



Corte III
C-3124/2006
{T 0/2}

Sentenza del 14 agosto 2008

Composizione

Giudici Elena Avenati-Carpani (presidente del collegio),
Michael Peterli, Stefan Mesmer,
cancelliera Paola Carcano.

Parti

G _____,
patrocinato dall'avv. Roberto Coppola, _____
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

prestazioni dell'assicurazione invalidità.

Fatti:

A. G._____, cittadino italiano, nato il _____, coniugato dal 5 settembre 1965, ha lavorato in Svizzera dal 1964 al 1965 e dal 1967 al 1968 in qualità di manovale edile, solvendo regolari contributi all'assicurazione svizzera per la vecchiaia, i superstiti e l'invalidità (AVS/AI) durante tali periodi. Successivamente ha lavorato in G1._____ in qualità di gruista per ca. 10 anni e poi, in Italia, dal 1° marzo 1980 al 30 novembre 1989 in qualità di muratore (per ca. un anno) e, da ultimo, in qualità di impiegato d'ordine nell'industria lattiera (fornitore di latte). L'assicurato ha cessato qualsiasi attività lavorativa a partire dal 30 novembre 1989 per motivi non precisati.

In data 19 settembre 2005, G._____ ha formulato una richiesta volta al conseguimento di una prestazione dell'assicurazione svizzera per l'invalidità. Il richiedente è stato visitato il 4 novembre 2005 presso i servizi medici dell'Istituto nazionale della previdenza sociale (INPS) di A._____, ove il sanitario incaricato ha diagnosticato "cardiopatia ischemica pregresso IMA inferiore, stenosi critica della cx trattata con impianto di stent, diabete mellito tipo 2 complicato da retinopatia I stadio, sindrome nevrasteniforme ansiosa con depressione umorale, note cliniche di artrosi polidistrettuale" ed ha posto un tasso di invalidità del 70% per qualsiasi attività lavorativa (doc. 20). Nell'ambito di tale richiesta è stato esibito un insieme di documenti medici (ortopedici, cardiologici, neurologici, radiologici, oculistici e diabetologici) relativo al periodo 2002-2005 oltre alle cartelle cliniche relative ai ricoveri dal 9 al 18 novembre 2002 e dal 25 novembre all'11 dicembre 2002 per motivi cardiologici come pure la sentenza del Tribunale di A._____ del 30 novembre 2004 e la corrispondente consulenza tecnica medico legale del 4 maggio 2004 del Dott. P._____ giusta le quali l'assicurato è stato riconosciuto invalido civile nella misura del 76%. Nel corso dell'istruttoria l'amministrazione ha assunto agli atti anche il questionario dell'assicurato del 22 febbraio 2006 (doc. 1-23).

B. Nel suo rapporto del 9 giugno 2006, il Dott. M._____ del Servizio medico regionale (SMR), fondandosi sull'incarto, ha posto la diagnosi principale di esiti di infarto del miocardio con PTCA e attività cardiaca conservata e la ulteriore diagnosi senza influsso sulla capacità lavorativa di diabete di tipo II con retinopatia, artrosi generalizzata leggera e stato ansioso depressivo ed è giunto alla conclusione che

l'assicurato nella sua precedente attività di impiegato d'ordine nell'industria lattiera (fornitore di latte) è inabile al 100% dal 9 novembre 2002, data a partire dalla quale la sua capacità lavorativa in un'attività adatta e leggera (come, per es., portinaio, custode, sorvegliante di parcheggi/musei, magazziniere, piccole consegne con veicolo, vendita per corrispondenza, venditore, cassiere, riparazione di piccoli elettrodomestici, bigliettaio, addetto alla registrazione, classificazione, distribuzione della posta interna, addetto all'accettazione, impiegato dell'ufficio ricevimento, addetto alla registrazione di dati/scansione ottica di documenti) è reputata essere del 100% (doc. 21 e 22). L'amministrazione ha quindi operato il raffronto dei redditi giungendo alla conclusione che l'assicurato presenta un grado di invalidità del 28,76% (doc. 23).

C. Mediante progetto di decisione del 16 agosto 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 sarebbe stata respinta per carenza d'invalidità di grado pensionabile (doc. 24). Entro il termine impartito per presentare eventuali osservazioni, l'assicurato ha avvertito il progetto di decisione menzionato producendo, oltre a documentazione medica già agli atti, un certificato ortopedico del 4 agosto 2005, un test da sforzo del 23 giugno 2006, un referto radiologico del 7 agosto 2006 ed un certificato cardiologico del 21 agosto 2006 (doc. 25-29). Ricevute le osservazioni, l'amministrazione ha sottoposto nuovamente gli atti al Dott. M. _____ che, nel suo rapporto medico del 30 ottobre 2006, ha confermato integralmente, alla luce della nuova documentazione prodotta, la sua precedente presa di posizione (doc. 30-31). Mediante decisione del 7 novembre 2006 l'Ufficio dell'assicurazione per l'invalidità per gli assicurati residenti all'estero (UAIE) ha quindi respinto la richiesta di prestazioni dell'assicurato per carenza d'invalidità di grado pensionabile (doc. 32).

D. Con gravame depositato alla posta italiana il 28 novembre 2006 pervenuto alla Commissione federale di ricorso in materia di AVS/AI per le persone residenti all'estero il 5 dicembre 2006, G. _____, regolarmente rappresentato dall'avv. Roberto Coppola di A. _____, 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, oltre a documentazione medica già agli atti, un referto radiologico del 3 maggio 2002.

E. In data 1° gennaio 2007 il Tribunale amministrativo federale (TAF) ha ripreso la procedura in oggetto pendente fino al 31 dicembre 2006 davanti alla Commissione federale di ricorso in materia di AVS/AI per le persone residenti all'estero (CFR).

Chiamato a pronunciarsi, l'Ufficio dell'assicurazione per l'invalidità per gli assicurati residenti all'estero, nelle sue osservazioni ricorsuali del 10 gennaio 2007, propone la reiezione dell'impugnativa con argomenti di cui si riferirà, per quanto occorra, nei considerandi che seguono.

Dopo aver preso atto delle osservazioni dell'amministrazione, il ricorrente, invitato dal Tribunale amministrativo federale a replicare, ha ribadito, con scritto presentato il 28 febbraio 2007, la propria posizione processuale. A suffragio delle sue conclusioni produce, oltre a documentazione medica già agli atti, una relazione medico-legale del 13 febbraio 2007 del Dott. G2._____ giusta il quale è affetto da cardiopatia ischemica con prolasso mitralico in pz. con pregresso infarto inferiore del miocardio con impianto di stent diretto con PCTA per stenosi della circonflessa, dispnea da modici sforzi, cifosi della colonna cervicale, scoliosi destro convessa della colonna lombare con inversione in cifosi della lordosi fisiologica nella parte alta, poliartrosi diffusa, periartrosi scapolo omerale maggiormente a destra a grave impegno funzionale, cervicobrachialgia bilaterale, lombosciatalgia bilaterale, ipertrofia prostatica, diabete mellito con complicanze micro e macro angiopatiche e neuropatiche periferiche, retinopatia diabetica con sclerosi del cristallino, sindrome neuroasteniforme ansiosa con depressione umorale; patologie a seguito delle quali il paziente viene considerato invalido con totale e permanente inabilità lavorativa (100%) fin dall'epoca della domanda amministrativa.

Ricevuta la replica, l'amministrazione ha sottoposto gli atti al Dott. T._____ del Servizio medico regionale (SMR) che, nel suo rapporto medico del 26 marzo 2007, ha precisato, alla luce della nuova documentazione prodotta, che l'assicurato può svolgere (senza limiti alcuni) delle attività leggere - medio pesanti e che la documentazione agli atti è sufficiente per una valutazione precisa del suo stato di salute motivo per cui non sono necessari ulteriori accertamenti medici (doc. 34). Nella duplica del 16 aprile 2007 l'Ufficio dell'assicurazione per

l'invalidità per gli assicurati residenti all'estero propone quindi nuovamente la reiezione dell'impugnativa con argomenti di cui si riferirà, per quanto occorra, nei considerandi che seguono.

F. In data 23 maggio 2007 il ricorrente ha versato l'anticipo di franchi 300.-- equivalente alle presunte spese processuali. Con ordinanza del 26 novembre 2007 il Tribunale amministrativo federale ha comunicato alle parti la composizione del collegio giudicante. Entro il termine impartito non sono state presentate istanze di ricusa.

Diritto:

1.

1.1 I ricorsi pendenti presso le Commissioni federali di ricorso o d'arbitrato o presso i servizi di ricorso dei dipartimenti il 1° gennaio 2007 sono trattati dal Tribunale amministrativo federale nella misura in cui è competente. È applicabile il nuovo diritto di procedura (cfr. art. 53 cpv. 2 della Legge federale sul Tribunale amministrativo federale del 17 giugno 2005 [LTAF, RS 173.32]).

1.2 In virtù dell'art. 31 LTAF, questo tribunale giudica i ricorsi contro le decisioni ai sensi dell'art. 5 della Legge federale sulla procedura amministrativa del 20 dicembre 1968 (PA, RS 172.021) emanate dalle autorità menzionate agli art. 33 e 34 LTAF, riservate le eccezioni di cui all'art. 32 LTAF. In particolare, le decisioni rese dall'Ufficio AI per gli assicurati residenti all'estero (UAIE) concernenti l'assicurazione per l'invalidità possono essere portate innanzi al TAF conformemente all'art. 69 cpv. 1 lett. b della Legge federale 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 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 (art. 6 del Regolamento CEE n° 1408/71). 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^{bis} 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^{bis} 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 17 giugno 2007 entrate in vigore dal 1° gennaio 2008 (5a 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 19 settembre 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 19 settembre 2004 (ossia 12 mesi precedenti la presentazione della domanda), oppure se un diritto alla rendita sia sorto tra tale data ed il 7 novembre 2006, data della 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, un cittadino italiano deve adempiere cumulativamente le seguenti 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. In base all'art. 8 LPGGA è considerata invalidità l'incapacità al guadagno totale o parziale presumibilmente permanente o di lunga durata. L'art. 4 LAI precisa che l'invalidità può essere conseguente ad infermità congenita, malattia o infortunio; il cpv. 2 della stessa norma stabilisce che l'invalidità è considerata insorgere quando, per natura e gravità, motiva il diritto alla singola prestazione.

L'assicurato ha diritto ad una rendita intera se è invalido per almeno il 70%, a tre quarti di rendita se è invalido per almeno il 60%, ad una mezza rendita se è invalido per almeno la metà e ad un quarto di rendita se è invalido per almeno il 40% (art. 28 cpv. 1 LAI). Va ricordato che fino al 31 dicembre 2003, la LAI prevedeva il diritto al quarto di rendita con un tasso d'invalidità del 40% almeno, alla mezza rendita con un tasso d'invalidità del 50% almeno ed alla rendita intera con un tasso d'invalidità dei due terzi (66.67%). In seguito all'entrata in vigore dell'Accordo bilaterale, la limitazione prevista dall'art. 28 cpv. 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 LPGGA), non è più applicabile quando l'assicurato è cittadino dell'UE e vi risiede.

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).

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.

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

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

8. 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).

9. Ai fini del presente giudizio occorre inoltre precisare che, 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 siano strettamente

legati all'oggetto della causa e siano suscettibili di facilitare l'accertamento delle circostanze rilevanti (DTF 105 V 161 consid. 2d, DTF 103 V 53 consid. 1, DTF 99 V 101 consid. 4; RCC 1980 pag. 263, RCC 1974 pag. 192 consid. 4, RCC 1970 pag. 582 consid. 3). In questo contesto occorre quindi tenere conto altresì della relazione medico-legale del 13 febbraio 2007 del Dott. G2._____, prodotta dall'assicurato con scritto del 28 febbraio 2007 nella misura in cui attesta le già note patologie di cui è affetto il paziente.

10.

10.1 Dalla documentazione agli atti si evince che G._____ ha lavorato in Svizzera dal 1964 al 1965 e dal 1967 al 1968, in qualità di manovale edile, successivamente ha lavorato in G1._____ in qualità di gruista per ca. 10 anni e poi, in Italia, dal 1° marzo 1980 al 30 novembre 1989 in qualità di muratore (per ca. un anno) e, da ultimo, in qualità di impiegato d'ordine nell'industria lattiera (fornitore di latte). L'assicurato ha cessato qualsiasi attività lavorativa a partire dal 30 novembre 1989 per motivi non precisati. Occorre pertanto fondarsi sulla documentazione medica al fine di valutare l'eventuale incapacità lavorativa del ricorrente.

10.2 Nel caso di specie 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 essere affetto da esiti di infarto del miocardio con PTCA e attività cardiaca conservata, diabete di tipo II con retinopatia, artrosi generalizzata e stato ansioso depressivo (cfr. consulenza tecnica medico legale del 4 maggio 2004 del Dott. P._____, perizia particolareggiata INPS del 4 novembre 2005, rapporti medici del 9 giugno e del 30 ottobre 2006 del Dott. M._____ e rapporto medico del 26 marzo 2007 del Dott. T._____). Il collegio giudicante non intravede quindi ragioni che gli impediscano di far proprie le conclusioni convergenti inerenti la diagnosi.

10.3 Tali affezioni debbono, dal profilo giuridico, essere esaminate alla luce dell'art. 29 cpv. 1 lett. b LAI. Trattasi, infatti, di malattie che, per costante giurisprudenza, sono da configurare non già di carattere permanente (cioè di natura consolidata o irreversibile), bensì patologico-labile, ossia suscettibili di migliorare o peggiorare. Ne discende che, in mancanza di uno stato di salute sufficientemente stabilizzato, è inapplicabile la prima lettera dell'art. 29 cpv. 1 LAI, per cui può entrare in considerazione solo la seconda lettera della citata

norma legale, la quale prevede un termine d'attesa di un anno. Pertanto, il ricorrente 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.

11.

11.1 Per quanto concerne le conseguenze invalidanti delle affezioni menzionate, il sanitario medico dell'INPS ha posto un tasso di invalidità parziale del 70% per qualsiasi attività lavorativa (cfr. perizia particolareggiata dell'INPS del 4 novembre 2005) mentre il Dott. G2._____, medico di fiducia dell'assicurato, nella sua relazione medico-legale del 13 febbraio 2007, lo considera invalido con totale e permanente inabilità lavorativa al 100%. Vi è poi il Dott. P._____ che, nella consulenza tecnica medico legale del 4 maggio 2004, considera l'assicurato invalido civile nella misura del 76%. Il Dott. M._____ del Servizio medico regionale (SMR), nei rapporti del 9 giugno 2005 e del 30 ottobre 2006, è giunto alla conclusione che l'assicurato nella sua precedente attività di impiegato d'ordine nell'industria lattiera (fornitore di latte) è inabile al 100% dal 9 novembre 2002 mentre in un'attività adatta e leggera (come, per es., portinaio, custode, sorvegliante di parcheggi/musei, magazziniere, piccole consegne con veicolo, vendita per corrispondenza, venditore, cassiere, riparazione di piccoli elettrodomestici, bigliettaio, addetto alla registrazione, classificazione, distribuzione della posta interna, addetto all'accettazione, impiegato dell'ufficio ricevimento, addetto alla registrazione di dati/scansione ottica di documenti) presenta una capacità lavorativa del 100% dal 9 novembre 2002 (doc. 21 e 22). Tali conclusioni sono state pure condivise dal Dott. T._____ del Servizio medico regionale (SMR), alla luce della nuova documentazione medica esibita in sede di ricorso, nel rapporto medico del 26 marzo 2007. Questi precisa inoltre che la documentazione medica agli atti è sufficiente per una valutazione precisa dello stato di salute dell'assicurato per cui non sono necessari ulteriori accertamenti medici (doc. 34).

11.2 I medici dell'UAIE osservano che dal 2002 a causa del danno cardiaco il ricorrente non è più in grado di svolgere un'attività pesante. Il test da sforzo eseguito nel 2006 conferma tuttavia l'assenza di una nuova patologia cardiaca incompatibile con un'attività leggera e

l'esame radiologico della colonna vertebrale evidenzia unicamente delle lesioni artrosiche assolutamente banali. Per quanto concerne la perizia del Dott. A._____, occorre rilevare che pur descrivendo tutta una serie di sintomi patologici, l'effettiva descrizione delle limitazioni funzionali è sommaria ed imprecisa. Le limitazioni alla colonna vertebrale non hanno alcun correlato neurologico e non impediscono un'attività medio – leggera. La nota patologia coronarica è stata controllata mediante test da sforzo ed è stata constatata una normale funzione cardiaca senza sintomi oggettivi ed elettrici coronarici. Dal punto di vista della componente psichiatrica si rileva che la sindrome ansioso – depressiva non ha finora necessitato alcuna terapia e non determina una diminuzione della capacità di lavoro.

Di conseguenza il Tribunale non intravede ragioni che gli impediscano di far proprie le conclusioni cui sono pervenuti il Dott. M._____ ed il Dott. T._____. Dopo aver compiutamente valutato il danno alla salute lamentato dall'assicurato sulla base della documentazione obiettiva, infatti, hanno redatto delle relazioni mediche, con conoscenza della pregressa vicenda valetudinaria (anamnesi), chiare nella presentazione del contesto medico ed, infine, che giungono a conclusioni logiche e motivate. Le predette relazioni mediche ossequiano ampiamente i principi posti dalla costante giurisprudenza esposta al considerando 8.

Il Tribunale è quindi dell'avviso che l'assicurato, nella sua precedente attività di impiegato d'ordine nell'industria lattiera (fornitore di latte) è inabile al 100% dal 9 novembre 2002 mentre in un'attività adatta e leggera come osservato dall' UAIE presenta una capacità lavorativa del 100% dal 9 novembre 2002.

12. L'invalidità è determinata stabilendo il rapporto fra il reddito del lavoro che l'assicurato conseguirebbe, dopo la manifestazione dell'invalidità e dopo l'esecuzione di eventuali provvedimenti d'integrazione, nell'esercizio di un'attività lucrativa, ragionevolmente esigibile da lui in condizioni normali del mercato del lavoro, e il reddito che potrebbe conseguire se non fosse diventato invalido.

Sulla base dei risultati statistici dell'inchiesta ottobre 2002-2003 dell'Ufficio internazionale del lavoro di Ginevra, l'amministrazione ha tenuto conto di un salario mensile medio, privo di invalidità, conseguibile nel 2003 in Italia quale impiegato d'ordine nell'industria

lattiera (fornitore di latte) di Euro 1'242.43. Poi ha accertato il salario mensile medio ottenibile in attività di tipo leggero non qualificate e più precisamente:

- addetto agli stocks nel settore del commercio all'ingrosso Euro 1'286.93;
- commesso venditore nel settore del commercio all'ingrosso Euro 1'286.93;
- addetto all'accettazione di un hotel Euro 1'285.78;
- cassiere nel settore del commercio al dettaglio Euro 1'181.89;
- manovale nell'editoria e industrie connesse Euro 1'119.23;
- manovale nella costruzione di macchine Euro 1'018.01.

Il Tribunale rileva che, esclusi i primi tre salari indicati poiché più elevati dell'ultimo reddito percepito dall'assicurato, si giunge ad un salario mensile da invalido di Euro 1'106.38 [(Euro 1'119.23+Euro 1'018.01+ Euro 1'181.89):3]. Anche applicando il correttivo massimo del 25% consentito dalla giurisprudenza in ambito di salari statistici (DTF 126 V 75, Sozialversicherungsrecht, Rechtsprechung [SVR] 1999 IV n. 6 e SVR 2000 IV n. 1) visto che l'assicurato può esercitare solamente attività leggere ed, in particolare, per tenere debitamente conto della sua età (nel 2003: 58 anni) si giunge ad un salario mensile medio di Euro 829.78. Il confronto fra un reddito privo di invalidità di Euro 1'242.43 ed un introito teorico dopo l'insorgenza dell'invalidità di Euro 829.78 comporta una perdita di guadagno del 33,21% [(1'242.43-829.78)x100] : 1'242.43, tasso che esclude il riconoscimento del diritto ad una di rendita di invalidità.

13. Visto quanto precede G._____ non ha diritto ad una rendita dell'assicurazione svizzera per l'invalidità. Il ricorso deve quindi essere respinto e l'impugnata decisione confermata.

14.

14.1 A titolo di spese processuali si prelevano franchi 300.-- (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 franchi 300.--, importo compensato dal corrispondente anticipo versato dal ricorrente alla scrivente autorità in data 23 maggio 2007. Non si assegnano ripetibili.

3.

Comunicazione a:

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

La presidente del collegio:

La cancelliera:

Elena Avenati-Carpani

Paola Carcano

Rimedi giuridici:

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

Data di spedizione: