

BVGer C-4450/2012 vom 7. Juli 2014

Bundesverwaltungsgericht, 2014-07-07, IT

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bvger_C-4450_2012

FR: TAF C-4450/2012 du 7 juillet 2014

IT: TAF C-4450/2012 del 7 luglio 2014

Regeste

Diritto alla rendita

Erwägungen

E. 1.1

Il Tribunale amministrativo federale esamina d'ufficio e con piena cognizione la sua competenza (art. 31 e segg. LTAF), rispettivamente l'ammissibilità dei gravami che gli vengono sottoposti (DTF 133 I 185 consid. 2 e relativi riferimenti).

E. 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 LAI (RS 831.20), i ricorsi contro le decisioni, ai sensi dell'art. 5 PA, rese dall'Ufficio dell'assicurazione per l'invalidità per le persone residenti all'estero.

E. 1.3

In virtù dell'art. 3 lett. dbis PA, la procedura in materia di assicurazioni sociali non è disciplinata dalla PA nella misura in cui è applicabile la LPGA (RS 830.1). Giusta l'art. 1 cpv. 1 LAI, le disposizioni della LPGA sono applicabili all'assicurazione per l'invalidità (art. 1a-26bis e 28-70), sempre che la LAI non deroghi alla LPGA.

E. 1.4

Presentato da una parte direttamente toccata dalla decisione e avente un interesse degno di protezione al suo annullamento o alla sua modifica (art. 59 LPGA), il ricorso - interposto tempestivamente e rispettoso dei requisiti previsti dalla legge (art. 60 LPGA nonché art. 52 PA) - è pertanto ammissibile.

E. 2.1

Il ricorrente è cittadino di uno Stato membro della Comunità europea, per cui è applicabile, di principio, l'ALC (RS 0.142.112.681).

E. 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 (DTF 130 V 253 consid. 2.4).

E. 2.3

L'art. 80a LAI, nella versione in vigore fino al 31 marzo 2012, 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 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 (RU 2004 121, 2008 4219, 2009 4831) e n. 574/72 del Consiglio del 21 marzo 1972 relativo all'applicazione del Regolamento n. 1408/71 (RU 2005 3909, 2009 621, 2009 4845). I nuovi Regolamenti (CE) n. 883/2004 e n. 987/2009 relativi al coordinamento dei sistemi di sicurezza sociale, entrati in vigore il 1° aprile 2012 nei rapporti tra la Svizzera e gli Stati membri dell'Unione Europea e che sostituiscono i Regolamenti (CEE) n. 1408/71 e (CEE) n. 574/72, non sono altresì applicabili al caso concreto.

E. 3.1

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

E. 3.2

Dal profilo temporale sono applicabili le disposizioni in vigore al momento della realizzazione dello stato di fatto che deve essere valutato giuridicamente o che produce conseguenze giuridiche (DTF 136 V 24 consid. 4.3 e 130 V 445 consid. 1.2 e relativi riferimenti nonché 129 V 1 consid. 1.2). La domanda di una rendita AI essendo stata presentata il 23 ottobre 2003, al caso in esame si applicano di principio le norme in vigore fino al 31 dicembre 2007. Peraltro, e per l'esame del diritto eventuale a una rendita, l'applicazione delle norme della 5a revisione della LAI per il periodo dal 1° gennaio 2008 al 31 dicembre 2011 e delle norme della 6a revisione della LAI (primo pacchetto) dal 1° gennaio al 18 giugno 2012 (data della decisione impugnata) non avrebbe alcuna incidenza sull'esito delle questioni sottoposte nel caso concreto all'esame di questo Tribunale (cfr. sentenza del TF 9C_942/2009 del 15 marzo 2010 consid. 3.1). Pertanto, e salvo indicazione contraria, di seguito è fatto riferimento alle norme in vigore fino al 31 dicembre 2007.

E. 3.3

Il ricorrente, come già menzionato, ha presentato la richiesta di rendita il 23 ottobre 2003. 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 23 ottobre 2002 (ossia 12 mesi precedenti la presentazione della domanda), oppure se un diritto alla rendita sia sorto tra tale data e il 18 giugno 2012, 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 tuttavia conto dei fatti verificatisi dopo tale data quando essi possano imporsi quali elementi d'accertamento retrospettivo della situazione anteriore alla decisione stessa (DTF 129 V 1 consid. 1.2 e 121 V 362 consid. 1b).

E. 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) ed aver pagato i contributi all'AVS/AI svizzera durante un anno intero (art. 36 cpv. 1 LAI; rispettivamente, a partire dal 1° gennaio 2008, durante tre anni). Il ricorrente ha versato contributi all'AVS/AI svizzera per più di 10 anni (doc. 44) e, pertanto, adempie in ogni caso la condizione della durata minima di contribuzione.

E. 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).

E. 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%.

E. 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).

E. 6.1

La nozione d'invalidità di cui all'art. 4 LAI e 8 LPGGA è di carattere economico-giuridico e non medico (DTF 116 V 246 consid. 1b, 110 V 273 e 105 V 205). In base all'art. 16 LPGGA, applicabile per il rinvio dell'art. 28 cpv. 2 LAI, per valutare il grado d'invalidità, il reddito che l'assicurato potrebbe conseguire esercitando l'attività ragionevolmente esigibile da lui dopo la cura medica e l'eventuale esecuzione di provvedimenti d'integrazione (reddito da invalido), tenuto conto di una situazione equilibrata del mercato del lavoro, è confrontato con il reddito che egli avrebbe potuto ottenere se non fosse diventato invalido (reddito da valido; metodo generale del raffronto dei redditi).

E. 6.2

L'assicurazione svizzera per l'invalidità risarcisce pertanto, e di principio, soltanto la perdita economica che deriva da un danno alla salute fisica o psichica dovuto a malattia o infortunio, non la malattia o la conseguente incapacità lavorativa.

E. 6.3

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

E. 7.1

Il giudice delle assicurazioni sociali deve esaminare in maniera obiettiva tutti i mezzi di prova, indipendentemente dalla loro provenienza, e poi decidere se i documenti messi a disposizione permettono di giungere ad un giudizio attendibile sulle pretese giuridiche litigiose. Affinché il giudizio medico acquisti valore di prova rilevante, esso deve essere completo in merito ai temi sollevati, deve fondarsi, in piena conoscenza della pregressa situazione valetudinaria (anamnesi), su esami approfonditi e tenere conto delle censure sollevate dal paziente, per poi giungere in maniera chiara e fondata, logiche e motivate deduzioni. Peraltro, per stabilire se un rapporto medico ha valore di prova non è determinante né la sua origine né la sua denominazione - ad esempio quale perizia o rapporto - ma il suo contenuto (DTF 125 V 351 consid. 3).

E. 7.2

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 TF 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 TF I 166/03 del 30 giugno 2004 consid. 3.3).

E. 7.3

Non va infine dimenticato che se vi sono dei rapporti medici contraddittori il giudice non può evadere la vertenza senza valutare l'intero materiale e indicare i motivi per cui egli si fonda su un rapporto piuttosto che su un altro. Al riguardo va tuttavia precisato che non si può pretendere dal giudice che raffronti i diversi pareri medici e parimenti esponga correttamente da un punto di vista medico, come farebbe un perito, i punti in cui si evidenziano delle carenze e quale sia l'opinione più adeguata (sentenza del TF I 166/03 del 30 giugno 2004 consid. 3.3).

E. 8.1

Nella fattispecie in esame, occorre determinare se il ricorrente ha subito nel periodo determinante (cfr. consid. 3.3 del presente giudizio), e senza interruzione notevole, un'incapacità lavorativa di almeno il 40% in media durante un anno giusta l'art. 29 cpv. 1 lett. b LAI.

E. 8.2

A seguito della sentenza di rinvio della Commissione federale di ricorso in materia d'assicurazione per la vecchiaia, i superstiti e l'invalidità per le persone residenti all'estero, nell'agosto del 2006, l'autorità inferiore ha chiesto all'INPS di G._____ di sottoporre il ricorrente ad una visita sullo stato generale di salute e ad un esame cardiologico (doc. 46). Nel rapporto dell'agosto 2007 (doc. 46), il dott. C._____ ha rilevato, sulla base della documentazione medica agli atti, che l'insorgente ha subito, nel settembre 2003, un infarto miocardico acuto ed è stato sottoposto ad un intervento di angioplastica coronarica percutanea con posa di uno stent con esito positivo. Ha constatato che i referti degli esami cardiaci riferiscono di una buona funzione cardiaca con frazione di eiezione ventricolare

sinistra del 65% e concludono all'assenza d'angina residua e d'aritmia. Secondo il medico, non sussistono, dal profilo cardiaco, sequele dell'infarto. Peraltro, l'ipertensione arteriosa e la dislipidemia di cui il ricorrente soffre costituiscono delle affezioni facilmente curabili e non hanno alcuna ripercussione sulla capacità lavorativa. I disturbi degenerativi al rachide dorso-lombare che il medesimo presenta non implicano alcuna incidenza funzionale significativa. Infine, lo stato ansioso depressivo di cui lo stesso soffre non comporta alcuna limitazione funzionale. Il dott. C._____ ha quindi ritenuto un'incapacità al lavoro del 100% dal 15 settembre 2003 e del 40% dal 16 novembre 2003 (due mesi dopo l'infarto miocardico) nella precedente attività di droghiere, ma una capacità al lavoro del 100% in un'attività confacente allo stato di salute dal 16 novembre 2003. Il 20 dicembre 2007 (doc. 70), l'UAIE ha poi deciso, sulla base del rapporto dell'agosto 2007 del dott. C._____, che l'insorgente non aveva alcun diritto ad una rendita d'invalidità poiché sarebbe stato in grado di svolgere al 100% un'attività sostitutiva adeguata, ciò che conduceva ad un grado d'invalidità del 26% (doc. 39). Con sentenza del 10 agosto 2010, il Tribunale amministrativo federale ha confermato la decisione dell'UAIE del 20 dicembre 2007 (doc. 75). Il 20 luglio 2010, il Tribunale federale ha accolto il ricorso del 23 settembre 2009, annullato la sentenza del 10 agosto 2010 di questo Tribunale e la decisione dell'UAIE del 20 dicembre 2007 e rinviato gli atti di causa all'UAIE affinché detto Ufficio procedesse al completamento dell'istruttoria relativamente allo stato di salute psichico del ricorrente (è in particolare precisato che "solo una valutazione specialistica espressa da uno psichiatra avrebbe potuto stabilire se la descritta sindrome ansioso depressiva assumeva valore patologico e poteva, se del caso, determinare un'incapacità lavorativa di rilievo"; v. sentenza del TF 9C_826/2009 del 10 luglio 2010 consid. 4.3 [doc. 79]).

E. 8.3

A seguito della sentenza di rinvio del Tribunale federale, nel novembre del 2010, il ricorrente è stato sottoposto ad una perizia psichiatrica. Il dott. D._____, specialista in psichiatria e psicoterapia, nel rapporto del 6 dicembre 2010 (doc. 85), ha segnalato che l'assicurato ha un aspetto curato, un atteggiamento collaborante, orientamento adeguato, tono della voce normale, eloquio spontaneo, percezione pronta, attenzione buona, comprensione adeguata, intelligenza nella norma, capacità critica conservata e mostra un'espressione rallentata, una mimica leggermente depressiva, un'affettività leggermente depressiva ed un leggero stato d'ansia. L'assicurato ha presentato, dopo l'infarto miocardico, una reazione ansioso-depressiva (con sintomi di depressioni brevi, disturbi neurovegetativi e stati d'ansia) nell'ambito di una sindrome da disadattamento. È stato seguito da uno psichiatra, che gli ha prescritto degli psicofarmaci con esito positivo, al punto che da diversi anni non si reca più né da uno psichiatra né da uno psicologo e non assume alcuno psicofarmaco. Secondo il medico, l'assicurato non presenta una sintomatologia tale da poter diagnosticare una patologia psichica e l'affezione psichica (di cui ha sofferto) è in remissione. Il dott. D._____ ha quindi posto la diagnosi di sindrome da disadattamento con reazione mista ansioso-depressiva in remissione (F 43.22 secondo l'ICD 10). Lo specialista ha osservato che l'assicurato ha presentato un'incapacità al lavoro del 100% dal 15 settembre e del 40% dal 16 novembre 2003 a causa dei suoi problemi cardiaci. Dal punto di vista psichico, ha segnalato che, dal 2003, l'assicurato durante il periodo in cui si sottoponeva ad una cura psichiatrica, può aver presentato un'inabilità lavorativa, ma che detta inabilità non è documentata, e che, dal 2007, lo stesso non mai presentato un'inabilità lavorativa superiore al 20%. Il dott. D._____ ha concluso che, dal profilo psichico, l'assicurato presenta, dal 2007, una capacità al lavoro dell'80% nell'attività abituale di

gestore di un negozio di generi alimentari e del 100% in un'attività sostitutiva adeguata.

E. 8.4.1

Nel rapporto dell'11 gennaio 2011 (doc. 90), il dott. E._____, specialista in medicina generale, ha ritenuto per il ricorrente, dal punto di vista psichico, in virtù della menzionata perizia, una capacità al lavoro dell'80% nell'attività di gestore di un negozio di generi alimentari e del 100% in un'attività sostitutiva adeguata. Dal profilo somatico, ha rilevato che l'apprezzamento del perito psichiatra avvalorava la presa di posizione del dott. C._____ dell'agosto 2007 (doc. 62), secondo la quale sussiste una capacità al lavoro del 60% nell'attività di droghiere e del 100% in un'attività sostitutiva adeguata.

E. 8.4.2

Nei rapporti del 28 febbraio 2011 e del 7 aprile 2012 (doc. 92 e 110), il dott. F._____, specialista in psichiatria, ha rilevato che l'insorgente non presenta una sintomatologia tale da poter diagnosticare un disturbo psichico (in particolare, il medesimo mostra un'espressione rallentata, una mimica leggermente depressiva, un'affettività leggermente depressa ed un leggero stato ansioso). Ha ritenuto una capacità al lavoro dell'80% nell'attività di responsabile di un negozio di generi alimentari e del 100% in un'attività sostitutiva adeguata. Per la problematica somatica, ha rinviato alla menzionata presa di posizione del dott. E._____.

E. 8.4.3

Nel rapporto del 31 maggio 2012 (doc. 114), il dott. C._____, medico dell'UAIE, ha rilevato che, dal profilo somatico, la sua presa di posizione dell'agosto 2007 prende in considerazione tutte le patologie di cui è affetto l'insorgente. Dal profilo psichico, il medesimo è stato sottoposto ad una perizia psichiatrica, perizia che peraltro è conforme ai criteri di una perizia neutrale specialistica.

E. 8.5.1

Quanto alla valutazione sullo stato di salute psichico dell'insorgente, questo Tribunale osserva che la perizia psichiatrica del dicembre 2010 si fonda su informazioni fornite dalla persona esaminata e dai medici curanti, sull'esame del quadro clinico e del comportamento del ricorrente, sulle risultanze della visita dell'insorgente nonché sulla documentazione medica agli atti. Il rapporto di perizia comporta un'introduzione, l'anamnesi, informazioni tratte dall'incarto, indicazioni del peritando, la diagnosi nonché la discussione. Tale perizia può pertanto essere considerata un mezzo probatorio idoneo per la valutazione dello stato di salute del ricorrente e dell'esigibilità dell'esercizio di un'attività sostitutiva adeguata. Certo, la valutazione del dott. D._____ riguardo alla residua capacità lavorativa dell'insorgente per il periodo dal 2003 al 2006 può apparire brevemente motivata, lo specialista avendo rinviato alla valutazione sulla residua capacità lavorativa dal profilo somatico poiché agli atti di causa non figura alcun documento medico che comprovi un'inabilità al lavoro dal punto di vista psichico (v. doc. 85 pag. 7). Non sussistono tuttavia, sulla base della documentazione medica agli atti di causa, della natura dell'affezione psichica di cui soffre il ricorrente (definita come in remissione dal dott. D._____; cfr. doc. 85 pag. 5) e delle particolari circostanze del caso di specie, elementi suscettibili di giustificare una diversa valutazione dello stato di salute psichico e della capacità lavorativa dell'insorgente per il periodo intercorrente tra settembre del 2003 (data dell'interruzione del lavoro per motivi di salute) e novembre del 2010 (data dell'effettuazione del consulto psichiatrico). In particolare, nel certificato psichiatrico del novembre 2006 (doc. 64), il dott. H._____ si è

limitato a segnalare che il ricorrente è affetto da depressione di entità severa ad evoluzione cronica in trattamento psicofarmacologico e che detta patologia "influisce in maniera significativamente negativa sulla vita di relazione dell'interessato", ma senza alcun riferimento ad una classificazione secondo un metodo scientifico riconosciuto internazionalmente ed in assenza di informazioni precise sullo stato psichico del paziente ed in merito ad una specifica incapacità lavorativa. Inoltre, nel rapporto medico del gennaio 2007 della dott. B._____ (doc. 59) è indicato che l'insorgente presenta una depressione dell'umore da circa due anni, ma detto disturbo è ritenuto senza incidenza, da un profilo medico, sulla capacità a svolgere un lavoro sostitutivo adeguato (v. doc. 59 pag. 5).

E. 8.5.2

Quanto alle indicazioni sullo stato di salute somatico del ricorrente, l'insorgente non ha presentato, in sede ricorsuale, argomenti o mezzi di prova suscettibili di far sorgere dei dubbi sulla valutazione dei dott. C._____ e E._____, secondo la quale il ricorrente presenta una capacità al lavoro del 60% nell'attività abituale di commerciante di generi alimentari e del 100% in un'attività sostitutiva adeguata dal 16 novembre 2013. Questo Tribunale rileva altresì che agli atti di causa non figura alcun documento medico di data anteriore alla decisione impugnata che concluda sulla base di esami oggettivi ad un'incapacità lavorativa in un'attività confacente allo stato di salute. In particolare, il rapporto medico del gennaio 2007 della dott.ssa B._____ (doc. 59) diagnostica una spondiloartrosi dorso-lombare con discopatie multiple a modesta incidenza funzionale. Il rapporto cardiologico del gennaio 2007 (doc. 55) inquadra la patologia cardiaca nella classe funzionale NYHA I-II, fermo restando che risaputamente uno scompenso cardiaco in classe NYHA II appare di regola implicare una lieve limitazione dell'attività fisica, ed il referto della prova ergometrica del marzo 2007 (doc. 56) segnala che la prova è stata interrotta per esaurimento muscolare e riferisce che il test da sforzo è negativo per "ridotta riserva coronarica". Tale documenti medici non possono pertanto fondare né un'incapacità lavorativa né giustificare la necessità di ulteriori accertamenti fattuali.

E. 8.6

In conclusione, sulla scorta della documentazione medica agli atti di causa e delle risultanze della perizia psichiatrica del dicembre 2010 nonché delle considerazioni che precedono, questo Tribunale ritiene che risulta giustificato riconoscere che il ricorrente, a causa delle patologie somatiche e psichiche di cui è affetto, ha presentato un'incapacità al lavoro del 100% dal 15 settembre 2003 e del 40% dal 16 novembre 2003 nell'attività abituale di commerciante di generi alimentari, ma che a lui sarebbero state comunque proponibili al 100%, dal 16 novembre 2003, attività sostitutive leggere e adeguate al suo stato di salute come quelle indicate nella decisione impugnata.

E. 9

Questo Tribunale osserva altresì che, secondo un principio generale del diritto delle assicurazioni sociali, ogni assicurato ha l'obbligo di ridurre il danno conseguente alla sua invalidità (DTF 130 V 97 consid. 3.2 e relativi riferimenti). In virtù di tale obbligo, l'assicurato deve pertanto 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 anche in una nuova professione da dipendente qualora l'assicurato avesse precedentemente lavorato quale indipendente (cfr. sentenze del TF I 640/05 del 18 maggio 2006 consid. 3.1 nonché I 543/03

del 27 agosto 2004; DTF 113 V 22 consid. 4). Inoltre, nel momento in cui è stato constatato che l'esercizio di un'attività sostitutiva adeguata era medicalmente esigibile al 100%, il ricorrente aveva 53 anni. Non aveva dunque ancora raggiunto l'età a partire dalla quale la giurisprudenza considera che di principio non esiste più la possibilità realistica di mettere a profitto la residua capacità lavorativa sul mercato del lavoro generale supposto equilibrato (DTF 138 V 457 e sentenza del TF 9C_728/2012 del 31 dicembre 2012 consid. 5.1).

E. 10

Infine, occorre esaminare la conformità del tasso d'invalidità calcolato dall'autorità inferiore. Questo Tribunale osserva, con riferimento al calcolo effettuato dall'autorità inferiore per la determinazione del tasso d'invalidità - secondo le basi di calcolo di cui al documento n. 39, trasmesso al ricorrente mediante il provvedimento del 5 dicembre 2012 di questo Tribunale (doc. TAF 11), basi di calcolo peraltro rimaste incontestate in questa sede - che occorrerebbe fare riferimento piuttosto ai dati dell'anno 2004, le limitazioni funzionali del ricorrente avendo decorrenza da settembre del 2003 secondo la presa di posizione dell'agosto 2007 del dott. C. _____ (doc. 62), che a quelli del 2003, fermo restando che nulla cambia nella sostanza all'esito della causa. Si sarebbe pertanto dovuto tenere conto di un reddito da valido di Eur 1'460.00 conseguibile dal ricorrente nel 2004 in Italia come venditore (salario 2004, secondo le statistiche edite dall'Ufficio internazionale del lavoro di Ginevra, aumentato del 10% per tenere conto dell'esperienza professionale dell'insorgente e del fatto che ha esercitato un'attività lucrativa in proprio; salario peraltro più favorevole all'insorgente rispetto a quello indicato nella dichiarazione dei redditi, vale a dire Eur 1'258.00; doc. 14) e di un reddito da invalido di Eur 1'081.00 ottenibile dal ricorrente nel 2004 in attività semplici e ripetitive (tenuto conto di un salario medio mensile nel 2004 di Eur 1'216.89 nella categoria "cassiere nel settore commercio al dettaglio" e di Eur 1'327.40 nella categoria "venditore nel settore commercio al dettaglio", secondo le statistiche edite dall'Ufficio internazionale del lavoro di Ginevra, e della presa in considerazione di una riduzione del 15%, la quale appare ammissibile, conto tenuto delle particolarità personali e professionali del caso). Dal confronto fra il reddito da valido di Eur 1'460.00 e quello da invalido di Eur 1'081.00 consegue la determinazione di un grado d'invalidità del 26% che esclude il riconoscimento del diritto ad una rendita dell'assicurazione svizzera per l'invalidità ($[1'460.00 - 1'081.00] \times 100 : 1'460.00 = 25,96\%$). Peraltro, anche applicando la riduzione massima consentita del 25%, la differenza tra i redditi di riferimento non permette in alcun modo di raggiungere la percentuale minima del 40% necessaria per ottenere il diritto ad una rendita.

E. 11

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

E. 12.1

L'insorgente ha chiesto l'assistenza giudiziaria, nel senso della dispensa dal versamento delle spese processuali. Secondo dottrina e giurisprudenza, i presupposti per la concessione dell'assistenza giudiziaria sono di massima adempiuti se l'istante si trova nel bisogno e se le sue conclusioni non sembrano dovere avere esito sfavorevole (DTF 119 Ia 11). Una parte si trova nel bisogno, giusta l'art. 65 cpv. 1 PA, qualora non possa pagare le spese giudiziarie senza pregiudizio dei mezzi necessari al suo mantenimento e a quello della sua famiglia (DTF 128 I 225 consid. 2.5.1). Se la parte che domanda l'assistenza giudiziaria è coniugata,

occorre tenere conto pure dei redditi del coniuge (DTF 115 Ia 193 consid. 3). Il limite per ammettere lo stato di bisogno ai sensi delle norme disciplinanti l'assistenza giudiziaria si situa al di sopra di quello del minimo esistenziale agli effetti del diritto esecutivo. Così, all'importo base LEF viene (spesso) applicato un supplemento, variante tra il 15% e il 25% (cfr. sentenza del Tribunale federale delle assicurazioni I 134/06 del 7 maggio 2007 consid. 5.2 e relativi riferimenti). Ciò non toglie che dalla persona che ne fa richiesta possono essere pretesi alcuni sacrifici. Tuttavia, essa non deve per questo ridursi a uno stato di indigenza né può essere tenuta a procurarsi i mezzi necessari per il processo a detrimento di altri obblighi urgenti (cfr. sentenza del Tribunale delle assicurazioni U 356/02 del 7 luglio 2003). Per ammettere il bisogno ai fini processuali è sufficiente che l'istante non disponga di mezzi superiori a quelli necessari per fare fronte al mantenimento normale della famiglia. Nell'ambito di questo esame non è da considerarsi unicamente la situazione di reddito, ma globalmente l'intera situazione finanziaria e patrimoniale (cfr. sentenza del Tribunale federale delle assicurazioni B 45/05 del 13 aprile 2006 consid. 7.2.1 e 7.2.2). Va peraltro ricordato che prima di potere chiedere l'assistenza giudiziaria dallo Stato, la persona interessata, nel limite dell'esigibile (la giurisprudenza federale garantendo una riserva di soccorso ["Notgröschen"]), deve di principio attingere alla propria sostanza (DTF 119 Ia 11 consid. 5 [v. pure DTF 119 Ia 11 sull'esigibilità, per il richiedente, di gravare un immobile e di assumersi un {ulteriore} debito ipotecario]). Ora, nel caso concreto, dal formulario "Gratuito patrocinio" (doc. TAF 10) compilato dal ricorrente medesimo si evince, in particolare, che lo stesso dispone di una sostanza immobiliare sufficiente (valore: Eur 90'000.00 [immobile che l'istante non ha indicato essere gravato da ipoteche o altri debiti]) per potere pagare le spese processuali della presente procedura dinanzi al Tribunale amministrativo federale e più in generale i costi globali inerenti a tale procedura. La domanda d'assistenza giudiziaria deve pertanto essere respinta.

E. 12.2

Le spese processuali di fr. 400.-, che seguono la soccombenza, sono pertanto poste a carico del ricorrente (art. 63 cpv. 1 PA e art. 3 lett. b del regolamento del 21 febbraio 2008 sulle tasse e sulle spese ripetibili nelle cause dinanzi al Tribunale amministrativo federale [TS-TAF, RS 173.320.2]).

E. 12.3

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

Export aus OpenCaseLaw (CC0). Verbindlich ist allein der vom erlassenden Gericht veröffentlichte Originaltext. Quellen-URL siehe oben.