



Sentenza del 14 luglio 2011

Composizione

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

Parti

A. _____,
patrocinato dall'avv. Marco Probst, via Motta 24, casella
postale 6229, 6901 Lugano,
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 (decisione del 9 aprile 2009).

Fatti:**A.**

A._____, cittadino italiano, nato il _____, coniugato con figli, ha lavorato in Svizzera dal 1986 al 1988 e dal 1990 al 2007. Dal 1991 era alle dipendenze di una ditta d'impianti di risalita del Cantone Ticino, in ragione di 42 ore settimanali, come addetto alle telecabine (macchinista, manutentore, verniciatore). Il dipendente ha fatto registrare delle assenze dal lavoro da imputare a malattia dal 10 al 29 luglio 2006, dal 30 luglio al 28 agosto 2006 (50% di attività) e dall'8 settembre 2006 in poi.

B.

In data 10 settembre 2007, A._____ ha formulato una domanda volta al conseguimento di una rendita dell'assicurazione svizzera per l'invalidità.

L'Ufficio AI del Cantone Ticino, competente per esaminare sul merito la pratica, ha segnatamente acquisito agli atti:

- un rapporto del medico curante su modulo ufficiale attestante problemi cardiocircolatori, renali e gastroenterologici provocanti un'incapacità di lavoro da settembre 2006;

- l'incarto Helsana assicurazioni SA (Cassa malati, CM); che contiene segnatamente una relazione 4 aprile 2007 del Dott. Pianezzi (fiduciario della CM) e che attesta un'incapacità di lavoro totale in base alla diagnosi di cardiopatia ischemica con arresto cardiaco ed impianto di ICD (defibrillatore), insufficienza renale cronica, epatite HCV trattata con interferone, ipertensione, stato ansioso-depressivo;

- una perizia medica particolareggiata del 12 dicembre 2007 a cura dei servizi medici dell'Istituto nazionale della previdenza sociale di Como (INPS), ove in base alla stessa diagnosi riportata dal Dott. Pianezzi viene stimato un tasso d'invalidità del 75%;

- un serie di esami cardiologici e nefrologici eseguiti da settembre 2006, nonché cartelle cliniche relative a degenze in Svizzera ed in Italia contenenti esami completi in cardiologia e nefrologia.

Il Dott. Fauth, medico dell'Ufficio AI cantonale, vista la presenza di un

complesso plurimorboso, nel suo rapporto del 24 gennaio 2008, ha disposto una visita pluridisciplinare al Servizio medico di accertamento dell'assicurazione AI (SAM) di Bellinzona.

C.

L'assicurato è stato visitato i giorni 28 aprile, 7, 14, 19 e 28 maggio 2008 al SAM di Bellinzona. Egli è stato sottoposto a visite specialistiche in cardiologia (Dott. Sartori), nefrologia (Dott. Marone), gastroenterologia (Dott. Gaia) e psichiatria (Dott. Mari). Nella relazione finale del 31 luglio 2008, i medici incaricati hanno sostanzialmente rilevato (dettaglio nella parte in diritto):

diagnosi con influenza sulla capacità lavorativa: arresto circolatorio il 9 settembre 2006 con posa di ICD il 15 settembre successivo, malattia coronarica non ostruttiva in corso, cardiopatia ipertensiva, insufficienza renale cronica moderata-grave da probabile glomerulo-nefrite ed epatite virale C cronica, sindrome da disadattamento;

diagnosi senza influenza sulla capacità di lavoro: epatite C cronica replicativa, esiti di biopsia epatica nel 1989, esiti di cura con interferone per 4 mesi nel 1990-91.

I medici incaricati hanno posto un tasso d'invalidità totale come macchinista/manutentore responsabile di telecabine. In altre attività, più leggere a determinate condizioni, egli presenta una capacità di lavoro dell'85%.

L'incarto è stato trasmesso in esame al Dott. Cermesoni, altro medico dell'Ufficio AI cantonale, il quale, nella sua relazione del 20 agosto 2008, ha condiviso diagnosi e valutazioni espresse dal SAM.

L'incarto è stato sottoposto in esame al Consulente in integrazione professionale (CIP). Nella sua relazione del 10 novembre 2008, il CIP ha stimato che il richiedente, svolgendo attività alternative adeguate in misura dell'85%, subirebbe una perdita di guadagno del 20%. In questo calcolo è stato ritenuto un introito precedente l'invalidità di Fr. 57'445.- (2007), un reddito teorico dopo l'invalidità Fr. 60'144.-, ridotto del 10% per tenere conto della situazione personale (età ed handicap).

In data 21 novembre 2008, l'Ufficio AI cantonale ha emanato un progetto di decisione comportante il diniego di prestazioni assicurative. Con la risposta del 15 dicembre 2008, il richiedente, regolarmente rappresentato

dal Patronato INAS, si è opposto a tale progetto producendo un certificato del Dott. Prato del 1° dicembre 2008. L'interessato osserva che la polipatologia lo costringe a diverse consultazioni urgenti in pronto soccorso. In un secondo momento ha prodotto un referto ecografico renale del 28 marzo 2008 e una relazione di visita cardiologica del 9 dicembre 2008 (Ospedale di circolo di Varese), nel quale si rileva la necessità di effettuare esami approfonditi (scintigrafia da stress).

L'incarto è stato sottoposto in esame al Dott. Fauth, il quale, nella sua nota del 27 gennaio 2009, ha affermato che la nuova documentazione esibita non apporterebbe novità di rilievo.

Con lettera del 25 febbraio 2009, il Patronato INAS ha inviato una perizia del Dott. Blasotta del 6 febbraio 2009, specialista in medicina legale nella provincia di Varese. L'esperto di parte, oltre alla nota diagnosi, rileva un'angina vasospastica da disfunzione endoteliale, una facile affaticabilità (dovuta alla insufficienza renale marcata) e un'astenia. Il medico ritiene molto aleatorie le attività di sostituzione proposte, per cui stima all'80% il tasso d'invalidità in esame.

L'incarto è stato risottoposto in esame al Dott. Cermesoni, il quale, nella sua relazione del 18 marzo 2008, ritiene che l'interessato potrebbe lavorare in attività sostitutive, anche se con una riduzione del rendimento.

Mediante decisione del 9 aprile 2009, l'Ufficio dell'assicurazione per l'invalidità per gli assicurati residenti all'estero (UAIE), competente per emanare provvedimenti per gli assicurati non residenti in Svizzera, ha respinto la richiesta di prestazioni.

D.

Con il ricorso depositato l'8 maggio 2009, A._____, sempre rappresentato dal Patronato INAS, chiede, sostanzialmente, l'annullamento del summenzionato provvedimento amministrativo e, di conseguenza, il riconoscimento del suo diritto ad almeno tre quarti di rendita AI. Chiede inoltre l'esonero dalle spese processuali. Esibisce di nuovo la perizia del Dott. Blasotta del 6 febbraio 2009.

E.

Per quanto attiene all'esonero dalle spese processuali, il nominato è stato invitato a compilare l'apposito formulario ed a fornire documentazione idonea a motivare la sua domanda. Con risposta del 10 giugno 2009, il

Patronato INAS ha rimesso al TAF il questionario in parola e diversa documentazione economica facente stato di un introito familiare (5 persone) complessivo di circa 1'500.- franchi, derivante da attività della moglie e apprendistato di un figlio.

F.

Nel preavviso del 16 giugno 2009, l'Ufficio AI del Cantone Ticino propone la reiezione dell'impugnativa. Anche l'UAIE, nella sua risposta del 6 giugno 2009, propone la reiezione del ricorso.

Con ordinanza del 21 agosto 2009, lo scrivente Tribunale amministrativo federale (TAF) ha invitato la parte ricorrente a replicare alle risposte ricorsuali.

Con scritto del 10 settembre 2009 A._____ ha fatto pervenire al TAF, oltre a documentazione già ad atti, una relazione psichiatrica del 28 luglio 2009, allestita dal Prof. Passerini, Milano, in collaborazione con il Dott. Zizolfi, specialista in psichiatria (19 giugno 2009). Viene rilevata la diagnosi di "disturbo distimico F34.1, evoluzione peggiorativa della sindrome ansioso-depressiva reattiva precedentemente diagnosticata" causato sequenzialmente da vissuto della malattia e dalla perdita del lavoro. L'esperto non si esprime sulla residua capacità di lavoro del periziando, ma pone un valore fra 41-50 punti (sintomi gravi) di una "Scala per la valutazione globale del funzionamento".

Anche il Patronato INAS, con scritto del 22 settembre 2009, ha confermato l'intenzione del proprio assistito di mantenere il ricorso. Egli contesta anche la valutazione economica effettuata dal CIP ritenendo si debba tener conto dell'esperienza lavorativa dell'assicurato che, teoricamente, potrebbe attingere ad un reddito di oltre 74'000.- franchi.

In sede di duplice, l'Ufficio AI del Cantone Ticino ha sottoposto gli atti a propri medici Dott. Erba (generalista) e Dott.ssa Uslenghi (psichiatra). Nella loro relazione del 19 novembre 2009, essi hanno affermato che la documentazione psichiatrica attuale non metterebbe in discussione la valutazione del SAM. In data 20 novembre 2009, l'Ufficio AI cantonale ripropone la reiezione del ricorso. Alle stesse conclusioni si associa l'UAIE.

Con ordinanza del 9 dicembre 2009, il TAF ha inviato le dupliche (e le osservazioni dei medici riferiti) al Patronato INAS ed ha dichiarato di

principio chiuso lo scambio degli allegati.

L'avv. Probst ha ripreso la rappresentanza di A. _____ e con scritto del 21 gennaio 2010 ha inviato una precisazione del Prof. Passerini dell'11 gennaio 2010. Il Prof. Passerini ha indicato che il disturbo distimico è da mettere in relazione con la diagnosi del 31 luglio 2008 del SAM e non può essere considerato come una nuova malattia.

Richiamati a pronunciarsi in merito a quest'ultimo certificato i Dott.ri Erba ed Uslenghi, nella nota del 23 marzo 2010, si sono riconfermati nelle loro precedenti considerazioni. Sia l'Ufficio AI cantonale che l'UAIE hanno riproposto la reiezione del ricorso. Queste osservazioni, con la nota dei medici surriferiti, sono state inviate alla parte ricorrente il 13 aprile 2010.

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 (TAF) 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). Il ricorso è dunque ammissibile.

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 10 settembre 2007. In deroga all'art. 24 LPGGA, 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 10 settembre 2006 (ossia 12 mesi precedenti la presentazione della domanda), oppure se un diritto alla rendita sia sorto tra tale data ed il 9 aprile 2009, 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 136 V 24 consid. 4.3). Egli può tuttavia tenere conto dei fatti verificatisi dopo la data della decisione impugnata quando essi possono imporsi quali elementi d'accertamento retrospettivo della situazione anteriore alla decisione stessa (DTF 121 V 366 consid. 1b con i rif.).

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. L'interessato ha lavorato da ultimo come addetto alle telecabine (macchinista, manutentore, verniciatore) di un impianto di risalita nel Cantone Ticino. Non ha più svolto praticamente attività lucrativa, per ragioni di salute, da settembre 2006.

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 è opportuno ritenere la diagnosi ritenuta dal SAM nella relazione del 31 luglio 2008.

I sanitari incaricati, dopo aver eseguito quegli esami oggettivi che il caso ha richiesto, hanno rilevato:

diagnosi con influenza sulla capacità lavorativa: arresto cardiocircolatorio su fibrillazione ventricolare di origine indeterminata il 9 settembre 2006 con posa di ICD monocamerale il 15 settembre 2006, malattia coronarica non ostruttiva con alterata vaso reattività coronarica endotelio dipendente su ipertensione arteriosa e pregresso abuso nicotinic; cardiopatia ipertensiva concentrica e disturbo diastolico del rilascio; insufficienza renale cronica moderata-grave su probabile glomerulonefrite di tipo membro proliferativo associata a crioglobuline ed epatite virale C- cronica, riduzione della funzione renale a 40mm/min. di clearance e creatine mia di 282 umol/l, stato dopo calcolosi renale multipla a volte complicata con estrazione di calcoli per via percutanea, sindrome da disadattamento.

diagnosi senza influenza sulla capacità lavorativa: epatite C cronica con genotipo non noto, viremia HCV-RNA 4'630'000 UI/ml., stato dopo biopsia epatica nel 1989, stato dopo terapia con interferone per circa 4 mesi nel 1990-91 con esito non noto.

La documentazione prodotta in sede ricorsuale rileva un disturbo distimico inteso come evoluzione negativa di una sindrome ansio-depressiva (cfr. rapporti del Prof. Passerini e del Dott. Zizolfi del giugno/luglio 2009). Non si constata un aggravamento oggettivo della patologia cardiaca.

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, il collegio giudicante può riferirsi a quanto esposto dai sanitari del SAM di Bellinzona.

Va preliminarmente ricordato che una perizia richiesta dall'UAIE o da un ufficio AI cantonale ad 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 (come pure procedere alle revisioni), 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 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 e 122 V 160 consid. 1c).

10.2. L'assicurato soffre di due importanti patologie somatiche (cardiocircolatoria e renale) e di una malattia psichica. Esistono anche turbe dell'apparato digerente tuttora non particolarmente debilitanti.

10.2.1. La patologia cardiovascolare si è manifestata nel settembre 2006 sottoforma di un arresto cardiaco improvviso. Nonostante l'istallazione di un ICD monocamerale (defibrillatore), in seguito, il paziente ha sviluppato una cardiopatia ischemica di tipo vasospastico. Egli ha manifestato episodi di tachicardia e stenocardie. Lo specialista del SAM (Dott. Sartori) constata la buona funzionalità del defibrillatore, che comunque lo limita nell'ambito di lavori pericolosi di ogni genere. L'esame ecocardiografico non ha mostrato particolari anomalie di tipo invalidante. Vi è un'ipertrofia concentrica del ventricolo sinistro ed un disturbo diastolico del rilascio da inquadrare in una cardiopatia ipertensiva. La cinesi segmentaria e la funzione sistolica sono conservate. La prova al ciclo ergometro è pure soddisfacente: la stessa è stata interrotta a 125 Watt per dispnea, ma elettricamente non vi è alcun indizio di sofferenza vascolare indotta dallo sforzo. Lo specialista precisa che dovrebbero essere evitate attività isometriche moderate e pesanti. Egli deve inoltre evitare utensili vibratili, come pure tutte le attività sottoposte a campi magnetici.

10.2.2. Dal punto di vista nefrologico (Dott. Marone), è chiaro che il paziente, al momento dell'esame al SAM presentava un'insufficienza renale da moderata a grave. Esiste una proteinuria marcata, ma non una sindrome nefrosica vera e propria. La patologia può causare al paziente momenti di stanchezza, dolori occasionali alle gambe, ai piedi e momenti di sonnolenza diurna. Lavori pesanti o mediopesanti, dal punto di vista nefrologico potrebbero essere svolti solo in misura limitata.

Dal lato gastroenterologico (Dott. Gaia) esiste un'antica epatite C attualmente in fase silente. La funzionalità epatica, in base alle prove effettuate, è normale. Non vi sono segni clinici, di laboratorio o sonografici che facciano pensare a un'ipertensione portale. Egli è dunque asintomatico sotto il profilo epatologico anche se vi potrebbe essere una relazione fra questa malattia silente e la patologia renale.

10.2.3. Dal lato psichiatrico, secondo il Dott. Mari, il paziente presenta un disagio legato alle sue vicissitudini di lavoro (che avrebbe dovuto lasciare ingiustamente) ed alle sue polipatologie. Pur non presentando una psicopatologia maggiore e/o invalidante, egli apparirebbe in difficoltà nel prendere congedo dall'abbandono del mondo del lavoro che ha risentito come un'offesa. Egli presenta un'incapacità di lavoro fra il 10 ed il 20%.

10.3. In conclusione, i medici del SAM ritengono che la precedente attività di addetto agli impianti di risalita ed ogni altro lavoro di tipo pesante e/o medio pesante non siano più proponibili. Di contro, l'interessato potrebbe svolgere attività da leggere fino a medio-moderate, senza interessamento del braccio omolaterale al defibrillatore a causa del rischio di rottura di un elettrodo. Sono esclusi pure lavori con attrezzi vibratorii ed attività in campi magnetici, sempre per ragioni di sicurezza. I sanitari stimano tale possibilità nella misura dell'85%.

11.

11.1. La contestazione principale formulata in sede di ricorso riguarda l'indagine psichiatrica. Sulla scorta di una relazione del Prof. Passerini, l'insorgente fa valere che la diagnosi formulata dal SAM sarebbe incompleta. L'esperto di parte rileva un disturbo distimico F34.1 inteso come evoluzione peggiorativa della sindrome ansioso-depressiva. Tuttavia, nonostante l'esperto di parte faccia riferimento ad una scala "per la valutazione globale del funzionamento" e ponga un valore corrispondente a "sintomi gravi", il tutto non si traduce in una fondata maggiore incapacità di lavoro di quella espressa dal Dott. Mari. In fondo sono presenti solo modesti segni di depressione di tipo reattivo alle modalità di licenziamento (umiliazione) ed anche in esito alle sofferenze dell'improvvisa e subdola patologia cardiaca (la cui prognosi è ritenuta incerta). Il Prof. Passerini peraltro non si esprime sulla residua capacità di lavoro del periziando, ma si limita a consigliare una terapia psicofarmacologica ed un sostegno psicologico. Peraltro, gli stretti risultati

dei vari testi (Dott. Zizolfi) depongono per modesti segni di depressione che il soggetto tende (in buona fede) a rimarcare eccessivamente e gli esami configurano un rendimento ai limiti inferiori della media (...). A nulla muta il fatto che, come precisato dall'esperto, nella nota dell'11 gennaio 2010, il disturbo distimico accertato rappresenti l'evoluzione della diagnosi posta dal Dott. Mari e quindi un tutt'uno e non una diversa diagnosi. La perizia congiunta dei Dott.ri Passerini e Zizolfi non ribalta, in fondo, la valutazione del Dott. Mari del luglio 2008, sebbene si possa riconoscere che l'evoluzione della patologia in corsa prenda una direzione di tipo peggiorativo. Ora, è lo stesso Prof. Passerini che afferma chiaramente come il paziente abbisogni di una (migliore) cura di tipo farmacologico e psicologico. Un tasso d'invalidità dal 10 al 20% (in ogni ambito) come espresso dall'esperto del SAM appare dunque, almeno fino alla data dell'impugnata decisione, adeguato.

11.2. La refertazione del Dott. Blasotta (medico legale), prodotta in fase di audizione (6 febbraio 2009), non è tale da sovvertire l'esito delle conclusioni (cardiologiche/nefrologiche) prese in considerazione dal SAM. Egli riporta le stesse doglianze soggettive già riferite dai medici di Bellinzona e stila una precisa anamnesi già ampiamente conosciuta. Egli non apporta nessuna novità diagnostica. Pertanto, la sua valutazione dell'invalidità nella misura del 65% (globale) non appare sufficientemente ragionata e motivata. Neanche gli altri documenti oggettivi di cardiologia/nefrologia esibiti in sede di audizione, ricorso e replica permettono di sovvertire le valutazioni espresse dal SAM.

11.3. Il collegio giudicante non ha pertanto alcun motivo di scostarsi dal convincente parere dei medici del SAM e di quelli dell'Ufficio AI cantonale (Dott.ri Cermesoni, Erba, Uslenghi), fondato sul corretto apprezzamento del caso concreto e sull'attento esame della documentazione medica ad atti. Si tratta di osservazioni da cui si possono derivare utili, oggettivi e persuasivi elementi di giudizio atti a dimostrare che, nonostante le affezioni di cui è portatore, A._____ ha presentato una incapacità di lavoro in misura del 15%.

11.4. La gamma di attività offerte al ricorrente sono molteplici e rispettano i limiti funzionali menzionati dai sanitari consultati (cardiologo in particolare). Come rilevato nel rapporto del CIP del 10 novembre 2008, il nominato, privo di formazione professionale specifica e con la sola formazione scolastica elementare, potrebbe svolgere lavori semplici, non qualificati, ripetitivi (operaio generico nell'industria come addetto al controllo di macchine di produzione automatica, operaio imballatore,

operaio di rifinitura manufatti leggeri; impiegato nel terziario come custode, fattorino in ditta privata, sorvegliante, autista su mezzi leggeri, commesso in grandi punti di vendita). Inoltre, la maggior parte di questi posti non richiede una lunga formazione, ma solo un breve periodo di introduzione. Tenuto conto di queste circostanze, l'età del ricorrente non pregiudica a priori il suo reinserimento professionale (al momento della cessazione dell'attività, settembre 2006, aveva 43 anni compiuti).

Occorre pertanto esaminare se, nell'ambito di attività di sostituzione, l'insorgente presenti un'incapacità di guadagno di rilievo.

12.

12.1. 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 d'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 (art. 16 LPGA).

12.2.

12.2.1. Di regola, è ritenuto reddito senza invalidità il salario realmente percepito prima dell'insorgere del danno alla salute, aggiornato al momento determinante per il calcolo dell'invalidità e adeguato all'evoluzione dei salari nominali del settore interessato (tra gli altri VSI 2000 p. 310). Il CIP si è basato su di un salario per il 2007 (anno di riferimento) di Fr. 57'455.- (guadagno confermato dal datore di lavoro nell'apposito formulario nel 2006 di Fr. 56'550.-, aggiornato al 2007). Si deve rilevare che, a mente della giurisprudenza (DTF 128 V 174 e 129 V 222), il salario determinante è di regola quello versato al momento dell'insorgere dell'invalidità.

12.2.2. L'insorgente fa valere che questo salario sarebbe inferiore alla media dei salari percepiti nel settore industria delle macchine e mezzi di trasporto. Chiede pertanto che venga tenuto conto di questa differenza che lo penalizza nel raffronto dei redditi.

Ora, si deve constatare che, contrariamente a quanto ritenuto dall'Ufficio AI cantonale nelle osservazioni del 20 novembre 2009, il reddito da valido è effettivamente inferiore alla media dei salari per un'attività equivalente

nel settore economico nel quale lavorava l'interessato. Infatti, secondo i dati dell'UFS per il 2006 (tabella TA1, uomini, livello 4), nel settore in questione, il salario medio annuo equivaleva a Fr. 61'056.-, per una settimana lavorativa di quaranta ore. Prendendo in considerazione una settimana lavorativa di 41.7 ore, il salario annuo raggiunge Fr. 63'650.-. Questo dato deve essere indicizzato al 2007 e maggiorato di 1,6% secondo i dati pubblicati nella Vie économique, tabella B 10.2: si ottiene pertanto un importo di Fr. 64'668,40.

Il Tribunale federale ha osservato che, quando il reddito da valido è inferiore alla media dei salari per un'attività equivalente, si deve ammettere che gli stessi fattori che hanno inciso negativamente sul reddito da valido, potrebbero anche influenzare il reddito da invalido. In pratica, se si è accertato che l'assicurato ha realizzato un guadagno inferiore alla media per dei motivi estranei all'invalidità, anche il reddito medio realizzabile sul mercato equilibrato del lavoro (reddito da invalido) va ridotto in proporzione (cfr. VSI 1999 p. 246 consid. 1; RCC 1992 p. 94, 1989 p. 483 consid. 3b, le sentenze del Tribunale federale del 5 dicembre 2004, nella causa S., I 630/02, consid. 2.2.2, e del 2 dicembre 2002, nella causa R., I 53/02, consid. 3.3).

Il Tribunale federale ha inoltre stabilito, in una sentenza del 12 giugno 2008, che se una persona assicurata, per motivi estranei alla sua invalidità, ha realizzato un reddito considerevolmente inferiore alla media senza spontaneamente accontentarsi di ciò, si procede, in primo luogo, ad un "parallelismo" dei due redditi di paragone (da valido e da invalido). In pratica, questo "parallelismo" può avvenire a livello di reddito da valido, aumentando in maniera adeguata il reddito effettivamente conseguito o facendo capo ai valori statistici, oppure ancora a livello di reddito da invalido, mediante una riduzione adeguata del valore statistico. In una seconda fase, occorre esaminare la questione della deduzione per circostanze personali e professionali, che si opera dal reddito da invalido ottenuto secondo i valori statistici medi. A questo riguardo, bisogna rilevare che i fattori estranei all'invalidità di cui si dovesse aver tenuto conto con il parallelismo dei redditi di raffronto, non possono essere presi in considerazione una seconda volta nell'ambito della deduzione per circostanze personali e professionali (DTF 134 V 322 consid. 4.1, 5.2 e 6.2). Questo "parallelismo" si effettua tuttavia soltanto per la parte percentuale eccedente la soglia del 5% (ATF 135 V 297 consid. 6.1.3).

Ciò nondimeno, in una sentenza del 12 dicembre 2008, il Tribunale

federale ha precisato che, se un salario da invalido medio può essere effettivamente o, comunque, ragionevolmente conseguito dall'assicurato, non sussiste alcun motivo, quando si procede al calcolo del grado d'invalidità secondo il metodo del raffronto dei redditi, di procedere al "parallelismo" di quest'ultimi, ossia all'aumento del salario da valido o alla diminuzione del salario da invalido (DTF 135 V 58).

12.2.3. Nella fattispecie, si deve constatare che la differenza tra il salario da valido che il ricorrente avrebbe percepito dal suo ex datore di lavoro nel 2007 (Fr. 57'455.-) e il salario medio svizzero nel suo settore d'attività (Fr. 64'668,40) è di Fr. 7'213.40. Il salario percepito è quindi inferiore alla media svizzera dello stesso settore del 11,15%. Togliendo il 5% di soglia di cui sopra, si arriva ad una percentuale del 6,15%. Il salario dopo l'invalidità dovrà quindi essere ridotto del 6,15%.

12.3. Quale reddito da invalido si deve ritenere quello statistico ottenibile in attività di tipo leggero non qualificate, ripetitive. Queste attività comportano un salario medio mensile di Fr. 4'732.- nel 2006, pari a Fr. 56'784.- annuali (valori dell'UFS, tabella TA1, livello 4, uomini). Questo importo deve essere adeguato secondo un orario settimanale di 41.7 medio svizzero, ciò che permette di ottenere rispettivamente Fr. 59'197,32 nel 2006 e Fr. 60'144,47 nel 2007 (dopo indicizzazione di 1,6%). Questo introito teorico può essere ridotto per tenere conto dei fattori personali dell'assicurato (DTF 126 V 75), quali età, handicap. L'amministrazione ha operato una deduzione del 10% ciò che non può prestare a critiche dal momento che il nominato, nel 2007 (anno di riferimento), aveva 44 anni e gli handicap constatati non sono notevoli. L'amministrazione gode comunque, in questo ambito, di un ampio margine d'apprezzamento che il giudice può rivedere solo in casi eccezionali. Ne consegue un introito annuale di Fr. 54'130.02. Questo importo deve infine essere ridotto del 6,15% per tenere conto del "parallelismo" di cui sopra. Si ottiene quindi un guadagno teorico dopo l'insorgenza dell'invalidità di Fr. 50'801.02 (al cento per cento); svolto all'85% comporta un salario finale di Fr. 43'180,87.

Il confronto fra un reddito privo d'invalidità di Fr. 57'455.- ed un introito teorico (finale) dopo l'insorgenza dell'invalidità di Fr. 43'180,87 causa una perdita di guadagno del 24,83%, tasso che non comporta alcun riconoscimento di una rendita dell'assicurazione svizzera per l'invalidità.

12.4. In queste circostanze il ricorso deve essere respinto e l'impugnata decisione confermata.

13.

13.1. Di regola la procedura è soggetta alle spese processuali (art. 69 cpv. 1^{bis} e 2 LAI). Nella sua memoria ricorsuale, l'insorgente ha chiesto di essere esonerato da queste spese e, su richiesta dello scrivente Tribunale, ha compilato il formulario per la domanda di gratuito patrocinio. Vista la situazione personale dell'insorgente, gli introiti familiari e le persone a carico, le spese processuali possono essere condonate (art. 6 lett. a del regolamento del 21 febbraio 2008 sulle tasse e sulle spese ripetibili nelle cause dinanzi al Tribunale amministrativo federale [TS-TAF, RS 173.320.2]).

13.2. Conformemente 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.

Visto l'esito del ricorso, non sono assegnate al ricorrente indennità per le spese ripetibili. Per quel che concerne l'UAIE, le autorità federali non hanno diritto ad un'indennità a titolo di ripetibili (art. 7 cpv. 3 TS-TAF).

Per questi motivi, il Tribunale amministrativo federale pronuncia:

1.

Il ricorso è respinto.

2.

Non si prelevano spese processuali.

3.

Non si riconoscono indennità per spese ripetibili.

4.

Comunicazione a:

- rappresentante del ricorrente (atto giudiziario)
- autorità inferiore (n. di rif. ; raccomandata)
- Ufficio federale delle assicurazioni sociali, Berna (raccomandata)

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 (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: