



Corte III
C-5496/2009
{T 0/2}

Sentenza del 7 giugno 2010

Composizione

Giudici: Francesco Parrino (presidente del collegio),
Michael Peterli, Vito Valenti;
Cancelliere: Dario Croci Torti

Parti

A. _____, patrocinato dall'avvocato Luigi Potenza,
via della Repubblica 23, IT-73054 Presicce,
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
7 luglio 2009).

Fatti:**A.**

A. _____, cittadino italiano, nato nel 1956, ha lavorato in Svizzera dal 1974 al 1975 e dal 1979 al 1984, solvendo regolari contributi all'assicurazione svizzera per la vecchiaia, i superstiti e l'invalidità (AVS/AI), durante tali periodi (doc. 6). Dopo il rimpatrio, ha continuato ad esercitare un'attività lucrativa. Dal 2005 era attivo come carrozziere/lattoniere alle dipendenze di terzi in ragione di 40 ore settimanali; ha interrotto il lavoro per malattia dal 3 marzo al 15 maggio 2007 e l'ha poi ripreso in ragione di 25 ore settimanali con compiti più leggeri e con conseguente riduzione di salario (doc. 12, 13, 54, 55).

B.

In data 12 aprile 2007, il nominato ha formulato una domanda volta al conseguimento di una rendita dell'assicurazione svizzera per l'invalidità (doc. 4). Il richiedente è stato visitato il 15 maggio 2007 presso i servizi medici dell'Istituto nazionale della previdenza sociale (INPS) di Casarano, ove il sanitario incaricato ha evidenziato la diagnosi di "esiti di recente PTCA + stent in coronaropatia ostruttiva monovasale in recente infarto miocardico acuto inferiore non complicato con prova da sforzo negativa" ed ha posto un tasso d'invalidità del 50% (doc. 17). Sono stati esibiti documenti oggettivi, segnatamente:

- la cartella clinica integrale riguardante il ricovero dal 4 al 10 marzo 2007 per infarto miocardico acuto di altra parte della parete inferiore (doc. 14);
- la cartella clinica inerente il ricovero dal 29 al 30 marzo 2007 per intervento di arteriografia coronarica e monitoraggio completo elettrocardiografico (doc. 15);
- una terza cartella clinica per la degenza dal 30 marzo al 1° aprile 2007 (continuazione della precedente) per istallazione di PTCA ed impianto di stent (doc. 16);
- un referto radiologico della colonna in toto del 5 luglio 2007 (doc. 18);
- un rapporto d'esame audiometrico del 17 novembre 2007 (doc. 19);

- un breve rapporto di esame ortopedico scarsamente leggibile (doc. 20);

- un rapporto di esame cardiologico del Dott. B._____ del 25 gennaio 2008 (doc. 21).

C.

Nel suo rapporto del 24 agosto 2008, il Dott. C._____, medico dell'Ufficio dell'assicurazione per l'invalidità per gli assicurati residenti all'estero (UAIE), ha proposto di fare eseguire nuovi accertamenti specialistici, ma nel contempo ha affermato che l'assicurato è da considerarsi inabile al 30% nel suo precedente lavoro a decorrere dal 15 maggio 2007 (ripresa) ma che dalla stessa data non presenta alcuna incapacità in attività ancor più leggere (doc. 24).

In data 20 maggio 2008, l'UAIE ha emanato un progetto di decisione comportante il diniego di prestazioni assicurative (doc. 25).

Rappresentato dal Patronato INAPA di Acquarica del Capo, A._____, con scritto del 10 giugno 2008, ha ribadito la sua domanda di rendita (doc. 32). Ha segnatamente esibito:

- un certificato medico del Dott. D._____ del 9 giugno 2008 attestante quanto noto (doc. 30);

- i risultati di una spirometria del 6 febbraio 2008 (doc. 29);

- i risultati di un esame ecocardiografico del 22 gennaio 2008 e di un elettrocardiogramma del 27 gennaio successivo (doc. 28);

- un referto radiologico della colonna in toto del 22 gennaio 2008 (doc. 26).

L'incarto è stato risottoposto in esame al Dott. C._____, il quale, nella relazione dell'8 luglio 2008, ha confermato la necessità di procedere a un'indagine medica più approfondita (doc. 34).

D.

L'amministrazione, in esito al parere medico di cui sopra, ha quindi deciso di far visitare l'assicurato al Servizio di accertamento medico dell'AI (SAM) di Bellinzona. L'assicurato è stato visitato dal 20 al 24 ottobre 2008 ove è stato sottoposto a consulti specialistici in

cardiologia (Dott. E._____), reumatologia (Dott. F._____), psichiatria (Dott. H._____. Nella relazione del 26 novembre 2009, i medici del SAM hanno rilevato la diagnosi sostanziale di sindrome da disadattamento, malattia coronarica bivasale in esito ad infarto ed esiti di PTCA, cardiopatia ipertensiva, sindrome vertebrale con alterazioni degenerative plurisegmentali di modica entità a livello lombare, sindrome di Tièze, modica ipoacusia neurosensoriale, modico sovrappeso (dettagli nella parte in diritto). I periti incaricati hanno ritenuto che l'assicurato è in grado di svolgere il suo precedente lavoro, astenendosi comunque da compiti gravosi, in misura dell'80% (doc. 47-49). Altra documentazione medica è stata esibita dall'assicurato, ossia una relazione medica del Dott. I.____ (otorinolaringoiatra) del 22 settembre 2008 in merito al problema dell'ipoacusia (doc. 45), con audiometria (doc. 44); un referto tomografico assiale computerizzato (TAC) del torace dell'8 agosto 2008 (doc. 38).

L'incarto è stato risottoposto in esame al Dott. C._____, il quale, nella relazione del 12 gennaio 2009 (doc. 51), ha affermato, alla luce delle risultanze del SAM, che l'assicurato è da ritenersi inabile al precedente lavoro al cento per cento dal 4 marzo 2007 (infarto), al 50% dalla ripresa del lavoro il 16 maggio 2007 e al 20% da luglio 2007; nell'ambito di attività sostitutive più leggere la sua capacità di lavoro sarebbe dell'80% da luglio 2007.

L'amministrazione ha quindi accertato che A._____ lavora ancora in misura di 25 ore alla settimana (doc. 54, 55, formulari sottoscritti il 25 febbraio 2009), con salario ridotto (6,31 Euro all'ora invece di 9.- Euro, rispettivamente 631 Euro invece di 1'440 Euro).

L'incarto è stato risottoposto in esame al Dott. C._____ il quale non ha avuto altro da aggiungere (doc. 59).

Con nuovo progetto di decisione del 15 aprile 2009, l'UAIE ha disposto la reiezione della domanda di rendita per carenza d'invalidità di livello pensionabile (doc. 60).

Con scritto del 12 maggio 2009, il Patronato INAPA si è riconfermato integralmente nella richiesta di prestazioni AI. Ha prodotto un rapporto d'esame cardiologico del Dott. G._____ dell'8 maggio 2009 (doc. 62) ed un certificato del Dott. D._____ del 4 maggio 2009 (doc. 61). Questi referti non pongono in evidenza ulteriori patologie.

Richiamato a pronunciarsi, il Dott. C._____, nella nota del 30 giugno 2009, ha riconfermato le sue precedenti valutazioni (doc. 65).

Mediante decisione del 7 luglio 2009, l'UAIE ha respinto la domanda di rendita (doc. 66).

E.

Con il ricorso depositato il 28 agosto 2009, A._____, regolarmente rappresentato dall'avv. Potenza di Presicce, chiede, sostanzialmente, l'annullamento del summenzionato provvedimento amministrativo e, di conseguenza, il riconoscimento del suo diritto ad una rendita d'invalidità. Lamenta inoltre la scarsa motivazione della decisione impugnata. Produce, a suffragio delle sue conclusioni, una relazione medica del cardiologo Dott. G._____ del 28 luglio 2009, il quale, sulla base della diagnosi già rilevata dal SAM, propone di ammettere una limitazione della capacità lavorativa dell'interessato.

F.

Ricevuto il ricorso, l'amministrazione ha sottoposto gli atti al Dott. L._____, del proprio servizio medico, il quale, nel rapporto del 5 febbraio 2010, ha confermato il parere dei sanitari del SAM e del Dott. C._____ (doc. 68).

Nelle sue osservazioni ricorsuali del 17 febbraio 2010, l'UAIE propone dunque la reiezione del gravame.

Queste osservazioni unitamente alla copia integrale dell'incarto sono state inviate alla parte ricorrente con ordinanza del 23 febbraio 2010. L'interpellata non ha esercitato il suo diritto di replica.

G.

Nel frattempo, con decisione incidentale dell'8 settembre 2009, il Tribunale amministrativo federale (TAF) ha invitato la parte ricorrente a volere versare un anticipo di Fr. 300.-, corrispondente alle presunte spese processuali. Con atto del 15 settembre successivo, l'avv. Potenza, in nome e per conto del proprio patrocinato, ha chiesto l'esenzione da tali spese. Dopo aver compilato l'apposito formulario di gratuito patrocinio ed inviato altra documentazione, il TAF, con decisione del 13 aprile 2010, ha respinto tale domanda ed ha invitato di nuovo l'interessato a volere versare quanto dovuto. L'anticipo richiesto è stato soluto il 14 maggio 2010.

Diritto:**1.**

Riservate le eccezioni di cui all'art. 32 della legge del 17 giugno 2005 sul Tribunale amministrativo federale (LTAF, RS 173.32), il Tribunale amministrativo federale 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'Ufficio dell'assicurazione per l'invalidità 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 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.

La parte ricorrente ha affermato che la decisione impugnata sarebbe stata sommariamente motivata. Inoltre, l'amministrazione non avrebbe messo a disposizione del ricorrente le perizie mediche determinanti.

4.1 Il diritto di essere sentito, la cui garanzia è prevista all'art. 29 cpv. 2 della Costituzione federale, comprende il diritto per il prevenuto di prendere conoscenza dell'incarto (DTF 132 II 485 consid. 3, 126 I 7 consid. 2b), di esprimersi in merito agli elementi pertinenti prima che una decisione sia emessa nei suoi confronti, di produrre delle prove pertinenti, di ottenere che sia dato seguito alle sue offerte di prove

pertinenti, di partecipare all'amministrazione delle prove essenziali o almeno di poter esprimersi sul suo risultato, allorquando questo è proprio ad influenzare la decisione da emanare (cfr. DTF 124 II 132 consid. 2b e giurisprudenza ivi citata). Nel quadro della procedura amministrativa il diritto di essere sentito è consacrato dagli art. 26-28 (diritto di esaminare gli atti), dagli art. 29-33 (diritto di essere sentito strictu sensu) e dall'art. 35 PA (diritto di ottenere una decisione motivata).

La giurisprudenza ha dedotto dal diritto di essere sentito, definito dalle norme speciali di procedura (quali l'art. 35 PA) l'obbligo per l'autorità di motivare la sua decisione, così da permettere ai destinatari e a tutte le persone interessate di comprenderla, eventualmente di impugnarla ed in modo da rendere possibile all'autorità di ricorso eventualmente adita di esercitare convenientemente il suo controllo (cf. DTF 129 I 232 consid. 3.2; DTF 126 I 97 consid. 2B; DTF 122 IV 8 consid. 2c, DTF 112 la 107 consid. 2b; cfr. inoltre la sentenza del Tribunale federale 2A.496/2006 / 2A.497/2006 del 15 ottobre 2007 consid. 5.1.1). Si è in presenza di una violazione del diritto di essere sentito se l'autorità non soddisfa al suo obbligo di esaminare e di trattare i problemi pertinenti (cf. DTF 126 I 97 consid. 2b; DTF 122 IV 8 consid. 2c). Per adempiere a tali esigenze, è sufficiente che il giudice (o l'autorità) menzioni, almeno brevemente, i motivi sui quali ha fondato la sua decisione, in modo da permettere all'interessato di apprezzare la portata di quest'ultima e di impugnarla in piena conoscenza di causa (cfr. DTF menzionate). In generale, la portata dell'obbligo di motivare dipende dalla complessità della fattispecie da giudicare, dalla potenziale gravità delle conseguenze della decisione e dalle circostanze del singolo caso. Più la libertà d'apprezzamento dell'autorità è ampia e più la misura adottata arreca pregiudizio ai diritti dei singoli, più la decisione deve essere circostanziata (cfr. DTF 112 la 107 consid. 2b; cfr. inoltre la sentenza del Tribunale federale 2A.496/2006 / 2A.497/2006 precitata). Sebbene la motivazione deve fare emergere le riflessioni dell'autorità in merito agli elementi (di fatto o di diritto) essenziali che hanno influenzato la decisione, l'autorità non è comunque tenuta a pronunciarsi su tutti i fatti, argomentazioni e mezzi di prova invocati dalle parti, ma può permettersi di limitarsi a quelli che, senza arbitrio, le sembrano decisivi per la risoluzione della causa (cfr. DTF 126 I 97 consid. 2b; DTF 112 la 107 consid. 2b).

Il diritto di ottenere una decisione motivata costituisce una garanzia

costituzionale di natura formale, la cui violazione causa in principio l'annullamento della decisione impugnata indipendentemente dalle possibilità di esito positivo del ricorso nel merito (cfr. DTF 126 I 19 consid. 2d/bb; DTF 126 V 130 consid. 2b; DTF 122 II 464 consid. 4a e giurisprudenza citata). Eccezionalmente un'eventuale violazione del diritto di essere sentito può essere sanata allorquando l'autorità che ha emanato la decisione ha preso posizione in merito alle argomentazioni decisive nel quadro dello scambio degli scritti e che l'amministrato ha avuto la possibilità di esprimersi liberamente di fronte ad un'autorità di ricorso, la cui cognizione è altrettanto ampia che quella dell'autorità inferiore (cfr. DTF 133 I 201 consid. 2.2; DTF 130 II 530 consid. 7.3; DTF 126 V 130 consid. 2b; DTF 124 V 389 consid. 5a e 180 consid. 4a). Tuttavia, qualora il vizio costituisce una grave violazione di procedura, tenuto conto del principio dell'economia di procedura, è escluso che l'autorità di ricorso lo sani (cfr. LORENZ KNEUBÜHLER, *Gehörverletzung und Heilung*, in Zbl 3/1998, p. 112ss).

4.2 Nella fattispecie, la decisione impugnata del 7 luglio 2009 non contiene tutti quegli elementi essenziali sopra ricordati. È vero che vengono espresse le norme legali principali applicabili, ma mancano le valutazioni del servizio medico dell'autorità inferiore, come pure un breve riassunto dei fatti. Viene soltanto riferito che "la documentazione medica allegata alla vostra risposta in procedura d'audizione (...) conferma i pregiudizi alla salute conosciuti e non porta nessun elemento nuovo. In procedura d'audizione, abbiamo sottoposto la nuova documentazione allegata alla vostra risposta del 15.04.2009 al nostro servizio medico, che ha confermato le sue precedenti conclusioni. Nessun elemento ci fa dubitare del valore probante della perizia dal 20.10.2008 al 24.10.2008 presso il Servizio Accertamento Medico di Bellinzona (...)". Con il progetto di decisione inviato al richiedente era stato illustrato quale sarebbe stato il risultato della sua domanda e nel contempo gli era stata offerta la possibilità di pronunciarsi, ma non gli erano state fornite più informazioni di quelle contenute nella decisione del 7 luglio 2009. Dalla motivazione di questo provvedimento il ricorrente non ha potuto dedurre i fatti su cui esso si fondava e le ragioni per cui è stato pronunciato. Si deve pertanto ammettere che la decisione impugnata non è sufficientemente motivata ciò che costituisce una violazione del diritto di essere sentito del ricorrente. Si rileva tuttavia che tale carenza è stata sanata in sede ricorsuale. Questo Tribunale, che dispone di piena cognizione, ha infatti provveduto ad inviare l'incarto completo della causa all'insorgente. In occasione del suo preavviso inoltre, l'autorità

inferiore ha avuto modo di esprimersi sul contenuto del ricorso e di completare le motivazioni alla base del rifiuto della rendita. L'interessato è stato quindi invitato a presentare una replica alla quale ha tuttavia rinunciato.

Visto quanto sopra, la censura del ricorrente, in ordine all'insufficienza della motivazione, e quindi alla violazione del suo diritto di essere sentito, si rivela fondata ma sanata in sede ricorsuale (cfr. DTF 116 V 39/40 consid. 4b).

5.

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.

6.

Il ricorrente ha presentato la domanda di rendita il 12 aprile 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 12 aprile 2006 (ossia 12 mesi precedenti la presentazione della domanda), oppure se un diritto alla rendita sia sorto tra tale data ed il 7 luglio 2009, data dell'impugnata decisione. Il giudice delle assicurazioni sociali analizza, infatti, la legalità della decisione impugnata, in generale, secondo lo stato di fatto esistente al momento in cui la decisione in lite è stata resa (DTF 130 V 445 consid. 1.2 e 1.2.1).

7.

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

- essere invalido ai sensi della legge svizzera;

- aver versato contributi all'AVS/AI svizzera per almeno tre anni (art. 36 LAI). A tal fine è possibile prendere in considerazione anche i contributi versati ad un'assicurazione sociale assimilata di uno Stato membro dell'Unione europea (UE) o dell'Associazione europea di libero scambio (AELS), a condizione che almeno un anno di contributi sia registrato all'AVS/AI svizzera (FF 2005 p. 4065; art. 45 del regolamento 1408/71).

Nella specie, il ricorrente ha versato contributi all'AVS/AI svizzera per un periodo superiore ai tre anni. Pertanto, 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.

8.

8.1 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.

8.2 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 dell'UE e vi risiede.

8.3 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 LPG) almeno del 40% in media durante un anno senza notevole interruzione; e c. al termine di questo anno è invalido almeno al 40%.

8.4 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 LPG). L'incapacità al guadagno è definita all'art. 7 LPG 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 LPG nel suo nuovo tenore dal 1° gennaio 2008).

9.

9.1 Dal marzo 2005, l'assicurato lavorava come lattoniere/carrozziere per una ditta della sua regione, per 40 ore settimanali e per un salario adeguato alla sua qualifica. Ha interrotto il lavoro il 3 marzo 2007 a seguito dell'infarto; ha poi ripreso il 16 maggio 2007, ma con orario ridotto (25 ore settimanali). Il salario è pure stato ridotto in quanto al dipendente sono state assegnate mansioni più leggere (6,31 Euro invece di 9.- Euro prima dell'insorgere dell'invalidità, rispettivamente 631 Euro invece di 1'440 Euro mensili, 7'500 Euro all'anno invece di 19'440 Euro). Per i dettagli si rinvia all'attestazione del datore di lavoro (doc. 54).

9.2

9.2.1 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).

9.2.2 Nella fattispecie, il ricorrente, pur avendo ripreso la sua attività a tempo parziale (4.5 ore giornaliere invece 8, rispettivamente 25 ore settimanali invece di 40), subisce una perdita di guadagno superiore al 40%. Il raffronto del guadagno mensile e annuale prima e dopo l'invalidità indicano infatti una perdita di guadagno di 56% e 61%.

9.3 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).

9.4 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).

10.

10.1 Per quanto attiene alla diagnosi, questa è stata ampiamente esposta nella perizia pluridisciplinare del SAM effettuata dal 20 al 24 ottobre 2008 (rapporto del 26 novembre 2008). Nel dettaglio, i sanitari incaricati hanno rilevato:

“Diagnosi con influsso sulla capacità di lavoro: sindrome da disadattamento con prevalente disturbo di altri aspetti emozionali; malattia coronarica bivasale compensata con esiti di infarto miocardico acuto infero-dorsolaterale il 3 marzo 2007 ed esiti di PTCA stenting (...) il 30 marzo 2007.

Diagnosi senza influsso sulla capacità lavorativa: cardiopatia ipertensiva con ectasia dell'aorta ascendente, ipertrofia relativa del ventricolo sinistro con disturbo diastolico del rilascio; fattori di rischio cardiovascolare: ipertensione arteriosa, familiarità, dislipidemia, pregresso abuso nicotinic; sindrome lombovertebrale su leggere alterazioni di tipo statico della colonna nella zona toracolombare, alterazioni degenerative plurisegmentali di modica entità nella zona lombare con osteocondrosi L1-L2 e condrosi L2-L3 ed osteocondrosi con spondilosi anteriore L3-L4; sindrome di Tièze a sinistra più accentuata che a destra, modica ipoacusia bilaterale (...), modico sovrappeso (...), incipiente ernia inguinale asintomatica (...).”

La documentazione esibita in sede di audizione e ricorso (in particolare quella dei Dott.ri G._____ e D._____) non pone in evidenza ulteriori patologie, ma si limita a valutare in modo differenze turbe già ampiamente accertate.

10.2 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 (nella versione in vigore fino al 31 dicembre 2007), 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.

11.

11.1 Non concordi sono i pareri circa le ripercussioni invalidanti delle menzionate affezioni. In effetti, il medico dell'INPS pone un tasso d'invalidità del 50%, i Dott.ri G._____ e D._____ ammettono una limitazione della capacità lavorativa senza quantificarla, mentre i sanitari dell'UAIE (Dott.ri C._____ e L._____) e quelli del SAM di Bellinzona ritengono che il richiedente potrebbe svolgere in misura dell'80% il lavoro di lattoniere/carrozziere.

11.2 Dapprima vanno esaminate le patologie che hanno una ripercussione sulla capacità al lavoro. Dal lato cardiologico (Dott. E._____), il paziente presenta una patologia coronarica bivasale compensata ed un'ipertensione ben controllata con la terapia farmacologica in atto. Nel test ergometrico l'interessato dimostra di essere ancora in grado di sopportare carichi di lavoro di buona entità. Il test è stato interrotto a ben 175 Watt, solo per esaurimento muscolare, e senza segni di ischemia o di ridotta riserva coronarica; nemmeno l'ecocardiogramma ha lasciato trasparire turbe o disfunzioni in atto: è stato rilevato un modesto disturbo diastolico nella fase del rilascio ed una lieve ipocinesia dei territori inferiori, riscontri privi di significato patologico e ancor meno invalidante; tutto il resto è normale e la frazione di eiezione raggiunge un buon 60%. Egli deve comunque prestare attenzione ai fattori di rischio, quali la dislipidemia, l'ipertensione (peraltro tenuta sotto controllo) ed un'eventuale abuso nicotinic. Il paziente dunque si è ben ripreso dall'evento del marzo 2007 e la funzionalità cardiaca è ritornata a livelli pressoché normali. Egli dunque può essere considerato abile in attività di intensità fisica media, con sforzi intensi di breve durata.

Dal lato psichiatrico (Dott. H._____), l'assicurato è stato fragilizzato dall'evento cardiaco del marzo 2007. Egli è più vulnerabile, psicologicamente più insicuro e si trova in uno stato di malessere psicologico; si preoccupa facilmente ed è emotivo. Lo specialista ritiene che quanto attualmente obiettato evidenzia la persistenza di una condizione disadattativa dominata prevalentemente da aspetti emozionali, ma che appare non particolarmente invalidante, tanto da non impedirgli di continuare a fornire prestazioni professionali, seppure in percentuale dimezzata. Il Dott. H._____ reputa pertanto

un'incapacità lavorativa per esclusive cause psichiche, in qualsiasi attività, non superiore alla misura del 20%.

Sotto il profilo reumatologico/ortopedico (Dott. F. _____), dopo aver posto la diagnosi sopra ricordata, osserva che il paziente presenta dolori alla colonna lombare, ma che sono persistenti da oltre 15 anni, pur essendo peggiorati attorno al 2007. Questa sindrome lombovertebrale a carattere cronico può manifestare episodi acuti, ma non per questo causa un'invalidità di rilievo e permanente. Altri disturbi sono presenti in zona parasternale che fanno pensare ad una sindrome di Tièze od una sindrome costovertebrale, ma le conseguenze valetudinarie sono minime. Limitazioni funzionali vere e proprie non sono presenti ed il paziente potrebbe riprendere al cento per cento il lavoro di carrozziere. Peraltro l'affezione ortopedica non è catalogata fra quelle invalidanti.

Per il resto, A. _____ si presenta in buone condizioni generali di salute, tutti gli altri organi ed apparati essendo indenni da patologie, a parte un'insignificante ipoacusia non certamente invalidante.

Globalmente, i periti del SAM pongono un tasso d'invalidità dell'80% nell'attività precedente di carrozziere/lattoniere. Questa valutazione è ripresa e condivisa sia dal Dott. C. _____ e che dal Dott. L. _____, dell'UAIE.

11.3 Per quanto riguarda le certificazioni dei Dott.ri G. _____ e D. _____, si deve rilevare che non apportano novità di rilievo dal punto di vista diagnostico. Questi medici si limitano a riportare diagnosi già ampiamente conosciute e ad esprimere il suo parere in merito alla capacità lavorativa residua. Oltretutto, il diritto svizzero in materia di assicurazione per l'invalidità non indennizza un complesso patologico in quanto tale, ma piuttosto l'influenza di questo sulla residua capacità di lavoro dell'assicurato e la conseguente perdita di guadagno. Pertanto, il tasso d'invalidità espresso da medici non operanti nel sistema assicurativo svizzero non può essere ritenuto automaticamente applicabile al caso di specie.

11.4 Questo collegio giudicante non ha pertanto alcun motivo di scostarsi dal convincente parere dei medici del SAM e dei Dott.ri L. _____ e C. _____. A. _____ sarebbe in grado di riprendere il suo precedente lavoro di operaio lattoniere/carrozziere in misura dell'80%. Questa capacità leggermente limitata potrebbe essere

realizzata in diverse forme, segnatamente con la presenza sul lavoro tutto il giorno, ma con rendimento ridotto (evitando che gli sforzi più intensi si protraggano), o con orario giornaliero ridotto, o con l'interruzione dell'attività con più pause, ecc. L'attuale lavoro, di 25 ore settimanali (invece di 40), già dimostra che l'assicurato è in grado di svolgere un lavoro retribuito a lui consono. Dal punto di vista medico, con un maggior sforzo, egli potrebbe aumentare il rendimento come sopra indicato.

In proposito va ricordato che secondo un principio generale del diritto delle assicurazioni sociali, ogni assicurato ha l'obbligo di ridurre il danno conseguente la sua invalidità. In virtù di tale obbligo, l'assicurato deve intraprendere tutto quanto sia ragionevolmente esigibile per ovviare nel modo migliore possibile alle conseguenze della sua invalidità, segnatamente mettendo a profitto la sua residua capacità lavorativa se necessario in una nuova professione (DTF 130 V 97 consid. 3.2 e sentenze ivi citate).

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

12.

12.1 Le spese processuali, ammontanti a Fr. 300.-, sono poste a carico del ricorrente e vengono compensate con l'anticipo versato.

12.2 Visto l'esito del ricorso non si assegnano indennità per spese ripetibili.

Per quel che concerne l'UAIE, le autorità federali non hanno diritto ad un'indennità a titolo di ripetibili (art. 7 cpv. 3 del regolamento del 21 febbraio 2008 sulle tasse e sulle spese ripetibili nelle cause dinanzi al Tribunale amministrativo federale [TS-TAF, RS 173.320.2]).

Per questi motivi, il Tribunale amministrativo federale pronuncia:

1.

Il ricorso è respinto.

2.

Le spese processuali, di Fr. 300.-, sono poste a carico del ricorrente. Esse sono compensate con l'anticipo spese di Fr. 300.-.

3.

Non sono assegnate indennità per spese ripetibili.

4.

Comunicazione a:

- rappresentante del ricorrente (raccomandata A/R)
- autorità inferiore (n. di rif. AI IT/xxx.xxxx.xxxx.xx/JU)
- 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 (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: