

# **BVGer C-4901/2009 vom 2. Juni 2010**

Bundesverwaltungsgericht, 2010-06-02, IT

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bvger\\_C-4901\\_2009](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bvger_C-4901_2009)

FR: TAF C-4901/2009 du 2 juin 2010

IT: TAF C-4901/2009 del 2 giugno 2010

## **Regeste**

Assicurazione per l'invalidità (AI)

## **Erwägungen**

### **E. 1**

Riservate le eccezioni di cui all'art. 32 della legge del 17 giugno 2005 sul Tribunale amministrativo federale (LTAF, RS 173.32), il Tribunale amministrativo federale giudica, in virtù dell'art. 31 LTAF, i ricorsi contro le decisioni ai sensi dell'art. 5 della legge federale del 20 dicembre 1968 sulla procedura amministrativa (PA, RS 172.021) emanate dalle autorità menzionate all'art. 33 LTAF. In particolare, le decisioni rese dall'UAIE concernenti l'assicurazione per l'invalidità possono essere portate innanzi al TAF conformemente all'art. 69 cpv. 1 lett. b della legge federale del 19 giugno 1959 sull'assicurazione per l'invalidità (LAI, RS 831.20).

### **E. 2.1**

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 legge federale del 6 ottobre 2000 sulla parte generale del diritto delle assicurazioni sociali (LPGA, RS 830.1). Giusta l'art. 1 LAI le disposizioni della LPGA sono applicabili all'assicurazione per l'invalidità (art. 1a-26bis e 28-70), sempre che la presente legge non preveda espressamente una deroga.

### **E. 2.2**

Secondo l'art. 59 LPGA ha diritto di ricorrere chiunque è toccato dalla decisione o dalla decisione su opposizione ed ha un interesse degno di protezione al suo annullamento o alla sua modificazione. Queste condizioni sono adempiute nella specie.

### **E. 2.3**

Il ricorso è tempestivo e rispetta i requisiti minimi prescritti dalla legge (art. 60 LPGA e 52 PA). Il ricorrente ha versato un anticipo di Fr. 300.-, corrispondente alle presunte spese processuali. Il gravame è dunque ammissibile, nulla ostando all'esame del merito dello stesso.

### **E. 3.1**

Il 1° giugno 2002 sono entrati in vigore l'Accordo tra la Confederazione svizzera, da una parte, e la Comunità europea ed i suoi Stati membri, dall'altra, sulla libera circolazione delle persone del 21 giugno 1999 (ALC, RS 0.142.112.681) ed il correlato Allegato II che regola il coordinamento dei sistemi di sicurezza sociale nonché il Regolamento (CEE) n° 1408/71 del Consiglio del 14 giugno 1971 relativo all'applicazione dei regimi di sicurezza sociale ai lavoratori subordinati, ai lavoratori autonomi e ai loro familiari che si spostano all'interno

della Comunità (RS 0.831.109.268.1) come pure il corrispondente Regolamento di applicazione (Regolamento CEE n° 574/72 del Consiglio del 21 marzo 1972 relativo all'applicazione del Regolamento n° 1408/71, RS 0.831.109.268.11). Si tratta di una normativa che si applica a tutte le rendite il cui diritto sorge a far data dal 1° giugno 2002 o successivamente e che sancisce il principio della parità di trattamento tra cittadini che risiedono in uno Stato membro della Comunità europea ed i cittadini svizzeri (art. 3 e 6 del Regolamento CEE n° 1408/71).

### **E. 3.2**

Giusta l'art. 20 ALC, salvo disposizione contraria contenuta nell'allegato II, gli accordi bilaterali tra la Svizzera e gli Stati membri della Comunità europea in materia di sicurezza sociale vengono sospesi a decorrere dall'entrata in vigore del presente Accordo qualora il medesimo campo sia disciplinato da quest'ultimo. Nella misura in cui l'Accordo, in particolare l'Allegato II che regola il coordinamento dei sistemi di sicurezza sociale (art. 8 ALC), non prevede disposizioni contrarie, l'organizzazione della procedura come pure l'esame delle condizioni di ottenimento di una rendita di invalidità svizzera sono regolate dal diritto interno svizzero (DTF 130 V 257 consid. 2.4).

### **E. 3.3**

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

### **E. 4**

Relativamente al diritto applicabile, deve essere precisato che, a partire dal 1° gennaio 2008, la presente procedura è retta dalla LAI nel suo tenore modificato il 6 ottobre 2006 (V revisione), ritenuto il principio secondo il quale le norme applicabili sono quelle in vigore al momento in cui dei fatti giuridicamente rilevanti si sono verificati (ATF 130 V 445 consid. 1.2). Il periodo di cognizione giudiziaria dello scrivente Tribunale amministrativo federale si estende fino al 22 giugno 2009, data dell'impugnata decisione. Il giudice delle assicurazioni sociali analizza, infatti, la legalità della decisione impugnata, in generale, secondo lo stato di fatto esistente al momento in cui la decisione in lite è stata resa (DTF 130 V citata).

### **E. 5.1**

La parte ricorrente ha affermato che la decisione impugnata sarebbe stata sommariamente motivata e non si capisce dalla stessa su quali basi è fondato il suo parere e, inoltre, l'amministrazione non avrebbe messo a disposizione del ricorrente le perizie mediche (o pareri) determinanti. Queste censure devono essere esaminate nell'ambito del diritto di essere sentito, la cui violazione va esaminata d'ufficio dallo scrivente Tribunale (DTF 120 V 357 consid. 2a).

### **E. 5.2**

Il diritto di essere sentito, la cui garanzia è prevista art. 29 cpv. 2 Cst, comprende il diritto per il prevenuto di prendere conoscenza dell'incarto (DTF 132 II 485 consid. 3, 126 I 7 consid. 2b), di esprimersi in merito agli elementi pertinenti prima che una decisione sia emessa nei suoi confronti, di produrre delle prove pertinenti, di ottenere che sia dato seguito alle sue offerte di prove pertinenti, di partecipare all'amministrazione delle prove essenziali

o almeno di poter esprimersi sul suo risultato, allorquando questo è proprio ad influenzare la decisione da emanare (cfr. DTF 124 II 132 consid. 2b e giurisprudenza ivi citata). Nel quadro della procedura amministrativa il diritto di essere sentito è consacrato dagli art. 26-28 (diritto di esaminare gli atti), dagli art. 29-33 (diritto di essere sentito strictu sensu) e dall'art. 35 PA (diritto di ottenere una decisione motivata). La giurisprudenza ha dedotto dal diritto di essere sentito, definito dalle norme speciali di procedura (quali l'art. 35 PA) l'obbligo per l'autorità di motivare la sua decisione, così da permettere ai destinatari e a tutte le persone interessate di comprenderla, eventualmente di impugnarla ed in modo da rendere possibile all'autorità di ricorso eventualmente adita di esercitare convenientemente il suo controllo (cf. DTF 129 I 232 consid. 3.2; DTF 126 I 97 consid. 2B; DTF 122 IV 8 consid. 2c, DTF 112 Ia 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 Ia 107 consid. 2b; cfr. inoltre la sentenza del Tribunale federale 2A.496/2006 / 2A.497/2006 precisata). 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 Ia 107 consid. 2b). Il diritto di ottenere una decisione motivata costituisce una garanzia costituzionale di natura formale, la cui violazione causa in principio l'annullamento della decisione impugnata indipendentemente dalle possibilità di esito positivo del ricorso nel merito (cfr. DTF 126 I 19 consid. 2d/bb; DTF 126 V 130 consid. 2b; DTF 122 II 464 consid. 4a e giurisprudenza citata). Eccezionalmente un'eventuale violazione del diritto di essere sentito può essere sanata allorquando l'autorità che ha emanato la decisione ha preso posizione in merito alle argomentazioni decisive nel quadro dello scambio degli scritti e che l'amministrato ha avuto la possibilità di esprimersi liberamente di fronte ad un'autorità di ricorso, la cui cognizione è altrettanto ampia che quella dell'autorità inferiore (cfr. DTF 133 I 201 consid. 2.2; DTF 130 II 530 consid. 7.3; DTF 126 V 130 consid. 2b; DTF 124 V 389 consid. 5a e 180 consid. 4a). Tuttavia, qualora il vizio costituisce una grave violazione di procedura, tenuto conto del principio dell'economia di procedura, è escluso che l'autorità di ricorso lo sani (cfr. LORENZ KNEUBÜHLER, *Gehörverletzung und Heilung*, in Zbl 3/1998, p. 112ss).

### **E. 5.3**

Nella fattispecie, la decisione impugnata del 22 giugno 2009 non contiene tutti quegli elementi essenziali sopra ricordati. È vero che vengono espresse le norme legali principali applicabili, ma mancano le valutazioni del servizio medico dell'autorità inferiore, come pure un breve riassunto dei fatti. Viene soltanto riferito che "dagli atti in nostro possesso non risulta un'incapacità di lavoro media sufficiente, per un anno, ai sensi delle disposizioni

sopraccitate. Un'attività lucrativa confacente è esercitata, senza alcuna perdita di guadagno dovuta allo stato di salute". Con il progetto di decisione inviato al richiedente era stato illustrato quale sarebbe stato il risultato della sua domanda e nel contempo gli era stata offerta la possibilità di pronunciarsi, ma non gli erano state fornite più informazioni di quelle contenute nella decisione del 22 giugno 2009. Dalla motivazione di questo provvedimento il ricorrente non ha potuto dedurre i fatti su cui esso si fondava e le ragioni per cui è stato pronunciato. Si deve pertanto ammettere che la decisione impugnata non è sufficientemente motivata ciò che costituisce una violazione del diritto di essere sentito del ricorrente. Si rileva tuttavia che tale carenza è stata sanata in sede ricorsuale. Questo Tribunale, che dispone di piena cognizione, ha infatti provveduto ad inviare l'incarto completo della causa all'insorgente. In occasione del suo preavviso inoltre, l'autorità inferiore ha avuto modo di esprimersi sul contenuto del ricorso e di completare le motivazioni alla base del rifiuto della rendita. L'interessato, dopo avere preso conoscenza di questi documenti e argomentazioni, ha depositato una replica confermando le conclusioni del suo ricorso. Visto quanto sopra, la censura del ricorrente, in ordine all'insufficienza della motivazione, e quindi alla violazione del suo diritto di essere sentito, si rivela fondata ma sanata in sede ricorsuale (cfr. DTF 116 V 39/40 consid. 4b).

## **E. 6**

Per avere diritto ad una rendita dell'assicurazione invalidità svizzera, ogni richiedente deve adempiere cumulativamente le seguenti condizioni: - essere invalido ai sensi della legge svizzera; - aver versato contributi all'AVS/AI svizzera per almeno tre anni (art. 36 LAI). A tal fine è possibile prendere in considerazione anche i contributi versati ad un'assicurazione sociale assimilata di uno Stato membro dell'Unione europea (UE) o dell'Associazione europea di libero scambio (AELS), a condizione che almeno un anno di contributi sia registrato all'AVS/AI svizzera (FF 2005 p. 4065; art. 45 del regolamento 1408/71). Nella specie, il ricorrente ha versato contributi all'AVS/AI svizzera per un periodo superiore ai tre anni. Pertanto, l'interessato adempie la condizione della durata minima di contribuzione, alla quale la legge subordina l'erogazione di una rendita. Rimane ora da esaminare se sia invalido ai sensi di legge.

### **E. 7.1**

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

### **E. 7.2**

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

### **E. 7.3**

L'art. 28 cpv. 1 LAI stabilisce che l'assicurato ha diritto ad una rendita alle seguenti condizioni: a. la sua capacità di guadagno o la sua capacità di svolgere le mansioni consuete non può essere ristabilita, mantenuta o migliorata mediante provvedimenti d'integrazione ragionevolmente esigibili; b. ha avuto un'incapacità di lavoro (art. 6 LPGGA) almeno del 40% in media durante un anno senza notevole interruzione; c. al termine di questo anno è invalido almeno al 40%. Tuttavia, il diritto alla rendita nasce al più presto dopo sei mesi dalla data in cui l'assicurato ha rivendicato il diritto alle prestazioni conformemente all'articolo 29 cpv. 1 LPGGA, ma al più presto a partire dal mese seguente il compimento dei 18 anni (art. 29 cpv. 1 LAI).

#### **E. 7.4**

Per incapacità al lavoro s'intende qualsiasi incapacità, totale o parziale, derivante da un danno alla salute fisica, mentale o psichica di compiere un lavoro ragionevolmente esigibile nella professione o nel campo di attività abituale. In caso d'incapacità al lavoro di lunga durata possono essere prese in considerazione anche le mansioni esigibili in un'altra professione o campo d'attività (art. 6 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. Per valutare la presenza di un'incapacità al guadagno sono considerate esclusivamente le conseguenze del danno alla salute; inoltre, sussiste un'incapacità al guadagno soltanto se essa non è obiettivamente superabile.

#### **E. 8**

Dopo il rimpatrio, l'interessato ha regolarmente lavorato come commerciante ambulante, attività sospesa al momento in cui è stato colpito da infarto miocardico (5 maggio 2008), ma che ha poi ripreso ad orario ridotto e con mansioni meno impegnative (4 ore giornaliere) nel giugno successivo. 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. 28a cpv. 1 LAI, per valutare il grado d'invalidità, il reddito che l'assicurato potrebbe conseguire esercitando l'attività ragionevolmente esigibile da lui dopo la cura medica e l'eventuale esecuzione di provvedimenti d'integrazione (reddito da invalido), tenuto conto di una situazione equilibrata del mercato del lavoro, è confrontato con il reddito che egli avrebbe potuto ottenere se non fosse diventato invalido (reddito da valido). In altri termini l'assicurazione svizzera per l'invalidità risarcisce soltanto la perdita economica che deriva da un danno alla salute fisica o psichica dovuto a malattia o infortunio, non la malattia o la conseguente incapacità lavorativa (metodo generale del raffronto dei redditi; DTF 128 V 30; Pratique VSI 2000 p. 84). In carenza di documentazione economica, la documentazione medica costituisce un importante elemento di giudizio per determinare quali lavori siano ancora ragionevolmente esigibili dall'assicurato, ma non spetta al medico graduare l'invalidità dell'assicurato (DTF 114 V 314). Infatti, per costante giurisprudenza, le certificazioni mediche possono costituire importanti elementi d'apprezzamento del danno invalidante, allorché permettono di valutare l'incapacità lavorativa e di guadagno dell'interessato in un'attività da lui ragionevolmente esigibile (DTF 115 V 134 consid. 2, 114 V 314 consid. 3c).

#### **E. 9**

Nel caso in esame, in sede d'istruttoria, è stata evidenziata la diagnosi di cardiopatia ischemica in IMA anteriore trattato con PTCA + Stent (5 maggio 2008) in attuale discreto compenso emodinamico, diabete mellito II privo di complicanze e non insulinodipendente, artrosi del rachide senza evidente impegno funzionale. La documentazione medica esibita in sede di replica non pone in evidenza ulteriori patologie di rilievo, se non un aggravamento generale indicato solamente in un certificato medico (collegiale) sulla base di una diagnosi invariata (referto del 16 novembre 2009).

### **E. 10.1**

Non concordi sono i pareri circa le ripercussioni invalidanti delle menzionate affezioni. In effetti, il medico dell'INPS pone un tasso d'invalidità del 60% pur precisando che l'assicurato potrebbe svolgere il suo precedente lavoro in misura di 5 ore giornaliere e che sarebbe in grado di svolgerne un altro (adatto alle sue condizioni) per 5-6 ore. Dal canto suo, il Dott. Lüthi, dell'UAIE ritiene che A.\_\_\_\_\_, da giugno 2008, avrebbe potuto lavorare come prima in misura del 70% e, dopo tre mesi dall'infarto, in misura praticamente completa evitando gli sforzi più intensi.

### **E. 10.2**

Ora, la patologia principale che affligge l'assicurato è di tipo cardiologico. L'infarto del maggio 2008 non si è rilevato severo. Il tempestivo ricorso a struttura ospedaliera ed l'applicazione di PTCA e Stent hanno notevolmente migliorato le conseguenze di tale evento morboso. Il ricovero, tutto sommato, è risultato breve. Gli esami eseguiti successivamente hanno potuto dimostrare l'ottima funzionalità cardiaca. L'esame cardiologico del 14 giugno 2008 osserva un paziente asintomatico alla prova clinica per tutti quei test di routine post-infarto; l'elettrocardiogramma evidenzia postumi poco evidenti dell'infarto subito, il ritmo è sinusale e normale. Le prove più approfondite del settembre 2008 (eco ed elettrocardiogramma) sono nella norma. Il ventricolo sinistro non lascia trasparire anomalie, con cinesi e segmentazioni globali in ordine; la frazione di eiezione è del 56% il che lascia trasparire una buona capacità di recupero cardiaco. Il setto interventricolare permane lievemente ispessito. Non sussistono patologie pericardiche od endocardiche, né valvulopatie sospette. La documentazione esibita con la replica, contrariamente a quanto assunto dall'insorgente, non attesta alcun peggioramento. La descrizione indicata dal Dott. Perrone del 30 ottobre 2009, lascia trasparire dati simili, se non identici ai precedenti. L'ecocardiogramma è praticamente sovrapponibile al precedente, a parte un lieve rigurgito mitralico; l'elettrocardiogramma è normale. Peraltro, lo stesso esame specialistico attesta un buon compenso emodinamico. L'unico importante fattore di rischio, in questa storia clinica, è il notevole sovrappeso, la cui riduzione è consigliata in più attestati. A.\_\_\_\_\_ soffre inoltre, da molto tempo, di un diabete di tipo II, non insulinodipendente. La patologia in atto è tenuta sotto controllo ambulatoriale e, anche in questo caso, una dieta iposodica ed ipocalorica è stata raccomandata (cfr. p. es. il verbale di dimissione ospedaliera del 13 maggio 2008). Le turbe ortopediche/articolari sono prive di incidenza funzionale. Il rachide è spinalgico, non contratto e limitato solo ai gradi estremi, più che altro per sovrappeso; movimenti, forza e tono muscolare sono normali, l'andatura è libera. Per il resto, l'assicurato si presenta in buone condizioni generali di salute, ogni altro organo od apparato essendo indenne da patologie.

### **E. 10.3**

La parte ricorrente, in sede di replica, fa valere un peggioramento delle sue condizioni di salute. Già si è visto che, perlomeno dal punto di vista cardiaco, tale asserzione non trova conferma negli atti esibiti (segnatamente nei risultati della visita cardiologica del 30 ottobre 2009). In materia ortopedica, per quel che si può dedurre dal referto specialistico 31 ottobre 2009 (poco leggibile), sarebbe presente una sindrome a livello cervicale (C5-C6 e C6-C7) che provocherebbe delle cefalee e vertigini ed uno schiacciamento vertebrale di D12 ed altri disturbi verosimilmente a livello lombare. Oggettivamente, le radiografie esibite (17 marzo 2009) della colonna dorsale in toto attestano unicamente una spondilouncoartrosi ed una riduzione degli spazi intersomatici come sopra descritto, come pure simili problemi a livello di D12-L1 ed L5-S1. Viene anche attestata una artrosi femoro-rotulea nelle radiografie del 22 ottobre 2009. Queste anomalie riscontrate non giustificano certo il riconoscimento di un'invalidità di rilievo. Potrebbero deporre per una limitazione più accentuata delle funzionalità ortopedico/articolare, ma nulla più. In proposito, comunque, va rilevato che per lo scrivente Tribunale è determinante lo stato di fatto esistente fino alla data della decisione impugnata: esami e documenti medici stilati dopo questa data, di regola non possono essere presi in considerazione (cfr. anche consid. 4). È vero che la giurisprudenza ha ammesso che il giudice delle assicurazioni sociali può tenere conto dei fatti verificatisi dopo la data della decisione impugnata quando essi possono imporsi quali elementi d'accertamento retrospettivo della situazione anteriore alla decisione stessa (DTF 121 V 366 consid. 1b, 116 V 248 consid. 1a). Queste condizioni non sono tuttavia adempite nella fattispecie poiché l'assunto poggia solamente su di un certificato medico di visita collegiale del 16 novembre 2009, prodotto con la replica, privo di refertazione oggettiva convincente. I documenti trasmessi dal ricorrente in sede di replica non sono quindi di rilievo per la soluzione della presente vertenza.

#### **E. 10.4**

Da quanto precede, ne consegue che l'interessato avrebbe potuto, come lo ha dimostrato a partire da giugno 2008 (anche se solo a metà tempo), riprendere il suo precedente lavoro astenendosi dalle incombenze più gravose. Dal punto di vista medico-teorico, a partire da settembre, ossia tre mesi completi dopo l'incidente cardiaco, egli avrebbe potuto riprendere la sua usuale occupazione, sempre evitando comunque sforzi particolari, in misura completa. Il collegio giudicante non ha motivo di scostarsi dal parere del Dott. Lüthi, fondato, per l'essenziale, sulla documentazione oggettiva esibita. Altri esami non sono necessari, quelli ad atti, vista la patologia in esame, essendo più che sufficienti. Può essere ancora rilevato che il riconoscimento dell'invalidità (ai fini del diritto alla rendita) è pure escluso con l'esercizio della precedente attività in misura superiore al 60% con modalità diverse, come per esempio con una presenza completa (su tutto l'arco della giornata), ma con un rendimento ridotto (esenzione dagli obblighi più pesanti), oppure per 5-6 ore al giorno, o per tre/quattro giorni la settimana, ecc. In queste circostanze, il ricorso deve essere respinto e l'impugnata decisione confermata.

#### **E. 11.1**

Le spese processuali, ammontanti a Fr. 300.-, sono poste a carico del ricorrente e vengono compensate con l'anticipo versato.

#### **E. 11.2**

Visto l'esito del ricorso non si assegnano indennità per le spese ripetibili. Per quel che concerne l'UAIE, le autorità federali non hanno diritto ad un'indennità a titolo di ripetibili

(art. 7 cpv. 3 del regolamento del 21 febbraio 2008 sulle tasse e sulle spese ripetibili nelle cause dinanzi al Tribunale amministrativo federale [TS-TAF, RS 173.320.2]).

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