

BVGer C-7072/2007 vom 28. September 2009

Bundesverwaltungsgericht, 2009-09-28, IT

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bvger_C-7072_2007

FR: TAF C-7072/2007 du 28 septembre 2009

IT: TAF C-7072/2007 del 28 settembre 2009

Regeste

Assicurazione per l'invalidità (altro)

Erwägungen

E. 1.1

Il Tribunale amministrativo federale esamina d'ufficio e con piena cognizione la sua competenza (art. 31 e segg. della legge del 17 giugno 2005 sul Tribunale amministrativo federale [LTAF, RS 173.32]), 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 della legge federale del 19 giugno 1959 sull'assicurazione per l'invalidità (LAI, RS 831.20), i ricorsi contro le decisioni, ai sensi dell'art. 5 della legge federale del 20 dicembre 1968 sulla procedura amministrativa (PA, RS 172.021), rese dall'Ufficio AI 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 legge federale del 6 ottobre 2000 sulla parte generale del diritto delle assicurazioni sociali (LPGA, RS 830.1). Giusta l'art. 1 cpv. 1 LAI, le disposizioni della LPGA sono applicabili all'assicurazione per l'invalidità (art. 1a-26bis e 28-70), sempre che la LAI non deroghi alla LPGA.

E. 1.4

Il ricorso - presentato tempestivamente e rispettoso dei requisiti previsti dalla legge (art. 59 e 60 LPGA nonché art. 52 PA) - è pertanto ammissibile.

E. 2.1

Il 1° giugno 2002 sono entrati in vigore l'Accordo tra la Confederazione svizzera e la Comunità europea ed i suoi Stati membri sulla libera circolazione delle persone del 21 giugno 1999 (ALC, RS 0.142.112.681) ed il relativo 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), che si applica a tutte le rendite il cui diritto sorge a far data dal 1° giugno 2002 o successivamente e si sostituisce a qualsiasi convenzione di sicurezza sociale che vincoli due o più Stati (art. 6 Regolamento), come pure il

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). L'art. 3 del regolamento (CEE) n° 1408/71 sancisce il principio della parità di trattamento tra cittadini che risiedono in uno Stato membro della Comunità europea ed i cittadini svizzeri.

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.

E. 2.3

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

E. 2.4

Per costante giurisprudenza, l'ottenimento di una pensione straniera d'invalidità non pregiudica l'apprezzamento di un'invalidità secondo il diritto svizzero (v. sentenza del Tribunale federale I 435/02 del 4 febbraio 2003 consid. 2). Anche in seguito all'entrata in vigore dell'ALC, il grado d'invalidità di un assicurato che pretende una rendita dell'assicurazione svizzera è determinato esclusivamente secondo il diritto svizzero (DTF 130 V 253 consid. 2.4).

E. 3.1

Secondo l'art. 2 LPGA, 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

L'esame del diritto a prestazioni secondo la LAI è retto dal tenore della LAI al momento della decisione impugnata in virtù del principio secondo il quale sono determinanti le norme materiali in vigore al momento della realizzazione dello stato di fatto giuridicamente determinante (DTF 130 V 445 consid. 1.2 e relativi riferimenti). Le disposizioni della 5a revisione della LAI, in vigore dal 1° gennaio 2008, non sono pertanto applicabili nel caso concreto e di seguito è fatto riferimento alle disposizioni in vigore fino al 31 dicembre 2007.

E. 3.3

Il ricorrente ha presentato la richiesta di rendita il 12 settembre 2006. In deroga all'art. 24 LPGA, 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 12 settembre 2005 (ossia 12 mesi precedenti la presentazione della

domanda), oppure se un diritto alla rendita sia sorto tra tale data e il 20 settembre 2007, 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 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 DTF 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); aver pagato i contributi durante un anno intero (art. 36 cpv. 1 LAI). Il ricorrente ha versato contributi all'AVS/AI svizzera durante più di un anno intero in totale e, pertanto, adempie la condizione della durata minima di contribuzione. Rimane ora da esaminare se sia invalido ai sensi di legge.

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%. In seguito all'entrata in vigore dell'Accordo sulla libera circolazione, la limitazione prevista dall'art. 28 cpv. 1ter 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 e sentenza del Tribunale federale I 702/03 del 28 maggio 2004 consid. 1 e relativi riferimenti).

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). La lettera a della citata norma si applica allorché lo stato di salute dell'assicurato si è stabilizzato ed è essenzialmente irreversibile e suscettibile di pregiudicare la capacità di guadagno probabilmente in modo permanente, in una misura giustificante il riconoscimento di una rendita (sentenza del Tribunale federale I 146/02 del 5 agosto 2002). La lettera b se lo stato di salute è labile, vale a dire suscettibile di evolvere verso un miglioramento od un peggioramento (DTF 111 V 21 consid. 2). Un danno alla

salute tipicamente labile può essere reputato relativamente stabilizzato soltanto se la sua natura si è modificata a tal punto che si possa ammettere non essere verosimilmente suscettibile di subire modifiche di rilievo in un futuro presagibile (sentenza del Tribunale federale I 282/01 del 4 ottobre 2001; DTF 119 V 98 consid. 4a).

E. 5.4

Un'incapacità al lavoro del 20% deve essere presa in considerazione per il calcolo dell'incapacità al lavoro media giusta l'art. 29 cpv. 1 lett. b LAI (cfr. nota marginale 2020 della Circolare sull'invalidità e la grande invalidità nel suo tenore applicabile fino al 31 dicembre 2007; *Jurisprudence et pratique administrative des autorités d'exécution de l'AVS/AI [Pratique VSI] 1998 p. 126 consid. 3c*).

E. 6.1

La nozione d'invalidità di cui all'art. 4 LAI e 8 LPGA è di carattere economico-giuridico e non medico (DTF 116 V 246 consid. 1b, DTF 110 V 273 e DTF 105 V 205). In base all'art. 16 LPGA, 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). Se non è possibile determinare o stimare in maniera attendibile i due redditi di cui si tratta, si deve procedere, ispirandosi al metodo specifico applicabile alle persone non esercitanti un'attività lucrativa (art. 27 dell'ordinanza del 17 gennaio 1961 sull'assicurazione per l'invalidità [OAI; RS 831.201]), al confronto delle attività e valutare il grado d'invalidità ritenendo l'incidenza della diminuita capacità di rendimento sulla situazione economica concreta (metodo straordinario di graduazione; v. sentenza del Tribunale federale I 782/03 del 24 maggio 2006 consid. 2.3, DTF 128 V 29 e DTF 104 V 135). Peraltro, l'invalidità degli assicurati che esercitano solo parzialmente un'attività lucrativa e per il resto sono dediti allo svolgimento delle proprie mansioni va computata secondo il metodo ordinario del raffronto dei redditi (art. 16 LPGA) per la parte di attività lucrativa, mentre in merito all'impedimento a svolgere le mansioni consuete l'invalidità deve essere valutata sulla base di un confronto delle attività - da attuare mediante un'inchiesta domiciliare (DTF 130 V 97) - conformemente all'art. 27 OAI. In tal caso occorre determinare la parte rispettiva dell'attività lucrativa e quella del compimento degli altri lavori abituali e calcolare il grado d'invalidità globale in funzione dell'impedimento nei due ambiti in questione (metodo misto; cfr. DTF 125 V 148 consid. 2; sentenze del Tribunale federale 9C_35/2007 del 4 aprile 2008 consid. 2, I 503/04 del 13 settembre 2006 consid. 2, nonché in particolare I 382/04 del 18 ottobre 2005 consid. 2 e I 540/02 del 12 maggio 2004 consid. 2).

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. L'invalidità dell'assicurato che non esercita un'attività lucrativa, ma svolge le mansioni consuete e dal quale non si può ragionevolmente esigere che intraprenda un'attività lucrativa, è determinata, in deroga all'art. 16 LPGA, in funzione dell'incapacità di svolgere le mansioni consuete (art. 28 cpv. 2bis LAI; metodo specifico). L'art. 27 OAI precisa che per mansioni consuete di una

persona senza attività lucrativa occupata nell'economia domestica s'intendono gli usuali lavori domestici, l'educazione dei figli nonché le attività artistiche e di pubblica utilità.

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 DTF 114 V 310 consid. 3c).

E. 7.1

Giusta il principio inquisitorio che regge la procedura in materia di assicurazioni sociali (art. 43 LPG), l'amministrazione deve intraprendere d'ufficio i necessari accertamenti e raccogliere le informazioni di cui ha bisogno. In particolare, deve ordinare una perizia allorché è necessario per la valutazione medica del caso (DTF 117 V 282 consid. 4a). 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., Zurigo 2009, art. 42 n. 19 pag. 536; sentenza del Tribunale federale 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 Cst. (Sozialversicherungsrecht [SVR] 2001 IV n. 10 pag. 28).

E. 7.2

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. 8

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 a fondate, 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. 3a).

E. 8.1

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

E. 8.2

Per quel che riguarda le perizie di parte, il Tribunale federale ha precisato che esse contengono considerazioni specialistiche che possono contribuire ad accertare i fatti, da un punto di vista medico. Malgrado esse 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). Giova altresì rilevare come debba essere considerato con la necessaria prudenza l'avviso dei medici curanti, i quali possono tendere a pronunciarsi in favore del proprio paziente a dipendenza dei particolari legami che essi hanno con gli stessi (DTF 125 V 351 consid. 3b e relativi riferimenti).

E. 8.3

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

E. 9

Le affezioni di cui soffre il ricorrente - segnatamente stato dopo intervento di protesi valvolare mitralica per insufficienza grave, stato dopo fibrillazione atriale trattata mediante termoablazione, (stato dopo) intervento di ernia iatale, (stato dopo) intervento di ernia inguinale bilaterale e segni di BCPO - sono di carattere labile, ossia suscettibili di migliorare o di peggiorare. Ne discende che, in mancanza di uno stato di salute sufficientemente stabilizzato, è inapplicabile la prima lettera dell'art. 29 cpv. 1 LAI, per cui può entrare in considerazione solo la seconda lettera della citata norma legale, la quale prevede un termine di attesa di un anno. Pertanto, il ricorrente potrebbe pretendere una rendita dell'assicurazione svizzera per l'invalidità solo a partire dal momento in cui ha subito, senza interruzione notevole, un'incapacità lavorativa media di almeno il 40% durante un anno.

E. 10

Contestata è la questione di sapere se il ricorrente ha subito, senza interruzione notevole, un'incapacità lavorativa media di almeno il 40% durante un anno giusta l'art. 29 cpv. 1 lett. b LAI. Secondo l'UAIE, tale non è manifestamente il caso nella vertenza in esame, mentre l'insorgente ritiene d'avere diritto ad un quarto di rendita a decorrere da settembre del 2006.

E. 10.1

Dalle carte processuali emerge che, dopo il rimpatrio, il ricorrente ha ancora esercitato un'attività lucrativa. In particolare, da gennaio del 1999 è alle dipendenze della ditta B._____, come saldatore ed esplica detta attività in ragione di 40 ore settimanali. L'insorgente ha lavorato senza particolari restrizioni da imputare a motivi di salute fino al 16 luglio 2006. Dal 17 luglio 2006 all'11 aprile 2007, ha interrotto l'attività per causa di

malattia. Successivamente, e per quanto emerge dal questionario per l'assicurato del 21 aprile 2007 (doc. 11) e dal questionario per il datore di lavoro del 20 aprile 2007 (doc. 10), l'insorgente ha ripreso, a tempo pieno, la sua precedente attività.

E. 10.2.1

Certo, nel ricorso il ricorrente fa valere che, a causa del danno alla salute subito (patologia cardiaca notevolmente maggiore di quella ritenuta dall'UAIE), egli ha ridotto la propria attività lavorativa a circa il 60% di un orario normale. Sennonché, e da un lato, ben poteva l'UAIE - sulla base delle risultanze dei questionari per l'assicurato (doc. 11, in particolare punto 4a) e per il datore di lavoro (doc. 10, segnatamente punti 7, 8, 10a e 10b) - ritenere che il ricorrente il 12 aprile 2007 ha ripreso al 100% la precedente attività lavorativa. Dall'altro lato, nel progetto di decisione del 12 luglio 2007 l'autorità inferiore ha esplicitamente richiamato l'attenzione del ricorrente su questo punto (... "Un'attività lucrativa confacente allo stato di salute è esercitata, con orario normale e senza diminuzione di guadagno." ...), senza che l'insorgente stesso abbia poi formulato obiezione alcuna al riguardo nel termine di 30 giorni impartitogli a tal fine prima dell'emanazione della decisione del 20 settembre 2007. In siffatte circostanze, non può essere rimproverato all'autorità inferiore di avere considerato siccome dimostrata, sulla base delle risultanze processuali e senza necessità d'ulteriori accertamenti d'ufficio, la ripresa da parte dell'insorgente della precedente attività nella misura del 100% a partire dal 12 aprile 2007, con l'inevitabile conseguenza che ciò comporta di massima ai sensi dell'art. 29 cpv. 1 lett. b LAI. Peraltro, le indicazioni fornite dal ricorrente in sede ricorsuale con riferimento all'incapacità lavorativa nella sua precedente attività sono contraddittorie ed imprecise. Contraddittorie perché variano da circa il 60% (cfr. ricorso pag. 2) all'80% (certificato medico del dott. D. _____ del 27 luglio 2007). Imprecise poiché l'insorgente, peraltro rappresentato in questa sede da persona qualificata, deve sapere a quale precisa percentuale ha ripreso la precedente attività e che un grado d'invalidità anche fino al 39,49% non dà diritto ad un quarto di rendita. L'insorgente non ha altresì neppure indicato esplicitamente nel ricorso del 17 ottobre 2007 a partire da quale momento egli avrebbe ridotto a circa il 60% il suo impiego nella precedente attività lucrativa né ha esibito documentazione idonea a dimostrare tale asserzione, ciò che avrebbe potuto e dovuto fare dando prova della necessaria diligenza.

E. 10.2.2

Inoltre, non è dato sapere per quale motivo il ricorrente pretenda un diritto all'erogazione di un quarto di rendita a partire da settembre del 2006. In effetti, ai sensi dell'art. 29 cpv. 1 lett. b LAI, il diritto ad una rendita da parte dell'insorgente avrebbe potuto nascere al più presto 12 mesi dopo il sorgere delle affezioni, nel luglio del 2006, che hanno causato un'invalidità (limitata nel tempo).

E. 10.3

Giova ancora esaminare se in virtù della documentazione medica agli atti sia giustificata l'ammissione di una piena capacità lavorativa del ricorrente nella precedente attività al più tardi a partire dall'11 aprile 2007 (recte: 12 aprile 2007), come ritenuto dall'autorità inferiore sulla base delle valutazioni del proprio servizio medico del 5 luglio 2007 e del 20 febbraio 2008 (doc. 18 e 23).

E. 10.3.1

Il dott. C._____ ha osservato, da un lato, che dalla documentazione economica risulta che l'assicurato ha interrotto il lavoro da meno di un anno e dunque non ha diritto a delle prestazioni AI. Dall'altro lato, ha constatato, sulla base della documentazione medica agli atti, che il ricorrente ha sofferto di uno scompenso cardiaco dovuto ad un'insufficienza mitralica severa con fibrillazione atriale (FA) e rottura di una corda della valvola mitralica (estate 2006), che ha subito un intervento di protesi (valvolare mitralica) nonché di riduzione della FA mediante termoablazione (agosto 2006), che il decorso postoperatorio è risultato privo di complicanze, che le patologie di cui è affetto - stato dopo intervento di protesi valvolare mitralica per insufficienza grave, stato dopo fibrillazione atriale trattata mediante termoablazione, stato dopo intervento di ernia iatale, stato dopo intervento di ernia inguinale bilaterale e segni di broncopneumopatia cronica ostruttiva (BPCO) - non hanno mai comportato rispettivamente non comportano più, dopo l'intervento cardiocirurgico del mese di agosto del 2006, alcuna limitazione funzionale determinante e che teoricamente la precedente attività avrebbe potuto essere ripresa 6 mesi dopo l'intervento, ma al più tardi l'11 aprile 2007 (recte: 12 aprile 2007). Orbene, a tale valutazione può essere fatto riferimento, non senza dimenticare che essa trova fondamento anche nella relazione medico legale del 26 ottobre 2006 (doc. 15) e nella perizia medica particolareggiata E 213 pure del 26 ottobre 2006 (doc. 16). In effetti le limitazioni funzionali evidenziate in tali documenti sono estremamente limitate, nel senso di una lieve riduzione della capacità respiratoria e di una discreta limitazione della capacità cardio-circolatoria, in quest'ultimo caso senza peraltro indicazioni dettagliate e specifiche sulle restrizioni. In simili circostanze, non vi è ragione di dubitare del fatto che il ricorrente, come ritenuto dal servizio medico dell'UAIE, avrebbe potuto, quand'anche per denegata ipotesi non lo avesse fatto (come appare invece dagli atti di causa), esercitare la sua precedente attività a più del 60% a partire dal 12 aprile 2007.

E. 10.3.2

Certo, il ricorrente appare volere fondare la sua diversa opinione sulla base della cartella clinica dell'Ospedale E._____ del 31 agosto 2006, della perizia medica particolareggiata E 213 del 26 ottobre 2006, del certificato medico del dott. D._____ del 27 luglio 2007 e della prova ergometrica del 21 febbraio 2008. Tuttavia, la cartella clinica dell'Ospedale E._____ del 31 agosto 2006 non attesta di un'incapacità lavorativa del ricorrente nella sua precedente attività, tanto meno dopo l'11 aprile 2007. Lo stesso vale per la perizia medica particolareggiata E 213 del 26 ottobre 2006, in cui è certo stata evidenziata una capacità lavorativa del 30% solamente nella precedente attività lavorativa ma nel momento della sua redazione (con segnalazione, però, di un intervenuto miglioramento [!]), senza che da essa si debba o anche solo possa trarre elementi concludenti su un'eventuale incapacità lavorativa del 40% almeno a partire dal 12 aprile 2007 (assenza di qualsivoglia riscontro medico oggettivo in tal senso). Per quanto attiene al certificato medico del 27 luglio 2007 del dott. D._____, esibito con il ricorso, può essere rinviato alle considerazioni del dott. C._____ riportate nel presente giudizio (lettera G.b dei fatti di causa). Giova peraltro precisare che nella misura in cui il certificato medico del dott. D._____, peraltro estremamente generico, si riferisce alle note diagnosi non apporta alcun (nuovo) elemento medico oggettivo con riferimento ad eventuali limitazioni funzionali specifiche aventi incidenza sulla capacità lavorativa del ricorrente e laddove fa stato di nuove patologie - quali cardiopatia ischemica, dispnea a riposo, edemi e cervicoartrosi - queste non sono corroborate da riscontri medici oggettivi nella relazione medesima (peraltro nella relazione medico legale del 26 ottobre 2006 [doc. 15], nonostante che l'insorgente si sia lamentato di

dispnea al minimo sforzo [pag. 7], è fatto stato di una capacità funzionale respiratoria solo lievemente ridotta [pag. 8]). Manca inoltre una motivazione con riferimento alle ragioni che stanno alla base della conclusione d'inabilità lavorativa dell'80%. Infine, la prova ergometrica del 21 febbraio 2008 è posteriore alla data della decisione impugnata, di modo che non può essere presa in considerazione nel caso di specie, fermo restando che non dimostra altresì alcunché di rilevante con riferimento alla situazione del ricorrente fino al momento dell'emanazione, il 20 settembre 2007, della decisione impugnata.

E. 10.4

Sulla scorta della documentazione medica agli atti di causa e delle considerazioni che precedono, questo Tribunale condivide pertanto la valutazione dell'autorità inferiore secondo la quale la richiesta di una rendita AI svizzera da parte del ricorrente deve essere respinta poiché al 20 settembre 2007 egli non risulta dalle carte processuali avere subito un'incapacità al lavoro del 40% almeno in media per un anno.

E. 11

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

E. 12.1

Visto l'esito della procedura, le spese processuali, di fr. 300.--, sono poste a carico del ricorrente (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 del 21 febbraio 2008 [TS-TAF, RS 173.320.2]). Esse sono computate con l'anticipo spese, di identico ammontare, versato dal ricorrente stesso il 22 aprile 2008.

E. 12.2

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.