



Corte III
C-4292/2012

Sentenza del 27 marzo 2013

Composizione

Giudice Vito Valenti (giudice unico),
cancelliera Marcella Lurà.

Parti

A. _____,
patrocinato dall'avvocato Aldo Licci,
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 4 luglio 2012).

Fatti:**A.**

A. _____, cittadino italiano, nato il (...), coniugato, con due figlie, ha lavorato in Svizzera nel 1978 (6 mesi), nel 1980 (10 mesi) e nel 1981 (10 mesi), solvendo contributi all'assicurazione svizzera per la vecchiaia, i superstiti e l'invalidità durante tale periodo (doc. 23). Rientrato in Italia, ha svolto attività lucrativa, da ultimo, dal 28 maggio 2007 al 31 dicembre 2009, dal 16 marzo al 28 maggio e dal 7 ottobre al 24 dicembre 2010, come carpentiere presso un'impresa di costruzioni immobiliari, in ragione di 40 ore alla settimana. Ha interrotto il lavoro il 24 dicembre 2010 a seguito di riduzione del personale (doc. 32). Il 20 settembre 2011, ha formulato una richiesta volta all'ottenimento di una rendita dell'assicurazione svizzera per l'invalidità (doc. 2).

B.

Nel corso dell'istruttoria, l'Ufficio dell'assicurazione per l'invalidità per gli assicurati residenti all'estero (UAIE) ha in particolare assunto agli atti la seguente documentazione:

- documenti medici di data intercorrente da giugno 1987 ad ottobre 2011 (doc. 9 a 21 e doc. 26 a 29);
- la perizia medica particolareggiata E 213 del 28 settembre 2011, da cui emerge la diagnosi di cardiopatia ischemica rivascolarizzata con triplice by-pass aorto-coronarico, ipertensione arteriosa, dislipidemia, bronchite cronica e lomboartrosi; le condizioni di salute dell'interessato sono state definite come migliorate e il medesimo è stato ritenuto in grado di svolgere regolarmente lavori leggeri nonché, e a tempo pieno, un lavoro adeguato alle sue condizioni, ma non il suo ultimo lavoro a tempo pieno. È stato segnalato che l'interessato è considerato invalido al 70%, conformemente alle disposizioni di legge del Paese di residenza, sia nella precedente attività sia in un'attività adeguata alle sue condizioni (doc. 22);
- il questionario per l'assicurato (non datato, ma pervenuto il 9 gennaio 2012; doc. 30);
- il questionario per il datore di lavoro del 23 febbraio 2012 (doc. 32).

C.

C.a Nel rapporto medico del 21 marzo 2012, il dott. B._____, medico dell'UAIE, ha esposto la diagnosi di cardiopatia ischemica cronica con stato dopo by-pass aorto-coronarico. Ha pure evidenziato la diagnosi, con ripercussioni sulla capacità lavorativa, di sovrappeso. Ha altresì considerato l'ipertensione arteriosa e lo stato dopo fistola perianale siccome senza ripercussioni sulla capacità al lavoro. Il dott. B._____ ha quindi ritenuto un'incapacità lavorativa dell'80% dell'interessato nella precedente attività a decorrere dal 24 luglio 2011, ma una capacità al lavoro completa, dunque del 100%, in un'attività sostitutiva confacente al suo stato di salute (attività al riparo dal freddo, ad esclusione di un lavoro pesante) a far tempo dal 24 luglio 2011 (doc. 34).

C.b Il 18 aprile 2012, l'UAIE ha determinato nel 37% il grado d'invalidità dell'assicurato in applicazione del metodo generale del raffronto dei redditi (doc. 35).

D.

Il 30 aprile 2012, l'autorità inferiore, mediante progetto di decisione, ha comunicato all'interessato che la domanda di prestazioni sarebbe stata respinta, ritenuto in particolare che l'esercizio di un'attività lucrativa più leggera è da considerare esigibile in misura sufficiente per escludere il diritto ad una rendita. L'autorità inferiore ha altresì concesso all'interessato la facoltà di formulare, nel termine di 30 giorni dalla notificazione del progetto di decisione, delle obiezioni per iscritto (doc. 35).

E.

E.a Il 2 giugno 2012 (doc. 37), l'interessato ha postulato il riconoscimento di una rendita intera subordinatamente tre quarti, una mezza rendita o perlomeno un quarto di rendita dal momento che, secondo la relazione medica del dott. C._____, allegata in copia (doc. 39), le patologie di cui è affetto "lo rendono invalido (...) in misura del 70%, probabilmente del 60%, certamente del 50%, in ultima analisi (...) del 40%".

E.b Nel rapporto del 23 giugno 2012, il dott. B._____ ha rilevato che non vi erano motivi per modificare la sua precedente presa di posizione (doc. 41).

F.

Il 4 luglio 2012, l'autorità inferiore ha respinto la domanda di prestazioni

dell'assicurazione svizzera per l'invalidità. Ha in particolare osservato che dalle carte processuali risulta che a causa del danno alla salute l'assicurato ha un'incapacità lavorativa dell'80% nella precedente attività. Tuttavia, l'esercizio di un'attività sostitutiva leggera confacente allo stato di salute dell'interessato medesimo è da considerare esigibile al 100% e conduce ad un grado d'invalidità del 37% che esclude il riconoscimento del diritto ad una rendita dell'assicurazione svizzera per l'invalidità (doc. 42).

G.

G.a Il 14 agosto 2012 (e il 24 settembre 2012, con atto di complemento [atto di complemento inoltrato pure dinanzi al Tribunale federale, che è poi stato trasmesso a questo Tribunale per competenza {doc. TAF 4, 6 e 7}], l'interessato ha interposto ricorso dinanzi al Tribunale amministrativo federale contro la decisione dell'UAIE del 4 luglio 2012 mediante il quale ha chiesto, sostanzialmente, il riconoscimento di una rendita intera subordinatamente tre quarti, una mezza rendita o perlomeno un quarto di rendita dal momento che, secondo la relazione medica del 20 maggio 2012 del dott. C. _____ (già agli atti di causa), le patologie di cui è affetto "lo rendono invalido (...) in misura (...) del 70%, probabilmente del 60%, certamente del 50%, in ultima analisi (...) del 40% (doc. TAF 1).

G.b Con decisione incidentale del 27 agosto 2012 (notificata il 5 settembre 2012; doc. TAF 3 [avviso di ricevimento]), questo Tribunale ha invitato il ricorrente a versare, nel termine di 30 giorni a decorrere da quello successivo alla notificazione della decisione incidentale medesima, un anticipo di fr. 400.-- a copertura delle presumibili spese processuali. Il 14 settembre 2012, l'insorgente ha versato l'importo di fr. 409.55 (doc. TAF 2, 3 e 5).

G.c Il 24 settembre 2012, il medesimo ha esibito copia della decisione impugnata (doc. TAF 2 e 4).

H.

Nella risposta al ricorso del 26 novembre 2012, l'autorità inferiore ha proposto la reiezione del ricorso. In virtù dei rapporti del 21 marzo e 23 giugno 2012 del proprio servizio medico, il ricorrente presenta un'incapacità al lavoro dell'80% nella precedente attività di carpentiere a far tempo da luglio del 2011, ma può esercitare attività sostitutive adeguate a tempo pieno, come quelle indicate nella presa di posizione del marzo 2012 del medico SMR, ciò che conduce ad un grado d'invalidità del 37% che esclude il riconoscimento del diritto ad una rendita dell'assicurazione sviz-

zera per l'invalidità. L'autorità inferiore ha altresì rilevato che l'insorgente non ha allegato alcun fatto nuovo suscettibile di giustificare un diverso apprezzamento (doc. TAF 9).

I.

Con provvedimento del 19 dicembre 2012 (notificato il 31 dicembre 2012; doc. TAF 11 [avviso di ricevimento]), il Tribunale amministrativo federale ha trasmesso al ricorrente la risposta al ricorso dell'autorità inferiore del 26 novembre 2012, unitamente a copia dei documenti dell'incarto dell'UAIE menzionati nella presa di posizione dell'autorità inferiore, e gli ha concesso la facoltà di pronunciarsi in merito alle osservazioni dell'autorità inferiore (doc. TAF 10), facoltà di cui l'insorgente non ha fatto uso.

Diritto:

1.

1.1 Il Tribunale amministrativo federale esamina d'ufficio e con piena cognizione la sua competenza (art. 31 e segg. della legge del 17 giugno 2005 sul Tribunale amministrativo federale [LTAF, RS 173.32]), rispettivamente l'ammissibilità dei gravami che gli vengono sottoposti (DTF 133 I 185 consid. 2 e relativi riferimenti).

1.2 Riservate le eccezioni – non realizzate nel caso di specie – di cui all'art. 32 LTAF, questo Tribunale giudica, in virtù dell'art. 31 LTAF in combinazione con l'art. 33 lett. d LTAF e l'art. 69 cpv. 1 lett. b della legge federale del 19 giugno 1959 sull'assicurazione per l'invalidità (LAI, RS 831.20), i ricorsi contro le decisioni, ai sensi dell'art. 5 della legge federale del 20 dicembre 1968 sulla procedura amministrativa (PA, RS 172.021), rese dall'Ufficio dell'assicurazione per l'invalidità per le persone residenti all'estero.

1.3 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 cpv. 1 LAI, le disposizioni della LPGA sono applicabili all'assicurazione per l'invalidità (art. 1a-26^{bis} e 28-70), sempre che la LAI non deroghi alla LPGA.

1.4 Presentato da una parte direttamente toccata dalla decisione e avente un interesse degno di protezione al suo annullamento o alla sua modifica (art. 59 LPGA), il ricorso – interposto tempestivamente e rispettoso

dei requisiti previsti dalla legge (art. 60 LPGA nonché art. 52 PA) – è pertanto ammissibile.

2.

2.1 Il ricorrente è cittadino di uno Stato membro della Comunità europea, per cui è applicabile, di principio, l'Accordo sulla libera circolazione delle persone del 21 giugno 1999 fra la Confederazione svizzera, da una parte, e la Comunità europea ed i suoi Stati membri, dall'altra, entrato in vigore il 1° giugno 2002 (ALC, RS 0.142.112.681), in particolare il suo allegato II relativo al coordinamento dei sistemi di sicurezza sociale. Secondo l'art. 20 ALC, salvo disposizione contraria contenuta nell'allegato II, gli accordi bilaterali fra la Svizzera e gli Stati membri della Comunità europea in materia di sicurezza sociale sono sospesi con l'entrata in vigore dell'Accordo, qualora il medesimo campo sia disciplinato da quest'ultimo.

2.2 L'allegato II è stato modificato con effetto dal 1° aprile 2012 (Decisione 1/2012 del Comitato misto del 31 marzo 2012; RU 2012 2345). Nella sua nuova versione esso prevede che le parti contraenti applicano tra di loro, nel campo del coordinamento dei sistemi di sicurezza sociale, gli atti giuridici di cui alla sezione A dello stesso allegato, comprese eventuali loro modifiche o altre regole equivalenti ad essi (art. 1 ch. 1), assimila la Svizzera, a questo scopo, ad uno Stato membro dell'Unione europea (UE; art. 1 ch. 2), e stabilisce, ai fini dell'applicazione delle disposizioni dello stesso allegato, la necessità di tenere in debita considerazione gli atti giuridici dell'UE di cui alla sezione B (art. 2 ch. 1) e di prendere atto di quelli menzionati alla sezione C (art. 2 ch. 2).

2.3 Gli atti giuridici riportati nella sezione A dell'allegato II sono, in particolare, il regolamento (CE) n. 883/2004 del Parlamento europeo e del Consiglio del 29 aprile 2004 (RS 0.831.109.268.1) relativo al coordinamento dei sistemi di sicurezza sociale, con le relative modifiche, e il regolamento (CE) n. 987/2009 del Parlamento europeo e del Consiglio del 16 settembre 2009 (RS 0.831.109.268.11) che stabilisce le modalità di applicazione del regolamento (CE) n. 883/2004, nonché il regolamento (CEE) n. 1408/71 del Consiglio del 14 giugno 1971 (RU 2004 121, 2008 4219 4237, 2009 4831) 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, con le relative modifiche, e il regolamento (CEE) n. 574/72 del Consiglio del 21 marzo 1972 (RU 2005 3909, 2008 4273, 2009 621 4845) che stabilisce le modalità di applicazione del regolamento (CEE) n. 1408/71, con le relative modifiche, entrambi appli-

cabili tra la Svizzera e gli Stati membri fino al 31 marzo 2012 e quando vi si fa riferimento nel regolamento (CE) n. 883/2004 o nel regolamento (CE) n. 987/2009 oppure quando si tratta di casi verificatisi in passato.

Gli atti giuridici elencati nella sezione B dell'allegato II rappresentano diverse decisioni della Commissione amministrativa per il coordinamento dei sistemi di sicurezza sociale, mentre quelli esposti nella sezione C corrispondono a due raccomandazioni della stessa commissione.

L'allegato II è peraltro completato da un protocollo, che ne costituisce parte integrante (art. 3 ch. 2), in cui sono stipulate regole speciali riguardo all'assicurazione contro la disoccupazione, agli assegni per grandi invalidi e alla previdenza professionale per la vecchiaia, i superstiti e l'invalidità.

2.4 Secondo l'art. 4 del regolamento (CE) n. 883/2004, salvo quanto diversamente previsto dallo stesso, le persone ad esso soggette godono delle medesime prestazioni e sottostanno agli stessi obblighi di cui alla legislazione di ciascuno Stato membro, alle stesse condizioni dei cittadini di tale Stato. Ciò detto, nella misura in cui l'ALC e, in particolare, il suo allegato II, non prevede disposizioni contrarie, l'organizzazione della procedura, come pure l'esame delle condizioni di ottenimento di una rendita d'invalidità svizzera, sono regolate dal diritto interno svizzero (DTF 130 V 253 consid. 2.4).

3.

3.1 Secondo l'art. 2 LPGA, le disposizioni della legge stessa sono applicabili alle assicurazioni sociali disciplinate dalla legislazione federale, se e per quanto le singole leggi sulle assicurazioni sociali lo prevedano.

3.2 Dal profilo temporale sono applicabili le disposizioni in vigore al momento della realizzazione dello stato di fatto che deve essere valutato giuridicamente o che produce conseguenze giuridiche (DTF 136 V 24 consid. 4.3 e DTF 130 V 445 consid. 1.2 e relativi riferimenti nonché DTF 129 V 1 consid. 1.2). Ne discende che si applicano, da un lato, le norme materiali in vigore fino al 31 dicembre 2011, per quanto attiene allo stato di fatto realizzatosi fino a tale data, mentre dall'altro lato, e per il periodo successivo, le nuove norme della 6a revisione della LAI (cfr. DTF 130 V 1 consid. 3.2 per quanto concerne le disposizioni formali della LPGA, immediatamente applicabili con la loro entrata in vigore). La domanda di una rendita AI essendo stata presentata il 20 settembre 2011, al caso in esame si applicano di principio le norme in vigore fino al 31 dicembre

2011. Peraltro, e per l'esame del diritto eventuale a una rendita, l'applicazione delle nuove norme della 6a revisione della LAI per il periodo dal 1° gennaio 2012 al 4 luglio 2012 (data della decisione impugnata) non avrebbe alcuna incidenza sull'esito delle questioni sottoposte nel caso concreto all'esame di questo Tribunale. Pertanto, e salvo indicazione contraria, di seguito è fatto riferimento alle norme in vigore fino al 31 dicembre 2011.

3.3

3.3.1 Il ricorrente, come già menzionato, ha presentato la domanda di rendita il 20 settembre 2011. In deroga all'art. 24 LPGGA, l'art. 29 LAI prevede che il diritto alla rendita nasce al più presto dopo sei mesi dalla data in cui l'assicurato ha rivendicato il diritto alle prestazioni conformemente all'art. 29 cpv. 1 LPGGA (riservate altresì le condizioni dell'art. 28 cpv. 1 LAI [cfr. consid. 5.3 del presente giudizio]).

3.3.2 Giova altresì rilevare che il potere cognitivo di questo Tribunale è delimitato dalla data della decisione impugnata. Il giudice delle assicurazioni sociali esamina infatti la decisione impugnata sulla base della situazione di fatto esistente al momento in cui essa è stata resa. Tiene tuttavia conto dei fatti verificatisi dopo tale data quando essi possano imporsi quali elementi d'accertamento retrospettivo della situazione anteriore alla decisione stessa (DTF 129 V 1 consid. 1.2 e DTF 121 V 362 consid. 1b), in altri termini se gli stessi sono strettamente connessi all'oggetto litigioso e se sono suscettibili di influire sull'apprezzamento del giudice al momento in cui detta decisione litigiosa è stata resa (cfr. sentenza del Tribunale federale 8C_278/2011 del 26 luglio 2011 consid. 5.5 nonché 9C_116/2010 del 20 aprile 2010 consid. 3.2.2; DTF 118 V 200 consid. 3a in fine).

4.

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

- essere invalido ai sensi della LPGGA e della LAI (art. 8 LPGGA nonché art. 4, 28 e 28a LAI);
- aver pagato i contributi all'AVS/AI svizzera o ad un'assicurazione sociale assimilata (FF 2005 p. 4065; art. 45 del regolamento 1408/71 [art. 46 del regolamento (CE) n. 883/2004 {che rinvia al

Capitolo 5}}) di uno Stato membro dell'Unione europea (UE) o dell'Associazione europea di libero scambio (AELS), durante tre anni (art. 36 cpv. 1 LAI), ferma restando la necessità di un periodo contributivo minimo in Svizzera di un anno (art. 36 cpv. 2 LAI in combinazione con l'art. 29 cpv. 1 LAVS; cfr. DTF 130 V 335 consid. 3 e 4).

Il ricorrente ha versato contributi all'AVS/AI svizzera per più di un anno (26 mesi in totale; cfr. doc. 23) ed alle assicurazioni sociali italiane per più di 29 anni (cfr. attestato concernente la carriera assicurativa in Italia [formulario E 205]; doc. 3) e, pertanto, adempie in ogni caso la condizione della durata minima di contribuzione (cfr., sulla questione, sentenze del Tribunale amministrativo federale C-4690/2010 del 15 gennaio 2013 consid. 6 nonché C-4765/2010 del 30 gennaio 2012 consid. 4 e relativi riferimenti). Rimane ora da esaminare se sia invalido ai sensi di legge.

5.

5.1 L'invalidità ai sensi della LPGGA e della LAI è l'incapacità al guadagno totale o parziale presumibilmente permanente o di lunga durata che può essere conseguente ad infermità congenita, malattia o infortunio (art. 8 LPGGA e 4 cpv. 1 LAI). Secondo l'art. 7 LPGGA, è considerata incapacità al guadagno la 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. 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).

5.2 Giusta l'art. 28 cpv. 2 LAI, l'assicurato ha diritto ad un quarto di rendita se è invalido per almeno il 40%, ad una mezza rendita se è invalido per almeno la metà, a tre quarti di rendita se è invalido per almeno il 60% e ad una rendita intera se è invalido per almeno il 70%. In seguito all'entrata in vigore dell'Accordo sulla libera circolazione, la limitazione prevista dall'art. 29 cpv. 4, secondo cui le rendite per un grado d'invalidità inferiore al 50%, ma pari almeno al 40%, sono versate solo ad assicurati che sono domiciliati e dimorano abitualmente in Svizzera (art. 13 LPGGA), non è più applicabile segnatamente quando l'assicurato è cittadino dell'UE o svizzero e risiede nell'UE (DTF 132 V 423 consid. 6.4.1 e sentenza del Tribunale federale I 702/03 del 28 maggio 2004 consid. 1 e relativi riferimenti).

5.3 L'art. 28 cpv. 1 LAI prevede che l'assicurato ha diritto a una rendita se la sua capacità al guadagno o la sua capacità di svolgere le mansioni consuete non può essere ristabilita, mantenuta o migliorata mediante provvedimenti d'integrazione ragionevolmente esigibili (lettera a), ha avuto un'incapacità al lavoro (art. 6 LPGGA) almeno del 40% in media durante un anno senza notevole interruzione (lettera b) e al termine di questo anno è invalido (art. 8 LPGGA) almeno al 40% (lettera c).

6.

6.1 La nozione d'invalidità di cui all'art. 4 LAI e 8 LPGGA è un concetto di carattere economico-giuridico e non medico (DTF 116 V 246 consid. 1b, DTF 110 V 273; v. pure sentenze del Tribunale federale 8C_636/2010 del 17 gennaio 2011 consid. 3 e 9C_529/2008 del 18 maggio 2009). 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 (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; metodo generale del raffronto dei redditi).

6.2 L'assicurazione svizzera per l'invalidità risarcisce pertanto, e di principio, 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.

6.3 Benché l'invalidità sia una nozione economico-giuridica, le certificazioni mediche possono costituire importanti elementi per apprezzare il danno invalidante e per determinare quali lavori siano ancora ragionevolmente esigibili dall'assicurato (DTF 115 V 133 consid. 2 e DTF 114 V 310 consid. 3c).

7.

7.1 Giusta il principio inquisitorio che regge la procedura in materia di assicurazioni sociali (art. 43 LPGGA), l'amministrazione deve intraprendere d'ufficio i necessari accertamenti e raccogliere le informazioni di cui ha bisogno. In particolare, deve ordinare una perizia allorquando è necessario per la valutazione medica del caso (DTF 117 V 282 consid. 4a).

7.2 Se gli accertamenti svolti d'ufficio permettono all'amministrazione o al giudice, che si sono fondati su un apprezzamento diligente delle prove, di giungere alla convinzione che certi fatti presentino una verosimiglianza preponderante, e che ulteriori misure probatorie non potrebbero modificare questo apprezzamento, è superfluo assumere altre prove (apprezzamento anticipato delle prove; UELI KIESER, ATSG-Kommentar, 2a ed., Zurigo 2009, art. 42 n. 19 pag. 536; sentenza del Tribunale federale K 24/04 del 20 aprile 2005; DTF 122 II 464 consid. 4a). In tal caso, non sussiste una violazione del diritto costituzionale di essere sentito secondo l'art. 29 cpv. 2 Cst. (Sozialversicherungsrecht [SVR] 2001 IV n. 10 pag. 28).

7.3 In virtù degli art. 12 e 13 PA e dell'art. 19 PA in relazione con l'art. 40 della legge federale di procedura civile del 4 dicembre 1947 (PCF, RS 273), il tribunale accerta, con la collaborazione delle parti, i fatti determinanti per la soluzione della controversia, assume le prove necessarie e le valuta liberamente.

8.

8.1 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. Affinché il giudizio medico acquisti valore di prova rilevante, esso deve essere completo in merito ai temi sollevati, deve fondarsi, in piena conoscenza della pregressa situazione valetudinaria (anamnesi), su esami approfonditi e tenere conto delle censure sollevate dal paziente, per poi giungere in maniera chiara a fondate, logiche e motivate deduzioni. Peraltro, per stabilire se un rapporto medico ha valore di prova non è determinante né la sua origine né la sua denominazione – ad esempio quale perizia o rapporto – ma il suo contenuto (DTF 125 V 351 consid. 3).

8.2 Giova altresì rilevare come debba essere considerato con la necessaria prudenza l'avviso dei medici curanti, i quali possono tendere a pronunciarsi in favore del proprio paziente a dipendenza dei particolari legami che essi hanno con gli stessi (DTF 125 V 351 consid. 3b e relativi riferimenti).

8.3 Non va infine dimenticato che se vi sono dei rapporti medici contraddittori il giudice non può evadere la vertenza senza valutare l'intero materiale e indicare i motivi per cui egli si fonda su un rapporto piuttosto che su un altro. Al riguardo va tuttavia precisato che non si può pretendere dal

giudice che raffronti i diversi pareri medici e parimenti esponga correttamente da un punto di vista medico, come farebbe un perito, i punti in cui si evidenziano delle carenze e quale sia l'opinione più adeguata (sentenza del Tribunale federale I 166/03 del 30 giugno 2004 consid. 3.3).

9.

Dalla documentazione medica agli atti appare che il ricorrente soffre segnatamente di cardiopatia ischemica rivascolarizzata con triplice by-pass aorto-coronarico, ipertensione arteriosa, dislipidemia, bronchite cronica, lomboartrosi, sovrappeso ed ipertensione arteriosa (cfr. perizia medica particolareggiata E 213 del 28 settembre 2011 [doc. 22] e presa di posizione del medico SMR del 21 marzo 2012 [doc. 34]).

10.

10.1 Nella fattispecie in esame, occorre determinare se, e a partire da quando, il ricorrente abbia subito, e senza interruzione notevole, un'incapacità lavorativa media del 40% durante un anno giusta l'art. 28 cpv. 1 lett. b LAI. In considerazione della data d'inoltro della domanda di rendita (20 settembre 2011), ma anche del momento in cui sarebbe sorta per la prima volta a partire dal 24 luglio 2011 un'incapacità lavorativa nella precedente attività svolta dall'insorgente (cfr. presa di posizione del medico UAIE del 21 marzo 2012), un diritto ad una rendita svizzera d'invalidità avrebbe potuto sorgere al più presto a partire dal 1° luglio 2012.

10.2

10.2.1 L'autorità inferiore, fondandosi sui rapporti del suo servizio medico, ha ritenuto che a causa del danno alla salute risulta per il ricorrente un'incapacità al lavoro dell'80% nell'ultima attività lucrativa esercitata, ma una capacità lavorativa residua del 100% in un'attività sostitutiva confacente al suo stato di salute.

10.2.2 Il dott. B._____, medico dell'UAIE, nei rapporti del 21 marzo e 23 giugno 2012 (doc. 34 e 41), ha in particolare rilevato che il ricorrente soffre di una cardiopatia ischemica, che è stata trattata con un intervento di by-pass aortocoronarico. Malgrado il decorso clinico sia risultato privo di complicanze, l'esercizio di un'attività pesante, fra cui, quella precedente (di carpentiere), non è più esigibile. L'esercizio di un'attività sostitutiva leggera è, tuttavia, ancora possibile. Detto medico ha altresì constatato che il referto di spirometria non evidenzia segni di una significativa malattia polmonare. La dispnea sotto sforzo di cui si lamenta l'insorgente è

quindi dovuta all'affezione cardiaca ed al sovrappeso. Il dott. B._____ ha quindi reputato che il ricorrente presenta un'incapacità lavorativa dell'80% nella precedente attività a decorrere dal 24 luglio 2011, ma ha ritenuto esigibile nella misura del 100%, sempre dal 24 luglio 2011, l'esercizio di un'attività leggera confacente al suo stato di salute, quale ad esempio sorvegliante di posteggio/museo, addetto alla vendita per corrispondenza, cassiere, bigliettaio ed impiegato in un ufficio (v. doc. 34 pag. 5).

10.3 Questo Tribunale non ha motivo di scostarsi, nella sostanza, dal suddetto apprezzamento ritenuto come lo stesso trovi fondamento anche nella perizia medica particolareggiata E 213 del 28 settembre 2011 (doc. 22). In effetti, il medico incaricato dell'esame ha indicato, per ciò che qui maggiormente interessa, che l'insorgente è in grado di svolgere un lavoro sostitutivo adeguato alle sue condizioni a tempo pieno (doc. 22 pag. 9 n. 11.5 e 11.6). Nella perizia E 213 è stata certo evidenziata un'invalidità del 70%, per un'attività adeguata alle condizioni di salute, ritenuta in Italia conformemente alle disposizioni di legge di detto Paese. Sennonché a tale riguardo giova rammentare che la valutazione di un'autorità straniera con riferimento all'incapacità lavorativa di un assicurato non vincola di principio le autorità svizzere nell'apprezzamento del caso secondo il diritto svizzero (v. sentenza del Tribunale federale I 435/02 del 4 febbraio 2003 consid. 2 nonché consid. 2.4 del presente giudizio), fermo restando che l'indicata incapacità lavorativa appare fondarsi su una valutazione dell'invalidità come vigente in Italia non conciliabile con il sistema svizzero.

10.4 Certo, il ricorrente ha fatto valere, in sede di ricorso, di avere sicuramente diritto ad una rendita intera d'invalidità in quanto le patologie di cui è affetto lo rendono invalido nella misura auspicata del 70%, probabilmente del 60%, certamente del 50%, ma in ultima analisi almeno del 40%. Egli fonda la sua (diversa) valutazione segnatamente sulla relazione medica del 20 maggio 2012 del dott. C._____, specialista in sicurezza sociale nonché in ortopedia e traumatologia (doc. 39), prodotta con scritto di obiezioni al progetto di decisione. Nella stessa si segnala che dalla documentazione medica e dall'esame clinico effettuato si evince che l'assicurato risulta affetto da cardiopatia ipertensiva (classe NYHA II), cardiopatia ischemica rivascolarizzata con by-pass aortocoronarico (classe NYHA II), spondilartrosi del rachide lombosacrale a moderata incidenza funzionale e bronchite cronica. Sulla base di tali affezioni si conclude che la capacità lavorativa è ridotta "in misura tale da soddisfare i requisiti previsti dalle normative vigenti per quanto concerne il beneficio richiesto".

10.5

10.5.1 Quanto alla valutazione del dott. B._____ in merito all'affezione cardiologica – incapacità al lavoro dell'80% nella precedente attività a partire dal 24 luglio 2011, ma residua capacità lavorativa del 100% in attività leggere adeguate – occorre precisare che essa si fonda sulle indicazioni di esami obiettivi di specialisti, segnatamente sul rapporto medico del 2 settembre 2011 della Divisione di Riabilitazione Cardiologica della D._____ (doc. 18) in cui è riferito che il decorso postoperatorio è stato regolare e privo di significative complicanze ed indicato che il referto di ecocardiogramma conclude ad una frazione di eiezione (FE) del ventricolo sinistro del 60%, sul referto di controllo cardiocirurgico del 6 ottobre 2011 della D._____ (doc. 28) in cui è segnalato un "paziente in ottimo compenso emodinamico" e sulla lettera di dimissione del 23 ottobre 2011 della Divisione di Cardiologia dello Stabilimento Ospedaliero E._____ (doc. 29) in cui è fatto stato di ritmo sinusale, lieve dilatazione atriale sinistra, ventricolo sinistro normocontrattile ed insufficienza aortica lieve. Da questo profilo, la relazione medica del 20 maggio 2012 del dott. C._____ – all'apparato cardiovascolare sono riservate due brevi righe e il fatto che la patologia cardiaca sarebbe inquadrabile nella classe NYHA II non è corroborato da riscontri medici oggettivi, fermo restando che notoriamente uno scompenso cardiaco in classe NYHA II appare di regola implicare solo una lieve limitazione dell'attività fisica, ma non un'incapacità a svolgere lavori leggeri – non è atta a far sorgere dubbi sulla valutazione di tipo cardiologico del medico dell'UAIE e relativa residua capacità lavorativa del 100% in attività sostitutive leggere confacenti.

10.5.2 Per quanto attiene alla valutazione sullo stato di salute reumatologico-ortopedico del ricorrente, può essere rilevato che nella perizia medica E 213 del 28 settembre 2011 è stata diagnosticata una lomboartrosi (doc. 22 pag. 7 n. 7). Quest'affezione è però stata ritenuta senza incidenza, da un profilo medico, sulla capacità a svolgere un lavoro sostitutivo adeguato a tempo pieno. Inoltre, il medico che ha effettuato la perizia medica E 213 ha indicato che la motilità del tronco è conservata in flessione-estensione con segno di lasegue negativo e che i movimenti dell'assicurato (forza e tono muscolare) nonché l'andatura sono normali (v. rapporto E 213 pag. 4 n. 4.8 e 4.10). La generica indicazione nella relazione medica del 12 maggio 2012 del dott. C._____, secondo cui deve ritenersi pregiudicata la capacità di flettere il rachide, di effettuare torsioni, di mantenere l'ortostatismo per lasso di tempo prolungato (detto medico ha peraltro constatato che l'assicurato mostra un rachide apparentemente in asse, lasegue negativo bilateralmente, funzione prensile valida e movi-

menti di esplorazione globale delle spalle possibili) non è sufficiente, di per sé e in assenza di consistenti riscontri obiettivi, di giustificare un complemento d'istruttoria in tale ambito rispettivamente di far concludere ad una patologia ortopedico-reumatologica suscettibile di avere un'incidenza sulla capacità lavorativa in attività sostitutive leggere confacenti allo stato di salute dell'assicurato. Tanto più che lo stesso dott. C._____, specialista in ortopedia e traumatologia, nella sua consulenza di parte del 20 maggio 2012 ha segnalato che l'obiettività clinica appare scarsamente eloquente e che gli esami strumentali evidenziano una spondiloartrosi a moderata incidenza funzionale. Non è dato sapere, e non è indicato nemmeno nella menzionata consulenza di parte, per quale ragione, contrariamente a quanto ritenuto in modo concordante nella perizia E 213 e dal medico dell'UAIE, non sarebbe ragionevolmente esigibile lo svolgimento di un'attività sostitutiva leggera e adeguata alle condizioni di salute del ricorrente. In tale ottica, non soccorrono l'insorgente le generiche ed imprecise valutazioni di cui alla citata consulenza di parte secondo cui la spondiloartrosi a moderata incidenza funzionale "deve ritenersi pregiudizievole per la capacità di poter sostenere le richieste energetiche connesse alla attività lavorativa".

10.5.3 In conclusione, il ricorrente non ha fatto valere alcun argomento convincente né prodotto alcun esame medico obiettivo consistente da cui evincere l'esistenza di un'affezione, ritenuta o meno nella perizia E 213 rispettivamente dal medico dell'UAIE, suscettibile di incidere sulla sua capacità lavorativa in un'attività sostitutiva leggera adeguata alle sue condizioni e dunque di originare dei dubbi quanto alla valutazione medica di cui alla decisione impugnata.

11.

Occorre quindi esaminare la conformità del tasso d'invalidità calcolato dall'autorità inferiore.

11.1 Questo Tribunale osserva, con riferimento al calcolo effettuato dall'autorità inferiore per la determinazione del tasso d'invalidità, secondo le basi di calcolo di cui al documento n. 35, peraltro trasmesso all'insorgente mediante il provvedimento del 19 dicembre 2012 di questo Tribunale (doc. TAF 10), che occorrerebbe fare riferimento piuttosto ai dati dell'anno 2012, ritenuto che il diritto ad una rendita dell'assicurazione svizzera per l'invalidità avrebbe potuto nascere al più presto nel luglio del 2012 (cfr. consid. 10.1 del presente giudizio; v. DTF 129 V 222), che a quelli del 2008. Sennonché, non essendo disponibili i dati statistici concernenti i salari ottenibili in Italia nel 2012 per le attività di sostituzione

proposte dal dott. B._____ (cfr. statistiche edite dall'Ufficio internazionale del lavoro, Ginevra 2011), può essere fatto riferimento ai dati dell'anno 2008 (v., sulla questione, la sentenza del Tribunale federale 8C_41/2010 del 20 aprile 2010 consid. 4.3.1; v. anche la sentenza del Tribunale amministrativo federale C-5130/2010 del 18 maggio 2011 consid. 12.1).

11.2 L'UAIE ha considerato quale reddito da valido quello conseguibile dal ricorrente nel 2008 in Italia come carpentiere, ossia Euro 1'835.60, ed ha ritenuto quale reddito da invalido, quello ottenibile in attività di tipo leggero, ossia Euro 1'357.21 mensili, basi di calcolo rimaste incontestate e che questo Tribunale non ha motivo di modificare d'ufficio. Peraltro, il reddito da invalido può essere ulteriormente ridotto, al massimo del 25%, per tenere conto dei fattori professionali e personali del caso (DTF 126 V 75). L'UAIE ha operato una riduzione del 15%, non specificatamente contestata, dalla quale non vi è motivo di scostarsi d'ufficio tenuto conto dell'insieme delle circostanze determinanti del caso di specie. Ne risulta un reddito dopo l'insorgenza dell'invalidità di Euro 1'153.62. Dal confronto fra il reddito da valido di Euro 1'835.60 e quello da invalido di Euro 1'153.62 consegue la determinazione di un grado d'invalidità del 37% che esclude il riconoscimento del diritto ad una rendita dell'assicurazione svizzera per l'invalidità (il calcolo della perdita di guadagno è stato indicato come segue $[(1'835.60 - 1'153.62) \times 100] : 1'835.60 = 37,15\%$ [doc. 35]).

12.

Da quanto esposto, consegue che il ricorso, manifestamente infondato, non merita tutela e la decisione impugnata va confermata. Il giudice dell'istruzione, anteriormente o posteriormente ad uno scambio di scritti, decide quale giudice unico, con motivazione sommaria, i ricorsi manifestamente infondati (art. 85^{bis} cpv. 3 LAVS in combinazione con l'art. 69 cpv. 2 LAI). Nel caso concreto, il gravame – in considerazione in particolare dei generici argomenti ricorsuali – deve ritenersi siccome manifestamente infondato. Per conseguenza, la presente sentenza di rigetto del ricorso può essere resa a giudice unico.

13.

13.1 Visto l'esito della procedura, le spese processuali, di fr. 400.--, sono poste a carico del ricorrente (art. 63 cpv. 1 e cpv. 5 PA nonché art. 3 lett. b del regolamento sulle tasse e sulle spese ripetibili nelle cause dinanzi al Tribunale amministrativo federale [TS-TAF, RS 173.320.2]). Esse sono

computate con l'anticipo spese, di fr. 409.55, versato dall'insorgente stesso il 14 settembre 2012. È pertanto restituito al ricorrente l'importo eccedente di fr. 9.55.

13.2 Al ricorrente, soccombente, non spetta altresì alcuna indennità per spese ripetibili della sede federale (art. 64 PA in combinazione con l'art. 7 cpv. 1 e 2 TS-TAF a contrario). Peraltro, le autorità federali, quand'anche vincenti, non hanno di principio diritto ad un'indennità a titolo di ripetibili (art. 7 cpv. 3 TS-TAF), salvo eccezioni non ravvisabili nel caso concreto (v., fra l'altro, DTF 127 V 205).

(dispositivo alla pagina seguente)

Per questi motivi, il Tribunale amministrativo federale pronuncia:**1.**

Il ricorso è respinto.

2.

Le spese processuali, di fr. 400.--, sono poste a carico del ricorrente. L'anticipo spese di fr. 409.55, versato il 14 settembre 2012, è computato con le spese processuali. L'importo eccedente di fr. 9.55 sarà restituito al ricorrente dopo la crescita in giudicato della presente sentenza.

3.

Non si attribuiscono spese ripetibili.

4.

Comunicazione a:

- rappresentante del ricorrente (Raccomandata con avviso di ricevimento)
- autorità inferiore (n. di rif. ; Raccomandata)
- Ufficio federale delle assicurazioni sociali (Raccomandata)

Il giudice unico:

La cancelliera:

Vito Valenti

Marcella Lurà

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: