



Corte III
C-3248/2008
{T 0/2}

Sentenza del 14 ottobre 2009

Composizione

Giudici: Francesco Parrino (presidente del collegio),
Madeleine Hirsig e Stefan Mesmer;
Cancelliere: Dario Croci Torti

Parti

A. _____,
patrocinato dall'avvocato Roberto Coppola,
corso Vittorio Emanuele 8, IT-83100 Avellino,
ricorrente,

contro

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

Oggetto

Assicurazione invalidità (decisione dell'8 aprile 2008).

Fatti:**A.**

A._____, cittadino italiano, nato il _____, coniugato, ha lavorato in Svizzera dal 1967 al 1977 (doc. 2), solvendo regolari contributi all'assicurazione svizzera per la vecchiaia, i superstiti e l'invalidità durante tale periodo. Dopo il rimpatrio, ha continuato ad esercitare un'attività lucrativa alle dipendenze di terzi. Dall'aprile 2003 era alle dipendenze di un'impresa alimentare come operaio addetto alla panificazione, in ragione di 40 ore settimanali e per un salario adeguato alla sua qualifica. Il dipendente è stato licenziato con effetto 16 giugno 2006 per motivi di salute, quando già a partire dal 1° aprile 2006 venne assegnato dalla ditta a compiti più semplici, ossia al confezionamento dei prodotti (doc. 10, 11).

In data 28 febbraio 2007, A._____ ha formulato una domanda volta al conseguimento di una rendita dell'assicurazione svizzera per l'invalidità (doc. 3, 6).

B.

Il richiedente è stato visitato il 18 aprile 2007 presso i servizi medici dell'Istituto nazionale della previdenza sociale (INPS) di Avellino, ove il sanitario incaricato ha evidenziato la diagnosi di "obesità marcata, cardiopatia ipertensiva con fibrillazione atriale" ed ha posto un tasso d'invalidità del 67% (doc. 24). Sono stati esibiti documenti oggettivi, quali:

- un elettrocardiogramma del 24 maggio 2004 ed un altro del 4 dicembre 2006 (doc. 12, 20) nonché un referto radiologico del torace del 25 maggio 2004 (doc. 13);
- i risultati di una tomoscintigrafia miocardica a riposo e dopo stimolo del 19 maggio 2003 (doc. 14) e di un angioscintigrafia "first pass" e "all'equilibrio" di stessa data (doc. 26);
- esami ematochimici del 25 maggio 2004 (doc. 15);
- un rapporto di esame Holter su 19 ore e 40 minuti del 21 maggio 2004 (doc. 16);

- un verbale per prestazioni di pronto soccorso del 19 maggio 2005 illeggibile (doc. 17);
- una cartella clinica relativa alla degenza ospedaliera dal 19 al 25 maggio 2004 per cardiopatia ipertensiva in fase dilatativa, disfunzione sistolica, rifiuto di un esame coronarografico (doc. 22);
- un elettrocardiogramma del 4 aprile 2007 (doc. 23);
- diversi altri certificati rilasciati dal Dott. Montanaro illeggibili (doc. 28-34);
- un programma dietetico/nutrizionale di data imprecisata (doc. 39);
- un estratto di cartella clinica relativo alle degenza dal 25 al 27 maggio 2005 per rottura degenerativa del corpo corno posteriore del menisco interno (?) destro (doc. 40-42) con diversi risultati di esami oggettivi.

C.

L'Ufficio dell'assicurazione per l'invalidità per gli assicurati residenti all'estero (UAIE) ha sottoposto l'incarto al Dott. Battaglia, del Servizio medico regionale "Rhône", il quale, nella sua relazione del 4 febbraio 2008, ha affermato che l'interessato presenterebbe un'invalidità del 50% nella sua abituale attività (panificatore) e dello zero per cento in attività sostitutive leggere come verosimilmente era quella di ripiego da lui svolta per poco tempo da aprile 2006 (doc. 44).

Con progetto di decisione del 7 febbraio 2008, l'UAIE ha comunicato al Patronato ACAI di Avellino, già regolare rappresentante di A._____, che la richiesta di prestazioni sarebbe stata respinta per carenza d'invalidità di livello pensionabile (doc. 45).

L'interpellato non ha preso posizione in merito.

Mediante decisione dell'8 aprile 2008, l'UAIE ha pertanto respinto la richiesta di prestazioni (doc. 46).

D.

Con il ricorso depositato il 14 maggio 2008, A._____, regolarmente rappresentato dall'avv. Roberto Coppola, chiede, sostanzialmente, l'annullamento del summenzionato provvedimento amministrativo e, di

conseguenza, il riconoscimento del suo diritto a prestazioni assicurative. Produce, a suffragio delle sue conclusioni, documentazione già ad atti.

Nelle sue osservazioni ricorsuali del 7 luglio 2008, l'UAIE propone la rieiezione dell'impugnativa con argomenti di cui, per quanto occorra, si riferirà nei considerandi in diritto del presente giudizio.

E.

Dopo aver preso atto delle osservazioni dell'amministrazione e di altra documentazione di rilievo, l'avv. Coppola, con replica ricevuta da questo Tribunale il 28 luglio 2008, ha ribadito l'intenzione del proprio assistito di mantenere il ricorso. A suffragio di quanto avanzato produce, segnatamente: un rapporto 19 maggio 2008 del Dott. Capasso, cardiologo, scarsamente leggibile; un referto d'esame ecocardiografico del 29 maggio 2008 (FE 30%), un rapporto di degenza ospedaliera dal 25 al 28 giugno 2008 per problemi cardiologici (con i risultati di diversi esami); un referto ecocolordoppler arti inferiori del 4 giugno 2008; un rapporto di esame Holter del 6 marzo 2008.

F.

Ricevuta la replica, l'amministrazione ha sottoposto gli atti al Dott. Lehmann, del proprio servizio medico, il quale, nella sua relazione del 31 ottobre 2008, ha affermato che il richiedente sarebbe in grado di svolgere, a tempo pieno, un'attività di ripiego più leggera della precedente, quest'ultima, invece, restando accessibile al 50% dal 1° aprile 2006 (doc. 48).

Duplicando in data 10 novembre 2008, l'UAIE si è riconfermato nelle sue precedenti conclusioni.

G.

Con decisione incidentale del 29 luglio 2008, il Tribunale amministrativo federale (TAF) ha invitato la parte ricorrente a voler versare un anticipo di Fr. 300.-, corrispondente alle presunte spese processuali. Detto anticipo è stato versato il 29 agosto 2008.

H.

Preso atto delle duplica dell'amministrazione e del parere del Dott. Lehmann, l'avv. Coppola, con ulteriore scritto del 5 dicembre 2008, ha ribadito la richiesta del proprio assistito. Ha esibito una relazione

sanitaria del Dott. Amodeo del 28 novembre 2008 attestante un'obesità di grado marcato, cardiopatia ipertensiva con ipertrofia ventricolare sinistra, dilatazione dell'atrio sinistro, sclerosi aortica, con extrasistolie ventricolari della classe IV B di Lown, fibrosclerosi aortica, rottura degenerativa del corpo corno post MI con danno condrale di II grado del compartimenti interno, condrite II e III grado delle femoro-rotulea, sindrome ansioso-depressiva di grado medio-grave. L'esperto di parte ritiene il paziente totalmente inabile a qualsiasi lavoro.

Ricevuta la triplica, l'amministrazione ha risottoposto gli atti al Dott. Lehmann, il quale, nel suo rapporto del 9 gennaio 2009, si è riconfermato nelle sue precedenti considerazioni (doc. 50).

Quadruplicando in data 14 gennaio 2009, l'UAIE si è riconfermata nelle sue precedenti considerazioni. Copia di questo atto e del parere del Dott. Lehmann del 9 gennaio 2009, sono stati inviati, per conoscenza, alla parte ricorrente.

Diritto:

1.

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

2.

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

l'invalidità (art. 1a-26^{bis} e 28-70), sempre che la presente legge non preveda espressamente una deroga.

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

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

3.

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

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

condizioni di ottenimento di una rendita di invalidità svizzera sono regolate dal diritto interno svizzero (DTF 130 V 257 consid. 2.4).

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

4.

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

5.

Il ricorrente ha presentato la domanda di rendita il 28 febbraio 2007. In deroga all'art. 24 LPGa, l'art. 48 cpv. 2 LAI (nel suo tenore in vigore fino al 31 dicembre 2007) precisa che, se l'assicurato si annuncia più di 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 28 febbraio 2006 (ossia 12 mesi precedenti la presentazione della domanda), oppure se un diritto alla rendita sia sorto tra tale data e l'8 aprile 2008, data dell'impugnata decisione. Il giudice delle assicurazioni sociali analizza, infatti, la legalità della decisione impugnata, in generale, secondo lo stato di fatto esistente al momento in cui la decisione in lite è stata resa (DTF 130 V 445 consid. 1.2 e 1.2.1). Il giudice delle assicurazioni sociali può tuttavia tenere conto dei fatti verificatisi dopo la data della decisione impugnata quando, per esempio, essi possono imporsi quali elementi d'accertamento retrospettivo della situazione anteriore alla decisione stessa (DTF 130 V 138 consid. 2.1 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, ad un'assicurazione sociale assimilata (FF 2005 p. 4065; art. 45 del regolamento 1408/71) di uno Stato membro dell'Unione europea (UE) o dell'Associazione europea di libero scambio (AELS), durante almeno un anno, rispettivamente, a partire dal 1° gennaio 2008, durante almeno tre anni di cui almeno uno in Svizzera (art. 36 LAI).

Nella specie il ricorrente ha versato contributi all'AVS/AI svizzera per un periodo superiore ai tre anni (doc. 2). Pertanto, l'interessato 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} (art. 29 cpv. 4 a partire dal 1° gennaio 2008) 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 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 Dopo il rimpatrio, l'interessato ha ancora lavorato. Dal 2003 era attivo nel settore nell'industria pasticceria e della panificazione (doc. 10, 11). È stato licenziato per motivi di salute con effetto 16 giugno 2006, benché a partire dal 1° aprile 2006 venne addetto a compiti più leggeri (confezionamento).

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; DTF 128 V 30; Pratique VSI 2000 p. 84).

8.3 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 tasso 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).

8.4 Inoltre, 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).

9.

9.1 Nel caso in esame, in sede d'istruttoria, è stata evidenziata la diagnosi di obesità marcata (146 kg, cm 174), cardiopatia ipertensiva con fibrillazione atriale (cfr. perizia medica dettagliata del 18 aprile 2007, E 213, doc. 24). Dalla documentazione esibita dopo il ricorso, risulta che la patologia cardiologica è andata peggiorando. I test oggettivi (ricovero del giugno 2008) evocano una sospetta ischemia miocardica ed uno stato di extrasistolia ventricolare in fibrillazione atriale permanente.

Ora, sebbene questi eventi patologici vengono constatati appena dopo la data dell'impugnata decisione e, pertanto, non dovrebbero, di

principio, rientrare nell'ambito del potere di cognizione giudiziaria di questo Tribunale (cfr. consid. 5), dopo la chiusura dell'istruttoria, nuovi mezzi di prova possono essere presi in considerazione in quanto possono servire a stabilire dei fatti anteriori all'8 aprile 2008 e giuridicamente rilevanti per la decisione.

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 medico dell'INPS (perizia del 18 aprile 2007) pone un tasso d'invalidità del 67%. Dal canto loro, i Dott.ri Battaglia e Lehmann, dell'UAIE, ritengono che l'interessato avrebbe potuto continuare il suo precedente lavoro.

10.2 Ora, appare a questo collegio giudicante chiaro che la capacità al lavoro era già ridotta al momento del licenziamento avvenuto con effetto 16 giugno 2006 per motivi di salute. Si ricorda (cfr. consid. 8.1) che l'interessato aveva già beneficiato di un incarico più leggero (da tre mesi circa), ma ciò non sembra essere stato sufficiente per poter pretendere che continuasse una attività regolare. Un verosimile aggravamento delle sue condizioni di salute può essere fatto risalire a maggio 2005, quando è stato operato al ginocchio (destro?) con conseguente e permanente condrite della femoro-rotulea in un paziente con considerevole sovrappeso.

10.3 La documentazione esibita con la replica attesta una situazione patologica relativamente debilitante. L'affezione cardiaca ha assunto una certa importanza già nel 2006: un esame ecocardiografico del 29 maggio 2008 poneva in evidenza una frazione di eiezione (FE) del 30% e quindi una severa depressione della funzione sistolica globale con lieve sclerosi della mitroaortica. Un ulteriore esame ecocardiografico del 26 giugno 2008 poneva invece una FE migliore (54%). Tuttavia, dato che l'assicurato si trova ora, come attestano gli esami holter, in uno stato di fibrillazione atriale permanente (aritmia totale), non è a priori escluso che siano state queste condizioni di salute che l'abbiano indotto a cessare definitivamente l'attività lucrativa nel giugno 2006. A ciò si aggiunge un considerevole stato di obesità. Alla diagnosi di uscita dal ricovero dal 25 al 28 giugno 2008, il quadro generale di salute dell'assicurato induce a ritenere che, in quelle condizioni, egli non avrebbe potuto riprendere un'attività lucrativa, pur leggera e/o sedentaria.

Da quanto precede è evidente che le risultanze mediche raccolte in sede d'istruttoria non sono complete, né attuali. Il collegio giudicante non può pertanto effettuare sulla base degli atti di causa un esame oggettivo adeguato che consenta di addivenire ad un chiaro ed attendibile giudizio sullo stato di salute dell'assicurato e sulla sua residua capacità di lavoro e di guadagno, dopo il 16 giugno 2006.

11.

11.1 Pertanto il ricorso è parzialmente accolto, la decisione impugnata deve essere annullata e l'incarto retrocesso all'UAIE affinché completi l'istruttoria dal punto di vista medico ed emani una nuova decisione. Certo, l'art. 61 cpv. 1 PA permette solo eccezionalmente di ricorrere ad una tale procedura. Nel caso concreto l'applicazione dell'eccezione prevista è tuttavia giustificata se si considera l'importanza delle divergenze rilevate e l'ampiezza delle informazioni mediche bisognose di essere ancora raccolte.

L'UAIE dovrà completare l'istruttoria delucidando lo stato di salute dell'assicurato dopo il giugno 2006 (cessazione dell'attività lucrativa) fino all'8 aprile 2008, data dell'impugnata decisione e da questa data in poi.

11.2 A tal fine, l'interessato sarà sottoposto a visita specialistica in cardiologia accompagnata da tutti quegli esami oggettivi che il caso

richiede (elettrocardiogramma, ecocardiogramma, ergometria, ecc.). Sarà fatta allestire una nuova perizia medica particolareggiata (E 213). L'incarto sarà poi sottoposto in esame ad un medico dell'UAIE il quale si pronuncerà sull'evoluzione della capacità di lavoro dell'assicurato in attività di sostituzione a lui ancora eventualmente proponibili. A tal proposito l'amministrazione dovrà verificare in cosa consistesse l'attività di ripiego che il nominato ha svolto per soli tre mesi da marzo a giugno 2006 e se questa sia eventualmente ancora esigibile ed in quale misura.

Se del caso, l'amministrazione effettuerà poi un'adeguata indagine comparativa dei redditi.

12.

12.1 Non si percepiscono spese processuali. L'anticipo delle spese processuali di Fr. 300.-, versato dall'interessato il 29 agosto 2008, gli viene retrocesso.

12.2 In base all'art. 64 PA, l'autorità di ricorso, se ammette il ricorso in tutto o in parte, può assegnare al ricorrente un'indennità per le spese indispensabili e relativamente elevate che ha sopportato.

Nel caso in esame, visto il ricorso e la replica, la documentazione esibita, nonché l'esito del gravame si giustifica riconoscere alla parte ricorrente un'indennità per spese ripetibili di Fr. 1'200.-, a carico dell'UAIE.

Per questi motivi, il Tribunale amministrativo federale pronuncia:

1.

Il ricorso è parzialmente accolto nel senso che, annullata l'impugnata decisione dell'8 aprile 2008, l'incarto è rinviato all'Ufficio dell'assicurazione per l'invalidità per gli assicurati residenti all'estero (UAIE), perché proceda ai sensi del considerando 11.2 e statuisca di nuovo.

2.

Non si prelevano spese processuali. L'anticipo di Fr. 300.- versato dal ricorrente il 29 agosto 2008 gli viene restituito.

3.

Alla parte ricorrente viene riconosciuta un'indennità per spese ripetibili di Fr. 1'200.-, la quale è posta a carico dell'Ufficio AI intimato.

4.

Comunicazione a:

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

Il presidente del collegio:

Il cancelliere:

Francesco Parrino

Dario Croci Torti

Rimedi giuridici:

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

Data di spedizione: