



---

Corte III  
C-5893/2009  
{T 0/2}

## **Sentenza del 3 novembre 2010**

---

Composizione

Giudici: Francesco Parrino (presidente del collegio),  
Alberto Meuli, Vito Valentini;  
Cancelliere: Dario Croci Torti

---

Parti

A. \_\_\_\_\_,  
patrocinato dall'avv. Teresa De Rosa, via E. Fermi 250,  
IT-80010 Villaricca,  
ricorrente,

contro

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

---

Oggetto

Assicurazione invalidità (decisione del 15 luglio 2009).

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

A.\_\_\_\_\_, cittadino italiano, nato il \_\_\_\_\_, ha lavorato in Svizzera, essenzialmente nel settore dell'edilizia, nel 1981 e dal 1983 al 2000 (doc. 6). Dopo il rimpatrio, ha continuato a svolgere un'attività lucrativa come operaio/carpentiere edile, in ragione di 40 ore settimanali; ha rassegnato le dimissioni con effetto 3 novembre 2008, dopo essere stato assente dal lavoro per un infortunio dovuto a malattia a partire dal 3 marzo 2008 (doc. 9).

In data 21 luglio 2008, A.\_\_\_\_\_ ha formulato una domanda volta al conseguimento di una rendita dell'assicurazione svizzera per l'invalidità (doc. 1, 4).

**B.**

Il richiedente è stato visitato il 28 novembre 2008 presso i servizi medici dell'Istituto nazionale della previdenza sociale (INPS) di Avellino, ove il medico incaricato ha evidenziato la diagnosi di crisi epilettica generalizzata, cervicalgia ricorrente da ernia discale con mielopatia secondaria, crisi epilettiche subentranti con scarsa risposta terapeutica ed ha posto un tasso d'invalidità del 68% (doc. 19). Sono stati esibiti documenti oggettivi, segnatamente:

- un referto tomografico assiale computerizzato (TAC) spinale del 13 novembre 2004 (doc. 12);
- una serie di esami radiologici del marzo 2008 (risonanza magnetica encefalica, cervicale, Rx del torace, TAC del cranio, Rx cervicale, spalla, gomito, polso, mano destra) eseguiti nell'ambito di un ricovero ospedaliero dal 3 al 14 marzo 2008 per trauma cranio-frontale con stato commotivo in un quadro di crisi epilettica generalizzata, ernie discali multiple con mielopatia secondaria e stenosi carotidee destra (doc. 12, 13);
- i risultati di una risonanza magnetica encefalica e cervicale del 22 maggio 2008 (doc. 14);
- i risultati di esami ematochimici del 16 giugno 2008 (doc. 15);
- un rapporto d'esame ortopedico del 1° ottobre 2008 (doc. 16);

- un rapporto d'esame neuropsichiatrico del 1° ottobre 2008 (doc. 17);
- un referto RM encefalico del 24 ottobre 2008 (doc. 18);
- una relazione di ricovero ospedaliero dal 10 al 23 dicembre 2008 per controlli strumentali di tipo neurologico con cartella clinica contenente i diversi esami; diagnosi posta: "occlusione di seno traverso sinistro, angioma venoso frontale sinistro, stenosi carotidee destra, crisi epilettiche, ipercolesterolemia" (doc. 20);
- un rapporto d'esame RM ginocchio destro del 26 novembre 2008 (doc. 21);
- un breve rapporto d'esame ortopedico del 27 gennaio 2009 scarsamente leggibile (doc. 22) ed i risultati di una angio-RM intercranica-encefalica del 28 gennaio 2008 (doc. 23).

### **C.**

Nella sua relazione del 12 aprile 2009, la Dott.ssa Schoch-Zysset, medico dell'Ufficio dell'assicurazione per l'invalidità per gli assicurati residenti all'estero (UAIE), ha ammesso che l'interessato non è più in grado di riprendere il suo precedente lavoro di operaio/carpentiere e ciò dal marzo 2008; a lui sarebbero tuttavia proponibili attività più leggere semisedentarie in misura completa (doc. 25).

L'amministrazione ha aderito al parere del proprio medico ed ha proceduto ad un calcolo comparativo dei redditi (doc. 26), dal quale è risultato che svolgendo attività alternative in misura completa, invece di quella di operaio/carpentiere, egli subirebbe una perdita di guadagno del 26%. In questo calcolo, il salario dopo l'insorgenza dell'invalidità è stato ridotto del 10% per tenere conto della situazione personale dell'assicurato (età, handicap).

Con progetto di decisione del 13 maggio 2009, l'UAIE ha disposto la reiezione della domanda per carenza d'invalidità di livello pensionabile (doc. 27). L'interpellato non ha preso posizione in merito, per cui in data 15 luglio 2009, l'UAIE ha emanato una decisione conformemente al progetto (doc. 28).

### **D.**

Con il ricorso depositato l'11 settembre 2009, A.\_\_\_\_\_, regolarmente rappresentato dall'avv. De Rosa, chiede,

sostanzialmente, l'annullamento del summenzionato provvedimento amministrativo e, di conseguenza, il riconoscimento del suo diritto a prestazioni dell'AI, previo, eventualmente, l'allestimento di una nuova perizia medica. Contesta il calcolo comparativo dei redditi censurando la genericità e la mancanza di motivazione del provvedimento impugnato su questo punto. Produce, a suffragio delle sue conclusioni, documentazione già ad atti, nonché una tabella indicante le retribuzioni in vigore nella sua categoria.

L'interessato ha compilato una domanda di assistenza giudiziaria e l'ha rinviata al Tribunale amministrativo federale il 15 ottobre 2009, corredandola dai documenti usuali.

#### **E.**

Ricevuta l'impugnativa, l'amministrazione ha sottoposto gli atti al proprio servizio economico, il quale, nella relazione del 28 giugno 2010, ha indicato le basi del calcolo comparativo dei redditi (doc. 32). L'amministrazione ha sottoposto gli atti anche al servizio medico (Dott.ssa Schoch-Zysset) che non ha preso posizione rinviando il rapporto già svolto in data 12 aprile 2009 (doc. 25 = doc. 30).

Nelle sue osservazioni ricorsuali del 5 luglio 2010, l'UAIE propone la reiezione dell'impugnativa con argomenti di cui, per quanto occorra, si riferirà nei considerandi in diritto del presente giudizio.

Dopo aver preso atto delle osservazioni dell'amministrazione e di altra documentazione di rilievo, l'avv. De Rosa, con scritto del 10 agosto 2010, ha ribadito l'intenzione della propria assistita di mantenere l'impugnativa. Osserva che l'amministrazione sottovaluta la patologia in atto che provoca perdite di coscienza frequenti e della funzione motoria, vuoti di memoria ecc., per cui anche un'attività di ripiego apparirebbe problematica e, di conseguenza, non esigibile al 100%, ma in misura notevolmente ridotta.

#### **Diritto:**

##### **1.**

Riservate le eccezioni di cui all'art. 32 della legge del 17 giugno 2005 sul Tribunale amministrativo federale (LTAF, RS 173.32), il Tribunale amministrativo federale giudica, in virtù dell'art. 31 LTAF, i ricorsi

contro le decisioni ai sensi dell'art. 5 della legge federale del 20 dicembre 1968 sulla procedura amministrativa (PA, RS 172.021) emanate dalle autorità menzionate all'art. 33 LTAF. In particolare, le decisioni rese dall'UAIE concernenti l'assicurazione per l'invalidità possono essere portate innanzi al TAF conformemente all'art. 69 cpv. 1 lett. b della legge federale del 19 giugno 1959 sull'assicurazione per l'invalidità (LAI, RS 831.20).

## **2.**

**2.1** In virtù dell'art. 3 lett. d<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 LAI le disposizioni della LPGA sono applicabili all'assicurazione per l'invalidità (art. 1a-26<sup>bis</sup> 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). 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.**

**4.1** Relativamente al diritto applicabile, deve essere precisato che, a partire dal 1° gennaio 2008, la presente procedura è retta dalla LAI nel suo tenore modificato il 6 ottobre 2006 (5<sup>a</sup> 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 (DTF 130 V 445 consid. 1.2).

**4.2** Il periodo di cognizione giudiziaria dello scrivente Tribunale amministrativo federale si estende fino al 15 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 citata).

#### **5.**

**5.1** La parte ricorrente ha affermato che la decisione impugnata sarebbe stata sommariamente motivata e non si capirebbe dalla

stessa su quali basi è fondato il raffronto dei redditi. Queste censure devono essere esaminate nell'ambito del diritto di essere sentito, la cui violazione va esaminata d'ufficio dallo scrivente Tribunale (DTF 120 V 357 consid. 2a).

**5.2** Il diritto di essere sentito, la cui garanzia è prevista art. 29 cpv. 2 Cst, 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).

**5.3** Nella fattispecie, la decisione impugnata del 15 luglio 2009 non contiene tutti quegli elementi essenziali sopra ricordati. È vero che vengono espresse le norme legali principali applicabili, ma manca – per rispondere alla censura del ricorrente – una descrizione del raffronto dei redditi che permetta di spiegare come si è arrivati a una perdita di guadagno del 26%. Anche se il ricorrente non lo fa valere esplicitamente, non sono contenute nella motivazione le valutazioni del servizio medico dell'autorità inferiore, come pure un breve riassunto dei fatti. 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 15 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 all'insorgente i documenti relativi alla valutazione del servizio medico e al raffronto dei redditi. In occasione del suo preavviso inoltre, l'autorità inferiore si è espressa sul contenuto del ricorso e di completare le motivazioni alla base del rifiuto della rendita. L'interessato, dopo avere preso conoscenza di questi documenti e argomentazioni, ha depositato una replica confermando le conclusioni del suo ricorso.

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).

## **6.**

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

- essere invalido ai sensi della legge svizzera;
- aver versato contributi all'AVS/AI svizzera per 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.

## **7.**

**7.1** In base all'art. 8 LPGA è considerata invalidità l'incapacità al guadagno totale o parziale presumibilmente permanente o di lunga durata. L'art. 4 LAI precisa che l'invalidità può essere conseguente ad infermità congenita, malattia o infortunio; il cpv. 2 della stessa norma stabilisce che l'invalidità è considerata insorgere quando, per natura e gravità, motiva il diritto alla singola prestazione.

**7.2** L'assicurato ha diritto ad una rendita intera se è invalido per almeno il 70%, a tre quarti di rendita se è invalido per almeno il 60%, ad una mezza rendita se è invalido per almeno la metà e ad un quarto di rendita se è invalido per almeno il 40% (art. 28 cpv. 2 LAI). In seguito all'entrata in vigore dell'Accordo bilaterale, la limitazione prevista dall'art. 29 cpv. 4 LAI, secondo il quale le rendite per un grado d'invalidità inferiore al 50% sono versate solo ad assicurati che sono domiciliati e dimorano abitualmente in Svizzera (art. 13 LPGA), non è più applicabile quando l'assicurato è cittadino svizzero o dell'UE e vi risiede.

**7.3** 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 LPGA) almeno del 40% in media durante un anno senza notevole interruzione; e c. al termine di questo anno è invalido almeno al 40%. Tuttavia, il diritto alla rendita nasce al più presto dopo 6 mesi dalla data in cui l'assicurato ha rivendicato il diritto alle prestazioni conformemente all'art. 29 cpv. 1 LPGA, ma al più presto a partire dal mese seguente il compimento dei 18 anni (art. 29 cpv. 1 LAI).

**7.4** Per incapacità al lavoro s'intende qualsiasi incapacità, totale o parziale, derivante da un danno alla salute fisica, mentale o psichica di compiere un lavoro ragionevolmente esigibile nella professione o nel campo di attività abituale. In caso d'incapacità al lavoro di lunga durata possono essere prese in considerazione anche le mansioni esigibili in un'altra professione o campo d'attività (art. 6 LPGA). L'incapacità al guadagno è definita all'art. 7 LPGA 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 obbiettivamente superabile (art. 7 cpv. 2 LPGA).

## **8.**

**8.1** Per quanto risulta dagli atti, l'interessato non ha più lavorato dopo il 3 marzo 2008, da quando è stato assente a seguito di una caduta da imputare ad un evento patologico (epilessia). Egli è stato licenziato con effetto 3 novembre 2008 (doc. 9, 11).

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

In carenza di documentazione economica, la documentazione medica costituisce un importante elemento di giudizio per determinare quali lavori siano ancora esigibili dall'assicurato, ma non spetta al medico graduare il tasso d'invalidità dell'assicurato (DTF 114 V 314). Infatti, per costante giurisprudenza le certificazioni mediche possono costituire importanti elementi d'apprezzamento del danno invalidante, allorché permettono di valutare l'incapacità lavorativa e di guadagno dell'interessato in un'attività da lui ragionevolmente esigibile (DTF 115 V 134 consid. 2).

**8.3** Inoltre, perché un rapporto medico abbia valore probatorio è determinante che esso valuti ed esamini in maniera completa i punti litigiosi, si fondi su degli esami approfonditi, prenda conto di tutte le affezioni di cui si lamenta l'assicurato, sia stabilito in piena conoscenza

dei suoi antecedenti (anamnesi) e sia chiaro nell'esposizione delle correlazioni mediche o nell'apprezzamento della situazione medica; le conclusioni dell'esperto devono inoltre essere motivate (DTF 125 V 352, 122 V 160).

## **9.**

Nel caso in esame è stata evidenziata la sostanziale diagnosi di "crisi epilettica generalizzata (epilessia tardiva), cervicalgia ricorrente da ernia discale con mielopatia secondaria, crisi epilettiche subentranti con scarsa risposta terapeutica" (doc. 19). La documentazione esibita in sede ricorsuale (già ad atti) non ha apportato novità sotto il profilo sanitario.

## **10.**

**10.1** Per quanto concerne le conseguenze invalidanti delle menzionate affezioni, il servizio medico dell'INPS (perizia del 28 novembre 2008, doc. 19) pone un tasso d'invalidità del 68%, pur rilevando che il paziente è in grado di svolgere un'attività lucrativa leggera, che eviti ambienti umidi, gas e vapori e luoghi di lavoro pericolosi (rischio di cadute). Dal canto suo, la Dott.ssa Schoch-Zysset, medico dell'UAIE, ammette che l'assicurato non potrebbe più riprendere il precedente lavoro di operaio/carpentiere, ma a lui sarebbero ancora proponibili attività leggere e/o semisedentarie, in misura completa.

**10.2** Lo scrivente Tribunale osserva che l'assicurato è portatore, in primo luogo, di una epilessia, sintomatologicamente già manifestatasi nel passato, ma mai diagnosticata. Come scritto un episodio si è verosimilmente già verificato nel 1996, senza provocare un'incapacità di lavoro di rilievo. Quello sopravvenuto il 3 marzo 2008 ha invece giustificato la cessazione della propria attività lucrativa di tipo medio-pesante. Ora, la patologia in atto non è di tipo convulsivo. L'indagine medica ad atti non riferisce di ulteriori episodi avvenuti dopo il marzo 2008. Il processo patologico in corso andava comunque approfondito e l'interessato, nel dicembre 2008, è rimasto degente 13 giorni, per controlli strumentali, presso un Istituto specializzato (doc. 20). Gli esiti di tale completa indagine hanno posto in evidenza un'affezione di scarso grado patologico, ossia delle anomalie bioelettriche di tipo lento all'elettroencefalogramma, un piccolo reperto aspecifico (che non necessita di ulteriori investigazioni) in sede frontale posteriore sinistra alla risonanza magnetica encefalica ed un'occlusione di seno traverso

di sinistra con angioma venoso frontale posteriore sinistro all'angiografia cerebrale. Questi accertamenti/riscontri non mettono in luce un'incapacità di lavoro dal punto di vista valetudinario. Peraltro, già la relazione d'esame neurologico del 1° ottobre 2008, pur ponendo la nota diagnosi, non evidenziava processi morbosi aventi carattere debilitante.

La patologia cervicale, ben documentata da esami oggettivi, pone in evidenza affezioni verosimilmente presenti da molto tempo che non hanno mai limitato in sostanza la capacità di lavoro dell'interessato. A livello clinico il rachide cervicale appare contratto e dolente alla digito pressione, la motilità del capo è discretamente conservata anche contro resistenza; gli arti superiori (spalle, braccia, mani) non presentano deficit funzionali di rilievo, rispettivamente della forza prensile. Si nota anche un deficit vascolare alle dita. Il rachide lombare è in asse con funzionalità conservata anche ai gradi estremi; le manovre di Lasègue e di Wasserman sono negative. L'andatura è normale. Si notano alcuni scrosci alle ginocchia.

Per il resto, A.\_\_\_\_\_ si presenta in buone condizioni generali di salute, ogni altro organo ed apparato essendo indenne da patologie.

Da parte sua l'interessato non ha prodotto nulla che smentisca gli esami surriferiti. Egli si limita ad affermare che non sarebbe in grado di lavorare nemmeno in attività di sostituzione, senza apportare alcun elemento in favore di questo sua tesi.

**10.3** Il collegio giudicante, sulla scorta del parere del servizio medico dell'UAIE, ritiene che A.\_\_\_\_\_ dopo qualche mese dall'evento accidentale del 3 marzo 2008 non avrebbe più potuto svolgere un'attività di carpentiere. A lui sarebbero comunque stati proponibili, al 100%, attività di ripiego leggere e/o semisedentarie, ripetitive, non qualificate, quali quella di operaio addetto al controllo di macchine di produzione automatica, operaio addetto all'imballaggio di piccoli oggetti (con arti superiori perlopiù appoggiati su di un banco), portiere d'albergo, addetto alla ricezione in portinerie di ditte, fattorino in ditta privata; custode di museo o di parcheggio, aiuto magazziniere.

**10.4** Vero è che la ricerca di un posto di lavoro adatto alle capacità dell'interessato appare difficoltosa, vista la sua età, la situazione congiunturale del sud Italia; tuttavia, se il mercato del lavoro locale non gli offre di sfruttare la sua residua capacità lavorativa e di guadagno,

non può essere compito dell'assicurazione svizzera per l'invalidità di sopperire con il versamento di prestazioni assicurative a quello che sarebbe dovuto, semmai, dall'assicurazione italiana contro la disoccupazione. Secondo una costante giurisprudenza, la persona che richiede prestazioni d'invalidità deve intraprendere tutto quanto sia da lei esigibile per ovviare alle conseguenze della sua incapacità, mettendo soprattutto a profitto le superstiti energie lavorative e cambiando, se del caso, anche il lavoro e il domicilio (DTF 130 V 97 consid. 3.2).

Occorre pertanto esaminare se, nell'ambito di attività di sostituzione, l'insorgente presenti un'incapacità di guadagno di rilievo.

## **11.**

**11.1** L'invalidità è determinata stabilendo il rapporto fra il reddito del lavoro che l'assicurato conseguirebbe, dopo la manifestazione dell'invalidità e dopo l'esecuzione d'eventuali provvedimenti d'integrazione, nell'esercizio di un'attività lucrativa, ragionevolmente esigibile da lui in condizioni normali del mercato del lavoro, e il reddito che potrebbe conseguire se non fosse diventato invalido (art. 16 LPGGA).

**11.2** Di regola, è ritenuto reddito senza invalidità il salario realmente percepito prima dell'insorgere del danno alla salute, aggiornato al momento determinante per il calcolo dell'invalidità e adeguato all'evoluzione dei salari nominali del settore interessato (tra gli altri VSI 2000 p. 310). Secondo il questionario per il datore di lavoro (doc. 9), il dipendente ha percepito nel 2007/2008 come operaio carpentiere un introito mensile di Euro 1'667.-. Il ricorrente fa valere che, senza il danno alla salute, avrebbe percepito nel 2009 Euro 1'928.- mensili. Questo dato trova riscontro agli atti in quanto è estrapolato dal questionario compilato dall'ex datore di lavoro (doc. 9).

**11.3** Quale reddito da invalido l'UAIE ha ritenuto quello ottenibile in attività di tipo leggero non qualificate e ripetitive. Queste attività comportano un salario medio mensile di Euro 1'375.11 (valori 2007). Conformemente alla giurisprudenza la valutazione dell'amministrazione si deve fondare sulla media dei salari relativi alle professioni sostitutive e non su un solo dato come proposto dal ricorrente che si riferisce al solo Contratto collettivo nazionale di lavoro del settore del commercio, dei servizi e del terziario (cfr. sentenza del

Tribunale federale delle assicurazioni I 139/97 del 4 marzo 1998 confermata con sentenza I 655/02 del 16 luglio 2003 consid. 2.3).

Questo introito teorico può essere ridotto per tenere conto dei fattori personali dell'assicurato (DTF 126 V 75), quali età, handicap. L'amministrazione ha operato una deduzione del 10%, ciò che può essere condiviso, atteso che la riduzione massima si situa al 25%. Peraltro, l'amministrazione gode, nell'applicazione di questo tasso di riduzione, di un ampio potere di apprezzamento che il giudice non può rivedere che in casi motivati. Ne consegue un reddito mensile di Euro 1'237,60 nel 2007.

**11.4** Il confronto fra un reddito privo d'invalidità di Euro 1'667.- ed un introito teorico dopo l'insorgenza dell'invalidità di Euro 1'237,60, causa una perdita di guadagno del 25,76% (arrotondato al 26%), tasso che esclude il riconoscimento del diritto ad una rendita dell'assicurazione svizzera per l'invalidità. Anche se si dovessero prendere in considerazione i dati relativi al 2009 come proposto dal ricorrente, e basarsi su un reddito privo d'invalidità di Euro 1'928.-, non si giungerebbe a una perdita di guadagno di almeno il 40%. Va ricordato che anche i dati relativi al salario da invalido andrebbero aggiornati al 2009.

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

## **12.**

**12.1** La procedura è di principio onerosa (art. 69 LAI). L'insorgente ha compilato una domanda di assistenza giudiziaria per essere esentato dalle spese processuali (cfr. domanda implicita di dispensa dalle spese, pag. 6 della memoria ricorsuale). Dal formulario consegnato il 25 ottobre 2009 si evince che A.\_\_\_\_\_ è al beneficio di una modesta pensione italiana di 512.- Euro mensili (la moglie non svolge attività lucrativa). Risulta anche che ha due figli a carico (nati rispettivamente nel 1992 e nel 1994). Atteso che attualmente l'interessato non esercita alcuna attività lucrativa, si giustifica esonerarlo dal pagamento delle spese processuali.

**12.2** Visto l'esito del ricorso, non vengono riconosciute 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 sulla 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.**

Non si prelevano spese processuali.

**3.**

Non si assegnano indennità per spese ripetibili.

**4.**

Comunicazione a:

- rappresentante del ricorrente (Raccomandata)
- autorità inferiore (n. di rif. )
- Ufficio federale delle assicurazioni sociali, Berna

I rimedi giuridici sono menzionati alla pagina seguente.

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: