



Sentenza del 29 marzo 2011

Composizione

Giudici: Francesco Parrino (presidente del collegio),
Johannes Frölicher, Elena Avenati-Carpani;
Cancelliere: Dario Croci Torti

Parti

A. _____, patrocinato dall'Avv. Giacomo Lisi,
via Stampacchia 21, IT-73100 Lecce,
ricorrente,

Contro

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

Oggetto

Assicurazione invalidità (decisione del 10 marzo 2010)

Fatti:**A.**

A._____, cittadino italiano, nato il , ha lavorato in Svizzera dal 1972 al 1995, solvendo regolari contributi all'assicurazione svizzera per la vecchiaia, i superstiti e l'invalidità (AVS/AI), durante tale periodo (doc. 6). Dopo il rimpatrio, ha lavorato come gestore di una pizzeria dal 2002 al 25 giugno 2007, data in cui ha formalmente cessato il lavoro per ragioni di salute, avendolo già notevolmente ridotto a partire dal 2005 (doc. 10).

In data 28 settembre 2006, il nominato ha formulato una domanda volta al conseguimento di una rendita dell'assicurazione svizzera per l'invalidità (doc. 1, 4). L'indagine medica relativa a questo caso aveva posto in evidenza che il richiedente era portatore di un'insufficienza renale cronica di grado marcato, severa ipertensione arteriosa con conseguente cardiopatia e retinopatia ipertensiva (cfr. la perizia medica particolareggiata del 20 novembre 2006, doc. 22). Il medico dell'Ufficio AI per gli assicurati residenti all'estero (UAI, ora Ufficio dell'assicurazione per l'invalidità per gli assicurati residenti all'estero, UAIE) ha ritenuto che l'interessato non presentava un'incapacità al lavoro di livello pensionabile nella sua precedente attività (doc. 27). Mediante decisione del 7 dicembre 2007, l'UAI ha respinto la domanda di prestazioni (doc. 29). A._____ ha presentato ricorso contro il suddetto provvedimento innanzi allo scrivente Tribunale amministrativo federale (TAF). Con sentenza del 30 marzo 2009, il TAF ha parzialmente accolto l'impugnativa ed ha rinviato gli atti all'amministrazione perché procedesse a nuove indagini mediche (doc. 43). Risultava infatti, che la documentazione oggettiva, sia cardiologica che nefrologica, era carente e non poteva essere escluso a priori che, nelle condizioni di salute descritte dai medici italiani, l'assicurato presentasse un'incapacità lavorativa di almeno il 40% nella sua precedente attività, come lo negavano invece i medici dell'UAI.

B.

L'assicurato è stato convocato e visitato presso il Servizio di accertamento medico dell'assicurazione invalidità (SAM) di Bellinzona nei giorni 5, 6 ed 8 ottobre 2009. È stato sottoposto a visite specialistiche in cardiologia (Dott. Sartori), nefrologia (Dott. Prof. Marone) e psichiatria (Dott. Bazeghy). Gli esperti incaricati hanno sostanzialmente rilevato la diagnosi invalidante di ipertensione arteriosa grave con insufficienza renale cronica da nefro-angiosclerosi, retinopatia ipertensiva e cardiopatia ipertensiva con evoluzione dilatativa reversibile nel 2005 su ripetute crisi ipertensive con cefalea, ipertrofia concentrica del ventricolo sinistro, disturbo diastolico del rilascio ed insufficienza cardiaca stadio NYHA II, sindrome da disadattamento con reazione depressiva breve. I sanitari del SAM hanno stimato che l'interessato presenta un grado d'incapacità al lavoro di gestore di bar/pizzeria del 35%. In attività più

leggere, la riduzione sarebbe limitata al 10% (doc. 85). Durante il soggiorno in Svizzera, il nominato ha dovuto essere ospedalizzato per 2 giorni (6-7 ottobre 2009) per un rialzo pressorio grave. Altri documenti sono stati esibiti e sottoposti al SAM (oltre all'incarto medico integrale) da parte dell'assicurato, quali: diversi verbali di visite nefrologiche (con allegati i risultati di esami oggettivi) del 25 ottobre 2007, 8 aprile 2008, 3 dicembre 2008, 11 marzo 2009, 27 maggio 2009, 16 settembre 2009. Figurano anche una RMN angio-addome superiore del 15 luglio 2008, un ecodoppler renale del 16 gennaio 2008, i risultati di una scintigrafia renale del 19/21 dicembre 2007 (doc. 60-84).

C.

L'incarto è stato trasmesso al Dott. Lehmann, medico dell'UAIE, il quale, nella sua relazione del 12 gennaio 2010, ha aderito al parere espresso dai medici del SAM (doc. 93).

Con progetto di decisione del 19 gennaio 2010, l'UAIE ha disposto la reiezione della domanda di rendita per carenza d'invalidità di livello pensionabile (doc. 94).

Con scritto del 18 febbraio 2010, A._____, regolarmente rappresentato dall'avv. Lisi, ha contestato il progetto di cui sopra facendo presente l'inverosimiglianza della possibilità che, a fronte delle gravi ed invalidanti patologie riscontrate, egli possa riprendere un'attività lucrativa, pur leggera che sia (doc. 98). Produce l'attestato di ricovero ospedaliero a Bellinzona dell'ottobre 2009 (doc. 97).

L'incarto è stato ritrasmesso in esame al Dott. Lehmann, il quale, nella sua relazione del 4 marzo 2010, si è riconfermato nelle sue precedenti considerazioni (doc. 100).

In data 10 marzo 2010, l'amministrazione ha emanato una decisione conformemente al progetto (doc. 101).

D.

Con il ricorso depositato il 20 aprile 2010, A._____, sempre rappresentato dall'avv. Lisi, chiede, sostanzialmente, l'annullamento del summenzionato provvedimento amministrativo e, di conseguenza, il riconoscimento del suo diritto alla rendita intera AI e, in subordine, ad una prestazione inferiore. Nulla produce a suffragio delle sue conclusioni.

Nelle sue osservazioni ricorsuali del 3 agosto 2010, l'UAIE propone la reiezione dell'impugnativa.

E.

Dopo aver preso atto della risposta dell'amministrazione e di altra documentazione di rilievo, l'avv. Lisi, con scritto spedito il 10 settembre 2010, ha ribadito l'intenzione del proprio assistito di mantenere il ricorso.

Produce, a suffragio delle sue conclusioni, un nuovo verbale di visita nefrologica del 16 dicembre 2009 (Dott.ssa Mudoni) attestante un'insufficienza renale cronica di grado III, severa ipertensione arteriosa, cardiopatia e retinopatia ipertensiva ed un altro verbale del 23 marzo 2010 (Dott.ssa Zacheo) attestante la stessa diagnosi oltre ad una ipertrofia prostatica; un rapporto di degenza ospedaliera dal 13 al 21 aprile 2010 per ipertensione resistente alla terapia farmacologica (degenza per studio di tale fenomenologia) a firma dei Prof.ri Rappelli, Dessì Fulgheri e Dott.ssa Pierini. Veniva di nuovo ricoverato presso lo stesso Istituto dal 3 al 6 maggio 2010, ove veniva precisata la diagnosi di iperaldosteronismo primitivo (da ipertrofia surrenalica destra) in paziente con ipertensione severa resistente alla terapia polifarmacologica ed insufficienza renale cronica severa.

F.

Ricevuta la replica, la documentazione è stata sottoposta in esame al Dott. Lehmann, il quale, nella sua nota del 5 ottobre 2010, ha affermato che la documentazione esibita non documenterebbe un peggioramento della capacità di lavoro dell'interessato (doc. 103). Duplicando in data 14 ottobre 2010, l'UAIE si è riconfermato nelle sue precedenti conclusioni.

G.

Con decisione incidentale del 20 ottobre 2010, il Tribunale amministrativo federale ha trasmesso alla parte ricorrente, per conoscenza, la duplice dell'UAIE ed il rapporto del Dott. Lehmann (doc. 103). Parimenti, ha invitato la stessa a versare un importo di Fr. 300.- a titolo di presunte spese processuali. Detto importo è stato versato il 26 novembre 2010 (Fr. 293.-) ed il 9 dicembre successivo (Fr. 7.-).

Diritto:

1.

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

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

2.

2.1. In virtù dell'art. 3 lett. d^{bis} PA la procedura in materia di assicurazioni sociali non è disciplinata dalla PA nella misura in cui è applicabile la legge federale del 6 ottobre 2000 sulla parte generale del diritto delle assicurazioni sociali (LPGA, RS 830.1). Giusta l'art. 1 LAI le disposizioni della LPGA sono applicabili all'assicurazione per l'invalidità (art. 1a-26^{bis} e 28-70), sempre che la presente legge non preveda espressamente una deroga.

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

2.3. Il ricorso è tempestivo e rispetta i requisiti minimi prescritti dalla legge (art. 60 LPGA e 52 PA). L'interessato ha versato l'anticipo relativo alle presunte spese processuali di Fr. 300.-. Il gravame è dunque ammissibile, nulla ostando all'esame del merito dello stesso.

3.

3.1. Il 1° giugno 2002 sono entrati in vigore l'Accordo tra la Confederazione svizzera, da una parte, e la Comunità europea ed i suoi Stati membri, dall'altra, sulla libera circolazione delle persone del 21 giugno 1999 (ALC, RS 0.142.112.681) ed il correlato Allegato II che regola il coordinamento dei sistemi di sicurezza sociale nonché il Regolamento (CEE) n° 1408/71 del Consiglio del 14 giugno 1971 relativo all'applicazione dei regimi di sicurezza sociale ai lavoratori subordinati, ai lavoratori autonomi e ai loro familiari che si spostano all'interno della Comunità (RS 0.831.109.268.1) come pure il corrispondente Regolamento di applicazione (Regolamento CEE n° 574/72 del Consiglio del 21 marzo 1972 relativo all'applicazione del Regolamento n° 1408/71, RS 0.831.109.268.11). Si tratta di una normativa che si applica a tutte le rendite il cui diritto sorge a far data dal 1° giugno 2002 o successivamente e che sancisce il principio della parità di trattamento tra cittadini che risiedono in uno Stato membro della Comunità europea ed i cittadini svizzeri (art. 3 e 6 del Regolamento CEE n° 1408/71).

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

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

4.

Relativamente al diritto applicabile, deve essere ancora precisato che, a partire dal 1° gennaio 2008, la presente procedura è retta dalla LAI nel suo tenore modificato il 6 ottobre 2006 (V revisione), ritenuto tuttavia il principio secondo il quale le norme applicabili sono quelle in vigore al momento in cui dei fatti giuridicamente rilevanti si sono verificati (ATF 130 V 445 consid. 1.2). Ne consegue che, il diritto alla rendita si esamina fino al 31 dicembre 2007 alla luce delle precedenti norme e, a partire da quella data, secondo le nuove disposizioni.

5.

Il ricorrente ha presentato la domanda di rendita il 28 settembre 2006. In deroga all'art. 24 LPGA, l'art. 48 cpv. 2 LAI (nel suo tenore in vigore fino al 31 dicembre 2007) precisa che, se l'assicurato si annuncia più di 12 mesi dopo la nascita del diritto, le prestazioni possono essere assegnate soltanto per i 12 mesi precedenti la richiesta. In concreto, lo scrivente Tribunale amministrativo federale può quindi limitarsi ad esaminare se il ricorrente avesse diritto ad una rendita il 28 settembre 2005 (ossia 12 mesi precedenti la presentazione della domanda), oppure se un diritto alla rendita sia sorto tra tale data ed il 10 marzo 2010, data dell'impugnata decisione. Il giudice delle assicurazioni sociali analizza, infatti, la legalità della decisione impugnata, in generale, secondo lo stato di fatto esistente al momento in cui la decisione in lite è stata resa (DTF 130 V 445 consid. 1.2 e 1.2.1).

6.

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

- essere invalido ai sensi della legge svizzera;

- aver versato contributi all'AVS/AI svizzera per un anno (art. 36 LAI nel tenore in vigore fino al 31 dicembre 2007). A partire dal 1° gennaio 2008, è tuttavia necessario avere versato contributi durante almeno 3 anni (art. 36 LAI nel tenore modificato il 6 ottobre 2006). A tal fine è possibile prendere in considerazione anche i contributi versati ad un'assicurazione sociale assimilata di uno Stato membro dell'Unione europea (UE) o dell'Associazione europea di libero scambio (AELS), a condizione che almeno un anno di contributi sia registrato all'AVS/AI svizzera (FF 2005 p. 4065; art. 45 del regolamento 1408/71).

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

7.

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

7.2. L'assicurato ha diritto ad una rendita intera se è invalido per almeno il 70%, a tre quarti di rendita se è invalido per almeno il 60%, ad una mezza rendita se è invalido per almeno la metà e ad un quarto di rendita se è invalido per almeno il 40% (art. 28 cpv. 1 LAI; art. 28 cpv. 2 LAI a partire dal 1° gennaio 2008). In seguito all'entrata in vigore dell'Accordo bilaterale, la limitazione prevista dall'art. 28 cpv. 1^{ter} LAI (art. 29 cpv. 4 a partire dal 1° gennaio 2008), secondo il quale le rendite per un grado d'invalidità inferiore al 50% sono versate solo ad assicurati che sono domiciliati e dimorano abitualmente in Svizzera (art. 13 LPGA), non è più applicabile quando l'assicurato è cittadino svizzero o dell'UE e vi risiede.

7.3. Il diritto alla rendita, secondo l'art. 29 cpv. 1 LAI, nasce, al più presto, nel momento in cui l'assicurato presenta un'incapacità permanente di guadagno pari almeno al 40% (lettera a), oppure quando egli è stato per un anno e senza notevoli interruzioni, incapace al lavoro per almeno il 40% in media (lettera b). La prima lettera si applica allorché lo stato di salute dell'assicurato si è stabilizzato; la seconda se lo stato di salute è labile, vale a dire suscettibile di evolvere verso un miglioramento od un peggioramento (DTF 121 V 264, 111 V 21 consid. 2b). A partire dal 1° gennaio 2008, l'art. 28 cpv. 1 LAI stabilisce che l'assicurato ha diritto ad

una rendita alle seguenti condizioni: a. la sua capacità di guadagno o la sua capacità di svolgere le mansioni consuete non può essere ristabilita, mantenuta o migliorata mediante provvedimenti d'integrazione ragionevolmente esigibili; b. ha avuto un'incapacità di lavoro (art. 6 LPGGA) almeno del 40% in media durante un anno senza notevole interruzione; e c. al termine di questo anno è invalido almeno al 40%.

7.4. Per incapacità al lavoro s'intende qualsiasi incapacità, totale o parziale, derivante da un danno alla salute fisica, mentale o psichica di compiere un lavoro ragionevolmente esigibile nella professione o nel campo di attività abituale. In caso d'incapacità al lavoro di lunga durata possono essere prese in considerazione anche le mansioni esigibili in un'altra professione o campo d'attività (art. 6 LPGGA). L'incapacità al guadagno è definita all'art. 7 LPGGA e consiste nella perdita, totale o parziale, della possibilità di guadagno sul mercato del lavoro equilibrato che entra in considerazione, provocata da un danno alla salute fisica, mentale o psichica e che perdura dopo aver sottoposto l'assicurato alle cure ed alle misure d'integrazione ragionevolmente esigibili. Per valutare la presenza di un'incapacità al guadagno sono considerate esclusivamente le conseguenze del danno alla salute; inoltre, sussiste un'incapacità al guadagno soltanto se essa non è obiettivamente superabile (art. 7 cpv. 2 LPGGA nel suo nuovo tenore dal 1° gennaio 2008).

8.

8.1. In Svizzera l'interessato ha lavorato come manovale edile e, dal 1978 in poi, come operaio nel settore della metal-costruzione. Dopo il rimpatrio del 1995, ha effettuato dei lavori saltuari di manovalanza edile (1995-2002). Nel 2002 ha rilevato un bar e pizzeria (la sera), con orario di lavoro prolungato ed un giorno di riposo settimanale (cfr. anamnesi professionale alla pag. 6 della perizia SAM del 29 dicembre 2009, doc. 90). Nei primi mesi del 2005 ha cominciato a presentare problemi di salute ed il suo impegno nell'esercizio pubblico si è ridotto progressivamente. Ha trasferito l'attività ad uno dei figli (B._____) con atto del 25 giugno 2007 (doc. 10, 11).

8.2. La nozione d'invalidità di cui all'art. 4 LAI e 8 LPGGA è di carattere giuridico economico, non medico (DTF 116 V 249 consid. 1b). In base all'art. 16 LPGGA, applicabile per il rinvio dell'art. 28 cpv. 2 LAI (art. 28a

cpv. 1 a partire dal 1° gennaio 2008), per valutare il grado d'invalidità, il reddito che l'assicurato potrebbe conseguire esercitando l'attività ragionevolmente esigibile da lui dopo la cura medica e l'eventuale esecuzione di provvedimenti d'integrazione (reddito da invalido), tenuto conto di una situazione equilibrata del mercato del lavoro, è confrontato con il reddito che egli avrebbe potuto ottenere se non fosse diventato invalido (reddito da valido). In altri termini l'assicurazione svizzera per l'invalidità risarcisce soltanto la perdita economica che deriva da un danno alla salute fisica o psichica dovuto a malattia o infortunio, non la malattia o la conseguente incapacità lavorativa (metodo generale del raffronto dei redditi).

In carenza di documentazione economica, la documentazione medica costituisce un importante elemento di giudizio per determinare quali lavori siano ancora esigibili dall'assicurato, ma non spetta al medico graduare il grado d'invalidità dell'assicurato (DTF 114 V 314). Infatti, per costante giurisprudenza le certificazioni mediche possono costituire importanti elementi d'apprezzamento del danno invalidante, allorché permettono di valutare l'incapacità lavorativa e di guadagno dell'interessato in un'attività da lui ragionevolmente esigibile (DTF 115 V 134 consid. 2, 114 V 314 consid. 3c).

9.

9.1. Nel caso in esame, già nell'ottobre 2005 (ospedalizzazione) veniva posta una diagnosi di cardiopatia ipertensiva ad evoluzione dilatativa con compromissione lieve-media della funzione sistolica globale derivante da ipertensione arteriosa, ipertensione polmonare secondaria, insufficienza renale cronica. Nel novembre 2006, il medico dell'INPS rilevava un'insufficienza renale cronica marcata, ipertensione arteriosa severa con cardiopatia e retinopatia ipertensive.

In occasione della visita al SAM di Bellinzona è stata rilevata la seguente diagnosi invalidante: ipertensione arteriosa grave con insufficienza renale cronica da nefroangiosclerosi, retinopatia ipertensiva e cardiopatia ipertensiva con evoluzione dilatativa reversibile nel 2005 su ripetute crisi ipertensive con cefalea, ipertrofia concentrica del ventricolo sinistro con disturbo diastolico del rilascio ed insufficienza cardiaca stadio funzionale NYHA II, sindrome da disadattamento con reazione depressiva breve. Sussiste anche un elemento diagnostico non necessariamente invalidante consistente in un'obesità con BMI 32 kg/al mq.

In sede di replica viene accertato da specialisti che il paziente soffre di un iperaldosteronismo primitivo da ipertrofia surrenalica destra in paziente con insufficienza renale cronica severa ed ipertensione arteriosa severa (cfr. 2 lettere di dimissione ospedaliera del Centro di ipertensione e prevenzione cardiovascolare di Ancona, del 21 aprile e 6 maggio 2010).

9.2. Giova ricordare che le affezioni in oggetto debbono, dal profilo giuridico, essere esaminate alla luce dell'art. 29 cpv. 1 lett. b LAI (nella versione in vigore fino al 31 dicembre 2007). Trattasi, infatti, di malattie che, per costante giurisprudenza, sono da configurare non già di carattere permanente (cioè di natura consolidata o irreversibile), bensì patologico-labile, ossia suscettibili di migliorare o peggiorare.

Ne discende che, in mancanza di uno stato di salute sufficientemente stabilizzato, è inapplicabile la prima lettera dell'art. 29 cpv. 1 LAI, per cui può entrare in considerazione solo la seconda lettera della citata norma legale, la quale prevede un termine d'attesa di un anno. Pertanto, il ricorrente potrebbe pretendere una rendita dell'assicurazione svizzera per l'invalidità solo a partire dal momento in cui ha subito, senza interruzione notevole, un'incapacità lavorativa media del 40% almeno durante un anno.

10.

10.1. Per quanto concerne le conseguenze invalidanti delle menzionate affezioni, nella sentenza del 30 marzo 2009, il TAF aveva rilevato la mancanza di documentazione oggettiva ad atti. Si era allora annotato che l'ipertensione era costantemente di grado notevolmente elevato, ciò che spiegava ed oggettivava le doglianze soggettive dell'assicurato, quali capogiri, astenia, spossatezza, dolori ai polpacci, perdita di coscienza, edemi declivi. Non poteva quindi essere escluso che l'assicurato presentasse un'incapacità lavorativa di almeno il 40% nella sua precedente attività in pizzeria dato lo stress e l'orario nel suo lavoro.

10.2. L'indagine medica presso il SAM ha confermato la gravità della situazione.

Va qui rilevato che una perizia richiesta dall'UAIE (in casu un servizio di accertamento medico specifico dell'assicurazione per l'invalidità) non può essere scartata adducendo che si tratta di un referto di parte. Infatti, la legge attribuisce all'amministrazione il compito di istruire le domande di rendita, procurandosi gli atti necessari, in particolare circa lo stato di salute, l'attività, la capacità di lavoro e l'idoneità all'integrazione dei richiedenti. A tale scopo possono essere domandati rapporti e informazioni, ordinate perizie, eseguiti sopralluoghi e consultati specialisti dell'aiuto pubblico o privato agli invalidi (art. 69 cpv. 2 OAI). In questo contesto l'Ufficio AI agisce quale organo amministrativo preposto all'attuazione della legge, sicché le perizie ordinate in adempimento di questo compito non possono essere considerate di parte o non conclusive alla luce di altri referti (DTF 123 V 175 e 122 V 157). Il Tribunale federale ha inoltre precisato che deve essere considerata rilevante una perizia affidata al SAM, negando che tale servizio medico possa essere considerato parte in causa per sussistenza di un vincolo per cui l'istituto medesimo sarebbe obbligato a tenere in particolare considerazione gli interessi specifici dell'assicurazione per l'invalidità. Determinante è invece la circostanza che la perizia del SAM rispetti tutti i principi concernenti la valutazione medica dell'invalidità. Infatti, per quanto concerne il valore probatorio d'un rapporto medico va in particolare

accertato se il rapporto è completo per quanto riguarda i temi sollevati, se si riferisce ad esami approfonditi, se tiene conto delle censure del paziente, se è stato redatto con conoscenza della pregressa vicenda valetudinaria (anamnesi), se è chiaro nella presentazione del contesto medico e, infine, se le conclusioni a cui giunge sono fondate. Elemento determinante dal profilo probatorio non è in linea di principio l'origine del mezzo di prova né la designazione del materiale probatorio quale rapporto o di perizia, bensì il suo contenuto (DTF 125 V 352 consid. 3a, 122 V 160 consid. 1c).

10.3. Secondo il SAM l'interessato è inabile nel precedente lavoro di gerente di bar/pizzeria in misura del 35% e in attività sostitutive leggere in misura del 10%.

10.3.1. Lo scrivente Tribunale rileva in primo luogo che lo stesso nefrologo Dott. Marone è sorpreso dall'alta pressione arteriosa del paziente, nonostante questi segua una terapia severa e di alto dosaggio. Egli suggerisce un altro tipo di approccio terapeutico. Il paziente, continua lo specialista, nonostante una cura così importante, presenta sempre degli effetti secondari all'ipertensione quali edemi alle gambe, ortostasi (mancanza d'equilibrio), stanchezza, sonnolenza, impotenza. Non può peraltro passare per inosservato il fatto che, nei giorni stessi in cui il nominato si è presentato al SAM, ove era previsto che fosse alloggiato in albergo, egli è stato invece ricoverato, data la gravità della situazione. Un rialzo pressorio improvviso e notevole (250/120 mmHg) si era verificato prima che il paziente fosse sottoposto alla prova al cicloergometro e ciò in costanza di terapia anti-ipertensiva cospicua. L'incontrollabilità della pressione arteriosa è confermata nei numerosi rapporti di visita nefrologica ad atti dal 2007 in poi (Dott.ssa Zacheo). Il Dott. Marone ha posto un tasso di riduzione della capacità di lavoro del 30/40% che i medici relatori (nel rapporto finale) hanno espresso in una media del 35%. Tuttavia, il Dott. Marone non indica a quali attività ci si debba riferire. Questa precisazione è fornita dagli estensori del rapporto finale del 29 dicembre 2009, secondo i quali l'interessato presenterebbe un'incapacità lavorativa del 35% nell'ambito del precedente lavoro. Questo non è certo e, peraltro, non è verosimile a fronte della gravità della patologia in atto. Riassumendo quindi, lo specialista in nefrologia non ha tanto insistito sull'affezione renale in quanto tale, peraltro conseguente all'ipertensione (insufficienza renale cronica da discutere e verificarne l'eziologia), quanto piuttosto sul carattere severo ed instabile ed invalidante dell'ipertensione stessa.

10.3.2. Il Dott. Sartori (cardiologo) rileva un'ipertensione stadio III (superiore a 180 mmHg), definita anche severa o grave, con ripetute crisi ipertensive con cefalea, oltre ad un danno cardiologico consistente in

un'ipertrofia concentrica del ventricolo sinistro con disturbo diastolico del rilascio, insufficienza cardiaca classe NYHA II, ectasia della radice aortica. Date le sue condizioni, il peritando non ha potuto sottoporsi alla prova al cicloergometro, mentre l'ecocardiogramma ha rilevato i disturbi menzionati ed una frazione di eiezione del 51%. Anche lo stesso specialista cardiologo riconosce che il peritando, nonostante le cure, presenta frequenti accessi ipertensivi sintomatici con cefalea e sintomatologia ortostatica documentata. Malgrado questo quadro patologico, il Dott. Sartori ritiene l'assicurato in grado di riprendere un'attività leggera al 100%. Ora, non si vede come una persona che presenta tale sintomatologia oggettivata e grave, possa svolgere un regolare lavoro. Secondo il Dott. Sartori, comunque, vista la grave ipertensione arteriosa, con frequenti esacerbazioni sintomatiche, sarebbe giustificato riconoscere un'incapacità lavorativa del 30% nei lavori della ristorazione, qualora la terapia in corso non dovesse stabilizzare i valori pressori. Questa ipotesi è tuttavia smentita dal fatto che gli alti valori pressori non sono stati stabilizzati e che dal 2005/2006 sono molto elevati.

10.3.3. La gravità e l'instabilità della situazione sono state confermate in sede di replica. Vero è che per lo scrivente Tribunale è determinante lo stato di fatto esistente fino alla data della decisione impugnata: esami e documenti medici stilati dopo tale data, di regola, non potrebbero essere presi in considerazione. È comunque evidente che il giudice può tenere conto di fatti verificatisi dopo la data della decisione impugnata quando essi possono imporsi quali elementi di accertamento retrospettivo di una situazione anteriore (cfr. in questo senso anche il Tribunale federale in DTF 121 V 366 consid. 1b, 116 V 248 consid. 1a). Ora, a fronte di una costante severa ipertensione, ribelle ad intensa terapia, confermata in visite di controllo sempre più frequenti, data la gravità della patologia in atto (rapporti della Dott.sa Zacheo del 16 dicembre 2009 e 23 marzo 2010), il nominato è stato ospedalizzato (programmato) dal 13 al 21 aprile 2010 e dal 3 al 6 maggio successivo presso un centro specializzato (cura dell'ipertensione e prevenzione cardiovascolare ad Ancona). Nel corso di queste degenze è stata posta la diagnosi di iperaldosteronismo primitivo da ipertrofia surrenalica destra in paziente con insufficienza renale cronica severa ed ipertensione arteriosa severa. Il beneficio clinico, con la nuova terapia è ritenuto discreto (pressione di 169/95 mmHg), ma non è detto che sarà costante.

10.3.4. Questi nuovi documenti prodotti, strettamente legati alla patologia di cui l'insorgente è portatore dal 2005, attestano la gravità ed il protrarsi

dell'affezione in atto ed inducono questo collegio giudicante a ritenere che il caso non è stato adeguatamente valutato. Le conclusioni alle quali sono giunti i medici del SAM, che ritengono un'incapacità lavorativa del 35%, dovrebbero fare l'oggetto di un nuovo esame. Come già si ricordava nel precedente giudizio del 30 marzo 2009, difficile è condividere il parere che l'assicurato potrebbe riprendere il suo lavoro di gestore del bar/pizzeria in misura del 65%. Questo giudizio, alla luce della sintomatologia accertata ed oggettivata, non può essere confermato senza procedere ad un'ulteriore valutazione medica. Anche in attività sostitutive leggere e semisedentarie che siano, nonostante il parere dei medici del SAM, non è verosimile che una persona portatrice della sintomatologia e della fenomenologia ricordate possa svolgere un'attività a tempo pieno o al 90%. Parimenti, si dovrebbe investigare sugli effetti collaterali dovuti alla massiccia terapia farmacologica in corso.

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

11.

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

11.2. L'UAIE dovrà quindi completare l'istruttoria delucidando la situazione medica per il periodo dal 2005/2007 (data di riduzione e cessazione dell'attività lucrativa) fino alla data dell'impugnata decisione (10 marzo 2010). L'UAIE emanerà poi un nuovo provvedimento impugnabile.

A tale fine il ricorrente dovrà essere sottoposto ad una perizia approfondita in cardiologia e nefrologia accompagnata da tutti quegli esami clinici/strumentali che il caso richiede, ad una nuova perizia medica particolareggiata aggiornata (E 213), accompagnata anch'essa dagli esami essenziali a seconda delle patologie riscontrate. L'incarto sarà poi inviato in esame al servizio medico dell'UAIE il quale si pronuncerà in merito all'evoluzione dell'incapacità al lavoro fra l'inizio del 2005 ed il 10 marzo 2010, data della decisione impugnata, nonché in merito all'attività professionale che il ricorrente avrebbe potuto espletare nel periodo suddetto.

Se del caso, l'Autorità amministrativa effettuerà poi un'adeguata e circostanziata indagine comparativa dei redditi.

12.

12.1. Visto l'esito del ricorso, non vengono prelevate spese processuali. L'anticipo per le spese processuali di Fr. 300.- è restituito al ricorrente.

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

Per questi motivi, il Tribunale amministrativo federale pronuncia:

1.

Il ricorso è parzialmente accolto nel senso che, annullata l'impugnata decisione del 10 marzo 2010, gli atti sono rinviati all'autorità inferiore, perché proceda ai sensi del considerando 11 e statuisca di nuovo.

2.

Non si prelevano spese processuali. L'anticipo di Fr. 300.- versato dal ricorrente gli è restituito.

3.

Alla parte ricorrente viene riconosciuta un'indennità per spese ripetibili di Fr. 1'000.-, la quale è posta a carico dell'autorità inferiore.

4.

Comunicazione a:

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

I rimedi giuridici sono indicati alla pagina seguente.

Il presidente del collegio:

Il cancelliere:

Francesco Parrino

Dario Croci Torti

Rimedi giuridici:

Contro la presente decisione può essere interposto ricorso in materia di diritto pubblico al Tribunale federale, Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerna, entro un termine di 30 giorni dalla sua notificazione, nella misura in cui sono adempiute le condizioni di cui agli art. 82 e segg., 90 e segg. e 100 della legge sul Tribunale federale del 17 giugno 2005 (LTF, RS 173.110). Gli atti scritti devono contenere le conclusioni, i motivi e l'indicazione dei mezzi di prova ed essere firmati. La decisione impugnata e – se in possesso della parte ricorrente – i documenti indicati come mezzi di prova devono essere allegati (art. 42 LTF).

Data di spedizione: