



Corte III
C-2796/2014

Sentenza del 15 giugno 2017

Composizione

Giudici Vito Valenti (presidente del collegio),
Viktoria Helfenstein e Franziska Schneider,
cancelliera Anna Röthlisberger.

Parti

A. _____,
rappresentato da Rechtsberatung für italienische
Migrantinnen und Migranten,
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 per l'invalidità, domanda di rendita (decisione
del 1° maggio 2014).

Fatti:**A.**

A.a A._____, cittadino italiano, nato il (...), ha lavorato in Svizzera dal 1975 al 1987 solvendo regolari contributi all'assicurazione svizzera per la vecchiaia, i superstiti e l'invalidità. In seguito, l'interessato è rientrato in Italia svolgendo diverse attività lavorative. Per motivi di salute, da settembre del 2006 ha lavorato al 25% (doc. 10 [ripetuto in doc. 25 pagg. 1 e 2], 30, 31 e 53).

A.b Il 19 dicembre 2006, l'interessato è stato sottoposto a una visita presso l'ambulatorio di pneumologia di B._____ (doc. 35). La prova di funzionalità respiratoria ed il test del cammino ivi eseguiti hanno evidenziato difficoltà respiratorie senza desaturazione da sforzo.

A.c L'assicurato è stato ricoverato in ospedale il 19 marzo 2013 per "dispnea ingravescente e tosse insistente con espettorazione muco-purulenta". Il 26 marzo seguente, l'interessato è stato dimesso con la diagnosi di "Broncopneumopatia cronica ostruttiva (BPCO) grado C riacutizzata con insufficienza respiratoria latente (significativa desaturazione notturna e sotto sforzo)" (doc. 42 [ripetuto in doc. 55]).

B.

Il 29 maggio 2013, l'interessato ha formulato una domanda volta all'ottenimento di una rendita dell'assicurazione svizzera per l'invalidità (doc. 30 e 32).

C.

C.a Dalla documentazione di cui agli atti dell'autorità inferiore emergono in particolare:

- la perizia medica particolareggiata E 213 del 21 ottobre 2013 redatta dalla dott.ssa C._____, medico dell'Istituto nazionale della previdenza sociale (INPS), la quale ha posto la diagnosi di "broncopneumopatia cronica con severo deficit ostruttivo; discreta desaturazione da sforzo e notturna; ICD 4912 bronchite cronica ostruttiva" (doc. 45 pag. 8);
- diverse prove di funzionalità respiratoria e diversi test del cammino effettuate dal 2006, con una maggiore frequenza dal 2010 fino al 16 dicembre 2013 (doc. 35, 37, 38, 39, 43 e 60);

- diversi certificati medici dell'ambulatorio di pneumologia di B._____ del 2013 (doc. 40 [ripetuto in doc. 57], 46 [ripetuto in doc. 58], 56 e 60);
- la presa di posizione del 14 gennaio 2014 del dott. D._____, medico del Servizio medico regionale (SMR), il quale ha posto la diagnosi, con influsso sulla capacità lavorativa, di broncopneumopatia cronica ostruttiva (BPCO) con enfisema e abuso di nicotina per lungo tempo. Senza influsso sulla capacità lavorativa ha posto la diagnosi di obesità BMI 30. Il medico ha ritenuto, a decorrere dal 19 dicembre 2006, un'incapacità lavorativa nell'attività abituale del 70% e una residua capacità lavorativa del 100% in attività sostitutive adeguate (elenco delle limitazioni doc. 62 pag. 2; elenco di attività possibili doc. 62 pagg. 3-4).

C.b Con progetto di decisione del 30 gennaio 2014, l'autorità inferiore ha prospettato il respingimento della domanda di rendita formulata dall'interessato (doc. 64; cfr. anche doc. 63 [foglio di calcolo]).

C.c Con prese di posizione del 25 febbraio 2014 (doc. 67), del 13 marzo 2014 (doc. 69) e del 25 marzo 2014 (doc. 72), l'interessato, per il tramite del proprio rappresentante, ha indicato che la BPCO, ampiamente attestata dalla sufficiente documentazione medica già agli atti, è grave (classe D della scala Gold [cfr. certificato medico del 16 dicembre 2013, doc. 60]) ed influenza la capacità lavorativa pure in attività sostitutive leggere, così come la qualità generale di vita e lo svolgimento delle abituali mansioni quotidiane. L'assicurato ha inoltre trasmesso un rendiconto dell'esercizio 2013 dell'attività di artigiano attestante un ricavo annuo di EUR 2'290.- (doc. 70). L'interessato ha pertanto chiesto il riconoscimento di una rendita intera a decorrere dal mese di novembre del 2013.

D.

Con decisione del 1° maggio 2014, l'UAIE ha respinto la domanda di rendita presentata dall'interessato. Ha segnatamente ritenuto un'incapacità lavorativa del 70% nell'ultima attività abituale svolta in qualità di tinteggiatore industriale, ma una capacità lavorativa totale nell'esercizio di un'attività che rispetti le limitazioni funzionali, segnatamente un'attività senza sollevamento di pesi, al riparo dalla polvere, dal freddo, dal caldo e dalle intemperie (doc. 73; cfr. anche doc. 63 [foglio di calcolo]).

E.

Il 22 maggio 2014, l'interessato ha presentato ricorso dinanzi al Tribunale

amministrativo federale (TAF), mediante il quale ha chiesto l'annullamento della decisione impugnata e il riconoscimento del diritto di percepire una rendita intera a decorrere dal 1° novembre 2013 (doc. TAF 1). Il ricorrente ha fatto valere, nella sostanza, che l'affezione di cui soffre è maggiore di quanto ritenuto dall'autorità inferiore e comporta una limitazione notevole, in misura ancora da definire, anche nell'esercizio di adeguate attività sostitutive leggere.

F.

Il 25 giugno 2014, l'interessato ha corrisposto il richiesto anticipo di fr. 400.- a copertura delle presumibili spese processuali (doc. TAF 4).

G.

Con risposta del 4 settembre 2014, l'UAIE ha proposto la reiezione del ricorso e la conferma della decisione impugnata riprendendone le motivazioni (doc. TAF 7).

H.

H.a Nella replica del 10 ottobre 2014, il ricorrente si è integralmente riconfermato nelle proprie richieste e conclusioni (doc. TAF 10).

H.b Con scritto del 24 ottobre 2014, l'UAIE ha comunicato di rinunciare a presentare la duplica (doc. TAF 12).

Diritto:

1.

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

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).

1.3 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 LPGA

(RS 830.1). Giusta l'art. 1 cpv. 1 LAI, le disposizioni della LPGA sono applicabili all'assicurazione per l'invalidità (art. 1a-26^{bis} e 28-70), sempre che la LAI non deroghi alla LPGA.

1.4 Presentato da una parte direttamente toccata dalla decisione e avente un interesse degno di protezione al suo annullamento o alla sua modifica (art. 59 LPGA), il ricorso – interposto tempestivamente e rispettoso dei requisiti previsti dalla legge (art. 60 LPGA nonché art. 52 PA) – è pertanto ammissibile. Inoltre, con versamento del 25 giugno 2014 (doc. TAF 4), il ricorrente ha tempestivamente corrisposto l'anticipo spese richiesto (art. 21 cpv. 3 e 63 cpv. 4 PA).

2.

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

2.2 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).

2.3 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.

2.4 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).

3.

3.1 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). Nel caso concreto, si applicano di principio le nuove norme materiali in vigore dal 1° gennaio 2012, tra le quali le disposizioni della 6a revisione delle LAI (cfr. DTF 130 V 1 consid. 3.2 per quanto concerne le disposizioni formali della LPGGA, immediatamente applicabili con la loro entrata in vigore).

3.2 Giova altresì rilevare che il potere cognitivo di questo Tribunale è delimitato dalla data della decisione impugnata, in concreto il 1° maggio 2014. 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. Tiene tuttavia conto dei fatti verificatisi dopo tale data quando essi possano imporsi quali elementi d'accertamento retrospettivo della situazione anteriore alla decisione stessa (DTF 129 V 1 consid. 1.2; 121 V 362 consid. 1b), in altri termini se gli stessi sono strettamente connessi all'oggetto litigioso e se sono suscettibili di influire 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*).

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 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).

È incontestato che il ricorrente adempie in ogni caso la condizione della durata minima di contribuzione, avendo pagato contributi all'assicurazione svizzera per la vecchiaia, i superstiti e l'invalidità durante 12 anni e 6 mesi (doc. 10 e 22).

5.

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).

5.2 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 (lettera a), ha avuto un'incapacità al lavoro (art. 6 LPGGA) almeno del 40% in media durante un anno

senza notevole interruzione (lettera b) e al termine di questo anno è invalido (art. 8 LPGA) almeno al 40% (lettera c).

5.3 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 LPGA), 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).

5.4 La nozione d'invalidità di cui agli art. 4 LAI e 8 LPGA è un concetto di carattere economico-giuridico e non medico (cfr. sentenze del TF 9C_318/2014 del 10 settembre 2014 consid. 3.1 e 8C_636/2010 del 17 gennaio 2011 consid. 3 con rinvii). 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).

5.5 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 (cfr. sentenze del TF 9C_240/2013 del 22 ottobre 2013 consid. 2.1 e 8C_671/2011 dell'11 novembre 2011 consid. 3).

6.

In virtù dell'art. 43 LPGA nonché degli art. 12 e 13 PA e dell'art. 19 PA in relazione con l'art. 40 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. Secondo giurisprudenza, se il giudice ritiene che i fatti non sono sufficientemente delucidati, può, peraltro non senza qualche limitazione (cfr. DTF 137 V 210 consid. 4.4.1.4), sia rinviare la causa all'amministrazione per completamento dell'istruzione sia procedere lui medesimo a tale istruzione complementare. Un rinvio all'amministrazione che ha per scopo di completare l'accertamento

dei fatti non viola né i principi della semplicità e della celerità né il principio inquisitorio. In particolare, un siffatto rinvio appare in generale siccome giustificato se l'amministrazione ha proceduto ad una constatazione dei fatti sommaria nella speranza che in caso di ricorso sarebbe poi stato il Tribunale ad effettuare i necessari accertamenti fattuali (cfr. sentenza del TF 9C_162/2007 del 3 aprile 2008 consid. 2.3 con rinvii).

7.

7.1 Il giudice delle assicurazioni sociali deve esaminare in maniera obiettiva tutti i mezzi di prova, indipendentemente dalla loro provenienza, e poi decidere se i documenti messi a disposizione permettono di giungere ad un giudizio attendibile sulle pretese giuridiche litigiose. Affinché il giudizio medico acquisti valore di prova rilevante, esso deve essere completo in merito ai temi sollevati, deve fondarsi, in piena conoscenza della pregressa situazione valetudinaria (anamnesi), su esami approfonditi e tenere conto delle censure sollevate dal paziente, per poi giungere in maniera chiara 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 140 V 356 consid. 3.1 e DTF 125 V 351 consid. 3).

7.2 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]).

7.3 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. 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 (DTF 137 V 210 consid. 1.3.4 e DTF 125 V 351 consid. 3b/bb).

7.4 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 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. 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 con rinvii).

7.5 In presenza di rapporti medici contraddittori il giudice non può evadere la vertenza senza valutare l'intero materiale e indicare i motivi per cui si fonda su un rapporto piuttosto che su un altro. Al riguardo va tuttavia precisato che non si può pretendere dal giudice che raffronti i diversi pareri medici e parimenti esponga correttamente da un punto di vista medico, come farebbe un perito, i punti in cui si evidenziano delle carenze e quale sia l'opinione più adeguata (sentenza del TF 8C_556/2010 del 24 gennaio 2011 consid. 7.2).

8.

8.1 È incontestato – né appare esservi motivo per questo Tribunale di intervenire d'ufficio –, che nell'attività abituale di pittore/imbianchino risulta per il ricorrente, a decorrere dal 19 dicembre 2006, un'incapacità lavorativa del 70/75% attestata dapprima dalla dott.ssa C. _____ nella perizia medica particolareggiata E 213 (in misura del 75% [cfr. doc. 45]) e poi dal medico SMR (in misura del 70% [cfr. doc. 62]).

8.2 Quanto alla residua capacità lavorativa in attività sostitutive adeguate, dagli atti si evince quanto segue. Nel primo certificato dell'ambulatorio di pneumologia di B. _____ del 19 dicembre 2006 (doc. 35), la prova di funzionalità respiratoria ha posto i valori basali registrati per il FEV1/FVC (valore teorico: 78) pari a 37 e, dopo il broncodilatatore, 39 (doc. 35 pag. 1). I risultati del test sono stati così interpretati: "Disventilazione mista, prevalentemente ostruttiva di grado severo, sensibile al broncodilatatore usato. Marcato aumento dei volumi polmonari con sovradistensione parenchimale di grado marcato. Riduzione della diffusione alveolo-capillare del CO di grado lieve in valore assoluto. EAB in aria nei limiti di norma" (doc. 35 pag. 2). Una desaturazione da sforzo non è risultata al test dei 6 minuti (test del cammino; doc. 35 pag. 3). Alla visita dell'11 ottobre 2013 della medesima

struttura (doc. 46 [ripetuto in doc. 58]), la diagnosi posta è di “Broncopneumopatia cronica ostruttiva di grado grave (C) - Enfisema polmonare. Progressiva insufficienza respiratoria intermittente (notturna e da sforzo)”. Mentre, nell’ultimo certificato degli esami pneumologici di cui agli atti, ossia quello del 16 dicembre 2013 (doc. 60), è stata posta la diagnosi di “Broncopneumopatia cronica ostruttiva di grado molto grave (D) – Enfisema polmonare” e i valori basali registrati per il FEV1/FVC (valore teorico: 77) erano pari a 25 e, dopo il broncodilatatore, 30. Questi referti evidenziano uno stato di salute chiaramente peggiorato rispetto alla situazione “iniziale” del 2006. Più in generale può essere rilevato che vi è stato un primo peggioramento nell’ottobre del 2013 e un secondo peggioramento nel dicembre del 2013. Nei referti medici dell’ottobre e dicembre 2013 non vi è tuttavia alcuna indicazione sulla residua capacità lavorativa dell’insorgente, segnatamente in attività sostitutive adeguate. Sulla questione, l’autorità inferiore ha fondato la propria decisione sul rapporto del 14 gennaio 2014 del dott. D. _____ (doc. 62), medico del SMR, FMH in medicina generale, medico SMR certificato, nel quale è stata posta la diagnosi di BPCO e ritenuto, a decorrere dal 19 dicembre 2006, una residua capacità lavorativa del 30% nell’abituale attività, ma del 100% in attività sostitutive adeguate. Tuttavia, il medico SMR non ha riportato alcuna indicazione in merito all’evoluzione nel tempo della BPCO – la quale, come precedentemente rilevato, ha subito un doppio chiaro peggioramento nel 2013 –, non ha specificato la gravità di detta patologia (per es. leggera, medio-grave, grave, molto grave) e la sua valutazione non è motivata. In altri termini, non vi è alcun elemento agli atti da cui dedurre che il medico SMR, che peraltro non dispone di una specializzazione in pneumologia, abbia tenuto conto del peggioramento nel tempo della BPCO né tanto meno del motivo per cui la gravità della malattia diagnosticata da specialisti italiani non avrebbe alcuna incidenza sulla residua capacità lavorativa pure in attività sostitutive adeguate, e ciò nonostante l’indicazione contraria contenuta nella perizia E 213 del 21 ottobre 2013 (doc. 45). Basti ancora rilevare che è noto che la BPCO può influire sulla capacità lavorativa, nonché sulla qualità di vita, segnatamente nei casi di grado C – in tali casi il paziente presenta difficoltà respiratorie tali da essere costretto a fermarsi durante un cammino sul piano dopo avere percorso appena circa 100 metri – e nei casi di grado D – in quest’ultimi casi il paziente presente un affanno tale da impedirgli di uscire di casa o cambiarsi d’abito (cfr., ad es., i siti internet della Rivista medica svizzera: Scala delle dispnee secondo il Consiglio per la ricerca medica [MRC]: <https://www.revmed.ch/Scores/PRONOSTIC-BPCO/BPCO-LONG-TERME/Pour-en-savoir-plus/5-Echelle-de-dyspnee-du-MRC>; del National institute for health and care excellence:

<https://www.nice.org.uk/guidance/cg101/chapter/Key-priorities-for-implementation> e del Progetto asco: aggiornamento scientifico continuo: https://www.progettoasco.it/riviste/rivista_simg/2009/03_2009/9.pdf; consultati il 3 aprile 2017). Da quanto esposto, consegue che l'autorità inferiore non ha proceduto ad un accertamento sufficiente dei fatti giuridicamente rilevanti. Non si può prescindere da un più approfondito accertamento dei fatti, ritenuto che allo stato attuale degli atti di causa non si può escludere che, a seguito del necessario completamento dell'istruttoria da parte dell'autorità inferiore, al ricorrente debba infine essere riconosciuto, al più presto a decorrere dal 1° novembre 2013 (ossia 6 mesi dopo l'inoltro della domanda di rendita [cfr. consid. B della presente sentenza]), il diritto a una rendita dell'assicurazione per l'invalidità svizzera.

8.3 Quanto alla perizia medica particolareggiata E 213 del 21 ottobre 2013 (doc. 45), redatta dalla dott.ssa C._____, medico dell'INPS la cui specializzazione non è nota, non può colmare la lacuna istruttoria precedentemente menzionata. Essa attesta invero in maniera chiara ed inequivocabile un'incapacità a svolgere un'attività sostitutiva adeguata. Tuttavia, nella menzionata perizia non è stata determinata una specifica percentuale relativa a detta incapacità lavorativa o un preciso numero di ore di lavoro, essendo stato fatto su questo punto generico riferimento alla scelta fatta dal ricorrente stesso, che al momento della perizia E 213 del 21 ottobre 2013 avrebbe ancora lavorato 3-4 ore al giorno. Va altresì ancora rammentato che il grado della BPCO del ricorrente ha subito un ulteriore peggioramento nel dicembre del 2013.

8.4 In altre parole, non vi erano al momento dell'emanazione della decisione impugnata, né vi sono ora, sufficienti elementi agli atti di causa tali da consentire di potersi determinare con il grado della verosimiglianza preponderante sulla residua capacità lavorativa del ricorrente, fermo restando che quest'ultimo ha pienamente collaborato all'accertamento dei fatti giuridicamente rilevanti e fornito tutti quegli elementi che imponevano all'autorità inferiore di procedere d'ufficio al completamento dell'istruttoria medesima (art. 69 OAI).

9.

Per conseguenza, il ricorso del 22 maggio 2014 va accolto nel senso che la decisione impugnata del 1° maggio 2014 deve essere annullata e gli atti rinviati all'autorità inferiore per completamento dell'istruttoria (v. in dettaglio su questo punto il considerando 10.1 del presente giudizio). In considerazione dell'esito della presente procedura, non vi è ragione di esaminare l'ulteriore censura sollevata dal ricorrente con riferimento ai dati ritenuti

dall'autorità inferiore nell'ambito del raffronto dei redditi, dovendo quest'ultima nuovamente pronunciarsi sul caso.

10.

10.1 Quando il TAF annulla una decisione, esso può sostituirsi all'autorità inferiore e giudicare direttamente nel merito o rinviare la causa, con istruzioni vincolanti, all'autorità inferiore per un nuovo giudizio (cfr. sentenza del TAF C-71/2010 del 25 giugno 2012 consid. 9.1). In particolare, esso si sostituirà all'autorità inferiore se gli atti sono completi e comunque sufficienti a statuire sull'applicazione del diritto federale (cfr. sentenza del TF 9C_162/2007 del 3 aprile 2008 consid. 2.3 con rinvii; DTF 126 II 43; 125 II 326). Tale non è il caso nella presente fattispecie per i motivi precedentemente indicati. Gli atti di causa sono pertanto rinviati all'autorità inferiore affinché la stessa proceda a completare l'accertamento dei fatti giuridicamente rilevanti con riferimento allo stato di salute del ricorrente, segnatamente con una perizia pneumologica (cfr., sulla possibilità di un rinvio all'autorità inferiore in siffatte circostanze, DTF 137 V 210 4.4.1.4 [cfr. anche il considerando 6 del presente giudizio]), e con ogni ulteriore esame che l'evoluzione nel tempo dello stato di salute del ricorrente dovesse rendere necessario, nonché a pronunciare una nuova decisione.

10.2 Occorre peraltro rilevare che nell'ambito dell'accertamento ancora da esperire dall'autorità inferiore, a seguito del rinvio degli atti di causa, non sussiste l'eventualità di una nuova decisione dell'UAIE a detrimento dell'insorgente (cfr., sulla questione, DTF 137 V 314 consid. 3.2.4) dal momento che nella decisione impugnata del 1° maggio 2014 l'autorità inferiore ha respinto la richiesta di rendita formulata dall'insorgente.

11.

11.1 Visto l'esito della causa, non sono prelevate delle spese processuali (art. 63 PA). L'anticipo equivalente alle presunte spese processuali di fr. 400.-, versato il 25 giugno 2014, sarà restituito al ricorrente allorquando il presente giudizio sarà cresciuto in giudicato.

11.2 Ritenuto che l'insorgente è rappresentato in questa sede da mandatario professionale, si giustifica altresì l'attribuzione di spese ripetibili (art. 64 PA in combinazione con l'art. 7 segg. 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] cfr. pure DTF 137 V 57

consid. 2 secondo cui la parte che ha presentato ricorso in materia d'assegnazione o rifiuto di prestazioni assicurative è reputata vincente, dal profilo delle ripetibili, anche se la causa è rinviata all'amministrazione per complemento istruttorio e nuova decisione). La stessa, in assenza di una nota dettagliata, è fissata d'ufficio (art. 14 cpv. 2 TS-TAF) in fr. 1'000.- (compresi i disborsi ed esclusa l'imposta sull'IVA [cfr., fra le tante, sentenza del TAF C-995/2014 del 9 marzo 2017 consid. 10.2 con rinvii]), tenuto conto del lavoro utile e necessario, limitato, svolto dal rappresentante del ricorrente. L'indennità per ripetibili è posta a carico dell'UAIE.

(dispositivo alla pagina seguente)

Per questi motivi, il Tribunale amministrativo federale pronuncia:

1.

Il ricorso è accolto nel senso che la decisione impugnata del 1° maggio 2014 è annullata e gli atti di causa sono rinviati all'UAIE affinché proceda al completamento dell'istruttoria e alla pronuncia di una nuova decisione ai sensi dei considerandi.

2.

Non si prelevano spese processuali. L'anticipo di fr. 400.-, corrisposto il 25 giugno 2014, sarà restituito al ricorrente dopo la crescita in giudicato della presente sentenza.

3.

L'UAIE rifonderà al ricorrente fr. 1'000.- a titolo di spese ripetibili.

4.

Comunicazione a:

- rappresentante del ricorrente (Atto giudiziario)
- autorità inferiore (n. di rif.; Raccomandata)
- Ufficio federale delle assicurazioni sociali (Raccomandata)

Il presidente del collegio:

La cancelliera:

Vito Valenti

Anna Röthlisberger

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 notifica, nella misura in cui sono adempite le condizioni di cui agli art. 82 e segg., 90 e segg. e 100 LTF. 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: