



---

Corte III  
C-3890/2007  
{T 0/2}

## **Sentenza del 27 maggio 2009**

---

Composizione

Giudici: Francesco Parrino (presidente del collegio),  
Franziska Schneider, Beat Weber;  
Cancelliere: Dario Croci Torti.

---

Parti

A. \_\_\_\_\_,  
patrocinato dall'avvocato Luigi Potenza,  
via della Repubblica 23, IT-73054 Presicce,  
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 18 aprile 2007)

**Fatti:****A.**

A.\_\_\_\_\_, cittadino italiano, nato il \_\_\_\_\_, ha lavorato in Svizzera dal 1967 al 1975 e nel 1980, solvendo regolari contributi all'assicurazione svizzera per la vecchiaia, i superstiti e l'invalidità durante tali periodi (doc. 6). Dopo il rimpatrio, ha lavorato nel settore oleario fino al 28 gennaio 1992, quando sarebbe stato licenziato (doc. 9). Da allora non avrebbe più svolto attività lucrative.

**B.**

In data 20 gennaio 2006, A.\_\_\_\_\_ ha formulato una domanda volta al conseguimento di una rendita dell'assicurazione svizzera per l'invalidità (doc. 1, 4).

Il richiedente è stato visitato il 20 marzo 2006 presso i servizi medici dell'Istituto nazionale della previdenza sociale (INPS) di Casarano, ove il sanitario incaricato ha evidenziato la diagnosi di piastrinopenia di natura da determinare, poliartrosi con attuale modesto impegno funzionale, ipoacusia media con lieve depressione secondaria dell'umore, sindrome dispeptica in progressa gastroresezione ed ha posto un tasso d'invalidità del 55% (doc. 19). Sono stati esibiti documenti oggettivi, quali:

- cartelle cliniche relative a ricoveri, segnatamente dall'8 al 22 febbraio 1989 per rinite cronica in piastrinopenico, dell'agosto e settembre 1989 e nel marzo 1990 sempre per problemi ematologici, del novembre 1994 per lombalgia da discoartrosi, del dicembre 1998 per causticazione corneo-congiuntivale da calce occhio destro, dal 17 al 19 febbraio 2002 per lesione dei menischi (doc. 10-14);

- un referto d'esame elettroencefalografico del 1° marzo 2004 (doc. 15);

- esami ematochimici del 14 febbraio 2006 (doc. 16);

- un rapporto di scintigrafia scheletrica total body del 21 giugno 2005 (doc. 17);

- un rapporto di esame neurologico del 15 marzo 2006 (scarsamente leggibile) con un rapporto d'esame audiometrico di stessa data (doc. 18).

**C.**

Nella sua relazione del 22 gennaio 2007, il Dott. Lehmann, medico dell'Ufficio dell'assicurazione per l'invalidità per gli assicurati residenti all'estero (UAIE), dopo aver ripreso la diagnosi sopra riferita ed analizzato il caso sotto il profilo delle malattie di lunga durata, ha affermato che il richiedente non avrebbe mai subito un'incapacità al lavoro di livello pensionabile (doc. 21).

L'amministrazione ha aderito al parere del proprio medico ed un progetto di decisione comportante il diniego di prestazioni assicurative è stato inviato a A.\_\_\_\_\_ il 24 gennaio 2007 (doc. 22).

Con scritto del 20 febbraio 2007, A.\_\_\_\_\_, rappresentato dall'avv. Potenza, chiede, sostanzialmente, l'annullamento del summenzionato provvedimento amministrativo e, di conseguenza, il riconoscimento del suo diritto a prestazioni assicurative, previa la visione degli atti medici e la concessione di un nuovo termine per formulare le osservazioni. Dopo aver preso atto della documentazione sanitaria, l'avv. Potenza, con scritto del 29 marzo 2007, si è riconfermato nelle sue precedenti considerazioni (doc. 23-25).

Mediante decisione del 18 aprile 2007, l'UAIE ha respinto la domanda di rendita (doc. 26).

**D.**

Con il ricorso depositato il 4 giugno 2007, A.\_\_\_\_\_, sempre rappresentato dall'avv. Potenza, chiede, sostanzialmente, l'annullamento del summenzionato provvedimento amministrativo e, di conseguenza, il riconoscimento del suo diritto ad una rendita AI. La parte ricorrente lamenta, in via preliminare, la scarsa motivazione dell'impugnata decisione. Chiede inoltre, in via subordinata, l'allestimento di una perizia completa.

Nelle sue osservazioni ricorsuali del 6 novembre 2007, l'UAIE propone la reiezione dell'impugnativa con argomenti di cui, per quanto occorra, si riferirà nei considerandi in diritto del presente giudizio.

**E.**

Dopo aver preso atto della risposta di causa dell'amministrazione e di altra documentazione di rilievo, l'avv. Potenza, con scritto del 14 dicembre 2007, ha ribadito l'intenzione del proprio assistito di mantenere il ricorso. Egli annota che l'assicurato è stato ricoverato dal dal 14 al 18 luglio 2007 per resezione endoscopica di due neoformazioni vegetanti vescicali. Produce un estratto di cartella clinica ed i risultati di esami di anatomia patologica del 1° agosto 2007, nonché la programmazione di 8 sedute chemioterapiche (lettera del 24 agosto 2007).

Ricevuta la replica, l'UAIE ha sottoposto gli atti alla Dott.ssa Hellbardt, oncologa, la quale, nella sua relazione del 25 gennaio 2008, ha osservato che l'incarto medico non pone in evidenza patologie di rilievo determinanti un eventuale stato d'invalidità. Per quel che si riferisce all'intervento di asportazione di piccoli tumori vescicali, questo non costituisce un criterio per riconoscere un'invalidità di rilievo.

Duplicando in data 1° febbraio 2008, l'UAIE ha riproposto la reiezione del gravame.

**F.**

Con ordinanza dell'8 febbraio 2008, il Tribunale amministrativo federale (TAF) ha invitato la parte ricorrente a voler versare un anticipo di Fr. 300.-, corrispondente alle presunte spese processuali.

Con scritto del 13 febbraio successivo, l'avv. Potenza ha chiesto l'esenzione da tali spese, dato lo stato di precarietà finanziaria in cui si trova il ricorrente. In data 19 aprile 2008, l'interessato ha compilato una domanda di assistenza giudiziaria e l'ha rimessa al TAF il 30 aprile successivo.

**Diritto:****1.**

Riservate le eccezioni di cui all'art. 32 della legge sul Tribunale amministrativo federale del 17 giugno 2005 (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 sulla

procedura amministrativa del 20 dicembre 1968 (PA, RS 172.021) emanate dalle autorità menzionate all'art. 33 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 sull'assicurazione per l'invalidità del 19 giugno 1959 (LAI, RS 831.20).

## **2.**

**2.1** In virtù dell'art. 3 lett. d<sup>bis</sup> PA la procedura in materia di assicurazioni sociali non è disciplinata dalla PA nella misura in cui è applicabile la legge federale sulla parte generale del diritto delle assicurazioni sociali del 6 ottobre 2000 (LPGA, RS 830.1). Giusta l'art. 1 LAI le disposizioni della LPGA sono applicabili all'assicurazione per l'invalidità (art. 1a-26<sup>bis</sup> 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 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.

## **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.

**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.**

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 6 ottobre 2006 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 contestato in primo luogo la validità formale della decisione dell'UAIE, rilevando che essa difetta di una motivazione sufficiente.

**5.1** Il diritto di essere sentito, la cui garanzia è prevista all'art. 29 cpv. 2 della Costituzione federale della Confederazione svizzera del 18 aprile 1999 (Cost, RS 101), comprende il diritto per l'assicurato di prendere conoscenza dell'incarto (DTF 132 II 485 consid. 3, 126 I 7 consid. 2b), di esprimersi in merito agli elementi pertinenti prima che una decisione sia emessa nei suoi confronti, di produrre delle prove pertinenti, di ottenere che sia dato seguito alle sue offerte di prove

pertinenti, di partecipare all'amministrazione delle prove essenziali o almeno di poter esprimersi sul suo risultato, allorquando questo è proprio ad influenzare la decisione da emanare (cfr. DTF 124 II 132 consid. 2b e giurisprudenza ivi citata). Nel quadro della procedura amministrativa il diritto di essere sentito è consacrato dagli art. 26-28 (diritto di esaminare gli atti), dagli art. 29-33 (diritto di essere sentito *stricto sensu*) e dall'art. 35 PA (diritto di ottenere una decisione motivata).

**5.2** La giurisprudenza ha dedotto dal diritto di essere sentito, definito dalle norme speciali di procedura (quali l'art. 35 PA) l'obbligo per l'autorità di motivare la sua decisione, così da permettere ai destinatari ed a tutte le persone interessate di comprenderla, eventualmente di impugnarla ed in modo da rendere possibile all'autorità di ricorso eventualmente adita di esercitare convenientemente il suo controllo (cf. DTF 129 I 232 consid. 3.2; DTF 126 I 97 consid. 2b; DTF 122 IV 8 consid. 2c, DTF 112 la 107 consid. 2b; cfr. inoltre la sentenza del Tribunale federale 2A.496/2006 / 2A.497/2006 del 15 ottobre 2007 consid. 5.1.1). Si è in presenza di una violazione del diritto di essere sentito se l'autorità non soddisfa al suo obbligo di esaminare e di trattare i problemi pertinenti (cf. DTF 126 I 97 consid. 2b; DTF 122 IV 8 consid. 2c). Per adempiere a tali esigenze, è sufficiente che il giudice (o l'autorità) menzioni, almeno brevemente, i motivi sui quali ha fondato la sua decisione, in modo da permettere all'interessato di apprezzare la portata di quest'ultima e di impugnarla in piena conoscenza di causa (cfr. DTF menzionate). In generale, la portata dell'obbligo di motivare dipende dalla complessità della fattispecie da giudicare, dalla potenziale gravità delle conseguenze della decisione e dalle circostanze del singolo caso. Più la libertà d'apprezzamento dell'autorità è ampia e più la misura adottata arreca pregiudizio ai diritti dei singoli, più la decisione deve essere circostanziata (cfr. DTF 112 la 107 consid. 2b; cfr. inoltre la sentenza del Tribunale federale 2A.496/2006 / 2A.497/2006 precitata). Sebbene la motivazione deve fare emergere le riflessioni dell'autorità in merito agli elementi (di fatto o di diritto) essenziali che hanno influenzato la decisione, l'autorità non è comunque tenuta a pronunciarsi su tutti i fatti, argomentazioni e mezzi di prova invocati dalle parti, ma può permettersi di limitarsi a quelli che, senza arbitrio, le sembrano decisivi per la risoluzione della causa (cfr. DTF 126 I 97 consid. 2b; DTF 112 la 107 consid. 2b). Nel campo delle assicurazioni sociali, in particolare, le esigenze relative alla motivazione non devono essere particolarmente elevate. È, infatti,

sufficiente che l'amministrazione indichi brevemente i motivi della decisione e quali sono gli elementi alla base di quest'ultima (DTF 124 V 180, consid. 1a, confermato in DTF del 9 maggio 2000 in re I. ed in Pra 2001, n. 71, consid. 1 a/bb).

**5.3** Il diritto di ottenere una decisione motivata costituisce una garanzia costituzionale di natura formale, la cui violazione causa in principio l'annullamento della decisione impugnata indipendentemente dalle possibilità di esito positivo del ricorso nel merito (cfr. DTF 126 I 19 consid. 2d/bb; DTF 126 V 130 consid. 2b; DTF 122 II 464 consid. 4a e giurisprudenza citata). Eccezionalmente un'eventuale violazione del diritto di essere sentito può essere sanata allorquando l'autorità che ha emanato la decisione ha preso posizione in merito alle argomentazioni decisive nel quadro dello scambio degli scritti e che l'amministrato ha avuto la possibilità di esprimersi liberamente di fronte ad un'autorità di ricorso, la cui cognizione è altrettanto ampia che quella dell'autorità inferiore (cfr. DTF 133 I 201 consid. 2.2; DTF 130 II 530 consid. 7.3; DTF 126 V 130 consid. 2b; DTF 124 V 389 consid. 5a e 180 consid. 4a).

**5.4** In concreto, la motivazione della decisione impugnata appare certo concisa, ma ciò non ha però impedito il ricorrente di comprenderne la portata e di deferirla all'istanza superiore. Nell'ambito del ricorso, infatti, egli ha potuto difendersi in maniera corretta. Egli è stato in grado di dedurre i fatti su cui la decisione si fonda e le ragioni per cui è stata pronunciata. Tuttavia, anche se la decisione fosse considerata non sufficientemente motivata, si rileva che tale carenza sarebbe comunque sanata dall'impugnazione della stessa davanti al Tribunale amministrativo federale, il quale dispone infatti di piena cognizione. Inoltre, con la sua risposta del 6 novembre 2007, l'UAIE ha avuto modo di esprimersi sul contenuto del ricorso e di completare le motivazioni della sua decisione, successivamente notificate all'interessato, al quale è stato concesso il diritto di replica, di cui ha fatto uso con atto del 14 dicembre 2007 (cfr. DTF 116 V 39/40 consid. 4b).

Visto quanto precede, la censura del ricorrente in ordine all'insufficienza della motivazione e, quindi, alla violazione del suo diritto di essere sentito, deve essere respinta.

## **6.**

Il ricorrente ha presentato la richiesta di rendita il 20 gennaio 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 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 gennaio 2005 (ossia 12 mesi precedenti la presentazione della domanda), oppure se un diritto alla rendita sia sorto tra tale data ed il 18 aprile 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).

## **7.**

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.

## **8.**

**8.1** 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.

**8.2** 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.

**8.3** 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).

**8.4** 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.

## **9.**

**9.1** L'interessato ha lavorato da ultimo presso un oleificio fino al 28 gennaio 1992, quando è stato licenziato.

**9.2** 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, 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 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).

## **10.**

**10.1** Dalla documentazione sanitaria ad atti si evince che il ricorrente soffre essenzialmente di una piastrinopenia conosciuta già dalla fine degli anni ottanta, poliartrosi con passati fenomeni di lombalgie ed esiti di meniscectomia al ginocchio sinistro (2002), depressione dell'umore non ulteriormente investigata, turbe dispeptiche (cfr. perizia medica particolareggiata del 20 marzo 2006, doc. 19). Dalla documentazione esibita con la replica si rileva che A.\_\_\_\_\_ è stato sottoposto, nel luglio 2007, ad una resezione per via endoscopica di due neoformazioni vegetanti, superficiali, del collo della vescica.

**10.2** 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.

## **11.**

**11.1** Per quanto concerne le conseguenze invalidanti delle menzionate affezioni, il medico dell'INPS pone un tasso d'invalidità del 55%. Dal canto loro, i sanitari dell'UAIE, Dott.ri Lehmann ed Hellbardt, negano il requisito dell'incapacità al lavoro di livello pensionabile.

**11.2** Ora, le patologie di cui soffre l'assicurato non sono state adeguatamente investigate. Ad atti esistono infatti, prevalentemente, documenti di vecchia data, mentre quelli recenti sono chiaramente insufficienti per esaminare il caso. Sotto il profilo psichiatrico/neurologico, manca un'adeguata indagine specialistica completa, che contenga una anamnesi dettagliata, un esame obiettivo che riferisca sull'orientamento spazio-temporale del paziente, sull'umore, sulle idee presenti, nonché in merito ai gradi di attenzione, concentrazione, organizzazione mentale, intuizione ecc., ponga una precisa diagnosi, menzioni l'eventuale terapia seguita, si esprima sulla prognosi e si pronunci infine sulla capacità ed all'esigibilità di un'attività lucrativa ed in quale misura questa sarebbe proponibile. Questa indagine s'impone tanto più che nel documento, mal riprodotto (doc. 18), referto di esame neurologico del 15 marzo 2006, per quel che si possa decifrare, si annota una "grave sindrome vertiginosa.....con confusione mentale".

Manca pure un rapporto d'esame ortopedico completo, accompagnato dagli abituali esami radiografici di supporto oggettivo.

Per quanto riguarda la patologia ematica, questa risulta essere presente da diversi anni e non sembra aver causato gravi disturbi di tipo invalidante di lungo periodo a carico dell'assicurato. Un'adeguata indagine ematologica appare comunque indicata.

Infine, è vero che il problema della presenza tumorale a livello vescicale non concernerebbe la presente procedura, atteso che l'evento si è verificato dopo la data dell'impugnata decisione. Tuttavia, il giudice delle assicurazioni sociali può tener conto dei fatti verificatisi dopo la data della decisione impugnata quando essi possono imporsi quali elementi di accertamento retrospettivo di una situazione anteriore alla decisione stessa (DTF 121 366 consid. 1b, 116 V 248 consid. 1a). Ciò non sembra essere il caso nella fattispecie, dal momento che si tratta di una patologia diversa da quelle esaminate in sede d'istruttoria. Ad ogni modo visto l'esito che ha questo ricorso, il periodo di cognizione giudiziaria si estenderà fino alla data della nuova decisione che verrà presa e, pertanto, s'impone anche un rapporto d'esame oncologico.

**11.3** 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.

## **12.**

**12.1** 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.

**12.2** L'UAIE dovrà quindi completare l'istruttoria delucidando la situazione medica dal gennaio 2005 (un anno prima del deposito della domanda di rendita AI) fino alla data dell'impugnata decisione (18 aprile 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 particolareggiata ed a tutti quegli esami specialistici descritti al consid. 11.2 (psichiatria/neurologia, ortopedia, ematologia, onco/urologia).

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 gennaio 2005 ed il 18 aprile 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.

### **13.**

**13.1** Visto l'esito del ricorso, non vengono prelevate spese processuali e la domanda di esenzione da dette spese diventa dunque priva d'oggetto.

**13.2** 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, viste le memorie di ricorso e di replica, nonché la documentazione esibita, 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 18 aprile 2007, l'incarto è rinviato all'UAIE intimato perché proceda ai sensi del considerando 12 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'UAIE intimato.

#### **4.**

Comunicazione a:

- rappresentante del ricorrente (raccomandata A/R)
- 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: