

BVGer C-4775/2013 vom 7. April 2016

Bundesverwaltungsgericht, 2016-04-07, IT

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bvger_C-4775_2013

FR: TAF C-4775/2013 du 7 avril 2016

IT: TAF C-4775/2013 del 7 aprile 2016

Regeste

Diritto alla rendita

Erwägungen

E. 1.1

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

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 (UAIE).

E. 1.3

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

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. 3

Oggetto del contendere è il diritto di A. _____ di percepire una rendita intera dell'assicurazione svizzera per l'invalidità, segnatamente la capacità lavorativa residua dell'assicurato. Incontestato è per contro il diritto a tre quarti di rendita.

E. 4.1

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; 130 V 445 consid. 1.2 con rinvii; 129 V 1 consid. 1.2). Se è intervenuto un cambiamento delle norme legislative nel corso del periodo sottoposto ad esame giudiziario, il diritto eventuale alle prestazioni si determina secondo le vecchie disposizioni per il periodo anteriore e secondo le nuove a partire dalla loro entrata in vigore (applicazione pro rata temporis; DTF 130 V 445).

E. 4.2

Il ricorrente ha presentato la domanda di prestazioni il 7 novembre 2012, il diritto alla rendita sorge pertanto al più presto il 1° maggio 2013 (sei mesi dopo l'inoltro della domanda, art. 29 cpv. 1 LAI). Ne discende che, in concreto, si applicano le norme materiali in vigore dal 1° gennaio 2012, ossia le disposizioni della 6a revisione della LAI (cfr. DTF 130 V 1 consid. 3.2 per quanto concerne le disposizioni formali della LPGA, immediatamente applicabili con la loro entrata in vigore).

E. 5.1

Il ricorrente è cittadino di uno Stato membro della Comunità europea, per cui è applicabile, di principio, l'ALC (RS 0.142.112.681), entrato in vigore il 1° giugno 2002.

E. 5.2

L'allegato II è stato modificato con effetto dal 1° aprile 2012 (Decisione 1/2012 del Comitato misto del 31 marzo 2012; RU 2012 2345). Nella sua nuova versione esso prevede in particolare che le parti contraenti applicano tra di loro, nel campo del coordinamento dei sistemi di sicurezza sociale, gli atti giuridici di cui alla sezione A dello stesso allegato, comprese eventuali loro modifiche o altre regole equivalenti ad essi (art. 1 ch. 1) ed assimila la Svizzera, a questo scopo, ad uno Stato membro dell'Unione europea (art. 1 ch. 2).

E. 5.3

Gli atti giuridici riportati nella sezione A dell'allegato II sono, in particolare, il regolamento (CE) n. 883/2004 del Parlamento europeo e del Consiglio del 29 aprile 2004 (RS 0.831.109.268.1) relativo al coordinamento dei sistemi di sicurezza sociale, con le relative modifiche, e il regolamento (CE) n. 987/2009 del Parlamento europeo e del Consiglio del 16 settembre 2009 (RS 0.831.109.268.11) che stabilisce le modalità di applicazione del regolamento (CE) n. 883/2004, nonché il regolamento (CEE) n. 1408/71 del Consiglio del 14 giugno 1971 (RU 2004 121, 2008 4219 4237, 2009 4831) 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, con le relative modifiche, e il regolamento (CEE) n. 574/72 del Consiglio del 21 marzo 1972 (RU 2005 3909, 2008 4273, 2009 621 4845) che stabilisce le modalità di applicazione del regolamento (CEE) n. 1408/71, con le relative modifiche, entrambi applicabili tra la Svizzera e gli Stati membri fino al 31 marzo 2012 e quando vi si fa riferimento nel regolamento (CE) n. 883/2004 o nel regolamento (CE) n. 987/2009 oppure quando si tratta di casi verificatisi in passato. Gli atti giuridici elencati nella sezione B dell'allegato II rappresentano diverse decisioni della Commissione amministrativa per il coordinamento dei sistemi di sicurezza sociale, mentre quelli esposti nella sezione C corrispondono a due raccomandazioni della stessa commissione.

E. 5.4

Secondo l'art. 4 del regolamento (CE) n. 883/2004, salvo quanto diversamente previsto dallo stesso, le persone ad esso soggette godono delle medesime prestazioni e sottostanno agli stessi obblighi di cui alla legislazione di ciascuno Stato membro, alle stesse condizioni dei cittadini di tale Stato. Ciò premesso, nella misura in cui l'ALC e, in particolare, il suo allegato II, non prevede disposizioni contrarie, l'organizzazione della procedura, come pure l'esame delle condizioni di ottenimento di una rendita d'invalidità svizzera, sono regolate dal diritto interno svizzero (DTF 130 V 253 consid. 2.4).

E. 6

Giova altresì rilevare che il potere cognitivo di questo Tribunale è delimitato dalla data della decisione impugnata, in concreto il 19 giugno 2013. Il giudice delle assicurazioni sociali esamina infatti la decisione impugnata sulla base della situazione di fatto esistente al momento in cui essa è stata resa, in concreto il 19 giugno 2013. Tiene tuttavia conto dei fatti verificatisi dopo tale data quando essi possono imporsi quali elementi d'accertamento retrospettivo della situazione anteriore alla decisione impugnata (DTF 129 V 1 consid. 1.2; 121 V 362 consid. 1b), in altri termini se gli stessi sono strettamente connessi con l'oggetto litigioso e se sono suscettibili di avere un'influenza sull'apprezzamento del giudice al momento in cui detta decisione litigiosa è stata resa (cfr. sentenze del TF 8C_278/2011 del 26 luglio 2011 consid. 5.5; 9C_116/2010 del 20 aprile 2010 consid. 3.2.2; DTF 118 V 200 consid. 3a in fine).

E. 7

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 LPGA e della LAI (art. 8 LPGA nonché art. 4, 28 e 28a LAI); × aver pagato i contributi all'AVS/AI svizzera o ad un'assicurazione sociale assimilata (FF 2005 p. 4065; art. 45 del regolamento 1408/71 [art. 46 del regolamento (CE) n. 883/2004 {che rinvia al Capitolo 5}]) di uno Stato membro dell'Unione europea (UE) o dell'Associazione europea di libero scambio (AELS), durante tre anni (art. 36 cpv. 1 LAI), ferma restando la necessità di un periodo contributivo minimo in Svizzera di un anno (art. 36 cpv. 2 LAI in combinazione con l'art. 29 cpv. 1 LAVS; cfr. DTF 130 V 335 consid. 3 e 4). Il ricorrente adempie in ogni caso la condizione della durata minima di contribuzione.

E. 8.1

L'invalidità ai sensi della LPGA 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 LPGA e 4 cpv. 1 LAI). Secondo l'art. 7 LPGA, 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.

E. 8.2

L'art. 28 cpv. 1 LAI prevede che l'assicurato ha diritto ad una rendita se la sua capacità al guadagno o la sua capacità di svolgere le mansioni consuete non può essere ristabilita, mantenuta o migliorata mediante provvedimenti d'integrazione ragionevolmente esigibili (lett. a), ha avuto un'incapacità al lavoro (art. 6 LPGA) almeno del 40% in media durante un anno senza notevole interruzione (lett. b) e al termine di questo anno è invalido (art. 8 LPGA) almeno al 40% (lett. c).

E. 8.3

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).

E. 9.1

Giusta l'art. 28 cpv. 2 LAI, 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 il 50%, a tre quarti di rendita se è invalido per almeno il 60% e ad una rendita intera se è invalido per almeno il 70%. In seguito all'entrata in vigore dell'ALC, la limitazione prevista dall'art. 29 cpv. 4 LAI, secondo cui le rendite per un grado d'invalidità inferiore al 50%, ma pari almeno al 40%, sono versate solo ad assicurati che sono domiciliati e dimorano abitualmente in Svizzera (art. 13 LPGGA), non è più applicabile segnatamente quando l'assicurato è cittadino dell'UE o svizzero e risiede nell'UE (DTF 132 V 423 consid. 6.4.1; 130 V 253 consid. 2.3 e sentenza del TF I 702/03 del 28 maggio 2004 consid. 1 con rinvii).

E. 9.2

La nozione d'invalidità di cui agli art. 4 LAI e 8 LPGGA è un concetto di carattere economico-giuridico e non medico (DTF 116 V 246 consid. 1b; 110 V 273; v. pure sentenze del TF 8C_636/2010 del 17 gennaio 2011 consid. 3; 9C_529/2008 del 18 maggio 2009). 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. 10.1

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; 114 V 310 consid. 3c; cfr. sentenze del TF 9C_240/2013 del 22 ottobre 2013 consid. 2.1; 8C_671/2011 dell'11 novembre 2011 consid. 3).

E. 10.2

Secondo costante giurisprudenza i referti affidati dagli organi dell'amministrazione a medici esterni oppure a un servizio specializzato indipendente che fondano le proprie conclusioni su esami e osservazioni approfondite, dopo avere preso conoscenza dell'incarto, e che giungono a risultati concludenti, dispongono di forza probatoria piena, a meno che non vi siano indizi concreti atti a mettere in dubbio la loro affidabilità (DTF 137 V 210 consid. 6.2.4; 134 V 232 consid. 5.1 con rinvii; 125 V 351 [sul valore probatorio attribuito ai rapporti interni del servizio medico, cfr. DTF 135 V 254 consid. 3.3 e 3.4]). In particolare decisivo è, secondo la giurisprudenza, che i punti litigiosi importanti siano stati oggetto di studio approfondito, che il rapporto si fondi su esami completi, che consideri parimenti le censure espresse, che sia stato approntato in piena conoscenza dell'incarto (anamnesi), che la descrizione del contesto medico sia chiara e che le conclusioni del perito siano ben motivate. Determinante quindi per stabilire se un rapporto medico ha valore di prova non è tanto né l'origine del mezzo di prova, né la denominazione, ad esempio, quale perizia o rapporto (DTF 134 V 231 consid. 5.1; 125 V 351 consid. 3a; 122 V 157 consid. 1c; HANS-JAKOB MOSIMANN, Zum Stellenwert ärztlicher Beurteilungen, in: *Aktuelles im Sozialversicherungsrecht*, 2001, pag. 266). In proposito si rileva che, in attuazione dell'art. 59 cpv. 2 LAI, il Consiglio federale ha prescritto le discipline che devono essere

rappresentate nei servizi medici regionali (art. 48 OAI) e ha elencato nel dettaglio i compiti che questi servizi sono chiamati a svolgere (art. 49 OAI). Ciò significa, tra le altre cose, che per poter loro attribuire pieno valore probatorio, i rapporti dei servizi medici regionali devono essere redatti da medici che dispongono delle qualifiche specialistiche richieste nel singolo caso di specie (sentenza del TF 9C_826/2009 del 20 luglio 2010 consid. 4.2 con rinvii). Se ciò non è il caso, il loro valore probatorio è affievolito.

E. 10.3

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

E. 10.4

In presenza di rapporti medici contraddittori il giudice non può inoltre evadere la vertenza senza valutare l'intero materiale e indicare i motivi per cui si fonda su un rapporto piuttosto che su un altro (sentenza del Tribunale federale delle assicurazioni I 673/00 dell'8 ottobre 2002). 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 qual è l'opinione più adeguata (SVR 2000 UV no. 10 pag. 35 consid. 4b).

E. 11

Giusta il principio inquisitorio che regge la procedura in materia di assicurazioni sociali (art. 43 LPGa e art. 69 OAI [RS 831.201]), l'UAIE esamina le domande concernenti le prestazioni d'invalidità, intraprende d'ufficio i necessari accertamenti e raccoglie le informazioni di cui ha bisogno, in particolare circa lo stato di salute del richiedente, la sua attività, la sua capacità di lavoro e la sua idoneità all'integrazione. In particolare, deve ordinare una perizia allorquando è necessario per la valutazione medica del caso (DTF 117 V 282 consid. 4a).

E. 12

In virtù degli art. 12 e 13 PA e dell'art. 19 PA in relazione con l'art. 40 della legge federale di procedura civile del 4 dicembre 1947 (PCF, RS 273), il tribunale accerta, con la collaborazione delle parti, i fatti determinanti per la soluzione della controversia, assume le prove necessarie e le valuta liberamente.

E. 13

Se gli accertamenti svolti d'ufficio permettono all'amministrazione o al giudice, che si sono fondati su un apprezzamento diligente delle prove, di giungere alla convinzione che certi fatti presentino una verosimiglianza preponderante, e che ulteriori misure probatorie non potrebbero modificare questo apprezzamento, è superfluo assumere altre prove (apprezzamento anticipato delle prove; UELI KIESER, ATSG-Kommentar, 2a ed. 2009, art. 42 n. 19 pag. 536; sentenza del TF K 24/04 del 20 aprile 2005; DTF 122 II 464 consid. 4a). In tal caso, non sussiste una violazione del diritto costituzionale di essere sentito secondo l'art. 29 cpv. 2 Cost. (Sozialversicherungsrecht [SVR] 2001 IV n. 10 pag. 28).

E. 14

In concreto occorre dapprima stabilire quale sia la residua capacità lavorativa del ricorrente, e meglio se, come da lui indicato, la stessa sia praticamente inesistente, oppure, come ritiene l'amministrazione, pari al 50% (intesa come riduzione del rendimento sull'arco della giornata) tenuto conto dei limiti funzionali.

E. 14.1

Il ricorrente ritiene in particolare che l'autorità inferiore non ha effettuato la valutazione della capacità lavorativa in attività adeguata prendendo in considerazione tutte le patologie e le limitazioni, segnatamente determinando in che misura la loro presenza contemporanea e la combinazione tra loro influenzi la capacità lavorativa dell'assicurato. L'amministrazione non avrebbe quindi tenuto conto delle problematiche sofferte nel complesso né della situazione personale dell'interessato. Inoltre, pur ritenendo una capacità lavorativa del 50%, l'amministrazione non ha indicato specificatamente in quali attività leggere l'interessato sarebbe abile (pagg. 3-6 del ricorso). Secondo l'assicurato infatti, tenendo conto di tutte le patologie sofferte, nonché dell'età, della formazione e della vita professionale, le attività teoricamente esigibili e adeguate al suo stato di salute risultano pressoché inesistenti (pag. 3 del ricorso). Il grado d'invalidità del 60% non è pertanto conforme alla sua personale situazione, ritenuto che, secondo il proprio medico curante, egli è tutt'ora integralmente inabile al lavoro (pag. 4 del ricorso). Infine sottolinea che una valutazione neurologica non è stata eseguita e postula l'erezione di una perizia pluridisciplinare per accertare il suo stato di salute e determinare le attività teoricamente esigibili (pag. 6 del ricorso).

E. 14.2

L'UAI dal canto suo ritiene di essersi fondato su documentazione medica completa e concludente, che la documentazione prodotta dal ricorrente non modifica le sue conclusioni e che l'assicurato è in grado di svolgere attività adeguate al 50%, quali attività con mansioni semplici e ripetitive, che non richiedono necessariamente la messa in atto di particolari misure di reintegrazione professionale, in quanto non richiedono una preparazione professionale specifica, ma possono già essere esercitate dopo una semplice introduzione al posto di lavoro, ad esempio attività d'incasso, d'assemblaggio, di confezione prodotti, di controllo ecc. (cfr. consid. H e pagg. 3 e 4 del preavviso dell'UAI allegato al doc. TAF 5).

E. 15

Nel caso in esame l'UAI, ai fini di stabilire il diritto dell'interessato di percepire tre quarti di rendita si è fondato in particolare sulla perizia del dott. I. _____ del 10/11 gennaio 2013, sui rapporti SMR del dott. N. _____ del 6 e del 20 febbraio 2013, nonché sul rapporto finale del dott. H. _____ del 12 marzo 2013.

E. 15.1

Nel rapporto finale del 12 marzo 2013 (doc. A 30) il dott. H. _____, medico SMR la cui specializzazione non è nota, ha presentato un breve riassunto della situazione medica, tenendo conto del certificato medico del dott. J. _____, cardiocirurgo dell'Ospedale D. _____ di E. _____, del 14 febbraio (recte: dicembre) 2012 prodotto dall'assicurato (doc. A 20-1 e 20-2), della perizia del dott. I. _____ del 10/11 gennaio 2013 (doc. A da 21-1 a 21-5 e da 22-1 a 22-5), delle conclusioni del dott. N. _____, medico del SMR, specialista FMH in cardiologia, del 20 febbraio 2013 (doc. A 27) e, da ultimo, del sopralluogo aziendale avvenuto il 6 marzo 2013. Il medico, riprendendo le diagnosi poste dal dott. I. _____, ha, in particolare, attestato le seguenti affezioni con influsso sulla capacità lavorativa: · "esiti di quadruplice bypass aorto-coronarico (17.08.2012) per

malattia coronarica multivasale in esiti di infarto miocardico acuto; · stato dopo intervento artroscopico alla spalla sinistra con decompressione subacromiale, sutura tendinea del sovra spinato, tenotomia del capo lungo del bicipite (08.03.2012); · lombalgia cronica con episodi recidivanti di sindrome lombovertebrale". Quali diagnosi senza influsso sulla capacità lavorativa ha ritenuto: · "gonalgia destra; · ipotiroidismo sostituito in esiti di tiroide; · ipertensione arteriosa; · rene grinzoso a destra; · stato dopo meniscectomia artroscopica al ginocchio sinistro 2011; · stato dopo ricostruzione della cuffia dei rotatori alla spalla destra 1997; · pregressa ulcera gastrica". Anch'egli, come il dott. I._____, ha attestato un'incapacità lavorativa totale a far tempo dal 7 marzo 2012 (con una breve ripresa lavorativa in giugno). In attività adeguata, invece, l'incapacità è diminuita al 50% dal 10 gennaio 2013 (data della visita presso il dott. I._____. Quali limitazioni funzionali indica in particolare che l'assicurato può sollevare un carico massimo di 5 Kg, deve poter alternare la postura al bisogno, necessitando di pause supplementari, non presenta difficoltà nello svolgere lavori di precisione e che "deve svolgere un'attività leggera che non implica sforzi fisici, che non impone il mantenimento di posizioni non ergonomiche, della posizione eretta e della posizione seduta prolungate, permettendo regolari cambiamenti della postura, che non comporta deambulazione su terreno sconnesso, evitando se possibile la salita di scale (al massimo due rampe di scale"; cfr. pag. 3 del rapporto finale). Il dott. H._____ ha inoltre indicato una prognosi favorevole per quanto riguarda l'evoluzione della capacità lavorativa, non escludendone un aumento progressivo e pertanto proponendo di rivalutare lo stato di salute trascorsi dodici mesi (cfr. pag. 4 del rapporto finale).

E. 15.2

La perizia del 10/11 gennaio 2013 (doc. A da 21-1 a 21-5 e da 22-1 a 22-5), redatta dal dott. I._____, specialista FMH medicina interna, medico di fiducia SGV/SSMC/SSMF per la Cassa malati F._____, si fonda su informazioni fornite sia dalla persona esaminata che dai medici curanti, sull'esame del quadro clinico e del comportamento del ricorrente, sulle risultanze delle visite dell'insorgente, nonché sulla documentazione medica prodotta agli atti. Il rapporto è costituito da un riassunto degli atti medici, dall'anamnesi, da informazioni tratte dall'incarto, dalle indicazioni del peritando, da constatazioni obiettive, dalla diagnosi, nonché dalla discussione/conclusione in merito alla capacità lavorativa dell'assicurato. La diagnosi del medico (cfr. pag. 4 della perizia) è stata ripresa integralmente dal dott. H._____ nel rapporto finale (consid. 15.1). A proposito delle conseguenze del danno alla salute il perito ha attestato un'incapacità lavorativa del 100% dal 7 marzo 2012 al 25 giugno 2012 per la malattia alla spalla sinistra, periodo al quale ha fatto seguito una breve capacità lavorativa totale, interrotta il 30 giugno seguente a causa dell'insorgenza della patologia cardiaca (cfr. pagg. 4 e 5 della perizia). L'esperto ha in particolare ritenuto il quadro clinico stabilizzato e precisato che "tenuto conto di tutte le patologie nel loro insieme e soprattutto della recente malattia cardiaca, è esclusa la possibilità di riprendere anche in modo parziale l'attività lavorativa abituale di metalcostruttore, per la quale il paziente non è più idoneo. Allo stesso modo non è idoneo per nessuna attività fisicamente pesante. (...) Nelle condizioni attuali, ritengo che il paziente sia in grado di lavorare almeno nella misura del 50% in un'attività adatta: deve trattarsi di un lavoro leggero, che non implica sforzi fisici, non impone il mantenimento prolungato della posizione eretta e della posizione seduta permettendo regolari cambiamenti di posizione, non comporta l'assunzione di posizioni non ergonomiche per la schiena, non comporta la deambulazione su terreno sconnesso o in modo ripetuto su scale" (pagg. 4 e 5 della perizia). Egli ha infine evidenziato che "per una valutazione conclusiva della capacità lavorativa residua, l'ufficio AI potrà eventualmente

predisporre una perizia pluridisciplinare in ambito cardiologico e reumatologico" (cfr. pag. 5 della perizia).

E. 15.3

Il 20 febbraio 2013 (doc. A 27) il dott. N._____, medico del SMR, specialista FMH in cardiologia, ha concluso, dopo aver esaminato gli esami medici precedentemente richiesti (elettrocardiogramma da sforzo del 12 febbraio 2013 [doc. A 26-1 a 26-14] e l'elettrocardiogramma delle 24 ore [Holter] del 5 febbraio 2013 [doc. A 26-15 a 26-22]), che "dal punto di vista medico sarebbe a mio avviso opportuno eseguire un esame coronografico al fine di rilevare eventuali nuove stenosi coronariche o di escludere stenosi residue, che potrebbero essere trattate mediante procedure di dilatazione. Per quel che concerne la capacità lavorativa, concordo con quanto scritto dal dott. I._____, che ha visitato l'assicurato e che in data 11.01.2013 ha scritto un rapporto esaustivo alla Cassa malati F._____ (acquisito agli atti). Nelle condizioni attuali l'assicurato è in grado di riprendere il lavoro precedente, dapprima al 50% e in seguito probabilmente con un grado maggiore ma in misura adeguata e adatta alle sue condizioni attuali. Deve svolgere un'attività leggera che non implica sforzi fisici (sollevamento pesi di al massimo 5-10 kg), che non impone il mantenimento prolungato della posizione eretta e della posizione seduta, permettendo regolari cambiamenti della posizione, che non comporta la deambulazione su terreno sconnesso, evitando se possibile la salita di scale (al massimo 2 rampe di scale)".

E. 16.1

Il ricorrente dal canto suo a motivazione delle proprie richieste fa in particolare riferimento:

- al referto ambulatoriale della dott.ssa P._____, nefrologa, del 25 ottobre 2012 (doc. A 4-4 e 14-70 e doc. C allegato al doc. TAF 1), nel quale viene indicato che il rene destro appare di ridotte dimensioni, mentre il rene sinistro, solo funzionante, risulta di dimensioni normali con normale vascolarizzazione. Il medico aggiunge di monitorare la funzione renale;
- al certificato medico del dott. J._____, cardiocirurgo, del 23 marzo 2013 (doc. A 49-3), secondo cui l'interessato non può effettuare sforzi fisici intensi;
- al certificato medico del dott. K._____, medico chirurgo, del 29 marzo 2013 (doc. A 49-4), in cui è indicata un'incapacità lavorativa totale dal 1° aprile 2013 al 1° maggio 2013 per cardiopatia ischemica con IMA;
- al certificato medico del dott. Q._____, medico chirurgo, del 27 giugno 2013 (doc. C allegato al doc. TAF 1), attestante 30 giorni di malattia;
- al rapporto della dott.ssa R._____, la cui specializzazione non è nota, dell'8 agosto 2013 (doc. C allegato al doc. TAF 1), riportante il risultato delle ecografie al fegato (il cui volume è aumentato), al pancreas ("non visualizzabile per abbondante sovrapposizione meteorica"), alla milza (regolare), ai reni ("il rene sinistro appare di volume un poco aumentato, vicariante in presenza di rene grinzo"), all'aorta addominale ("non visualizzabile per abbondante sovrapposizione meteorica") e alla vescica ("di buona capacità, a pareti regolari, senza difetti di parete al suo interno").

E. 16.2.1

Innanzitutto questo Tribunale rileva che il certificato medico del dott. J._____, cardiocirurgo dell'Ospedale D._____ di E._____, del 23 marzo 2013 attesta che l'interessato non è più in grado di svolgere attività lavorative considerate pesanti con conseguenti sforzi fisici. Si tratta del medesimo risultato a cui è giunta anche l'amministrazione, la quale ritiene che il ricorrente non può più esercitare attività comportanti sforzi fisici intensi ed importanti. L'incapacità lavorativa in attività pesanti è

quindi pacifica ed il certificato non mette pertanto in discussione gli accertamenti eseguiti dall'amministrazione.

E. 16.2.2

Il certificato medico del dott. K._____, medico chirurgo, del 29 marzo 2013, attestante un'incapacità lavorativa totale dal 1° aprile 2013 al 1° maggio 2013 per cardiopatia ischemica con IMA, seppure di data posteriore alla perizia del dott. I._____ e antecedente la decisione impugnata, non è sufficiente per inficiare le conclusioni della perizia menzionata, né l'annotazione del dott. N._____ del 20 febbraio 2013. Infatti, il medico non indica i motivi per cui le conclusioni non sarebbero corrette.

E. 16.2.3

Neppure il certificato medico del dott. Q._____, peraltro di data posteriore alla decisione impugnata, che esula quindi dal potere cognitivo di questo Tribunale, allega alcunché alla propria valutazione.

E. 16.2.4

Per quanto riguarda la patologia renale, i medici SMR hanno da un lato attestato che la stessa non è tale da limitare la capacità lavorativa dell'assicurato, dall'altro la dott.ssa P._____, nefrologa, non si pronuncia sulla capacità lavorativa, precisando che il rene destro appare di dimensioni ridotte, ma definendo funzionante il rene sinistro - di dimensioni normali - con una normale vascolarizzazione. Il medico ha precisato che la funzione renale va monitorata. In merito a questa patologia va ancora rilevato che il ricorrente non ha prodotto nessun altro esame o rapporto medico posteriore a quest'ultima visita medica, ma precedente alla decisione impugnata. In sede ricorsuale l'assicurato ha trasmesso il rapporto della dott.ssa R._____, che si limita ad elencare i risultati degli esami effettuati al fegato, al pancreas, alla milza, ai reni, all'aorta addominale e alla vescica nell'agosto 2013 (posteriori alla decisione impugnata), facendo riferimento a delle patologie già note, senza però indicare delle eventuali conseguenze sulla capacità lavorativa. Dal tenore di tale rapporto si potrebbe ipotizzare un peggioramento dell'attività renale - stando all'indicazione secondo cui il rene sinistro (quello finora considerato normale) "appare di volume un poco aumentato" - la dottoressa non ha tuttavia indicato la data dell'eventuale peggioramento e nemmeno allega gli esami clinici effettuati.

E. 16.2.5

Per quanto concerne infine la patologia alla colonna vertebrale, è stata diagnosticata una "lombalgia cronica con episodi recidivanti di sindrome lombovertebrale" e il dott. I._____ ha indicato di "eventualmente" effettuare una perizia pluridisciplinare in ambito cardiologico e reumatologico. All'incarto dell'UAIE figurano esami della patologia lombare unicamente dell'anno 2008 (cfr. doc. A 4-7, 14-74 e 14-75), i quali specificavano che non era indicata una terapia chirurgica e che non vi erano segni di compressione radicolare. Il ricorrente nel ricorso chiede che sia effettuata una valutazione medico-neurologica sostenendo di avere dolori cronici. Tuttavia, egli non ha trasmesso alcun atto medico posteriore al maggio 2008, in particolare fino al 19 giugno 2013 (data della decisione impugnata), atto a dimostrare un'evoluzione negativa della sindrome e pertanto idoneo a confutare quanto ritenuto dai medici del SMR. La patologia alla schiena appare compatibile con l'adempimento di attività leggere e non è stato dimostrato alcun peggioramento, considerando anche che il ricorrente ha svolto l'attività di metal costruttore, attività pesante, sino al 2012.

E. 17

Alla luce di quanto sopra esposto questo Tribunale rileva che non vi è motivo di scostarsi da quanto ritenuto dall'autorità inferiore. Infatti, nonostante le molteplici patologie rilevate, solo quella cardiaca, alla spalla sinistra e alla schiena sono state - correttamente - considerate dall'amministrazione, in quanto esse sole comportano delle conseguenze sulla capacità lavorativa, mentre le altre, seppure presenti, non ne hanno. Le conclusioni del dott. I._____, così come le quelle del dott. N._____, medico SMR, specialista FMH in cardiologia, e del dott. H._____, medico SMR, sono inoltre complete, motivate e concludenti e va loro pertanto riconosciuto pieno valore probatorio. Al proposito questo Tribunale rileva che non ci sono lacune nell'istruttoria, le patologie dell'assicurato sono state esaminate, sono stati assunti agli atti i referti medici trasmessi dal ricorrente così come sono stati effettuati esami necessari indicati dai medici del SMR, in particolare quelli relativi alla patologia cardiaca. Pertanto, agli atti figuravano tutti i documenti necessari all'amministrazione, e di conseguenza a questo Tribunale, per poter statuire nel caso in esame e giungere alla conclusione che il ricorrente presenta una capacità lavorativa in un'attività lavorativa adeguata ai limiti funzionali della misura del 50% (intesa come riduzione del rendimento sull'arco della giornata). Tale capacità lavorativa tiene conto della problematica cardiaca, principale affezione dell'assicurato, ed è compatibile, dal momento che è stata stabilita in relazione ad attività adeguate che non comportano sforzi fisici, con le patologie ortopediche/reumatologiche.

E. 18

Da ultimo, il ricorrente fonda le sue conclusioni anche su elementi di natura non medica (età, vita professionale/qualifica professionale, formazione/grado d'istruzione). Al riguardo va rilevato che anche ammettendo che fattori quali l'età, una formazione carente o difficoltà linguistiche giochino un ruolo non trascurabile ai fini di stabilire, in un caso concreto, le attività ancora ragionevolmente esigibili dall'assicurato, essi non costituiscono, di principio, delle circostanze supplementari che, a parte il carattere ragionevolmente esigibile di un'attività, sono atte ad influenzare l'estensione dell'invalidità, anche se rendono talvolta difficile, se non impossibile, la ricerca di un impiego e, pertanto, la messa a frutto della capacità lavorativa residua (sentenza del TF 9C_728/2012 del 31 dicembre 2012 consid. 4.3 e sentenza del Tribunale federale delle assicurazioni I 377/98 del 28 luglio 1999 consid. 1 con rinvii, in VSI 1999 pag. 246). In primo luogo quanto all'esigibilità per il ricorrente, nato il (...) 1953, di esercitare una nuova attività in un mercato equilibrato del lavoro, questo Tribunale osserva che nel momento in cui è stato accertato - l'11 gennaio 2013, data della redazione della perizia cardiologica (cfr. in proposito DTF 138 V 457 consid. 3.3 e 3.4) - che l'esercizio di un'attività sostitutiva adeguata era medicalmente esigibile al 50%, l'interessato aveva 59 anni. Egli non aveva pertanto ancora raggiunto l'età a partire dalla quale la giurisprudenza considera che, di principio, realisticamente non vi è più la possibilità di mettere a frutto 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). Il Tribunale federale ritiene raggiunta questa età quando la persona assicurata è vicina all'età del pensionamento (sentenze del TF 9C_725/2012 del 4 marzo 2013 consid. 3 e 9C_651/2008 del 9 ottobre 2009 consid. 6.2.2.2 [altri esempi in C-4179/2014 consid. 9.4 in particolare]). In concreto un eventuale rapporto di lavoro avrebbe pertanto potuto rimanere in vigore almeno ancora per 6 anni (fino all'età di pensionamento secondo il diritto svizzero). Questo Tribunale osserva peraltro che ad ogni

buon conto all'insorgente si presenta un ventaglio relativamente ampio di professioni possibili (cfr. considerando K della presente sentenza), con mansioni semplici e ripetitive, che non richiedono necessariamente la messa in atto di particolari misure di reintegrazione professionale, in quanto non richiedono una preparazione professionale specifica, ma possono già essere esercitate dopo una semplice introduzione al posto di lavoro, appunto come rettamente già indicato dall'autorità inferiore nella propria risposta al ricorso. Da quanto esposto discende che in concreto si poteva e si può ragionevolmente pretendere dal ricorrente che mettesse a profitto la sua residua capacità lavorativa in attività leggere adattate su un mercato del lavoro equilibrato.

E. 19

Infine, malgrado il calcolo del grado d'invalidità non è contestato, occorre esaminarne la conformità tenuto conto dei dati aggiornati al 2013, ritenuto che il diritto alla rendita è sorto il 1° maggio 2013.

E. 19.1

Al riguardo va in primo luogo rilevato che per determinare il reddito ipotetico conseguibile dalla persona assicurata senza il danno alla salute (reddito da valido), occorre stabilire quanto la stessa, nel momento determinante (corrispondente all'inizio dell'eventuale diritto alla rendita), guadagnerebbe secondo il grado di verosimiglianza preponderante quale persona sana, tenuto conto delle sue capacità professionali e delle circostanze personali. Tale reddito dev'essere determinato il più concretamente possibile. Di regola ci si fonderà sull'ultimo reddito che la persona assicurata ha conseguito prima del danno alla salute, se del caso adeguandolo all'evoluzione dei salari. Soltanto in presenza di circostanze particolari ci si potrà scostare da questo valore e ricorrere ai dati statistici risultanti dall'ISS (cfr. DTF 134 V 322 consid. 4.1; 129 V 222 consid. 4.3.1 con rinvii). Questo sarà in particolare il caso qualora dovessero mancare indicazioni riguardanti l'ultima attività professionale dell'assicurato o se l'ultimo salario da lui percepito non corrisponde manifestamente a quello che egli sarebbe stato in grado di conseguire con ogni verosimiglianza in qualità di persona valida (DTF 134 V 322 consid. 4.1; cfr. sentenza del TF 9C_416/2010 del 26 gennaio 2011 consid. 3.2).

E. 19.2

In concreto l'amministrazione ha considerato quale reddito da valido la media (aggiornata al 2011) dei redditi ottenuti dall'assicurato negli anni 2009 e 2010, ossia fr. 67'994.-. Ora, alla luce della giurisprudenza suesposta questo modo di procedere non può essere ammesso, in quanto rilevante è il reddito che l'assicurato avrebbe potuto ottenere se non fosse diventato invalido. Siccome i problemi dell'interessato sono iniziati già nel 2011 (in seguito all'operazione al ginocchio sinistro che ha comportato un'assenza dal lavoro e la conseguente perdita di guadagno), si può tener conto, quale reddito da valido, di quello ottenuto nel 2010, anno in cui non era ancora stato riscontrato alcun problema di salute. Ne consegue che il reddito per l'anno 2010, pari a fr. 67'306.- (doc. A 11-3), deve essere indicizzato al 2013 (utilizzando la tabella T1.10 Indice dei salari nominali, 2011-2014, rami economici [NOGA08]), anno in cui sorge il diritto dell'interessato di percepire una rendita d'invalidità. Si ottiene pertanto un reddito da valido di fr. 69'056.- ($67'306 \times 102.6\% = 69'056.-$).

E. 19.3

Il reddito da invalido è stato stabilito in fr. 26'924.- dall'autorità inferiore, considerati i dati statistici delle tabelle TA1 del 2010, categoria 4, valore mediano, per 41.7 ore settimanali, una capacità lavorativa del 50% e una riduzione giurisprudenziale del 13% con aggiornamento al 2011. Riprendendo i dati statistici così come ritenuti dall'autorità inferiore con aggiornamento al 2013, si ottiene un reddito da invalido pari a fr. 27'364.- (fr. 4'901.- [reddito delle statistiche TA1] / 40 [ore a sett.] x 41.7 [ore a sett.] x 12 [mesi] x 102.6% [aggiornamento al 2013] x 50% [capacità lavorativa] - 13% [riduzione giurisprudenziale] = fr. 27'364.-).

E. 19.4

Questo guadagno teorico/statistico può essere ridotto per tenere conto dei fattori personali dell'assicurato (DTF 126 V 75), quali età, handicap, lavori leggeri. L'UAI, che gode del più ampio margine di apprezzamento (DTF 137 V 71 consid. 5.2), ha operato in concreto una decurtazione totale del 13% (8% per attività leggere e 5% svantaggi derivanti da contingenze particolari).

E. 19.4.1

Se e in quale misura, nel singolo caso, i salari fondati su dati statistici debbano essere ridotti dipende dall'insieme delle circostanze personali e professionali concrete (limitazione addebitabile al danno alla salute, età, anni di servizio, nazionalità e tipo di permesso di dimora, grado di occupazione), criteri che l'amministrazione è tenuta a valutare globalmente. Il Tribunale federale ha precisato al riguardo che una deduzione globale massima del 25% del salario statistico permette di tenere conto delle varie particolarità suscettibili di influire sul reddito del lavoro. A seconda della loro incidenza infatti, è possibile che la persona assicurata, anche in un mercato del lavoro equilibrato, non sia in grado di realizzare un salario medio sfruttando la capacità lavorativa residua (DTF 126 V 75 consid. 5b/aa in fine). La deduzione non è automatica, ma deve essere valutata di caso in caso e complessivamente, non separatamente, in maniera schematica, sommando i singoli fattori di deduzione, tenendo conto di tutte le circostanze del singolo caso (sentenza del TF 9C_751/2011 del 30 aprile 2012 consid. 4.2.1 e DTF 126 V 75 consid. 5b/aa in fine). Va da sé che i fattori estranei all'invalidità di cui è già stato tenuto conto con il parallelismo dei redditi non possono essere presi in considerazione una seconda volta nell'ambito della deduzione per circostanze personali e professionali (DTF 135 V 297; 134 V 322).

E. 19.4.2

Va aggiunto che è compito dell'amministrazione e, in caso di ricorso, del giudice, motivare l'entità della deduzione, fermo restando che quest'ultimo non può scostarsi dalla valutazione dell'amministrazione senza fondati motivi (DTF 126 V 75 consid. 5b/dd e 6; cfr. pure 129 V 472 che conferma questi principi). Al riguardo va rilevato che quando è chiamato a verificare il potere di apprezzamento esercitato dall'amministrazione (cfr. art. 37 LTAF in relazione con l'art. 49 PA), per stabilire l'estensione della riduzione da apporre al reddito da invalido, il TAF deve valutare le differenti soluzioni di cui disponevano agli organi esecutivi dell'assicurazione invalidità e domandarsi se una deduzione più o meno elevata fosse maggiormente appropriata e quindi si imponga per un valido motivo, senza tuttavia sostituire il proprio apprezzamento a quello dell'amministrazione (DTF 137 V 71 consid. 5.2; sentenze del TF 9C_273/2011 del 27 gennaio 2012 consid. 1.3; 9C_280/2010 del 12 aprile 2011 consid. 5.2 in fine).

E. 19.4.3

Se non si limita semplicemente ad avallare - a causa dell'ininfluenza del calcolo per l'esito della valutazione - il giudizio dell'istanza precedente, il TF applica abitualmente dei multipli di 5. L'applicazione di tassi più frazionati si rivela invece problematica poiché siffatte riduzioni sarebbero difficilmente concretizzabili e quindi anche difficilmente verificabili in sede giudiziaria (cfr. Ulrich Meyer, Bundesgesetz über die Invalidenversicherung [IVG] in: MURER/STAUFFER [ed.], Rechtsprechung des Bundesgerichts zum Sozialversicherungsrecht, 2a ed., 2010, pag. 314). Per il TF questo argomento rappresenta già valido motivo per scostarsi dalla valutazione dell'amministrazione (sentenza del TF 9C_179/2013 del 26 agosto 2013).

E. 19.5

In simili condizioni questo Tribunale constata che la riduzione giurisprudenziale del 13% operata dall'amministrazione, da un lato, non è conforme alla giurisprudenza, in quanto non corrisponde ad un multiplo di 5 e, dall'altro, non è stata sufficientemente motivata, non essendo infatti dato di sapere cosa si intenda con "svantaggi derivanti da contingenze particolari".

E. 19.6

Pertanto, il reddito da invalido che scaturisce da una riduzione giurisprudenziale del 15% è pari a fr. 26'735.-, mentre apportando una riduzione del 20%, il medesimo ammonterebbe a fr. 25'162.-. Infine, ridotto del 25%, lo stesso ammonterebbe a fr. 23'590.-.

E. 19.7

Operando il raffronto dei redditi, l'amministrazione ha ottenuto un grado d'invalidità del 60%, che dà il diritto di percepire tre quarti di rendita. Con i dati aggiornati al 2013 e con una riduzione giurisprudenziale del 15%, il ricorrente presenta un grado d'invalidità del 61% ($[(69'056 - 26'735) \times 100 / 69'056 = 61.30\%]$). Quandanche si effettuasse la riduzione massima del 25% l'interessato non raggiungerebbe un grado d'invalidità pari o superiore al 70%, ma soltanto del 65.84% ($[(69'056 - 23'590) \times 100 / 69'056 = 65.84\%]$). Pertanto, anche effettuando il calcolo del grado di invalidità secondo i dettami giurisprudenziali e con i dati aggiornati al 2013, non si ottiene un grado di invalidità pari o superiore al 70%.

E. 20

In conclusione da quanto esposto, discende che il ricorso non merita tutela e dev'essere pertanto respinto, mentre la decisione impugnata va confermata.

E. 21.1.1

Visto l'esito del ricorso va esaminata la fondatezza dell'istanza di assistenza giudiziaria con gratuito patrocinio presentata dal ricorrente pendente causa. Secondo dottrina e giurisprudenza i presupposti per la concessione dell'assistenza giudiziaria con gratuito patrocinio sono di massima adempiuti se l'istante si trova nel bisogno, se le sue conclusioni non sembrano dovere avere esito sfavorevole e l'assistenza di un avvocato è necessaria o perlomeno indicata (sentenza del TF 9C_147/2011 del 20 giugno 2011; DTF 127 I 202 consid. 3b; 125 V 371 consid. 5b con rinvii; 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 (sentenze del TF 9C_112/2014 del 19 marzo 2014 e 9C_147/2011; DTF 128 I 225 consid. 2.5.1). Lo stato di bisogno deve essere valutato in base alle risorse finanziarie (reddito e sostanza mobiliare e immobiliare) dell'istante (DTF 124 I 1 consid. 2a) e, dandosi il caso, delle persone che

hanno verso di lui degli obblighi di mantenimento (per esempio il coniuge; DTF 120 Ia 179; 115 Ia 193 consid. 3). Il limite per ammettere lo stato di bisogno si situa al di sopra dell'importo del minimo esistenziale agli effetti del diritto esecutivo, il quale deve essere adeguato alla situazione del paese d'origine del ricorrente. Di regola all'importo base ai sensi del diritto esecutivo viene pertanto 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. 5.3 con rinvii). Ciò non toglie che dalla persona che presenta istanza di assistenza giudiziaria possono essere pretesi alcuni sacrifici. Tuttavia, essa non deve 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. sentenze del Tribunale federale delle assicurazioni I 134/06; U 356/02 del 7 luglio 2003). Per ammettere il bisogno ai fini processuali è quindi 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 va considerata unicamente la situazione di reddito, ma la situazione finanziaria e patrimoniale complessiva (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 chiedere l'assistenza giudiziaria allo Stato, la persona interessata, nel limite dell'esigibile, deve di principio attingere alla propria sostanza (DTF 119 Ia 11 consid. 5). Secondo la giurisprudenza si presume infatti che il proprietario di immobili è in grado di ipotecarli ed incombe a quest'ultimo l'onere di dimostrare che ciò non è il caso, rispettivamente che non è stato possibile ottenere un aumento del mutuo ipotecario (COCCHI/TREZZINI/BERNASCONI, Commentario del Codice di diritto processuale civile svizzero [CPC], 2011, note ad art. 117, pagg. 460-461; anche sentenza del TF 9C_112/2014 del 19 marzo 2014, DTF 119 Ia 11 e sentenze del TF 5P.99/2003 del 24 giugno 2003 e 5P.133/2000 del 15 maggio 2000 ivi citate). Lo Stato non può tuttavia esigere dal ricorrente che utilizzi le sue economie se queste costituiscono la sua "riserva di soccorso" ("Notgroschen"), la quale si apprezza in funzione dei suoi bisogni futuri secondo le circostanze del caso concreto, quali lo stato di salute e l'età, il cui ammontare si situa, per una persona sola, tra i fr. 20'000.- e i fr. 40'000.- (cfr. sentenze del TF 9C_147/2011; 1P.450/2004 del 28 settembre 2004 consid. 2.2; 4P.158/2002 del 16 agosto 2002 consid. 2.3; cfr. in generale sul tema: MOSER/BEUSCH/KNEUBÜHLER, Prozessieren vor dem Bundesverwaltungsgericht, 2013, pagg. 278-281).

E. 21.1.2

Il richiedente deve indicare in modo completo e, nella misura del possibile, giustificare i propri redditi e la propria situazione patrimoniale (DTF 120 Ia 182 consid. 3a). Se rifiuta di trasmettere i dati o i documenti necessari a sostanziare la sua situazione attuale, il Tribunale può misconoscere lo stato di bisogno senza incorrere in una violazione del diritto di essere sentito (DTF 120 Ia 182 consid. 3a, si confrontino anche DTF 125 IV 161 consid. 4; 124 I 1 consid. 2a; e sentenze del TF 8C_58/2014 del 24 settembre 2014 consid. 7.3; 9C_606/2013 del 7 marzo 2014 consid. 2.1.3; 9C_767/2010 del 3 febbraio 2011 consid. 2.1.3; 8C_920/2010 del 25 gennaio 2011 consid. 3.2).

E. 21.2.1

Nel caso in esame dal formulario "Domanda di gratuito patrocinio" e dai giustificativi ivi allegati, trasmessi con scritto del 20 settembre 2013 (doc. TAF 4), emerge che il ricorrente percepisce fr. 1'530.- mensili quale rendita d'invalidità e fr. 900.- dall'assicurazione malattia. La moglie ha dichiarato di conseguire fr. 500.- mensili lordi (circa fr. 450.- netti, cfr. contratto di lavoro quale collaboratrice domestica allegato al formulario), mentre dai

certificati di salario allegati emerge un reddito di fr. 1'305.30 mensili netti (cfr. certificati di salario allegati al formulario [e richiesta di precisazioni rimasta inevasa, doc. TAF 7]). Ne consegue che le entrate, secondo quanto dichiarato dal ricorrente, ammontano almeno a fr. 3'735.30. Quale sostanza il ricorrente ha unicamente menzionato di possedere un veicolo del valore di fr. 4'000.- e di essere titolare di un conto presso S._____, il cui saldo al 31 agosto 2013 ammontava a fr. 4'730.-, mentre non ha indicato alcun debito. Nel formulario ha inoltre indicato di dover far fronte a fr. 1'500.- di spese correnti, senza trasmettere alcun giustificativo in merito. Con provvedimento del 20 maggio 2015 (doc. TAF 7), l'interessato è stato invitato a precisare le voci dichiarate nel formulario e a trasmettere tutti i relativi giustificativi, nonché eventuale documentazione relativa alla sua situazione economica attuale e a quella della coniuge. Egli ha solo parzialmente ossequiato quanto richiesto con scritto del 10 luglio 2015 (doc. TAF 11), inviando unicamente documenti relativi alla 51esima rata per il rimborso del mutuo ipotecario di originari fr. 220'000.- ora pari a fr. 39'471.16 (senza tuttavia indicare se si tratta di un importo annuale) per il rimborso del mutuo della propria abitazione, pari a fr. 4'426.25, ed il saldo del conto presso S._____ alla data del 30 giugno 2015, pari a fr. 1'855.48.

E. 21.2.2

Oltre alle spese mensili, bisogna tenere conto del minimo esistenziale, che corrisponde ad un forfait di spese per il cibo, i vestiti, la cura del corpo, la telefonia, il riscaldamento, l'acqua, ecc. Per coniugi (o per due persone che vivono in regime di unione domestica registrata o per una coppia con figli) residenti in Svizzera il minimo esistenziale ammonta a fr. 1'700.- (conformemente alla "Tabella per il calcolo del minimo di esistenza agli effetti del diritto esecutivo (art. 93 LEF)", disponibile sul sito internet:

<http://www4.ti.ch/poteri/giudiziario/giustizia-civile/tabella-dei-minimi-desistenza/>, consultato il 07.03.2016). Questo importo deve essere adattato al paese d'origine dei ricorrenti, in questo caso l'Italia, secondo l'indice dei prezzi dell'Organizzazione per la cooperazione e per lo sviluppo economico (OECD, dati ricavati dal sito internet: http://www.oecd-ilibrary.org/economics/data/prices/comparative-price-levels_data-00536-en, consultato il 07.03.2016), e da ultimo deve ancora essere maggiorato del 20%. Da quanto sopra esposto, il minimo esistenziale dei coniugi è pari in concreto a fr. 1'285.20 mensili ($1'700 \times 63\% \times 120\% = 1'285.20$).

E. 21.2.3

Alla luce della documentazione prodotta e delle dichiarazioni del richiedente le spese mensili a cui deve far fronte la famiglia ammontano quindi a fr. 1'285.20 (minimo vitale), a fr. 369.- (presumibile rata mensile del mutuo, $fr. 4'426.25 : 12$) e a fr. 1'500.- quali spese correnti, non sostanziate e pertanto di principio non computabili, per un totale di fr. 3'154.20. A fronte di redditi per almeno fr. 3'735.30 la famiglia dispone quindi di un'eccedenza mensile di almeno fr. 581.-, pari ad un importo annuo di fr. 6'972.-. In simili condizioni l'indigenza non può essere ammessa ritenuto che l'assicurato è in grado di far fronte alle spese procedurali (pari a fr. 400.-) e di patrocinio, le quali si situano normalmente intorno ai fr. 2'800.-. A titolo abbondanziale va ancora rilevato che dalla documentazione trasmessa dal ricorrente su espressa richiesta del giudice istruttore, è emerso che egli è proprietario di un'abitazione, non menzionata nel primo formulario (allegato doc. TAF 4), il cui valore non è noto, ma di cui si sa che il debito ipotecario iniziale, nel luglio 2002, ammontava a fr. 220'000.-, mentre nell'aprile 2015 era pari a fr. 39'471.16. Si può ritenere che il valore dell'immobile è perlomeno pari al mutuo originario.

Egli è altresì titolare di un conto bancario presso la T. _____, su cui viene addebitata la rata relativa al rimborso del mutuo. A maggior ragione in simili circostanze il presupposto dell'indigenza non è adempiuto e l'istanza tendente all'ammissione dell'assistenza giudiziaria con gratuito patrocinio respinta, essendo i presupposti necessari al suo riconoscimento (probabilità di esito favorevole e necessità di un avvocato) cumulativi.

E. 22

Visto quanto sopra, essendo il ricorrente soccombente, le spese processuali di fr. 400.-, sono poste a suo carico (art. 63 cpv. 1 e cpv. 5 PA nonché art. 3 lett. b del regolamento sulle tasse e sulle spese ripetibili nelle cause dinanzi al Tribunale amministrativo federale [TS-TAF, RS 173.320.2]). Per i medesimi motivi al ricorrente non spetta infine 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).

E. 23

L'amministrazione, in quanto autorità federale, quand'anche vincente, non ha diritto a 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.