



---

Corte III  
C-8607/2007  
{T 0/2}

## **Sentenza del 27 febbraio 2009**

---

Composizione

Giudici Elena Avenati-Carpani (presidente del collegio),  
Michael Peterli, Franziska Schneider,  
cancelliere Dario Quirici.

---

Parti

T.\_\_\_\_\_,  
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

prestazioni dell'assicurazione invalidità.

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

T.\_\_\_\_\_, cittadino italiano nato il (...), coniugato, ha lavorato in Svizzera come muratore dal 1965 al 1982, versando i contributi obbligatori all'assicurazione per la vecchiaia, i superstiti e l'invalidità (AVS/AI). A partire dal 1983 l'assicurato non ha più lavorato in Svizzera, ma ha continuato ad esercitare la sua professione in Italia, smettendo definitivamente di lavorare il 17 marzo 2005. Egli ha quindi formulato, il 13 maggio 2005, una domanda per l'ottenimento di una rendita d'invalidità svizzera all'Istituto nazionale italiano della previdenza sociale (INPS), trasmessa all'Ufficio dell'assicurazione invalidità per gli assicurati residenti all'estero (UAIE) il 14 febbraio 2006. Dall'incarto non è per contro dato di sapere se l'assicurato già percepisca una pensione d'invalidità italiana.

**B.**

Nell'ambito dell'istruttoria della domanda di rendita l'UAIE ha acquisito i documenti seguenti:

- i formulari dell'INPS relativi alla domanda di pensione d'invalidità (doc. 1,2,3 e 4),
- l'estratto del conto individuale della Cassa svizzera di compensazione per il periodo 1965 - 1982 (doc. 6),
- il questionario per il datore di lavoro, del 21 giugno 2006, da cui risulta che l'assicurato ha lavorato per la ditta italiana "CI.\_\_\_\_\_ s.r.l." dal 1° ottobre 2002 al 1° ottobre 2004, data delle sue prime dimissioni, per riprendere a lavorare il 14 marzo 2005, dimissionando definitivamente il 17 marzo 2005 (doc. 8),
- il questionario per l'assicurato, del 27 giugno 2006, nel quale quest'ultimo fa valere, in particolare, gravi motivi di salute come causa della cessazione del lavoro (doc. 9),
- la scheda di dimissione ospedaliera del 16 aprile 2005, facente stato di una discopatia con mielopatia nella regione lombare e postumi di fratture di ossa multiple non specificate (doc. 10),

- il referto radiologico del torace del 26 aprile 2005, con diagnosi di accentuazione diffusa del grosso interstizio polmonare e di ipoventilazione basale bilaterale (doc. 11),
- il referto radiologico della colonna cervicale, dorsale e lombo-sacrale, come pure delle ginocchia, del 26 aprile 2005, facente stato, in particolare, di una spondilosi e di un'artrosi delle ginocchia (doc. 12),
- l'ecodoppler del 2 maggio 2005, facente stato, in particolare, della presenza di placche fibrocalcifiche nelle arterie femorali (doc. 13),
- la cartella audiologica del 12 maggio 2005, nella quale si rileva una ipoacusia bilaterale (doc. 14),
- il referto radiologico della colonna lombosacrale del 17 maggio 2005, facente stato, in particolare, di una spondilosi e di diversi altri problemi lombari (doc. 15),
- la perizia medica particolareggiata del dott. C.\_\_\_\_\_, del 2 agosto 2005 (formulario E 213), nella quale si evidenzia la diagnosi di spondiloartrosi cervico-dorso-lombare con deformazione a cuneo delle D10 e D11, gonartrosi bilaterale, broncopneumopatia cronica ostruttiva (BPCO), depressione endoreattiva, aterosclerosi delle femorali e ipoacusia bilaterale; nella perizia si precisa ugualmente che l'assicurato è in grado di svolgere regolari lavori leggeri, che il grado d'invalidità per l'ultimo lavoro svolto è pari al 70% e che è impossibile pronunciarsi su un eventuale futuro miglioramento delle condizioni di salute (doc. 16),
- l'ecografia osteo-articolare della spalla destra del 22 marzo 2006, facente stato, in particolare, di problemi al tendine, compatibili con una lesione traumatica (doc. 18).

### **C.**

L'UAIE ha quindi sottoposto l'incarto al dott. L.\_\_\_\_\_ del Servizio medico regionale Rhône (SMR) per apprezzamento. Nel suo rapporto finale del 3 gennaio 2007 (doc. 21), il dott. L.\_\_\_\_\_ attesta essenzialmente una lombosciatalgia con problemi degenerativi, la quale riduce la capacità lavorativa dell'assicurato, nel suo campo d'attività abituale, del 70% dal 17 marzo 2005. Per contro, il dott. L.\_\_\_\_\_ considera che, in attività professionali idonee, per le quali i pesi da portare sono limitati a 10 Kg, la capacità lavorativa

dell'assicurato è completa dal 17 giugno 2005. Inoltre, il dott. L.\_\_\_\_\_ rileva che non sussistono cure che potrebbero notevolmente migliorare la capacità lavorativa dell'assicurato.

**D.**

Il 22 febbraio 2007 l'UAIE ha così stabilito il grado d'invalidità dell'assicurato, in applicazione del metodo generale del confronto dei redditi, nella misura del 38% a partire dal 17 giugno 2005 (doc. 24). Basandosi su questo dato, l'UAIE ha poi emesso un progetto di decisione il 2 marzo 2007, con il quale ha proposto il rifiuto della richiesta di rendita dell'assicurato (doc. 25). Quest'ultimo, per il tramite dell'Istituto nazionale italiano di assistenza e di patronato per l'artigianato (INAPA), si è opposto al progetto di decisione il 21 marzo 2007, producendo inoltre nuovi referti clinici, tra cui un breve certificato del dott. B.\_\_\_\_\_, il suo medico curante (doc. 26, 27, 28, 29 e 30).

**E.**

Chiamato a pronunciarsi dall'UAIE sui nuovi referti medici prodotti dall'assicurato, il dott. L.\_\_\_\_\_ ha chiesto un complemento istruttorio il 4 maggio 2007 (doc. 32). Gli esami clinici necessari sono stati eseguiti per il tramite dell'INPS e fatti pervenire all'UAIE, ossia una nuova perizia medica particolareggiata (E 213) del dott. C.\_\_\_\_\_, dell'11 luglio 2007, e un rapporto di visita ortopedica del 26 luglio 2007 (doc. 35, 36 e 37).

Dalla perizia medica particolareggiata emerge che l'assicurato soffre di spondilodiscoartrosi cervico-dorso-lombare, gonartrosi bilaterale, BPCO, depressione endoreattiva, aterosclerosi delle femorali, ipoacusia bilaterale, rottura traumatica della cuffia dei rotatori della spalla destra, angina mista in cardiopatia ischemica, e che il suo grado d'invalidità per l'ultimo lavoro svolto è pari all'80%, come pure che egli non può più svolgere nessun altro tipo di lavoro a tempo pieno e che le sue condizioni di salute non possono migliorare (doc. 35).

Dal rapporto di visita ortopedica risulta la diagnosi seguente: lesione della cuffia dei rotatori della spalla destra, cervico discoartrosi a scarsa incidenza funzionale e spondilodiscoartrosi lombare a moderata incidenza funzionale, senza deficit neurologici periferici (doc. 36).

**F.**

L'UAIE ha trasmesso i nuovi referti medici al dott. L.\_\_\_\_\_, il quale, nel suo rapporto finale del 24 ottobre 2007 (doc. 39), ha sostanzialmente riconfermato le conclusioni del suo rapporto finale del 3 gennaio 2007. Egli ha però specificato che l'incapacità lavorativa dell'assicurato, nel suo campo d'attività abituale, è pari al 100% dal 26 febbraio 2006, confermando comunque che la capacità lavorativa in attività idonee, come per esempio sorvegliante di parcheggi o riparatore di piccoli apparecchi domestici, è completa dal 17 giugno 2005.

**G.**

Il 7 novembre 2007 l'UAIE ha così emesso una decisione di rigetto della domanda di prestazioni dell'assicurazione per l'invalidità presentata dall'assicurato il 13 maggio 2005 (doc. 40).

**H.**

Contro questa decisione, per il tramite del suo avvocato, l'assicurato ha inoltrato ricorso, il 5 dicembre 2007, al Tribunale amministrativo federale, chiedendo di dichiarare la decisione nulla per mancanza di motivazione e di riconoscere il suo diritto ad una rendita d'invalidità a far data dalla presentazione della domanda. Al ricorso ha poi fatto seguito lo scambio degli allegati di risposta e di replica, con i quali le parti hanno sostanzialmente ribadito le proprie posizioni.

**I.**

Invitato dal Tribunale amministrativo federale, con decisione incidentale dell'8 aprile 2008, a versare un anticipo di Fr. 300.- per le presunte spese processuali, il ricorrente ha chiesto, il giorno 16 dello stesso mese, di potere beneficiare dell'assistenza giudiziaria per quanto attiene alle spese di procedura. A tale scopo egli ha compilato il formulario di domanda di assistenza giudiziaria, allegando i giustificativi necessari.

**Diritto:****1.**

**1.1** In virtù dell'art. 31 della legge sul Tribunale amministrativo federale del 17 giugno 2005 (LTAF, RS 173.32), questo tribunale giudica i

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

**1.2** Secondo l'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.

**1.3** Conformemente all'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. Il ricorso deve essere interposto entro 30 giorni dalla notificazione della decisione o della decisione contro cui l'opposizione è esclusa (art. 60 LPGA). Esso deve contenere le conclusioni, i motivi, l'indicazione dei mezzi di prova e la firma del ricorrente o del suo rappresentante, con allegati la decisione impugnata e i documenti indicati come mezzi di prova, se sono in possesso del ricorrente (art. 52 cpv. 1 PA).

**1.4** In concreto, il ricorso è stato presentato tempestivamente, nel rispetto dei requisiti previsti dalla legge (art. 59 e 60 LPGA, nonché l'art. 52 cpv. 1 PA), ed è pertanto ricevibile.

## **2.**

**2.1** 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). Trattasi 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 del Regolamento CEE n° 1408/71).

**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 (art. 6 del Regolamento CEE n° 1408/71). 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).

**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 5<sup>a</sup> revisione della LAI e della LPGA, 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.

#### **4.**

Il ricorrente ha contestato la validità formale della decisione dell'UAIE, rilevando che essa sarebbe nulla poiché priva di motivazione.

**4.1** Il diritto di essere sentito, la cui garanzia è prevista all'art. 29 cpv. 2 della Costituzione federale della Confederazione svizzera del 18 aprile 1999 (Cost, RS 101), comprende il diritto per l'assicurato 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 *stricto sensu*) e dall'art. 35 PA (diritto di ottenere una decisione motivata).

**4.2** 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 ed 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). Nel campo delle assicurazioni sociali, in particolare, le esigenze relative alla motivazione non devono essere particolarmente elevate. È, infatti, sufficiente che l'amministrazione indichi brevemente i motivi della decisione e quali sono gli elementi alla base di quest'ultima (DTF 124 V 180, consid. 1a, confermato in DTF del 9 maggio 2000 in re I. ed in Pra 2001, n. 71, consid. 1 a/bb).

**4.3** 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 allorché 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).

**4.4** In concreto, la motivazione della decisione impugnata appare certo un poco stringata, ma ciò non ha però impedito il ricorrente di comprenderne la portata e di deferirla all'istanza superiore. Nell'ambito del ricorso, infatti, egli ha potuto difendersi in maniera corretta. Egli è stato in grado di dedurre i fatti su cui la decisione si fonda e le ragioni per cui è stata pronunciata. Tuttavia, anche se la decisione fosse considerata non sufficientemente motivata, si rileva che tale carenza sarebbe comunque sanata dall'impugnazione della stessa davanti al Tribunale amministrativo federale, il quale dispone infatti di piena cognizione. Inoltre, con la sua risposta del 13 febbraio 2008, l'UAIE ha avuto modo di esprimersi sul contenuto del ricorso e di completare le motivazioni della sua decisione, successivamente notificate all'interessato, al quale è stato concesso il diritto di replica, di cui ha fatto uso (cfr. DTF 116 V 39/40 consid. 4b).

Visto quanto precede, la censura del ricorrente in ordine all'insufficienza della motivazione e, quindi, alla violazione del suo diritto di essere sentito, deve essere respinta.

## **5.**

Il ricorrente ha contestato la validità materiale della decisione dell'UAIE, chiedendo che gli sia riconosciuto il diritto ad una rendita d'invalidità.

## **6.**

In deroga all'art. 24 LPGA, l'art. 48 cpv. 2 LAI precisa che, se l'assicurato si annuncia più di dodici mesi dopo la nascita del diritto, le prestazioni possono essere assegnate soltanto per i dodici mesi precedenti la richiesta.

In concreto, il ricorrente ha presentato la domanda di rendita il 13 maggio 2005. Il Tribunale amministrativo federale può quindi limitarsi ad esaminare se il ricorrente avesse diritto ad una rendita il 13 maggio 2004 (ossia dodici mesi precedenti la presentazione della domanda), oppure se un diritto alla rendita sia sorto tra tale data ed il 7 novembre 2007, data della decisione avversata. 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.**

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

- essere invalido ai sensi della legge svizzera;
- aver versato contributi all'AVS/AI svizzera durante un anno intero almeno (art. 36 cpv. 1 LAI).

In concreto, è pacifico che il ricorrente ha versato contributi all'AVS/AI svizzera durante più di un anno intero e, pertanto, adempie la condizione della durata minima di contribuzione, alla quale la legge subordina l'erogazione di una rendita.

#### **8.**

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.

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). Va ricordato che fino al 31 dicembre 2003, la LAI prevedeva il diritto al quarto di rendita con un tasso d'invalidità del 40% almeno, alla mezza rendita con un tasso d'invalidità del 50% almeno ed alla rendita intera con un tasso d'invalidità dei due terzi (66.67%). In seguito all'entrata in vigore dell'Accordo bilaterale, la limitazione prevista dall'art. 28 cpv. 1ter 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'Unione europea e vi risiede.

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).

Per incapacità al lavoro s'intende qualsiasi incapacità, totale o parziale, derivante da un danno alla salute fisica, mentale o psichica di compiere un lavoro ragionevolmente esigibile nella professione o nel campo di attività abituale. In caso d'incapacità al lavoro di lunga durata possono essere prese in considerazione anche le mansioni esigibili in un'altra professione o campo d'attività (art. 6 LPGGA). L'incapacità al guadagno è definita all'art. 7 LPGGA e consiste nella perdita, totale o parziale, della possibilità di guadagno sul mercato del lavoro equilibrato che entra in considerazione, provocata da un danno alla salute fisica, mentale o psichica e che perdura dopo aver sottoposto l'assicurato alle cure ed alle misure d'integrazione ragionevolmente esigibili.

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, 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, 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. 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.

## **9.**

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 (DTF 125 V 352 consid. 3a). Per costante

giurisprudenza le certificazioni mediche possono costituire importanti elementi d'apprezzamento del danno invalidante, allorché permettono di valutare l'incapacità lavorativa e di guadagno dell'interessato in un'attività da lui ragionevolmente esigibile (DTF 115 V 134 consid. 2, 114 V 314 consid. 3c). 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). Per quel che riguarda i rapporti concernenti il medico curante, secondo la generale esperienza della vita, il giudice deve tenere conto del fatto che, alla luce del rapporto di fiducia esistente con il paziente, il medico curante attesterà, in caso di dubbio, in favore del suo paziente (DTF 125 V 353; VSI 2001 p. 109).

#### **10.**

In concreto, come risulta dai dati economici contenuti nel questionario per il datore di lavoro del 21 giugno 2006, il ricorrente ha lavorato a tempo pieno, con normale rendimento, dal 1° ottobre 2002 al 1° ottobre 2004, data delle sue prime dimissioni per asserite ragioni di salute (doc. 8). Così, per il periodo compreso fino al 1° ottobre 2004, le condizioni per il riconoscimento del diritto ad una rendita d'invalidità non sono manifestamente soddisfatte. Per contro, per il periodo successivo, è necessario fondarsi sulla documentazione medica.

Ora, dalla detta documentazione, e in particolare dalle perizie mediche particolareggiate del 2 agosto 2005 e dell'11 luglio 2007, come pure dal rapporto di visita ortopedica del 26 luglio 2007 (doc. 16, 35 e 36), emerge sostanzialmente la seguente diagnosi: spondiloartrosi cervico-dorso-lombare con deformazione a cuneo delle D10 e D11, gonartrosi bilaterale, BPCO, depressione endoreattiva, aterosclerosi delle femorali, ipoacusia bilaterale, angina mista in cardiopatia ischemica e rottura traumatica della cuffia dei rotatori della spalla destra.

Per costante giurisprudenza, le affezioni appena menzionate sono di carattere labile, ossia suscettibili di migliorare o di peggiorare. Così, nell'assenza di uno stato di salute sufficientemente stabilizzato, è inapplicabile l'art. 29 cpv. 1 let. a LAI, per cui può entrare in considerazione solo la lettera b 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 di almeno il 40% durante almeno un anno.

#### 11.

La decisione dell'UAIE si fonda sul rapporto finale del dott. L.\_\_\_\_\_ del 24 ottobre 2007 (doc. 39).

Secondo questo rapporto, le affezioni che si ripercuotono sulla capacità lavorativa del ricorrente sono la spondilodiscoartrosi e la rottura traumatica della cuffia dei rotatori della spalla destra. A partire da questa diagnosi, il dott. L.\_\_\_\_\_ ha stabilito che l'incapacità lavorativa del ricorrente, nella sua attività abituale, è stata pari al 70% dal 13 marzo 2005 al 25 febbraio 2006, ed è pari al 100% dal 26 febbraio 2006, mentre la sua capacità lavorativa in un'attività adeguata è completa dal 17 giugno 2005.

Nel breve certificato del 21 marzo 2007 del dott. B.\_\_\_\_\_ (doc. 29), medico curante dell'assicurato, si evidenzia una cardiopatia e la rottura della cuffia dei rotatori destra, con l'aggiunta che l'assicurato non può svolgere attività lavorativa.

Dalla perizia medica particolareggiata del dott. C.\_\_\_\_\_, dell'11 luglio 2007, risulta un'incapacità lavorativa completa per qualsiasi lavoro adeguato alle condizioni dell'assicurato, e un grado d'invalidità per l'ultimo lavoro svolto pari all'80% (doc. 35). Ciò stante, dalla detta perizia non si possono per nulla evincere le ragioni alla base della determinazione di un grado d'invalidità pari al 100% per qualsiasi lavoro adeguato alle condizioni di salute dell'assicurato.

Il dott. L.\_\_\_\_\_, nella sua valutazione, ha preso in considerazione la perizia medica particolareggiata del dott. C.\_\_\_\_\_, ma ha escluso che le altre patologie, oltre alla spondilodiscoartrosi e alla rottura della cuffia dei rotatori, abbiano un'influenza sulla capacità lavorativa dell'assicurato, e in particolare: le patologie cardiaca e polmonare, nella misura in cui non si è in presenza di un'insufficienza cardiaca; l'aterosclerosi delle femorali, poiché asintomatica; la depressione endoreattiva, in quanto non propria di per sé a causare un'incapacità

lavorativa di lunga durata a carattere invalidante; l'ipoacusia e altre patologie minori rientranti nella diagnosi del dott. C.\_\_\_\_\_.

Per quanto concerne la patologia ortopedica, occorre rilevare come, dall'esame obiettivo effettuato nell'ambito della visita ortopedica del 26 luglio 2007, risulti che i movimenti di abduzione della spalla destra sono possibili fino a 90 gradi attivamente e che il deficit di forza dell'arto superiore destro è moderato. La distorsione cervicale risulta essere a scarsa incidenza funzionale e la spondilodiscoartrosi lombare a moderata incidenza funzionale e senza attuali deficit neurologici periferici.

Alla luce di questi fatti, il collegio giudicante aderisce alla valutazione del dott. L.\_\_\_\_\_, riconoscendo che la capacità lavorativa del ricorrente come muratore era del 30% dal 17 marzo 2005 e nulla dal 26 febbraio 2006, ma che comunque il ricorrente è idoneo ad esercitare al 100% un lavoro leggero adeguato al suo stato di salute.

## **12.**

Il grado d'invalidità è determinato stabilendo il rapporto fra il reddito del lavoro che l'assicurato conseguirebbe dopo l'invalidità e dopo l'esecuzione di eventuali provvedimenti d'integrazione, nell'esercizio di un'attività lucrativa ragionevolmente esigibile da lui in condizioni normali del mercato del lavoro (reddito da invalido), e il reddito che potrebbe conseguire se non fosse diventato invalido (reddito da valido).

Sulla base dei risultati statistici dell'inchiesta d'ottobre 2003 e 2004 dell'Ufficio internazionale del lavoro, l'UAIE ha tenuto conto di un reddito mensile medio da valido come muratore, conseguibile in Italia nel 2006, di EUR 1'574.40 (doc. 24).

L'UAIE ha poi accertato il reddito mensile medio da invalido, ottenibile in Italia nel 2004, in attività leggere non qualificate, e più precisamente:

- operaio in stamperia, nell'editoria e in industrie simili: EUR 1'147.71;
- cassiere: EUR 1'216.89;
- conducente di autocarro per il trasporto locale: EUR 1'094.20;
- montatore di apparecchi elettronici: EUR 1'191.72;

L'UAIE ha quindi considerato come reddito mensile da invalido un importo corrispondente alla media dei salari menzionati, pari a EUR 1'162.63, al quale ha poi applicato un correttivo del 20%, tenuto conto dell'età dell'assicurato e dell'esigibilità unicamente di attività leggere, ottenendo così un salario di EUR 930.10 per il 2004, indicizzato a EUR 980.60 per il 2006 (DTF 124 V 321, 126 V 75, Sozialversicherungsrecht, Rechtsprechung [SVR] 1999 IV n. 6 e SVR 2000 IV n. 1).

Confrontando il reddito da valido di EUR 1'574.40 con il reddito da invalido di EUR 980.60 ( $\frac{1'574.40 - 980.60}{1'574.40} \times 100$ ), l'UAIE ha così stabilito una perdita di guadagno del 37.72%, arrotondata al 38%, corrispondente a un grado d'invalidità che esclude il riconoscimento del diritto ad una rendita.

Questo calcolo è stato eseguito dall'UAIE correttamente, in applicazione del metodo generale del confronto dei redditi, e deve perciò essere confermato.

### **13.**

Di conseguenza, in applicazione delle norme legali sopra citate, la decisione di rigetto della domanda di prestazioni assicurative per l'invalidità deve essere confermata e il ricorso respinto.

### **14.**

Con scritto del 16 aprile 2008, il ricorrente ha chiesto di essere posto al beneficio dell'assistenza giudiziaria per quanto attiene alle spese di procedura.

Giusta l'art. 65 cpv. 1 PA se una parte non dispone dei mezzi necessari e le sue conclusioni non sembrano prive di probabilità di successo, l'autorità di ricorso, il suo presidente o il giudice dell'istruzione la dispensa, a domanda, dopo il deposito del ricorso, dal pagamento delle spese processuali. Secondo la giurisprudenza consolidata, i presupposti per la concessione dell'assistenza giudiziaria sono di massima adempiuti se il richiedente si trova nel bisogno e se le sue conclusioni non sembrano dover avere esito sfavorevole (DTF 125 V 202 consid. 4a, 372 consid. 5b e riferimenti, sentenza della II Corte di diritto pubblico del Tribunale federale I 134/06 del 7 maggio 2007). A tal proposito si osserva che per valutare la probabilità di esito favorevole non si deve adottare un criterio

particolarmente severo: è infatti sufficiente che, di primo acchito, il gravame non presenti notevolmente meno possibilità di essere accolto che di essere respinto, ovvero che non si debba ammettere che un ricorrente ragionevole non lo avrebbe finanziato con i propri mezzi (DTF 125 II 275 e DTF 124 I 304 consid. 2c). Inoltre, quando le prospettive di successo e i rischi di perdere il processo si eguagliano o le prime sono soltanto leggermente inferiori rispetto ai secondi, le domande non possono essere considerate senza esito favorevole (DTF 125 II 275; DTF 124 I 304 consid. 2c; DTF 122 I 267 consid. 2b).

In concreto, il Tribunale amministrativo federale considera che, dalla documentazione agli atti, risulta comprovata la situazione d'indigenza del ricorrente, il quale percepisce un reddito mensile complessivo di EUR 430.- (il coniuge ne percepisce EUR 200.-), e che il ricorso non appariva di primo acchito sprovvisto di possibilità di esito favorevole (DTF 125 V 202 consid. 4a; 372 consid. 5b).

Ne consegue che il ricorrente è ammesso al beneficio dell'assistenza giudiziaria parziale e, pertanto, non si prelevano spese processuali.

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

**1.**

Il ricorso è respinto.

**2.**

La domanda d'assistenza giudiziaria parziale è ammessa e non si prelevano dunque spese processuali.

**3.** Non si assegnano indennità per spese ripetibili.

**4.**

Comunicazione:

- al rappresentante del ricorrente (Raccomandata/AR);
- all'autorità inferiore (n. di rif. 888.47.447.154; Raccomandata);
- all'Ufficio federale delle assicurazioni sociali.

I rimedi giuridici sono menzionati alla pagina seguente.

La presidente del collegio:

Il cancelliere:

Elena Avenati-Carpani

Dario Quirici

**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: