteriore, un'ernia postero-mediana a livello dello spazio intersomatico L4-L5, una protrusione discale posteriore intraforaminale destra, una piccola ernia posteriore mediana-paramediana sinistra a livello dello spazio intersomatico L5-S1 ed a diffusi segni di spondiloartrosi e rotoscoliosi destra (cfr. referto di una TAC lombosacrale L3-S1 del 12 marzo 2005 allegato al ricorso in esame). Infine l'assicurato è stato ricoverato dal 26 al 29 giugno 2005 presso l'unità operativa di neurochirurgia del servizio ospedaliero dell'ospedale S. Carlo di Potenza per un trauma cranico-encefalico con emorragia subaracnoidea post-traumatica (cfr. verbale di ammissione e lettera di dimissioni allegate al ricorso in esame).

Tale diagnosi è stata ripresa pure dal Dott. P. \_\_\_\_\_ del servizio medico regionale (SMR) nei suoi rapporti del 1° luglio 2005 (doc. 47, 47.1, 48) e del 9 ottobre 2006 (doc. 56).

9.2 Per costante giurisprudenza, il giudice delle assicurazioni sociali valuta la legalità della decisione impugnata in base alla situazione di fatto esistente al momento in cui essa è stata resa (cfr. considerando 5), ritenuto che i fatti accaduti posteriormente (e che hanno modificato questa situazione) devono di regola formare oggetto di un nuovo procedimento amministrativo (DTF 129 V 4 consid. 1.2, DTF 127 V 467 consid. 1 e DTF 121 V 366 consid. 1b). Eccezionalmente, il giudice delle assicurazioni sociali può anche tener conto, per motivi d'economia procedurale, di fatti intervenuti posteriormente, a condizione che questi ultimi siano stabiliti in modo sufficientemente preciso e nella misura in cui essi siano strettamente legati all'oggetto della causa e siano suscettibili di facilitare l'accertamento delle circostanze rilevanti (DTF 105 V 161 consid. 2d, DTF 103 V 53 consid. 1, DTF 99 V 101 consid. 4; RCC 1980 pag. 263, RCC 1974 pag. 192 consid. 4, RCC 1970 pag. 582 consid. 3). In questo contesto occorre quindi tenere conto anche della documentazione medica successiva al 15 febbraio 2006 (data della decisione su opposizione qui impugnata) prodotta dal ricorrente con il gravame in oggetto.

- 9.3 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.
10. Per quanto concerne le conseguenze invalidanti del primo gruppo di affezioni menzionate, la sanitaria medica dell'INPS ha posto un tasso di invalidità parziale del 70% sia per l'ultimo lavoro svolto sia per qualsiasi altra attività confacente all'assicurato (doc. 41). Dal canto suo il Dott. P.\_\_\_\_\_ del servizio medico regionale (SMR) ha ritenuto che l'assicurato, alla luce anche del secondo gruppo di affezioni menzionate, a partire dal mese di gennaio 2003 è inabile al 100% quale manovale però è abile al 100% (seppur a determinate condizioni) in attività lucrative sostitutive fisicamente meno impegnative dal 1° gennaio 2003 (doc. 47, 47.1, 48 e 56).
- 11.
- 11.1 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).
- 11.2 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). 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; *Jurisprudence et pratique administrative* [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). In DTF 125 V 351 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 sè scevri di contraddizioni e, infine, non devono sussistere degli indizi che facciano dubitare della loro attendibilità (DTF 125 V 352). 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 354). 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).

12. Nel caso di specie, il collegio giudicante non intravede ragioni di scostarsi dalle conclusioni cui è pervenuto il Dott. P.\_\_\_\_\_ del servizio medico regionale (SMR) nei suoi rapporti del 1° luglio 2005 e del 9 ottobre 2006 (doc. 47, 47.1, 48 e 56). Egli, infatti, ha compiutamente valutato il danno alla salute lamentato dall'assicurato sulla base di accertamenti approfonditi e completi (doc. 24-40, 42-45, documentazione medica varia allegata al ricorso in esame). In particolare, nel suo rapporto del 1° luglio 2005, rileva che l'assicurato è affetto da una forma di broncopneumopatia cronica ostruttiva moderata e reversibile accompagnata da una insufficienza cardiaca (stadio II NYHA), da esiti di frattura corpo quarta vertebra lombare accompagnate da patologie degenerative cervicali e lombari (che non comportano alcuna limitazione funzionale) ed, infine, da ernia iatale e stenosi epatica (che non hanno alcuna ripercussione sulla sua capacità di lavoro). Nel suo rapporto del 9 ottobre 2006, inoltre, osserva che il ricovero dal 10 al 13 aprile 2006 e l'ecografia del 7 marzo 2006 come pure l'esame di esofagogastroduodenoscopia (EGD) e di una biopsia (endoscopica)

dello stomaco del 3 marzo 2006 attestano rispettivamente le già note patologie di ernia iatale da scivolamento e di steatosi epatica che non hanno ripercussione sulla sua capacità di lavoro. Parimenti dicasi per la diminuzione dell'acuità visiva attestata dal certificato del 24 febbraio 2006, Per quanto poi concerne il ricovero dal 26 al 29 giugno 2005 per un trauma cranico-encefalico con emorragia subaracnoidea post-traumatica rileva che l'obiettività neurologica è negativa e che è stato raccomandato un periodo di riposo a casa di un mese, senza quindi ripercussioni funzionali di lunga durata. Prende poi atto della TAC lombosacrale del 12 marzo 2005 (attestante una protrusione discale a livello dello spazio L4-L5 ed una protrusione discale con una piccola ernia posteriore sinistra a livello dello spazio intersomatico L5-S1 oltre a diffusi segni di spondiloartrosi), del certificato dell'11 maggio 2004 (attestante una forma di bronchite asmatica) e del 16 novembre 2004 (attestante un sospetto di bronchiectasie, non confermato dalla radiografia del torace effettuata durante il ricovero del 2006). Vi sono infine, i certificati medici del 12 ottobre 2005 e dell'11 maggio 2006 che confermano l'affezione di broncopneumopatia cronica ostruttiva in paziente con ernia iatale. Egli è così giunto a conclusioni logiche e motivate in merito alla totale (100%) inabilità dell'assicurato quale manovale a partire dal mese di gennaio 2003, rispettivamente alla piena capacità di lavoro (100%) del medesimo dal 1° gennaio 2003 in attività lucrative sostitutive fisicamente meno impegnative con possibilità di cambiamento di posizione (seduta – in piedi – alternata) e sollevamento pesi di massimo 10 kg, senza esposizione al rumore, polvere, intemperie, emanazione, umidità, freddo e calore quali, ad esempio, portinaio, custode, sorvegliante di parcheggi e/o musei, magazziniere, piccole consegne con veicolo, vendita per corrispondenza/telefono/internet, riparazione di piccoli elettrodomestici, cassiere, venditore di biglietti, registrazione, classificazione e distribuzione della posta interna, accettazione, impiegato dell'ufficio ricevimento, standardista/telefonista, registrazione di dati/scansione ottica di documenti.

Sulla scorta delle considerazioni che precedono il collegio giudicante è quindi dell'avviso che A. \_\_\_\_\_ non è più in grado di svolgere la sua precedente professione (manovale edile) a far tempo dal mese di gennaio 2003 ma ritiene altresì che è idoneo ad esercitare al 100% uno dei lavori non qualificati leggeri e confacente al suo stato di salute poc'anzi menzionati.

13. 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.

L'amministrazione ha tenuto conto (calcolo effettuato il 18 agosto 2005: doc. 49) di un salario mensile medio, privo di invalidità, conseguibile nel 2003 in Italia quale manovale edile di Euro 1'550.00. Sulla base dei risultati statistici dell'inchiesta ottobre 2002-2003 dell'Ufficio internazionale del lavoro di Ginevra, l'UAIE ha accertato il salario mensile medio ottenibile in attività di tipo leggero non qualificate e piú precisamente:

- magazziniere nell'ambito del commercio in generale	Euro 1'287.00;
- conduttore di camion (trasporto locale)	Euro 1'089.00;
- standardista/telefonista	Euro 1'289.00;
- cassiere nell'ambito del commercio al dettaglio	Euro 1'182.00.

Dopo di che ha considerato un salario mensile da invalido di Euro 1'212.00 al quale ha poi applicato, conformemente ai dettami della giurisprudenza consolidata in ambito di salari statistici (DTF 126 V 75, Sozialversicherungsrecht, Rechtsprechung [SVR] 1999 IV n. 6 e SVR 2000 IV n. 1), un correttivo del 20%, dato che l'assicurato ha già una certa età (nel 2003: 55 anni) e può esercitare solamente attività leggere confacenti al suo stato di salute. É così giunta ad un salario mensile medio di Euro 970.00. Il confronto fra un reddito privo di invalidità di Euro 1'212.00 ed un introito teorico dopo l'insorgenza dell'invalidità di Euro 970.00 comporta una perdita di guadagno del 37,41%  $\{[(1'550.00-970.00) \times 100] : 1'550.00\}$ , tasso che esclude il riconoscimento del diritto alla rendita AI.

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

14. Non si prelevano spese (art. 69 cpv. 2 LAI nella versione in vigore fino al 30 giugno 2006). Non vengono accordate ripetibili (art. 64 cpv. 1 PA a contrario).

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

1. Il ricorso è respinto e la decisione impugnata del 15 febbraio 2006 è confermata.
2. Non si prelevano spese processuali.
3. Non vengono assegnate indennità per spese ripetibili.
4. Comunicazione:
  - al rappresentante del ricorrente (raccomandata A/R),
  - all'autorità inferiore (n. di rif. \_\_\_\_\_),
  - all'Ufficio federale delle assicurazioni sociali.

**Rimedi di diritto:**

Avverso questa decisione può essere inoltrato entro 30 giorni ricorso in materia di diritto pubblico al Tribunale federale, Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerna (cfr. art. 82 e ss, 90 e ss, 100 della legge federale del 17 giugno 2005 sul Tribunale federale, LTF, RS 173.110). Il gravame deve contenere le conclusioni, i motivi e l'indicazione dei mezzi di prova ed essere firmato. La decisione impugnata ed i documenti indicati come mezzi di prova devono essere allegati, se sono in possesso della parte (art. 42 LTF).

La presidente del collegio:

La cancelliera:

Elena Avenati-Carpani

Paola Carcano

Data di spedizione: