



Corte III
C-2790/2007
{T 0/2}

Sentenza dell'11 aprile 2008

Composizione

Giudici: Francesco Parrino (presidente del collegio),
Elena Avenati-Carpani, Johannes Frölicher.
Cancelliere: Dario Croci Torti

Parti

A. _____,
patrocinato dall'avv. Roberto Coppola, _____
ricorrente,

contro

Ufficio dell'assicurazione per l'invalidità per gli assicurati residenti all'estero UAIE, avenue Edmond-Vaucher 18, casella postale 3100, 1211 Ginevra 2
autorità inferiore

Oggetto

Assicurazione-invalidità (decisione su opposizione del
15 marzo 2007)

Fatti:**A.**

A. _____, cittadino italiano, nato il _____, ha lavorato in Svizzera dal 1967 al 1977, solvendo regolari contributi all'assicurazione per la vecchiaia, i superstiti e l'invalidità (AVS/AI), durante tale periodo (doc. 5). Dopo il rimpatrio ha continuato ad esercitare un'attività lucrativa. Da ultimo ha lavorato come operaio metallurgico, dal 20 maggio 2002 al 31 ottobre 2004, in ragione di 40 ore settimanali e per un salario adeguato alla sua qualifica. Ha rassegnato le dimissioni con effetto a quest'ultima data per ragioni che l'interessato ascrive alle sue precarie condizioni di salute (doc. 10, 11).

In data 20 dicembre 2004, A. _____ ha formulato una richiesta volta al conseguimento di una rendita dell'assicurazione svizzera per l'invalidità (doc. 1, 4).

B.

Il richiedente è stato visitato presso i servizi medici dell'Istituto nazionale della previdenza sociale (INPS) di Avellino (doc. 26). È stata posta la diagnosi di *“dorsolombalgia cronica da pregressa frattura discosomatica di L2, lomboartrosi, portatore di ulcera gastrica”* ed un tasso d'invalidità del 70%. Sono stati esibiti documenti oggettivi, quali:

- referti medici risalenti agli anni 1992, 1993 e 1996 riguardanti problemi alla colonna dorsale (D5-D6) ed un'ulcera gastrica (doc. 13-16);
- un rapporto d'esame audiofonologico del 20 dicembre 2000 (doc. 18);
- una cartella clinica relativa alla degenza dal 6 al 12 luglio 2002 per frattura discosomatica di L2 (doc. 19);
- un referto radiologico della colonna vertebrale del 16 dicembre 2002 (doc. 20);
- un rapporto di pronto soccorso del 26 febbraio 2003 poco leggibile (doc. 23);
- un referto di osteosonografia mano sinistra del 24 marzo 2005 (doc. 24).

Nella sua relazione del 24 ottobre 2005, il Dott. B._____, del Servizio medico regionale (SMR) "Rhône", dopo aver ripreso la diagnosi sopra riferita ed analizzato il caso sotto il profilo delle malattie di lunga durata, ha affermato che l'interessato non potrebbe più svolgere il suo precedente lavoro di operaio metallurgico, che ritiene verosimilmente pesante, ma a lui sarebbero proponibili attività leggere e/o sedentarie in misura completa (doc. 28).

L'UAIE ha aderito al parere del proprio consulente sanitario ed ha effettuato un'indagine comparativa dei redditi, dalla quale è risultato che svolgendo attività alternative in misura completa, invece di quella di operaio metallurgico, egli subirebbe una perdita di guadagno del 35%. In questo calcolo, il reddito dopo l'insorgenza dell'invalidità è stato ulteriormente ridotto del 20%, per tenere conto della situazione personale dell'assicurato (doc. 29).

Mediante decisione del 5 gennaio 2006, l'UAIE ha pertanto respinto la richiesta di prestazioni (doc. 30).

C.

A._____, regolarmente rappresentato dall'avv. Roberto Coppola, ha formulato opposizione contro il suddetto provvedimento amministrativo chiedendo il riconoscimento del diritto alla rendita intera AI dal 2003 o dalla data di maturazione del diritto. A suffragio delle sue conclusioni produce una perizia depositata il 26 agosto 2003 presso la cancelleria del Tribunale di Avellino, eseguita dal Dott. V._____, nella quale si attesta *"esiti di frattura discosomatica di D8 ed L2 e frattura IV metatarso piede sinistro, dorsolombalgia cronica con discopatia a livello L4-L5 ed L5-S1 e moderato impegno delle articolazioni portanti, sindrome dispeptica post colecistectomia, gastropatia antrale ed esofagite erosiva di II grado, ipoacusia neurosensoriale"*. Il perito indica che A._____ presenta un tasso d'invalidità superiore ai due terzi (doc. 31). Con sentenza del 21 novembre 2003, l'INPS viene condannato a corrispondere all'assicurato una rendita d'invalidità italiana dal giugno 2003 (doc. 32).

Ricevuta l'opposizione, l'amministrazione ha sottoposto gli atti al SMR. Nella sua relazione del 12 marzo 2007, il Dott. B._____ si è riconfermato nelle sue precedenti considerazioni (doc. 36).

Mediante decisione su opposizione del 15 marzo 2007, l'UAIE ha respinto l'istanza dell'opponente confermando la propria decisione del 5 gennaio 2006 (doc. 37).

D.

Con gravame del 16 aprile 2007, A._____, sempre rappresentato dall'avv. Coppola, chiede, sostanzialmente, l'annullamento del summenzionato provvedimento amministrativo e, di conseguenza, il riconoscimento del suo diritto a prestazioni assicurative. A suffragio delle sue conclusioni produce, oltre a documentazione già ad atti, un rapporto d'esame ortopedico del 4 maggio (o aprile) 2006, ed un breve rapporto d'esame neurofisiopatologico del 26 aprile successivo, nonché un elettrocardiogramma del 3 settembre 2006. Esibisce inoltre una breve nota dell'USL 2 di Solofra (Distretto 9) attestante una depressione endoreattiva.

Ricevuto il ricorso, l'UAIE ha risottoposto gli atti al Dott. B._____ del SMR. Il medico, nel suo rapporto del 18 giugno 2007, ha affermato che la documentazione esibita con il ricorso non pone in evidenza alcun peggioramento della situazione valetudinaria di A._____ (doc. 39).

Nelle sue osservazioni ricorsuali del 22 giugno 2007, l'UAIE propone la reiezione del ricorso.

E.

Dopo aver preso atto delle risposta dell'amministrazione e di altra documentazione di rilievo, l'avv. Coppola, con replica del 19 luglio 2007, ha ribadito l'intenzione del proprio assistito di mantenere il ricorso. A suffragio delle conclusioni produce una perizia allestita il 17 luglio 2007 dal Dott. G._____, il quale, oltre alla nota diagnosi, attesta una cervicalgia da cervicodiscoartrosi, lombalgia cronica da discopatia L5-S1, osteoporosi, bronchite cronica e sindrome depressiva.

Ricevuta la replica, l'amministrazione ha risottoposto gli atti al SMR. Nella sua relazione del 19 settembre completata il 3 dicembre 2007, il Dott. B._____ ha proposto di ammettere l'esistenza di un'incapacità al lavoro totale anche nella attività di sostituzione a decorrere dal 4 maggio 2006, data del referto ortopedico esibito con il ricorso.

Nella sua duplice del 14 dicembre 2007, l'UAIE propone di ammettere parzialmente il ricorso e di riconoscere in favore di A._____ il diritto alla rendita intera AI dal 1° maggio 2006.

F.

Con ordinanza del 9 gennaio 2008, il giudice dell'istruzione ha invitato l'avv. Coppola a volersi pronunciare in merito alla proposta dell'amministrazione, entro l'11 febbraio successivo. Nel contempo è stata comunicata alle parti la composizione del collegio giudicante. A tutt'oggi l'interpellato non ha tuttavia esercitato il suo diritto di risposta. Non sono pervenute domande di ricusazione.

Diritto:

1.

1.1 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 agli art. 33 e 34 LTAF. In particolare, le decisioni rese dall'Ufficio dell'assicurazione per l'invalidità per gli assicurati residenti all'estero (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).

1.2 I ricorsi pendenti presso le Commissioni federali di ricorso o d'arbitrato o presso i servizi di ricorso dei dipartimenti il 1° gennaio 2007 sono trattati dal Tribunale amministrativo federale nella misura in cui è competente. È applicabile il nuovo diritto di procedura (cfr. art. 53 cpv. 2 LTAF).

2.

2.1 Il 1° giugno 2002 sono entrati in vigore l'Accordo tra la Confederazione svizzera, da una parte, e la Comunità europea ed i suoi Stati membri, dall'altra, sulla libera circolazione delle persone del 21 giugno 1999 (ALC, RS 0.142.112.681) ed il correlato Allegato II che

regola il coordinamento dei sistemi di sicurezza sociale nonché il Regolamento (CEE) n° 1408/71 del Consiglio del 14 giugno 1971 relativo all'applicazione dei regimi di sicurezza sociale ai lavoratori subordinati, ai lavoratori autonomi e ai loro familiari che si spostano all'interno della Comunità (RS 0.831.109.268.1) come pure il corrispondente Regolamento di applicazione (Regolamento CEE n° 574/72 del Consiglio del 21 marzo 1972 relativo all'applicazione del Regolamento n° 1408/71, RS 0.831.109.268.11). Trattasi di una normativa che si applica a tutte le rendite il cui diritto sorge a far data dal 1° giugno 2002 o successivamente e che sancisce il principio della parità di trattamento tra cittadini che risiedono in uno Stato membro della Comunità europea ed i cittadini svizzeri (art. 3 e 6 del Regolamento CEE n° 1408/71).

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

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

3.

3.1 In virtù dell'art. 3 lett. d^{bis} 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-26^{bis} e 28-70), sempre che la presente legge non preveda espressamente una deroga.

3.2 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.

3.3 Il ricorso è tempestivo ed ossequioso dei requisiti minimi prescritti dalla legge (art. 60 LPGA e 52 PA). Il gravame è dunque ricevibile, nulla ostando all'esame del merito dello stesso.

4.

Ai fini del presente giudizio occorre altresì preliminarmente precisare, con particolare riferimento al diritto materiale, che, dal profilo temporale, non trovano applicazione le modifiche della LAI del 17 giugno 2007 entrate in vigore dal 1° gennaio 2008 (5a revisione della LAI). Di seguito vengono quindi citate le disposizioni della LAI e della LPGA nel tenore in vigore fino al 31 dicembre 2007.

5.

Il ricorrente ha presentato la richiesta di rendita il 20 dicembre 2004. In deroga all'art. 24 LPGA, l'art. 48 cpv. 2 LAI precisa che, se l'assicurato si annuncia più di dodici mesi dopo la nascita del diritto, le prestazioni possono essere assegnate soltanto per i 12 mesi precedenti la richiesta. In concreto, lo scrivente Tribunale amministrativo federale può quindi limitarsi ad esaminare se il ricorrente avesse diritto ad una rendita il 20 dicembre 2003 (ossia 12 mesi precedenti la presentazione della domanda), oppure se un diritto alla rendita sia sorto tra tale data ed il 15 marzo 2007, data della decisione impugnata. Il giudice delle assicurazioni sociali analizza, infatti, la legalità della decisione impugnata, in generale, secondo lo stato di fatto esistente al momento in cui la decisione in lite è stata resa (DTF 130 V 445 consid. 1.2 e 1.2.1).

6.

Per avere diritto ad una rendita dell'assicurazione invalidità svizzera, un cittadino italiano deve adempiere cumulativamente le seguenti condizioni: essere invalido ai sensi della legge svizzera ed aver versato contributi all'AVS/AI svizzera durante un anno intero almeno (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, alla quale la legge subordina l'erogazione di una rendita. Rimane ora da esaminare se sia invalido ai sensi di legge.

7.

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.

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. 1 LAI). In seguito all'entrata in vigore dell'Accordo bilaterale, la limitazione prevista dall'art. 28 cpv. 1ter LAI, secondo il quale le rendite per un grado d'invalidità inferiore al 50% sono versate solo ad assicurati che sono domiciliati e dimorano abitualmente in Svizzera (art. 13 LPGA), non è più applicabile quando l'assicurato è cittadino dell'UE e vi risiede.

7.3 Il diritto alla rendita, secondo l'art. 29 cpv. 1 LAI, nasce, al più presto, nel momento in cui l'assicurato presenta un'incapacità permanente di guadagno pari almeno al 40% (lettera a), oppure quando egli è stato per un anno e senza notevoli interruzioni, incapace al lavoro per almeno il 40% in media (lettera b). La prima lettera si applica allorché lo stato di salute dell'assicurato si è stabilizzato; la seconda se lo stato di salute è labile, vale a dire suscettibile di evolvere verso un miglioramento od un peggioramento (DTF 121 V 264, 111 V 21 consid. 2b).

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 LPGA). L'incapacità al guadagno è definita all'art. 7 LPGA 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.

8.

8.1 A. _____, dopo il rimpatrio, ha ancora lavorato come operaio. Dal 20 maggio 2002 era alle dipendenze della ditta D. _____ S.p.A. di Salerno, come operaio metallurgico, in ragione di 40 ore settimanali e per un salario adeguato alla sua qualifica. Il dipendente stesso ha rassegnato le dimissioni con effetto al 31 ottobre 2004 per motivi di salute; non risultano tuttavia assenze prolungate da imputare a malattia negli ultimi due anni di attività (doc. 10 e 11).

8.2 La nozione d'invalidità di cui all'art. 4 LAI e 8 LPGA è di carattere giuridico economico, non medico (DTF 116 V 249 consid. 1b; 110 V 275, 105 V 207). 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). 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, 104 V 136; 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 il tasso d'invalidità dell'assicurato (DTF 114 V 314, 105 V 158). 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).

Inoltre, perché un rapporto medico abbia valore probatorio è

determinante che esso valuti ed esamini in maniera completa i punti litigiosi, si fondi su degli esami approfonditi, prenda conto di tutte le affezioni di cui si lamenta l'assicurato, sia stabilito in piena conoscenza dei suoi antecedenti (anamnesi) e sia chiaro nell'esposizione delle correlazioni mediche o nell'apprezzamento della situazione medica; le conclusioni dell'esperto devono inoltre essere motivate (DTF 125 V 352, 122 V 160).

9.

9.1 Nel caso di specie è stata evidenziata una diagnosi di dorsolombalgia cronica da pregressa frattura discosomatica di L2 (evento del 6 luglio 2002, doc. 19), lomboartrosi e ulcera gastrica (cfr. la perizia medica particolareggiata doc. 26). In sede d'opposizione e soprattutto con il ricorso vengono segnalati problemi alla colonna cervicale, sofferenze radicolari C5-C6 ed L3-L4, affezioni tuttavia non documentate da un'elettromiografia od altri referti oggettivi. Si accenna anche a sofferenze del sistema cardiovascolare, alla mano ed al piede sinistro, un'ipoacusia neurosensoriale bilaterale ed a problemi di depressione reattiva.

9.2 Giova ricordare che le affezioni in oggetto debbono, dal profilo giuridico, essere esaminate alla luce dell'art. 29 cpv. 1 lett. b LAI. Trattasi, infatti, di malattie che, per costante giurisprudenza, sono da configurare non già di carattere permanente (cioè di natura consolidata o irreversibile), bensì patologico-labile, ossia suscettibili di migliorare o 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 d'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 del 40% almeno durante un anno.

10.

10.1 Per quanto concerne le conseguenze invalidanti delle menzionate affezioni, il sanitario incaricato dell'INPS, Dott. T._____, pone un tasso d'invalidità del 70%.

In sede di duplice, l'UAIE, basandosi sul parere del Dott. B._____, propone di riconoscere un'incapacità lavorativa totale, anche in attività leggere, a partire dal 4 maggio 2006.

10.2 Lo scrivente Tribunale considera che la proposta avanzata dal Dott. B._____ volta a riconoscere un'incapacità lavorativa totale non è convincente. Il medico dell'UAIE, nel suo rapporto del 24 ottobre 2005, aveva posto un tasso d'invalidità del 100% dal 1° novembre 2004 come operaio metallurgico ma dello zero per cento in attività sostitutive sempre da questa data. Questo suo parere è stato ribadito nell'ambito della procedura di opposizione (rapporto del 12 marzo 2007) e della procedura di ricorso (relazione del 18 giugno 2007), quando gli erano già stati sottoposti i referti neurologici ed ortopedici rispettivamente del 26 aprile 2006 e 4 maggio 2006. Ora, nelle relazioni successive alla replica (doc. 41 e 43), il Dott. B._____ non spiega perché si è discostato dai suoi precedenti pareri. Non è dato a sapere per quale motivo l'assicurato non può più essere considerato valido dopo il 4 maggio 2006, quando i referti medici erano in gran parte già noti, ad eccezione della perizia del Dott. A1._____ del 17 luglio 2007, ed avevano giustificato una capacità lavorativa completa in attività idonee. Il medico dell'UAIE non suffraga il suo parere con motivazioni complete e convincenti, come lo richiede la giurisprudenza in questi casi (cfr. consid. 8.2).

I documenti medici prodotti in sede ricorsuale, come è osservato dallo stesso Dott. B._____, sono sprovvisti della necessaria oggettivazione strumentale. Lo stesso vale in particolare per la perizia del 17 luglio 2007 del Dott. A1._____ che, da sola, non può certamente giustificare una valutazione diametralmente opposta della capacità di lavoro residua dell'interessato. Nel suo rapporto del 18 giugno 2007, il sanitario del SMR rileva che il rapporto d'esame neurologico del 26 aprile 2006 è sprovvisto della necessaria elettromiografia atta a confermare quanto descritto. Per quanto attiene al referto ortopedico del 4 giugno 2005, questo è effettivamente poco leggibile. Il medico del SMR osserva che questi documenti *“n'ont pas de caractère de plausibilité. Ils sont de loin insuffisants pour démontrer une incapacité de travail telle que je l'avais définie dans mes avis précédents (...)”*. Nella relazione del 19 settembre 2007, il sanitario dell'amministrazione critica a diverse riprese la documentazione agli atti perché risulta spesso poco leggibile. Inoltre, il Dott. B._____, riferendosi al parere espresso dal Dott. A1._____, afferma *“dans ce type de*

documents il s'agit plus d'une question de foi que de convictions objectives" e (...) "Il s'agit d'une appréciation de la capacité de travail apportée par un médecin qui a examiné l'assuré. Nous devons par conséquent l'accepter". A mente dello scrivente Tribunale, questa opinione non è corretta: è al contrario compito del consulente del Servizio medico regionale stabilire in che misura il danno alla salute limita l'interessato nelle sue capacità psicofisiche, attenendosi unicamente alle funzioni importanti relative alle attività lavorative che, secondo la sua esperienza di vita, entrano in linea di conto nel caso concreto. In particolare egli valuta se e in che misura l'assicurato può star seduto o in piedi, può portare pesi ecc. (art. 49 OAI, vedi anche DTF 125 V 261 consid. 4; U. Meyer/Blaser, Bundesgesetz über die Invalidenversicherung, Serie: Rechtssprechung des Bundesgerichts zum Sozialversicherungsrecht, Zurigo 1997, p. 227).

Va comunque rilevato che, nella fattispecie, esiste un'incertezza già dal punto di vista diagnostico in quanto molti medici si sono espressi in merito, ma esistono pochi referti oggettivi che documentino queste patologie e, spesso, questi referti non sono più attuali. Di conseguenza, appaiono poco condivisibili e contraddittorie le valutazioni delle conseguenze invalidanti di ciascuna affezione. Va ancora aggiunto che non è dato a sapere da quando lo stato di salute di A._____ sarebbe peggiorato.

Ora, fatte queste considerazioni, il collegio giudicante si trova nell'impossibilità di determinare la misura dell'eventuale incapacità di lavoro e di guadagno subita dall'interessato e da quando questa invalidità esisterebbe.

11.

11.1 In queste circostanze è necessario accogliere parzialmente il ricorso, annullare la decisione impugnata e rinviare l'incarto all'UAIE, affinché emani una nuova decisione. Certo, l'art. 61 cpv. 1 PA permette solo eccezionalmente di ricorrere ad una tale procedura. Nel caso concreto, l'applicazione dell'eccezione prevista è tuttavia giustificata se si considerano le numerose lacune dell'incarto e l'ampiezza delle informazioni da raccogliere.

11.2 L'UAIE dovrà quindi completare l'istruttoria delucidando la situazione medica per il periodo dal 1° novembre 2004 (data di cessazione dell'attività lucrativa) fino alla data dell'impugnata

decisione (15 marzo 2007) e da questa data in poi. L'UAIE emanerà poi un nuovo provvedimento impugnabile.

A tale fine il ricorrente dovrà essere sottoposto ad una perizia pluridisciplinare (ortopedia, neurologia e psichiatria). Il paziente effettuerà tutti quegli esami oggettivi che il caso richiede. L'incarto sarà poi inviato in esame al servizio medico dell'UAIE il quale si pronuncerà in merito all'evoluzione dell'incapacità al lavoro fra il novembre 2004 ed il 15 marzo 2007, data della decisione impugnata, e da questa data in poi, nonché in merito all'attività professionale che il ricorrente avrebbe potuto espletare nel periodo suddetto.

Se del caso, l'Autorità amministrativa effettuerà poi un'adeguata e circostanziata indagine comparativa dei redditi.

12.

12.1 Visto l'esito del ricorso, non vengono prelevate spese processuali.

12.2 In base all'art. 64 PA, l'autorità di ricorso, se ammette il ricorso in tutto o in parte, può assegnare al ricorrente un'indennità per le spese indispensabili e relativamente elevate che ha sopportato. Nel caso in esame, vista la memoria di ricorso e di replica, si giustifica riconoscere alla parte ricorrente un'indennità per spese ripetibili di Fr. 1'200.-, da porre a carico dell'UAIE.

Per questi motivi, il Tribunale amministrativo federale pronuncia:

1.

Il ricorso è parzialmente accolto, nel senso che, annullata l'impugnata decisione del 15 marzo 2007, l'incarto è rinviato all'Ufficio dell'assicurazione per l'invalidità per gli assicurati residenti all'estero, perché proceda ai sensi del considerando 11 e statuisca di nuovo.

2.

Non si prelevano spese processuali.

3.

Alla parte ricorrente viene riconosciuta un'indennità per spese ripetibili di Fr. 1'200.-, la quale viene posta a carico dell'Ufficio AI intimato.

4.

Comunicazione a:

- rappresentante del ricorrente (raccomandata AR)
- autorità inferiore (n. di rif. _____)
- Ufficio federale delle assicurazioni sociali, Berna

Il presidente del collegio:

Il cancelliere:

Francesco Parrino

Dario Croci Torti

Rimedi giuridici:

Contro la presente decisione può essere interposto ricorso in materia di diritto pubblico al Tribunale federale, Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerna, entro un termine di 30 giorni dalla sua notificazione, nella misura in cui sono rispettate le condizioni di cui agli art. 82 e segg., 90 e segg. e 100 della legge sul Tribunale federale del 17 giugno 2005 (LTF, RS 173.110). Gli atti scritti devono contenere le conclusioni, i motivi e l'indicazione dei mezzi di prova ed essere firmati. La decisione impugnata e – se in possesso della parte – i documenti indicati come mezzi di prova devono essere allegati (art. 42 LTF).

Data di spedizione: