



---

Corte III  
C-5645/2007  
{T 0/2}

## **Sentenza del 2 febbraio 2009**

---

Composizione

Giudici Vito Valenti (presidente del collegio),  
Elena Avenati-Carpani, Franziska Schneider,  
cancelliera Marcella Lurà.

---

Parti

A. \_\_\_\_\_,  
rappresentato dal Patronato ITAL-UIL,  
via Luca Giordano 6, IT-87075 Trebisacce,  
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  
2 agosto 2007).

**Fatti:****A.**

A.\_\_\_\_\_, cittadino italiano, nato il (...), coniugato, ha lavorato in Svizzera dal 1967 al 1984, solvendo regolari contributi all'assicurazione svizzera per la vecchiaia, i superstiti e l'invalidità (AVS) durante tali periodi (doc. 6). Rientrato in Italia, ha dapprima dichiarato di aver interrotto l'attività di commerciante in proprio il 31 dicembre 2005 (doc. 1) ed in seguito ha precisato di aver esercitato tale attività almeno fino al 23 ottobre 2006, data di compilazione del formulario per l'assicurato (doc. 11). A far tempo dal 1° novembre 1997, percepisce una pensione d'invalidità italiana di complessivi Euro 427.58 mensili. Il 31 gennaio 2006, ha formulato una richiesta volta all'ottenimento di una rendita dell'assicurazione svizzera per l'invalidità (doc. 1).

**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:

- una cartella clinica concernente il ricovero dal 3 al 14 gennaio 1998 segnatamente per coronaropatia (doc. 13);
- una cartella clinica concernente il ricovero dal 10 al 12 settembre 1999 segnatamente per pregresso IMA inferiore, coronaropatia trivasale, vasculopatia ostruttiva periferica, ipertensione arteriosa, dislipidemia, PTA iliaco-femorale sin (doc. 14);
- una cartella clinica concernente il ricovero dal 12 al 15 settembre 2001 per vasculopatia periferica e cardiopatia ischemica (doc. 15);
- la perizia medica particolareggiata E 213 della previdenza sociale italiana del 6 marzo 2006, attestante cardiopatia ischemica, pregresso IMA a sede inferiore, cardiopatia trivasale pregresso intervento di triplice by-pass coronarico, vasculopatia ostruttiva periferica condizionante claudicatio bilaterale, ipertensione arteriosa, nel 1999 ricovero B.\_\_\_\_\_ per angioplastica iliaco sx e dx.; nella stessa, l'interessato è

considerato in grado di svolgere regolari lavori leggeri e invalido nella misura dell'80% sia nella precedente attività che in attività adeguate alle sue condizioni (doc. 16);

- il formulario per la dichiarazione dei redditi per l'anno 2005, unitamente ad un'attestazione dell'Agenzia delle Entrate di C.\_\_\_\_\_ del 19 ottobre 2006 (doc. 9 e doc. 10);
- il questionario per l'assicurato del 23 ottobre 2006, nel quale l'interessato ha affermato di continuare a svolgere un'attività lucrativa come commerciante (doc. 11).

### **C.**

Nel suo rapporto del 24 maggio 2007, il dott. D.\_\_\_\_\_, del Servizio medico regionale "Rhône" (SMR), ha ritenuto la diagnosi principale di status dopo angioplastiche e pose di "stents" nell'asse arterioso sinistro (1999) e destro (2000). Ha pure evidenziato la diagnosi di stato dopo triplo bypass coronarico nel 1998 e stato dopo infarto miocardico nel 1995 (senza ripercussioni sulla capacità lavorativa). Ha considerato che l'assicurato è del tutto abile nel suo precedente lavoro (doc. 19).

### **D.**

Il 29 maggio 2007, l'autorità inferiore ha comunicato all'interessato che la richiesta di prestazioni sarebbe stata respinta ed ha concesso al medesimo la facoltà di formulare delle obiezioni per iscritto, facoltà di cui l'assicurato non ha fatto uso (doc. 20).

### **E.**

Il 2 agosto 2007, l'UAIE ha respinto la domanda di prestazioni dell'assicurazione per l'invalidità. Ha osservato che l'assicurato non ha subito né un'incapacità permanente di guadagno né un'incapacità al lavoro media sufficiente per un anno, ai sensi delle disposizioni dell'assicurazione svizzera per l'invalidità. Ha precisato, in particolare, che l'interessato esercita un'attività lucrativa confacente al suo stato di salute, con orario normale e senza diminuzione di guadagno (doc. 21).

### **F.**

Il 21 agosto 2007, l'interessato ha interposto ricorso contro la decisione dell'UAIE del 2 agosto 2007 mediante il quale chiede, sostanzialmente, il riconoscimento del suo diritto ad una prestazione dell'assicurazione svizzera per l'invalidità. Ha segnalato di aver

lavorato in Svizzera dal 1965 al 1984. Ha fatto valere di essere invalido nella misura dell'85% in modo permanente. Ha esibito copia del verbale della Commissione (medica) di prima istanza di E.\_\_\_\_\_ del 6 marzo 2002 concernente l'accertamento del suo stato di invalidità in Italia (doc. TAF 1). Il 13 settembre 2007, il ricorrente ha esibito ulteriore documentazione (di stato civile) (doc. TAF 5).

**G.**

Nella risposta al ricorso del 21 dicembre 2007, l'autorità inferiore ha proposto la reiezione del gravame. Ha osservato che il ricorrente, come ritenuto dal servizio medico dell'UAIE (doc. 19), non avrebbe mai subito un'incapacità al lavoro di livello pensionabile e che è in grado di svolgere il suo ultimo lavoro. Ha precisato che l'assicurazione svizzera per l'invalidità non è vincolata dal fatto che l'insorgente è al beneficio di una pensione d'invalidità nel suo Paese. Infine, ha rilevato che il ricorrente non ha allegato alcun fatto nuovo e neppure ha esibito nuova documentazione suscettibile di corroborare un tale nuovo fatto (doc. TAF. 6).

**H.**

Il 9 gennaio 2008, il Tribunale amministrativo federale ha concesso al ricorrente la facoltà di pronunciarsi in merito alle osservazioni dell'autorità inferiore, facoltà di cui l'insorgente non ha fatto uso (doc. TAF 8).

**I.**

Il 27 febbraio 2008, questo Tribunale ha chiesto al ricorrente il versamento di un anticipo di fr. 300.-- a copertura delle presumibili spese processuali, anticipo che è stato versato tempestivamente (doc. TAF 10 e doc. TAF 12 - 16).

**J.**

Il 2 giugno, 30 ottobre, 4 novembre 2008 e 8 gennaio 2009, il ricorrente ha sollecitato l'evasione del gravame (doc. TAF 17 - 20).

**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 di persone residenti all'estero contro le decisioni, ai sensi dell'art. 5 legge federale del 20 dicembre 1968 sulla procedura amministrativa (PA, RS 172.021), rese dall'UAIE.

**1.3** In virtù dell'art. 3 lett. d<sup>bis</sup> 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<sup>bis</sup> e 28-70), sempre che la LAI non deroghi alla LPGA.

**1.4** Il ricorso – presentato tempestivamente e rispettoso dei requisiti previsti dalla legge (art. 59 e 60 LPGA nonché art. 52 PA) – è pertanto ammissibile.

## **2.**

**2.1** Il 1° giugno 2002 sono entrati in vigore l'Accordo tra la Confederazione svizzera e la Comunità europea ed i suoi Stati membri sulla libera circolazione delle persone del 21 giugno 1999 (ALC, RS 0.142.112.681) ed il relativo 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), che si applica a tutte le rendite il cui diritto sorge a far data dal 1° giugno 2002 o successivamente e si sostituisce a qualsiasi convenzione di sicurezza sociale che vincoli due o più Stati (art. 6 Regolamento), come pure il 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). L'art. 3 del regolamento (CEE) n° 1408/71 sancisce il principio della parità di trattamento tra cittadini che risiedono in uno Stato membro della Comunità europea ed i cittadini svizzeri.

**2.2** Giusta l'art. 20 ALC, salvo disposizione contraria contenuta nell'allegato II, gli accordi bilaterali tra la Svizzera e gli Stati membri della Comunità europea in materia di sicurezza sociale vengono sospesi a decorrere dall'entrata in vigore del presente Accordo qualora il medesimo campo sia disciplinato da quest'ultimo. 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.

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

**2.4** Per costante giurisprudenza, l'ottenimento di una pensione straniera d'invalidità non pregiudica l'apprezzamento di un'invalidità secondo il diritto svizzero (v. sentenza del Tribunale federale I 435/02 del 4 febbraio 2003 consid. 2). Anche in seguito all'entrata in vigore dell'ALC, il grado d'invalidità di un assicurato che pretende una rendita dell'assicurazione svizzera è determinato esclusivamente secondo il diritto svizzero (DTF 130 V 253 consid. 2.4).

### **3.**

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

**3.2** L'esame del diritto a prestazioni secondo la LAI è retto dal tenore della LAI al momento della decisione impugnata in virtù del principio secondo il quale sono determinanti le norme materiali in vigore al momento della realizzazione dello stato di fatto giuridicamente determinante (DTF 130 V 445 consid. 1.2 e relativi riferimenti). Le disposizioni della 5a revisione della LAI, in vigore dal 1° gennaio 2008, non sono pertanto applicabili nel caso concreto e di seguito è fatto riferimento alle disposizioni in vigore fino al 31 dicembre 2007.

**3.3** Il ricorrente ha presentato la richiesta di rendita il 31 gennaio 2006. In deroga all'art. 24 LPGGA, l'art. 48 cpv. 2 LAI precisa che, se l'assicurato si annuncia più di dodici mesi dopo l'inizio del diritto, le prestazioni sono assegnate soltanto per i 12 mesi precedenti la richiesta. In concreto, questo Tribunale può limitarsi ad esaminare se il ricorrente avesse diritto ad una rendita il 31 gennaio 2005 (ossia 12 mesi precedenti la presentazione della domanda), oppure se un diritto alla rendita sia sorto tra tale data ed il 2 agosto 2007, data della decisione impugnata. Il giudice delle assicurazioni sociali esamina la decisione impugnata sulla base della situazione di fatto esistente al momento in cui essa è stata resa. Tiene 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).

#### **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 29 cpv. 1 LAI);
- aver pagato i contributi durante un anno intero (art. 36 cpv. 1 LAI).

Il ricorrente ha versato contributi all'AVS/AI svizzera durante più di un anno intero in totale e, pertanto, adempie la condizione della durata minima di contribuzione. 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. 1 LAI, in vigore dal 1° gennaio 2004, 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. 28 cpv. 1<sup>ter</sup> LAI, 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 quando l'assicurato è cittadino dell'UE e vi risiede (sentenza del Tribunale federale I 702/03 del 28 maggio 2004 consid. 1 e relativi riferimenti).

**5.3** Il diritto alla rendita, secondo l'art. 29 cpv. 1 LAI, nasce, il più presto, nel momento in cui l'assicurato presenta un'incapacità permanente al guadagno pari almeno al 40% (lettera a), oppure quando egli è stato per un anno senza notevoli interruzioni, incapace al lavoro per almeno il 40% in media (lettera b). La lettera a della citata norma si applica allorché lo stato di salute dell'assicurato si è stabilizzato ed è essenzialmente irreversibile e suscettibile di pregiudicare la capacità di guadagno probabilmente in modo permanente, in una misura giustificante il riconoscimento di una rendita (sentenza del Tribunale federale I 146/02 del 5 agosto 2002). La lettera b se lo stato di salute è labile, vale a dire suscettibile di evolvere verso un miglioramento od un peggioramento (DTF 111 V 21 consid. 2). Un danno alla salute tipicamente labile può essere reputato relativamente stabilizzato soltanto se la sua natura si è modificata a tal punto che si possa ammettere non essere verosimilmente suscettibile di subire modifiche di rilievo in un futuro presagibile (sentenza del Tribunale federale I 282/01 del 4 ottobre 2001; DTF 119 V 98 consid. 4a).

**5.4** Un'incapacità al lavoro del 20% deve essere presa in considerazione per il calcolo dell'incapacità al lavoro media giusta l'art. 29 cpv. 1 lett. b LAI (cfr. nota marginale 2020 della Circolare sull'invalidità e la grande invalidità nel suo tenore applicabile fino al 31 dicembre 2007; *Jurisprudence et pratique administrative des*

autorités d'exécution de l'AVS/AI [Pratique VSI] 1998 p. 126 consid. 3c).

## 6.

**6.1** La nozione d'invalidità di cui all'art. 4 LAI e 8 LPGA è di carattere economico-giuridico e non medico (DTF 116 V 246 consid. 1b, DTF 110 V 273 e DTF 105 V 205). In base all'art. 16 LPGA, 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). Se non è possibile determinare o stimare in maniera attendibile i due redditi di cui si tratta, si deve procedere, ispirandosi al metodo specifico applicabile alle persone non esercitanti un'attività lucrativa (art. 27 dell'ordinanza del 17 gennaio 1961 sull'assicurazione per l'invalidità [OAI; RS 831.201]), al confronto delle attività e valutare il grado d'invalidità ritenendo l'incidenza della diminuita capacità di rendimento sulla situazione economica concreta (metodo straordinario di graduazione; v. sentenza del Tribunale federale I 782/03 del 24 maggio 2006 consid. 2.3, DTF 128 V 29 e DTF 104 V 135). 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. L'invalidità dell'assicurato che non esercita un'attività lucrativa, ma svolge le mansioni consuete e dal quale non si può ragionevolmente esigere che intraprenda un'attività lucrativa, è determinata, in deroga all'art. 16 LPGA, in funzione dell'incapacità di svolgere le mansioni consuete (art. 28 cpv. 2<sup>bis</sup> LAI; metodo specifico). L'art. 27 OAI precisa che per mansioni consuete di una persona senza attività lucrativa occupata nell'economia domestica s'intendono gli usuali lavori domestici, l'educazione dei figli nonché le attività artistiche e di pubblica utilità.

**6.2** 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 LPGa), 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).

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, Zurigo 2003, art. 42 n. 16 pag. 424 e seg.; 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).

**7.2** 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.

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. 3a).

In particolare, per quanto concerne le perizie giudiziarie la giurisprudenza ha stabilito che il giudice non si scosta senza motivi imperativi dal parere degli esperti, il cui compito è quello di mettere a disposizione del tribunale le loro conoscenze specifiche e di valutare, da un punto di vista medico, una certa fattispecie (sentenza del Tribunale federale U 505/06 del 17 dicembre 2007). Ragioni che possono indurre il giudice a non fondarsi su un tale referto sono ad esempio affermazioni contraddittorie, il contenuto di una superperizia, o altri rapporti da cui emergono validi motivi per farlo e, meglio, se l'opinione di altri esperti appare sufficientemente fondata da mettere in discussione le conclusioni peritali (sentenza del Tribunale federale I 166/03 del 30 giugno 2004 consid. 3.3.).

Per quel che riguarda le perizie di parte, il Tribunale federale ha precisato che esse contengono considerazioni specialistiche che possono contribuire ad accertare i fatti, da un punto di vista medico. Malgrado esse abbiano lo stesso valore probatorio di una perizia giudiziaria, il giudice deve valutare se questi referti medici sono atti a mettere in discussione la perizia giudiziaria oppure quella ordinata dall'amministrazione (DTF 125 V 351).

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).

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.**

**9.1** Dopo il rimpatrio, il ricorrente ha ancora esercitato un'attività lucrativa. In particolare, dal 1984 è titolare di un commercio, lavoro che lo occupa per 48 ore settimanali. Ha continuato a lavorare a tempo pieno almeno fino al 23 ottobre 2006, data di compilazione del questionario per l'assicurato (doc. 11).

**9.2** Dalla documentazione medica agli atti (v. lett. B e C del riassunto dei fatti del presente giudizio), emerge sostanzialmente la seguente diagnosi: cardiopatia ischemica, pregresso IMA (infarto miocardico acuto) a sede inferiore, cardiopatia trivasale pregresso intervento di triplice by-pass coronarico, vasculopatia ostruttiva periferica condizionante claudicatio bilaterale, ipertensione arteriosa.

**9.3** Si tratta di affezioni di carattere labile, ossia suscettibili di migliorare o di 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 di 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 di almeno il 40% durante un anno.

**10.**

La decisione del 2 agosto 2007 dell'autorità inferiore è basata sulle cartelle cliniche (v. lett. B del riassunto dei fatti) nonché sul rapporto del 24 maggio 2007 del dott. D.\_\_\_\_\_, medico del SMR. Quest'ultimo ha in particolare rilevato che i diversi interventi effettuati dal ricorrente nel 1998 (triplice rivascolarizzazione arteriosa; v. resoconto del 14 gennaio 1998; doc. 13), 1999 (rivascolarizzazione dell'asse iliaco-femorale dx mediante angioplastica percutanea; v. resoconto del 12 settembre 1999; doc. 14) e 2001 (rivascolarizzazione mediante angioplastica su arteria femorale superficiale destra con impianto di stent; doc. 15) hanno dato esiti positivi. Secondo il dott. D.\_\_\_\_\_ risulta quindi, sulla base dei documenti medici esaminati, che il ricorrente non risente di alcuna limitazione funzionale dal profilo cardiaco e neppure a livello del sistema circolatorio degli arti inferiori. Ha quindi ritenuto una capacità lavorativa intatta, dunque del 100%, per l'insorgente nel suo precedente lavoro quale commerciante indipendente (doc. 19). Certo, nella perizia medica particolareggiata E

213 del 6 marzo 2006 (doc. 16) è ritenuta un'incapacità lavorativa dell'80%. Tale generica valutazione non è però corroborata da idonei riscontri medici, segnatamente da indicazioni precise ed oggettivabili sull'esistenza di limitazioni funzionali suscettibili d'incidere negativamente sulla capacità lavorativa del ricorrente rispettivamente sull'esigibilità dell'attività di commerciante indipendente che il medesimo ha continuato a svolgere, a tempo pieno, almeno fino al 23 ottobre del 2006. L'insorgente ha sì sottolineato, in sede ricorsuale, di presentare un'incapacità al lavoro dell'85% (v. doc. TAF 1, segnatamente la copia del documento del 6 marzo 2002 della Commissione Inv. civ. di E.\_\_\_\_\_ [CS, Italia]), ma, stante le considerazioni che precedono, non ha dimostrato sussistere le condizioni di un'invalidità ai sensi del diritto svizzero. A tal proposito, giova rammentare che l'ottenimento di una pensione straniera d'invalidità non costituisce un elemento determinante per l'apprezzamento di un'invalidità secondo il diritto svizzero (v. sentenza del Tribunale federale I 435/02 del 4 febbraio 2003 consid. 2). Non va altresì dimenticato che, per costante giurisprudenza, ogni 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 (sentenza del Tribunale federale I 543/03 del 27 agosto 2004; DTF 130 V 97 consid. 3.2. e DTF 113 V 22 consid. 4a). In sede ricorsuale il ricorrente non ha indicato per quale motivo non fosse esigibile che continuasse ad esercitare l'attività di commerciante indipendente perlomeno fino al 23 ottobre 2006, come ha altresì dichiarato di avere fatto. Peraltro, neppure dalla citata perizia E 213 emergono elementi oggettivi, segnatamente medici, suscettibili di dimostrare una siffatta inesigibilità. In conclusione, sulla scorta della documentazione medica e delle considerazioni che precedono, questo Tribunale non ha motivo di scostarsi dall'apprezzamento del caso operato dall'autorità inferiore. La richiesta di una rendita AI svizzera da parte del ricorrente deve quindi essere respinta poiché al 2 agosto 2007 (data dell'impugnata decisione) il ricorrente non ha mai subito un'incapacità al lavoro del 40% almeno in media per un anno.

## 11.

Da quanto esposto, consegue che il ricorso, destituito di fondamento, non merita tutela e la decisione impugnata va confermata.

**12.**

**12.1** Visto l'esito della procedura, le spese processuali, di fr. 300.--, 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 del 21 febbraio 2008 [TS-TAF, RS 173.320.2]). Esse sono computate con l'anticipo spese, di identico ammontare, versato dal ricorrente stesso il 6 aprile 2008.

**12.2** Il ricorrente non ha altresì diritto alla rifusione delle spese ripetibili (art. 64 PA in combinazione con l'art. 7 cpv. 1 e 2 TS-TAF). 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. 300.--, sono poste a carico del ricorrente. L'anticipo spese di fr. 300.--, versato il 6 aprile 2008, è computato con le spese processuali.

**3.**

Non si attribuiscono spese ripetibili.

**4.**

Comunicazione a:

- patrocinatore del ricorrente (Raccomandata con AR)
- autorità inferiore (n. di rif. )
- Ufficio federale delle assicurazioni sociali

Il presidente del collegio:

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: