



Corte III
C-3047/2008
{T 0/2}

Sentenza del 5 ottobre 2009

Composizione

Giudici: Francesco Parrino (presidente del collegio),
Franziska Schneider e Elena Avenati-Carpani
Cancelliere: Dario Croci Torti

Parti

A. _____,
rappresentato dal Patronato INAS, via G. Lanz 25,
6850 Mendrisio,
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 del 26 marzo 2008).

Fatti:**A.**

A._____, cittadino italiano, nato il _____, ha lavorato in Svizzera dal 1985 al 1999 nel settore calzaturiero, solvendo regolari contributi all'assicurazione svizzera per la vecchiaia, i superstiti e l'invalidità durante tale periodo (doc. 1). Dopo il rimpatrio, ha lavorato per una ditta di Castiglione Olona a decorrere dal giugno 1999 come addetto alla calandratura fino al settembre 2003 e, in seguito a malattia, come addetto al confezionamento e servizi di finitura dall'aprile 2004 (doc. 9).

In data 29 marzo 2004, in seguito a lunga malattia, ha formulato una prima domanda volta al conseguimento di una rendita dell'assicurazione svizzera per l'invalidità. L'indagine medica relativa a questo caso aveva posto in evidenza che l'assicurato era portatore di un'insufficienza respiratoria cronica secondaria ad ipoventilazione polmonare (C-pap notturna), crisi epilettiche morfeiche, ipertensione arteriosa controllata dalla terapia, obesità lieve (cfr. perizia medica particolareggiata del 19 aprile 2004, doc. 22). Mediante decisione del 7 luglio 2005, l'Ufficio AI per gli assicurati residenti all'estero (UAI; ora, Ufficio dell'assicurazione per l'invalidità per gli assicurati residenti all'estero, UAIE) ha respinto la domanda di rendita in quanto non sussisteva incapacità di guadagno, l'interessato avendo ripreso a lavorare, pur con assenze per ragioni di salute, da aprile 2004 (doc. 1-35).

B.

In data 6 settembre 2006, A._____ ha formulato una seconda domanda AI (doc. 36-38). Risulta che l'interessato è stato licenziato dalla ditta per la quale lavorava, in ragione di mobilità, con effetto al 31 dicembre 2005; le ultime assenze dal lavoro causa malattia si sono protratte dal 4 gennaio al 4 febbraio, dal 25 febbraio al 4 marzo, dal 16 al 24 maggio, dal 23 giugno al 9 luglio e dal 22 settembre al 20 novembre 2005 (doc. 42). Da allora non ha più svolto attività lucrativa.

Il richiedente è stato visitato il 15 febbraio 2007 presso l'Istituto nazionale della previdenza sociale (INPS) di Varese, ove il sanitario incaricato ha evidenziato la diagnosi di *"insufficienza respiratoria di tipo prevalentemente ostruttivo e parzialmente reversibile, epilessia cronica essenziale di tipo piccolo male (morfeica), malattia*

diverticolare del colon a localizzazione esclusivamente distale (sigmoidea) ed impronta prevalentemente ulcerativa" ha posto un tasso d'invalidità del 75% (doc. 65). Sono stati esibiti documenti oggettivi, quali:

- un referto radiologico del rachide dorsale e lombare e del torace del 5 agosto 2005 con un breve rapporto d'esame ortopedico del 31 luglio 2005 (doc. 44, 45);

- un breve rapporto di medicina del sonno del 27 settembre 2005, un elettrocardiogramma del 27 ottobre 2005, un referto tomografico assiale computerizzato (TAC) del torace e mediastino del 4 novembre 2005, un referto di risonanza magnetica (RM) colonna in toto del 6 febbraio 2006, un referto di scintigrafia ossea total body del 6 febbraio 2006 (doc. 46-50);

- una relazione di polisonnografia notturna del 9 febbraio 2006, prove della funzionalità respiratoria del 2 marzo 2006 ed altri reperti medici pneumologici (doc. 51-56);

- una relazione di dimissioni ospedaliere per il ricovero dal 16 febbraio al 6 marzo 2006 per un ciclo di riabilitazione respiratoria e documenti oggettivi annessi (doc. 59);

- un rapporto di colonscopia del 18 agosto 2006 con biopsia (doc. 61, 62);

- un rapporto d'esame pneumologico (Dott.ssa Lucioni) del 9 novembre 2006 (doc. 64);

- ulteriori prove della funzionalità respiratoria del 28/30 marzo 2007 in cartella clinica (lettera di uscita) relativa a degenza dal 28 marzo al 17 aprile 2007 per riabilitazione respiratoria e clinico-funzionale (doc. 66-70);

- un referto radiologico del torace del 29 marzo 2007 (doc. 71);

- ulteriori prove della funzionalità respiratoria del 13 aprile 2007 (doc. 74);

- un attestato di riconoscimento dell'invalidità civile del 26 aprile 2007 (doc. 76);

- documenti sanitari riguardanti la fornitura e l'indirizzo terapeutico di coadiuvanti alla respirazione notturna (doc. 72, 77);

- un breve rapporto d'esame neurologico del 9 agosto 2007 (doc. 78).

C.

Nel suo rapporto del 7 novembre 2007, il Dott. Battaglia, medico del SMR "Rhône", dopo aver ripreso la diagnosi sopra riferita ha ritenuto che l'interessato sarebbe ancora integralmente abile nel suo precedente lavoro (doc. 80).

Con progetto di decisione del 10 dicembre 2007, l'UAIE ha disposto la reiezione del gravame per carenza d'invalidità di livello pensionabile (doc. 81).

Con lettera del 22 gennaio 2008, A._____, regolarmente rappresentato dal Patronato INAS ha contestato tale progetto facendo valere di essere disoccupato dal 1° gennaio 2006, di essere stato riconosciuto invalido secondo le patrie assicurazioni sociali ed invalido civile dal 50 al 60%. Produce documenti (doc. 83, 84, 85) circa il riconoscimento dell'invalidità civile con tasso d'invalidità del 60% (21 novembre/13 dicembre 2007).

Ricevute le osservazioni, l'UAIE ha risottoposto gli atti al Dott. Battaglia, il quale, nella sua relazione del 10 marzo 2008, si è riconfermato nelle sue precedenti considerazioni (doc. 89).

Mediante decisione del 26 marzo 2008, l'UAIE ha respinto la richiesta di rendita per carenza d'invalidità di livello pensionabile (doc. 90).

D.

Con il ricorso depositato l'8 maggio 2008, A._____, regolarmente rappresentato dal Patronato INAS, chiede, sostanzialmente, l'annullamento del summenzionato provvedimento amministrativo e, di conseguenza, il riconoscimento del suo diritto a prestazioni assicurative. L'insorgente sostiene che le sue frequenti e prolungate assenze dal lavoro per i noti problemi di salute sono, per il vero, all'origine del suo licenziamento. Egli fa notare che il salario, da ultimo, era già ridotto del 20%. Ritiene di aver diritto ad almeno tre quarti di rendita AI (tasso d'invalidità del 60%). Produce un breve certificato medico della Dott.ssa Daverio (16 aprile 2008) attestante la nota

diagnosi. Inoltre, l'insorgente chiede l'esonero dal pagamento delle spese processuali.

In un secondo tempo, la parte ricorrente ha inviato una relazione sanitaria allestita il 30 agosto 2008 dalla Dott.ssa Ghiringhelli, specialista in medicina legale e delle assicurazioni, Varese, la quale insiste sul danno invalidante provocato dall'epilessia e morfeica e dall'insufficienza respiratoria cronica parziale. L'esperto di parte ritiene che, date le condizioni di salute e la formazione dell'assicurato, esiste uno scapito economico del 60% almeno in attività di ripiego. Con le osservazioni complete (al ricorso) del 9 settembre 2008, il Patronato INAS ribadisce quanto già espresso ricordando l'estremo divario esistente fra la valutazione dell'INPS con quella espressa dal Dott. Battaglia.

E.

Ricevuto il ricorso e le osservazioni complete, l'UAIE ha sottoposto gli atti al Dott. Lehmann, del proprio servizio medico, il quale, nella sua relazione del 14 novembre 2008, ha affermato che l'attestato della Dott.ssa Ghiringhelli non apporta novità sotto il profilo diagnostico, mentre si limita ad esprimere un diverso parere circa le ripercussioni invalidanti di malattie note da diversi anni (doc. 92).

Nelle sue osservazioni ricorsuali del 21 novembre 2008, l'UAIE propone pertanto la reiezione dell'impugnativa con argomenti di cui, per quanto occorra, si riferirà nei considerandi in diritto del presente giudizio.

F.

Dopo aver preso atto delle osservazioni dell'amministrazione e di altra documentazione di rilievo, il Patronato INAS, con scritto del 16 dicembre 2008, ha ribadito l'intenzione del proprio assistito di mantenere il ricorso. L'interessato insiste che non potrebbe più svolgere il precedente lavoro e che, in eventuali attività di ripiego, subirebbe una perdita di guadagno superiore ai due terzi.

Su richiesta dello scrivente Tribunale, il Patronato INAS ha compilato il formulario relativo alla domanda di esonero dal pagamento delle spese processuali, allegando il certificato di pensione AI italiana, il contratto d'affitto e spese condominiali ed il modulo delle imposte italiano.

Diritto:**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).

2.

2.1 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.

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.

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

3.

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).

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).

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.

4.

Relativamente al diritto applicabile, deve essere ancora 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 tuttavia 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). Ne consegue che, il diritto alla rendita si esamina fino al 31 dicembre 2007 alla luce delle precedenti norme e, a partire da quella data, secondo le nuove disposizioni.

5.

Qualora una prima richiesta di rendita sia stata negata perché il grado d'invalidità era insufficiente o perché l'invalido poteva provvedere a se stesso, una nuova domanda è riesaminata soltanto se l'assicurato

rende verosimile che il grado d'invalidità si è modificato in misura rilevante per il diritto alle prestazioni (art. 87 cpv. 2 e 3 dell'ordinanza federale sull'assicurazione per l'invalidità del 17 gennaio 1961, OAI, RS 831.201). Se non è il caso, l'amministrazione non entra nel merito della richiesta (DTF 109 V 114 consid. 2a). Se l'amministrazione entra nel merito della nuova domanda deve esaminare la fattispecie da un punto di vista materiale e, in particolare, verificare se la modifica del grado d'invalidità resa verosimile dall'assicurato si è effettivamente realizzata (DTF 109 V 115). In tal caso applicherà, per analogia, le disposizioni sulla revisione di rendite in corso (art. 17 cpv. 1 LPGGA, art. 87 segg. OAI, Jurisprudence et pratique administrative [Pratique VSI] 1999 pag. 8, DTF 117 V 198).

In concreto, l'UAIE ha emanato una prima decisione negativa il 7 luglio 2005. Con decisione del 26 marzo 2008 ha in seguito respinto una seconda domanda di rendita presentata il 6 settembre 2006. Ne consegue che il periodo di riferimento per giudicare se è intervenuta una modifica rilevante del grado d'invalidità, può essere limitato dal 7 luglio 2005 al 26 marzo 2008.

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, ad un'assicurazione sociale assimilata (FF 2005 p. 4065; art. 45 del regolamento 1408/71) di uno Stato membro dell'Unione europea (UE) o dell'Associazione europea di libero scambio (AELS), durante almeno un anno, rispettivamente, a partire dal 1° gennaio 2008, durante almeno tre anni di cui almeno uno in Svizzera (art. 36 LAI).

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.

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; art. 28 cpv. 2 LAI a partire dal 1° gennaio 2008). In seguito all'entrata in vigore dell'Accordo bilaterale, la limitazione prevista dall'art. 28 cpv. 1^{ter} (art. 29 cpv. 4 a partire dal 1° gennaio 2008) 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). A partire dal 1° gennaio 2008, 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 LPGA) almeno del 40% in media durante un anno senza notevole interruzione; e c. al termine di questo anno è invalido almeno al 40%.

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 (art. 7 cpv. 2 LPGGA nel suo nuovo tenore dal 1° gennaio 2008).

8.

8.1 A._____ ha lavorato nel settore chimico per una ditta della provincia di Varese fino al 31 dicembre 2005. Dall'aprile 2004, per ragioni di salute, da addetto alla calandratura, è stato assegnato al confezionamento ed ai servizi di finitura. Il dipendente svolgeva il suo compito in ragione di 40 ore settimanali. Il mutamento di incarico ha avuto come conseguenza la riduzione del salario del 20% circa. Le sue assenze dal lavoro, per ragioni di malattia, si sono protratte (nel periodo di cognizione giudiziaria) dal 4 gennaio al 4 febbraio, dal 25 febbraio al 4 marzo, dal 16 al 24 maggio, dal 23 giugno al 9 luglio, dal 22 settembre al 20 novembre 2005. Il motivo di licenziamento è da imputare a "mobilità", ossia esubero di personale. L'interessato imputa questo congedo a motivi di salute, ossia lo scarso rendimento (doc. 9, 41 e 42).

8.2 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; 110 V 275, 105 V 207). In base all'art. 16 LPGGA, applicabile per il rinvio dell'art. 28 cpv. 2 LAI (art. 28a cpv. 1 a partire dal 1° gennaio 2008), 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).

8.3 In carenza di documentazione economica, la documentazione medica costituisce un importante elemento di giudizio per determinare quali lavori siano ancora 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).

8.4 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 in esame, è stata sostanzialmente ritenuta la diagnosi di insufficienza respiratoria cronica di tipo prevalentemente ostruttivo e parzialmente reversibile, epilessia cronica essenziale di tipo piccolo male (morfeica), malattia diverticolare del colon nella regione sigmoidea ad impronta prevalentemente ulcerativa (cfr. perizia medica particlareggiata del 15 febbraio 2007, doc. 65). Va già osservato che questa diagnosi non differisce, per l'essenziale, da quella rilevata nell'ambito della prima domanda di rendita. L'assicurato presenta poi una situazione di obesità marcata ed una ipertensione arteriosa in terapia. La documentazione medica esibita in sede di ricorso non evidenzia ulteriori patologie (Dott.sse Daverio e Ghiringhelli).

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 (nella versione in vigore fino al 31 dicembre 2007). 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 medico dell'INPS pone un tasso d'invalidità del 75%. Va rilevato, tuttavia, che un tasso d'invalidità rilevante (70%) era già stato posto dal sanitario nel 2004, quando l'interessato lavorava (doc. 22). Dal canto loro, i medici dell'UAIE ritengono che il richiedente potrebbe continuare a svolgere il precedente lavoro di operaio addetto alla finitura ed al confezionamento dei prodotti, attività già di ripiego, che la ditta gli aveva assegnato in ragione delle sue condizioni di salute.

10.2 L'interessato soffre di un problema respiratorio notturno. Riposando male, il suo rendimento durante la giornata ne risulta compromesso. A questa insufficienza respiratoria parziale notturna egli ha ovviato, da tempo (2003), mediante una respirazione assistita da un apposito apparecchio (ventiloterapia con Bi-pap notturno) che, a detta di tutti i medici curanti risulta avere una buona "compliance". Questo sistema, ulteriormente migliorato nel 2007 (doc. 72), permette al paziente di godere di un sonno più profondo e più regolare. Va precisato infatti che l'insufficienza respiratoria è secondaria alle sindromi di apnee notturne del sonno ed a sopraelevazione dell'emidiaframma destro. In posizione normale e durante il giorno vi è una situazione non patologica.

10.3 In secondo luogo, l'assicurato soffre di una forma di epilessia esclusivamente morfeica. Questa manifestazione è da inquadrare nell'ambito del disturbo precedente e non deve essere confusa con l'epilessia (grande male) comune. Queste crisi sono caratterizzate da scosse muscolari notturne, involontarie che, di regola, non sono

determinanti a livello valetudinario. Già rilevato nel 2003 (cfr. incarto concernente la prima domanda di rendita) il disturbo in esame non ha necessitato ulteriori cure, se non quelle già praticate in esito ai problemi del sonno e dell'insufficienza respiratoria notturna. Non risultano danni neuropsicologici.

10.4 Per il resto, l'assicurato soffre di una ipertensione arteriosa in trattamento e di un evidente sovrappeso che, in molti occasioni di visite cliniche e/o degenze, i medici incaricati hanno consigliato di ridurre. La patologia a livello del sigma si è rivelata essere di tipo benigno e necessita soltanto di cure specifiche in caso di necessità e l'astensione da un certo tipo di alimentazione.

10.5 Per quanto riguarda il referto della Dott.ssa Ghiringhelli del 30 agosto 2008, esso non contiene novità di rilievo, ma si limita ad esprimere un diverso parere circa le conseguenze invalidanti delle menzionate affezioni. Occorre tuttavia usare prudenza nel valutare le certificazioni redatte da medici stranieri, soprattutto per quanto si riferisce alla fissazione del grado d'inabilità lavorativa. Infatti, le condizioni cui il diritto italiano subordina il riconoscimento di prestazioni assicurative sono dissimili da quelle previste dalla LAI, applicabili nella specie (cfr. anche P. OMLIN, Die Invalidität in der obligatorischen Unfallversicherung, Friburgo 1995, p. 296 e seg.).

11.

11.1 Ora, il collegio giudicante, non ha motivo di scostarsi dal parere dei medici dell'UAIE. L'interessato sarebbe ancora in grado di riprendere il suo precedente lavoro di addetto al confezionamento ed ai servizi di finitura. In questa attività, più semplice e leggera di quella precedente di addetto alla calandratura, lo scapito economico era limitato al 20%, dunque inferiore al minimo del 40% richiesto dalla legge per aver diritto ad una rendita dell'assicurazione svizzera per l'invalidità. Questa attività è dunque ragionevolmente esigibile ed il fatto che sia stato licenziato non è dovuto a motivi esclusivamente medici.

11.2 Vero è che, ora, la ricerca di un posto di lavoro adatto alle capacità dell'interessato appare difficoltosa, vista la sua età e la situazione congiunturale; tuttavia, se il mercato del lavoro locale non gli offre di sfruttare la sua residua capacità lavorativa e di guadagno, non può essere compito dell'assicurazione svizzera per l'invalidità di

sopperire con il versamento di prestazioni assicurative a quello che sarebbe dovuto, semmai, dall'assicurazione italiana contro la disoccupazione. Secondo una costante giurisprudenza, la persona che richiede prestazioni d'invalidità deve intraprendere tutto quanto sia da lei esigibile per ovviare alle conseguenze della sua incapacità, mettendo soprattutto a profitto le superstiti energie lavorative e cambiando, se del caso, anche il lavoro e il domicilio (DTF 123 V 88 consid. 4c, 113 V 28 consid. 4).

In queste circostanze, il ricorso deve essere respinto e l'impugnata decisione confermata.

12.

12.1 La procedura di ricorso è di principio onerosa (art. 69 LAI). Tuttavia, le spese processuali possono essere condonate alla parte che non beneficia del gratuito patrocinio qualora non risulti equo addossargliele (art. 6 lett. b del regolamento del 21 febbraio 2008 sulla tasse e sulle spese ripetibili nelle causa dinanzi al Tribunale amministrativo federale [TS-TAF, RS 173.320.2]). Nel formulario di gratuito patrocinio, l'interessato fa valere che a fronte di entrate fisse, prevalentemente pensionistiche (comprese quelle della coniuge) di Euro 1'327.- mensili, deve far fronte a spese fisse (affitto, spese condominiali, oneri assicurativi e spese varie) di Euro 797.-, oltre, ovviamente, al carico familiare. Vi sono poi le spese sanitarie non coperte dall'assicurazione nazionale (Tickets ed altro).

Visto quanto precede, non vengono prelevate spese processuali.

12.2 Visto l'esito del ricorso, non vengono riconosciute indennità per spese ripetibili alla parte ricorrente.

Per quel che concerne l'UAIE, le autorità federali non hanno diritto ad un'indennità a titolo di ripetibili (art. 7 cpv. 3 TS-TAF).

Per questi motivi, il Tribunale amministrativo federale pronuncia:

1.

Il ricorso è respinto.

2.

Non si prelevano spese processuali.

3.

Non vengono riconosciute indennità per spese ripetibili.

4.

Comunicazione a:

- rappresentante del ricorrente (atto giudiziario)
- autorità inferiore (n. di rif. AI)
- 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 (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 ricorrente – i documenti indicati come mezzi di prova devono essere allegati (art. 42 LTF).

Data di spedizione: