



---

Corte III  
C-2968/2007  
{T 0/2}

## **Sentenza del 26 marzo 2009**

---

Composizione

Giudici Elena Avenati-Carpani (presidente del collegio),  
Vito Valenti, Francesco Parrino,  
cancelliere Dario Quirici.

---

Parti

A. \_\_\_\_\_,  
ricorrente,

contro

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

---

Oggetto

Assicurazione per l'invalidità.

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

A.\_\_\_\_\_, cittadino italiano, nato il (...), coniugato dal (...), ha lavorato in Svizzera quale stagionale dal 1969 al 1974, dal 1987 al 1993 e dal 2001 al 2002, da ultimo nel settore alberghiero, ed ha versato regolari contributi all'assicurazione svizzera per la vecchiaia, i superstiti e l'invalidità (AVS/AI) durante tali periodi. Rientrato in Italia ha lavorato quale commerciante e/o gestore di bar/paninoteca/pub fino al 29 dicembre 2006 allorquando ha cessato definitivamente la propria attività lavorativa da indipendente per motivi che imputa al suo precario stato di salute. È al beneficio di una pensione d'invalidità italiana dal 1° aprile 2005. In data 10 agosto 2005, A.\_\_\_\_\_ ha formulato una richiesta volta al conseguimento di una prestazione dell'assicurazione svizzera per l'invalidità (doc. 1-18 e 85).

Il richiedente è stato visitato il 15 novembre 2005 presso i servizi medici dell'Istituto nazionale della previdenza sociale (INPS) di (...), ove il sanitario incaricato ha diagnosticato "epatopatia cronica HBV, HCV, alcool correlata; diabete mellito tipo II; dislipidemia mista; ipertensione arteriosa e lieve insufficienza renale" e, dopo aver precisato che l'assicurato è in grado di svolgere regolarmente lavori leggeri come pure il suo ultimo lavoro ed un'attività lavorativa adeguata a tempo pieno, ha posto un tasso di invalidità del 70% per qualsiasi attività lavorativa secondo le disposizioni di legge del Paese di residenza (doc. 57). Nell'ambito di tale richiesta è stato esibito un insieme di documenti medici obiettivi (referti di esami ematocromatici, ecografie, radiografie, esami elettrocardiografici, esami neuropsichici ed elettroencefalografici, TAC spinale C4-C7, TC spinale L2/S1, TC cranio, svariati certificati medici, un biglietto di reparto, ecc.) relativi all'anno 1972, allorquando l'assicurato è rimasto vittima di un incidente stradale a seguito del quale ha riportato un trauma cranico commotivo e fino al 2006 (doc. 20-56).

Nel corso dell'istruttoria l'amministrazione ha assunto agli atti anche il questionario per l'assicurato ed il questionario per gli indipendenti, ambedue del 3 marzo 2006 (doc. 12 e 18).

**B.**

Nel suo rapporto del 13 luglio 2006, il Dott. B.\_\_\_\_\_ del Servizio medico regionale (SMR), ha posto la diagnosi principale di "epatopatia

cronica con infezione cronica HBV e HBC" e secondaria (con ripercussioni sulla capacità lavorativa) di "problemi degenerativi del rachide ed iniziale gonartrosi" e (senza ripercussioni sulla capacità lavorativa) di "diabete mellito II; obesità; HTA; problemi depressivi nell'aprile del 2005 e TCC nel 1992" ed è giunto alla conclusione che l'assicurato è abile al 100% nell'attività abituale di gestore di bar/paninoteca/pub (doc. 59).

### C.

Mediante progetto di decisione del 28 luglio 2006 l'Ufficio dell'assicurazione per l'invalidità per gli assicurati residenti all'estero (UAIE) ha comunicato all'assicurato che la sua richiesta di prestazioni avrebbe dovuto essere respinta per carenza d'invalidità di grado pensionabile (doc. 60).

Con scritto del 22 settembre 2006, rimesso alle poste italiane il 29 successivo e pervenuto all'amministrazione in data 12 ottobre 2006, l'assicurato chiede il riconoscimento del diritto a prestazioni assicurative sussistendo un'invalidità superiore al 70% e produce un nuovo insieme di documenti medici e, più precisamente: un certificato del 12 settembre 2006 del Dott. S.\_\_\_\_\_, il quale evidenzia un "ulteriore e recente decadimento delle condizioni generali del paziente con ulteriore compromissione delle capacità lavorative" ed un parere medico-legale del 13 settembre 2006 del Dott. M.\_\_\_\_\_ il quale ritiene la capacità lavorativa del paziente inferiore ad un terzo (doc. 69, 74-76).

Mediante decisione del 5 ottobre 2006 l'UAIE ha respinto la richiesta di prestazioni dell'assicurato per carenza d'invalidità di grado pensionabile (doc. 64) mentre, con scritto del 17 ottobre 2006, ha accusato ricevuta dell'opposizione dell'assicurato invitandolo nel contempo a considerare senza oggetto la predetta decisione (doc. 73).

L'amministrazione ha quindi sottoposto nuovamente gli atti al Dott. B.\_\_\_\_\_ che, nel suo rapporto medico del 22 novembre 2006, fondandosi sull'incarto aggiornato, ha aggiunto alla diagnosi principale di "epatopatia cronica con infezione cronica HBV e HBC" anche quella di "problemi depressivi" rilevando nel contempo la necessità di completare ulteriormente l'istruttoria tramite l'acquisizione agli atti di un rapporto psichiatrico dettagliato (doc. 79).

L'amministrazione ha quindi assunto agli atti un modulo 213

aggiornato al 23 gennaio 2007 giusta il quale l'assicurato risulta essere affetto da diabete mellito tipo II con dislipidemia in precario compenso nonostante la terapia; epatopatia cronica a eziologia mista (HBV-HCV-Alcool); malattia artrosica diffusa; disturbo dell'adattamento con ansia e umore depresso e nel quale il sanitario incaricato, dopo aver precisato che l'assicurato è in grado di svolgere regolarmente lavori leggeri, ha posto un tasso di invalidità del 67% dal 1° aprile 2006 per qualsiasi attività lavorativa (doc. 86). Sono stati esibiti i referti di una visita neurologica (diagnosi: remoto trauma cranico fratturativo in sede parietale sinistra con riferiti episodi critici mal definiti e comunque mai trattati con terapia specifica anticomiziale; diabete mellito NID; cervico disco artrosi) e di una visita psichiatrica (diagnosi: disturbo dell'adattamento con ansia e umore depresso), ambedue del 14 dicembre 2006 (doc. 87 e 88).

Chiamato a pronunciarsi, il Dott. B.\_\_\_\_\_, nel suo rapporto medico del 14 marzo 2007, dopo aver precisato la diagnosi principale specificando che l'assicurato soffre di "disturbo dell'adattamento con ansia e umore depresso", ha confermato integralmente le sue precedenti prese di posizione del 13 luglio e del 22 novembre 2006, ritenendo l'assicurato abile al 100% nell'attività abituale di gestore di bar/paninoteca/pub (doc.91).

Mediante decisione del 16 marzo 2007 l'amministrazione ha quindi respinto la richiesta di prestazioni dell'assicurato per carenza d'invalidità di grado pensionabile (doc. 92).

#### **D.**

Con gravame del 27 aprile 2007, depositato alla posta lo stesso giorno, A.\_\_\_\_\_, regolarmente rappresentato dal Patronato INCA di Basilea, chiede, sostanzialmente, l'annullamento del summenzionato provvedimento amministrativo e, di conseguenza, il riconoscimento del suo diritto ad una rendita di invalidità. A suffragio delle sue conclusioni produce una relazione medica del 20 aprile 2007 del Dott. P.\_\_\_\_\_ il quale ritiene il paziente assolutamente incapace di svolgere un'attività lavorativa essendo assolutamente impossibilitato alla capacità concentrativa richiesta per periodi prolungati. L'assicurato, con scritto del 29 maggio 2007, produce altresì un certificato medico del 21 maggio 2007 del Dott. S.\_\_\_\_\_, il quale evidenzia un "ulteriore decadimento delle condizioni generali del paziente con compromissione delle capacità lavorative".

L'amministrazione ha risottoposto gli atti al Dott. B. \_\_\_\_\_ il quale, nel suo rapporto del 17 ottobre 2007, fondandosi sull'incarto aggiornato, ha ribadito integralmente le sue precedenti prese di posizione (doc. 94).

Nelle osservazioni responsive dell'11 settembre 2007 e nel rispettivo complemento del 22 ottobre 2007 l'amministrazione propone quindi la reiezione dell'impugnativa con argomenti di cui si riferirà, per quanto occorra, nei considerandi che seguono.

Con scritti del 25 settembre e del 14 novembre 2007 il ricorrente ha ribadito la propria posizione processuale.

In data 10 dicembre 2007/3 gennaio 2008, egli ha versato l'anticipo di 300.-- franchi equivalente alle presunte spese processuali.

## **Diritto:**

### **1.**

In virtù dell'art. 31 della legge sul Tribunale amministrativo federale del 17 giugno 2005 (LTAF, RS 173.32), questo tribunale giudica i ricorsi contro le decisioni ai sensi dell'art. 5 della legge federale sulla procedura amministrativa del 20 dicembre 1968 (PA, RS 172.021) emanate dalle autorità menzionate all'art. 33 LTAF, riservate le eccezioni di cui all'art. 32 LTAF. In particolare, le decisioni rese dall'UAIE concernenti l'assicurazione per l'invalidità possono essere portate innanzi al TAF conformemente all'art. 69 cpv. 1 lett. b della legge federale sull'assicurazione per l'invalidità del 19 giugno 1959 (LAI, RS 831.20).

### **2.**

**2.1** Il 1° giugno 2002 sono entrati in vigore l'Accordo tra la Confederazione svizzera, da una parte, e la Comunità europea ed i suoi Stati membri, dall'altra, sulla libera circolazione delle persone del 21 giugno 1999 (ALC, RS 0.142.112.681) ed il correlato Allegato II che regola il coordinamento dei sistemi di sicurezza sociale nonché il Regolamento (CEE) n° 1408/71 del Consiglio del 14 giugno 1971 relativo all'applicazione dei regimi di sicurezza sociale ai lavoratori

subordinati, ai lavoratori autonomi e ai loro familiari che si spostano all'interno della Comunità (RS 0.831.109.268.1) come pure il corrispondente Regolamento di applicazione (Regolamento CEE n° 574/72 del Consiglio del 21 marzo 1972 relativo all'applicazione del Regolamento n° 1408/71, RS 0.831.109.268.11). Trattasi di una normativa che si applica a tutte le rendite il cui diritto sorge a far data dal 1° giugno 2002 o successivamente e che sancisce il principio della parità di trattamento tra cittadini che risiedono in uno Stato membro della Comunità europea ed i cittadini svizzeri (art. 3 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 (DTF 130 V 257 consid. 2.4).

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

### **3.**

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

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

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

**4.**

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

**5.**

Il ricorrente ha presentato la richiesta di rendita il 10 agosto 2005. 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 può quindi limitarsi ad esaminare se il ricorrente avesse diritto ad una rendita il 10 agosto 2004 (ossia 12 mesi precedenti la presentazione della domanda), oppure se un diritto alla rendita sia sorto tra tale data ed il 16 marzo 2007, data della decisione impugnata. 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 due condizioni: essere invalido ai sensi della legge svizzera ed aver versato contributi all'AVS/AI svizzera durante un anno intero almeno (art. 36 cpv. 1 LAI).

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 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). In seguito all'entrata in vigore dell'Accordo bilaterale, la limitazione prevista dall'art. 28 cpv. 1ter 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.

**8.1** 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; 110 V 275, 105 V 207). 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 (reddito da invalido), tenuto conto di una situazione equilibrata del mercato del lavoro, è confrontato con il reddito che egli avrebbe potuto ottenere se non fosse diventato invalido (reddito da valido). In altri termini l'assicurazione svizzera per l'invalidità risarcisce soltanto la perdita economica che deriva da un danno alla salute fisica o psichica dovuto a malattia o infortunio, non la malattia o la conseguente incapacità lavorativa (metodo generale del raffronto dei redditi; DTF 128 V 30, 104 V 136; Pratique VSI 2000 p. 84). La documentazione medica costituisce un importante elemento di giudizio per determinare quali lavori siano ancora ragionevolmente esigibili dall'assicurato, ma non spetta al medico graduare l'invalidità dell'assicurato (DTF 114 V 314, 105 V 158).

**8.2** Ai fini del presente giudizio occorre precisare che, nei casi in cui stabilire i redditi risulta particolarmente difficile, la giurisprudenza ammette che la graduazione dell'invalidità avvenga eccezionalmente secondo il metodo straordinario. Per quanto concerne la fissazione del grado di incapacità al guadagno degli indipendenti, la giurisprudenza federale, ha già stabilito che l'invalidità è fissata secondo la riduzione del rendimento nella situazione concreta in cui viene svolta l'attività e quindi considerando le ripercussioni economiche di questa riduzione. In base a questo metodo dapprima si constata l'impedimento dovuto al danno alla salute, poi si valutano gli effetti di tale impedimento sull'incapacità di guadagno (metodo straordinario). Una determinata limitazione della capacità produttiva funzionale può, quindi, non produrre una perdita di guadagno della medesima entità (sentenza del 17 giugno 2008 del Tribunale federale 9C\_580/2007 consid. 4; DTF 128 V 29 consid. 1 e referenze ivi citate; 105 V 151; 104 V 137 consid. 2c). Occorre ancora precisare che, nel caso in cui l'assicurato cessa l'attività indipendente, si può rinunciare all'applicazione del metodo straordinario in quanto il raffronto delle mansioni svolte prima e dopo la sopravvenienza del danno alla salute non è più attuabile (RAMI 1995 p. 107).

**9.**

Il giudice delle assicurazioni sociali deve esaminare in maniera obiettiva tutti i mezzi di prova, indipendentemente dalla loro provenienza, e poi decidere se i documenti messi a disposizione permettono di giungere ad un giudizio attendibile sulle pretese giuridiche litigiose (DTF 125 V 352 consid. 3a). Per costante giurisprudenza le certificazioni mediche possono costituire importanti elementi d'apprezzamento del danno invalidante, allorché permettono di valutare l'incapacità lavorativa e di guadagno dell'interessato in un'attività da lui ragionevolmente esigibile (DTF 115 V 134 consid. 2, 114 V 314 consid. 3c). Perché un rapporto medico abbia valore probatorio è determinante che esso valuti ed esamini in maniera completa i punti litigiosi, si fondi su degli esami approfonditi, prenda conto di tutte le affezioni di cui si lamenta l'assicurato, sia stabilito in piena conoscenza dei suoi antecedenti (anamnesi) e sia chiaro nell'esposizione delle correlazioni mediche o nell'apprezzamento della situazione medica; le conclusioni dell'esperto devono inoltre essere motivate (DTF 125 V 352, 122 V 160). Per quel che riguarda i rapporti concernenti il medico curante, secondo la generale esperienza della vita, il giudice deve tenere conto del fatto che, alla luce del rapporto di fiducia esistente con il paziente, il medico curante attesterà, in caso di dubbio, in favore del suo paziente (DTF 125 V 353; VSI 2001 p. 109).

**10.**

Per costante giurisprudenza, i fatti accaduti posteriormente (e che hanno modificato la situazione valetudinaria dell'assicurato) 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 tenere conto, per motivi d'economia procedurale, dei fatti intervenuti posteriormente, a condizione che questi ultimi siano stabiliti in modo sufficientemente preciso e nella misura in cui essi possono servire all'accertamento retrospettivo della situazione anteriore alla decisione stessa (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). La documentazione medica prodotta dall'assicurato successivamente al 16 marzo 2007 può quindi essere esaminata nella misura in cui permette di acclarare lo stato di salute del ricorrente nel periodo di riferimento del presente giudizio.

**11.**

Nella specie dev'essere rilevato che A.\_\_\_\_\_, compilando il questionario per l'assicurato ed il questionario per gli indipendenti ambedue del 3 marzo 2006 (doc. 12 e 18) come pure in una lettera all'amministrazione del 5 gennaio 2007 (doc. 85), ha dichiarato di aver lavorato in Italia come gestore di bar/paninoteca/pub dal 1° giugno 1991 senza limitazioni fino al 18 gennaio 2005 precisando di aver ridotto in seguito per motivi di salute il proprio impegno da 72/h a 42/h settimanali, di aver dovuto chiudere l'esercizio pubblico dal 1° dicembre 2005 al 20 aprile 2006 a causa delle sue precarie condizioni di salute e per poter procedere alla manutenzione ordinaria del locale ed infine aver dovuto cessare definitivamente la propria attività lavorativa da indipendente a decorrere dal 29 dicembre 2006 per motivi di salute.

Da quanto precede è quindi lecito concludere che il ricorrente ha lavorato da ultimo in Italia, come gestore di bar/paninoteca/pub, senza limitazioni fino al 18 gennaio 2005 e che pertanto, almeno fino a tale data, A.\_\_\_\_\_, non ha subito un'invalità a livello pensionabile.

Occorre invece fondarsi sulla documentazione medica al fine di valutare l'eventuale incapacità lavorativa dell'assicurato nel periodo intercorrente tra il 19 gennaio 2005 ed il 16 marzo 2007, data della decisione impugnata.

**12.**

**12.1** La diagnosi, nel periodo di cognizione in oggetto, risulta essere condivisa essenzialmente da tutti i medici che si sono espressi in merito. L'assicurato risulta affetto da "epatopatia cronica con infezione cronica HBV e HBC; problemi degenerativi del rachide ed iniziale gonartrosi; diabete mellito II; eccedenza ponderale; dislipidemia mista; ipertensione arteriosa; disturbo dell'adattamento con ansia e umore depresso" (cfr. moduli E 213 del 15 novembre 2005 e del 23 gennaio 2007; referti delle visite in neurologia ed in psichiatria del 14 dicembre 2006; rapporti medici del 13 luglio e del 22 novembre 2006, del 14 marzo e del 17 ottobre 2007 del Dott. B.\_\_\_\_\_; certificato medico del 12 settembre 2006 e del 21 maggio 2007 del Dott. S.\_\_\_\_\_; parere medico-legale del 13 settembre 2006 del Dott. M.\_\_\_\_\_; relazione medica del 20 aprile 2007 del Dott. P.\_\_\_\_\_.). Le altre patologie attestate - invero in maniera alquanto generica - dai medici

curanti dell'assicurato non risultano obiettivamente comprovate. Il collegio giudicante non ravvisa quindi ragioni che gli impediscano di far proprie le conclusioni convergenti inerenti la diagnosi.

**12.2** 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 lettera a dell'art. 29 cpv. 1 LAI, per cui può entrare in considerazione solo la lettera b della citata norma legale, la quale prevede un termine d'attesa di un anno. Pertanto, il ricorrente può 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.

### **13.**

**13.1** Per quanto concerne le conseguenze invalidanti delle affezioni menzionate, il sanitario medico dell'INPS, nel suo rapporto del 15 novembre 2005, dopo aver precisato che l'assicurato è in grado di svolgere regolarmente lavori leggeri come pure il suo ultimo lavoro ed un'attività lavorativa adeguata a tempo pieno, ha posto un tasso di invalidità del 70% per qualsiasi attività lavorativa conformemente alle disposizioni di legge del Paese di residenza (doc. 57) mentre, nel suo rapporto del 23 gennaio 2007, dopo aver precisato che l'assicurato è in grado di svolgere regolarmente lavori leggeri, ha posto un tasso di invalidità del 67% dal 1° aprile 2006 per qualsiasi attività lavorativa sulla scorta altresì dei referti delle visite in neurologia ed in psichiatria del 14 dicembre 2006 (doc. 86). Secondo i medici curanti dell'assicurato, in particolare il Dott. S.\_\_\_\_\_, nei suoi certificati medici del 12 settembre 2006 (doc. 74) e del 21 maggio 2007, il paziente presenta un decadimento delle sue condizioni generali con compromissione delle capacità lavorative che, tuttavia, non viene meglio specificata. Il Dott. M.\_\_\_\_\_, nel suo parere medico-legale del 13 settembre 2006, si limita ad attestare che la capacità lavorativa del paziente è inferiore ad un terzo (doc. 75). Mentre il Dott. P.\_\_\_\_\_, nella sua relazione medica del 20 aprile 2007, attesta che il paziente è assolutamente incapace di svolgere un'attività lavorativa

essendo assolutamente impossibilitato alla "capacità concentrativa" richiesta per periodi prolungati. Dal canto suo, il Dott. B.\_\_\_\_\_ dell'UAIE, nei suoi rapporti medici del 13 luglio e del 22 novembre 2006, del 14 marzo e del 17 ottobre 2007, è giunto alla conclusione che l'assicurato è abile al 100% nell'attività abituale di gestore bar/paninoteca/pub (doc. 59, 79, 91 e 94).

**13.2** Ora, dalla documentazione agli atti si evince che l'assicurato nel 1972 è rimasto vittima di un incidente stradale a seguito del quale ha riportato un trauma cranico fratturativo in sede parietale. I riferiti episodi critici sono mal definiti e comunque non trattati con specifica terapia anticomiziale (cfr. referto di visita neurologica del 14 dicembre 2006: doc. 87). Gli esami oggettivi effettuati all'inizio del 2005 (TAC del cranio ed elettroencefalogramma) sono risultati negativi: è stata rilevata un'assenza della densimetria cerebrale ed il tracciato elettroencefalografico non ha evidenziato elementi di patologia comiziale. L'interessato ha una costituzione robusta con lieve eccedenza ponderale e presenta un portamento ed un'andatura normali nonostante il rachide venga definito ipomobile in toto; le alterazioni degenerative del rachide sono banali e comunque da ricondurre anche all'età fisiologica del ricorrente. La TAC spinale L2S1 del 21 gennaio 2005 ha mostrato unicamente dei segni di artrosi, con ampiezza del canale conservata e non visibilità di immagini significative da patologia discoradicolare in atto. Dal punto di vista epatico, i tests effettuati mostrano solo delle lievi alterazioni dei parametri, non è stato instaurato alcun trattamento specifico e risulta pertanto poco probabile che la patologia al fegato possa aver determinato una diminuzione significativa della capacità di lavoro. Per quanto concerne il lato psichiatrico, dalla visita effettuata il 14 dicembre 2006 si è evidenziato unicamente un disturbo dell'adattamento ed umore depresso, il paziente è orientato nel tempo e nello spazio, con livello attentivo buono, capacità critica conservata e discreto livello di consapevolezza. La percezione risulta indenne con ideazione congrua, fluida e coerente, il pensiero rileva un disagio con preoccupazione per il proprio futuro e la salute. Tali reperti, antecedenti solo di qualche mese al rapporto del Dott. P.\_\_\_\_\_, peraltro non specialista in psichiatria, hanno permesso al medico dell'UAIE di escludere una patologia invalidante anche in considerazione del fatto che il precitato sanitario descrive una sindrome depressiva reattiva resistente ai trattamenti abituali senza tuttavia menzionare a quali cure farmacologiche è stato sottoposto il

paziente.

Stante quanto precede il collegio giudicante può condividere le conclusioni cui è pervenuto il Dott. B.\_\_\_\_\_ e ritenere che la capacità di lavoro dell'assicurato nella sua precedente attività di gestore di bar/paninoteca/pub, era del 100% anche nel periodo successivo al 19 gennaio 2005.

**13.3** Conformemente ad un principio generale applicabile anche nel diritto delle assicurazioni sociali, all'assicurato incombe l'obbligo di ridurre il danno (DTF 123 V 233 e riferimenti ivi citati). In virtù di tale obbligo, l'assicurato deve intraprendere tutto quanto è ragionevolmente esigibile per ovviare nel miglior modo possibile alle conseguenze della sua invalidità, se necessario in una nuova professione. Dalla persona assicurata possono tuttavia essere pretesi unicamente provvedimenti esigibili che tengano conto delle circostanze oggettive del caso concreto, quali la sua capacità lavorativa residua, le sue ulteriori circostanze personali (DTF 113 V 28 consid. 4a e sentenze ivi citate). L'esigibilità di un cambiamento di professione va ammessa e anche il libero professionista può essere trattato, ai fini della valutazione del suo reddito da invalido, come se avesse rinunciato alla propria attività indipendente (sentenza del Tribunale federale del 22 ottobre 2001 nella causa in re W. I 224/01). In tal caso, per stabilire l'invalidità vengono computate quelle entrate che egli potrebbe percepire tramite un'attività lavorativa dipendente adeguata al danno alla salute (sentenza del Tribunale federale del 27 agosto 2004 nella causa I. I 543/03 consid. 4.3).

**13.4** Considerato che il ricorrente ha dapprima ridotto e poi cessato definitivamente la sua attività indipendente non è possibile applicare il metodo straordinario per calcolare il tasso d'invalidità (cfr. consid. 8.2). Inoltre, ritenuto che dal ricorrente si può esigere un cambiamento di professione in un'attività analoga a quella svolta in precedenza quale indipendente sia nel settore alberghiero che nel settore ad esempio del commercio al dettaglio al 100%, è lecito applicare il metodo ordinario del raffronto dei redditi. Fondandosi pertanto sui dati statistici dell'Ufficio federale di statistica nell'inchiesta svizzera sulla struttura dei salari, tenuto conto di una capacità lavorativa del 100%, di una durata lavorativa normale, ossia in media 42 ore settimanali, il Tribunale conclude che ricorrente non ha pertanto mai subito una perdita di guadagno a livello pensionabile e non ha diritto ad una

rendita dell'assicurazione svizzera per l'invalidità. Circa la censura riguardante la durata lavorativa effettuata nell'ambito dell'attività dipendente, 72 ore settimanali, questa non può essere ritenuta in quanto avrebbe potuto essere presa in considerazione solo nell'ambito del metodo straordinario.

**13.5** Il ricorso deve quindi essere respinto e l'impugnata decisione confermata.

#### **14.**

**14.1** A titolo di spese processuali si prelevano 300.-- franchi (art. 69 cpv. 2 LAI nella versione in vigore dal 1° luglio 2006).

**14.2** 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, visto l'esito del gravame, non vengono assegnate indennità per spese ripetibili.

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

**1.**

Il ricorso è respinto.

**2.**

A titolo di spese processuali si prelevano 300.-- franchi, importo compensato dal corrispondente anticipo versato dal ricorrente in data 10 dicembre 2007/3 gennaio 2008.

**3.**

Non vengono assegnate indennità per spese ripetibili.

**4.**

Comunicazione a:

- rappresentante del ricorrente (atto giudiziario),
- autorità inferiore (...),
- Ufficio federale delle assicurazioni sociali.

La presidente del collegio:

Il cancelliere:

Elena Avenati-Carpani

Dario Quirici

**Rimedi giuridici:**

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

Data di spedizione: