



Corte III
C-4744/2007
{T 0/2}

Sentenza del 5 gennaio 2009

Composizione

Giudici: Francesco Parrino (presidente del collegio),
Stefan Mesmer, Elena Avenati-Carpani;
Cancelliere: Dario Croci Torti

Parti

A. _____,
patrocinato dall'avvocato Francesco Pirolo,
Via S. Marta n. 70, IT-81031 Aversa,
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 13 giugno 2007)

Fatti:**A.**

A._____, cittadino italiano, nato il _____, ha lavorato in Svizzera dal 1979 al 1992 e dal 1995 al 1996 solvendo regolari contributi all'assicurazione svizzera per la vecchiaia, i superstiti e l'invalidità (AVS/AI) durante tale periodo. Dopo il rimpatrio, ha continuato a svolgere un'attività lucrativa. Dal settembre 2001 era alle dipendenze, come operaio comune, in una vetreria di Caltignaga (NO), fino all'8 novembre 2004, quando ha rassegnato le dimissioni per motivi di salute. L'ex datore di lavoro segnala che un danno alla salute era preesistente all'inizio dell'attività, ma l'interessato è stato ugualmente assunto a determinate condizioni; segnatamente, egli è rimasto assente dal lavoro per ragioni di salute dal 27 marzo al 4 aprile, dal 5 maggio al 1° agosto e dal 1° settembre all'8 novembre 2003, dal 2 al 26 marzo, dal 15 al 25 giugno, dal 28 luglio al 20 settembre, dal 29 settembre al 9 ottobre e dal 15 ottobre al 7 novembre 2004 (doc. 18, 20, 57).

B.

In data 14 giugno 2005, A._____ ha formulato una richiesta volta al conseguimento di una rendita dell'assicurazione svizzera per l'invalidità (doc. 1, 6).

Il richiedente è stato visitato il 4 luglio 2005 presso i servizi medici dell'Istituto nazionale della previdenza sociale di Castellamare di Stabia (INPS), ove il sanitario incaricato ha evidenziato la diagnosi di "sindrome disventilatoria restrittiva di grado moderato-severo in portatore di displasia polmonare bollosa apicale e paramediastinica con multipli e ricorrenti episodi di pneumotorace spontaneo, già sottoposto a pleurodesi con nitrato d'argento, marcato deficit ponderale" ed ha posto un tasso d'invalidità del 70% in qualsiasi attività (doc. 58). Sono stati esibiti documenti oggettivi, quali:

- diversi reperti medici risalenti al 1982 (Ospedale cantonale di San Gallo) ove già venivano riscontrati problemi ai polmoni (pneumotorace, displasia polmonare bollosa), soprattutto a quello sinistro (doc. 21-35);
- un reperto di tomografia assiale computerizzata (TAC) del torace del 10 luglio 2001 (doc. 36);

- i risultati di esami penumologici del giugno/settembre 2001 (doc. 37-41);
- altri risultati di esami pneumo-tisiologici del 2003 (doc. 42, 43 e 44);
- un attestato di riconoscimento dell'invalidità civile del 9 gennaio 2005 che conferma un'incapacità al lavoro superiore ai due terzi (doc. 45);
- i risultati di test respiratori del 4 marzo 2005 (doc. 48) ed un referto radiologico del torace dell'11 marzo 2005 (doc. 49);
- un rapporto sanitario-lavorativo del Dott. Baroffio del 26 gennaio 2006 (doc. 57).

C.

Nel sua relazione del 23 marzo 2006, il Dott. Battaglia, del servizio medico regionale "Rhône", dopo aver ripreso la diagnosi sopra riferita ed analizzato il caso sotto il profilo delle malattie di lunga durata, ha affermato che il richiedente potrebbe svolgere il suo precedente lavoro in misura completa a determinate condizioni, quali l'astensione da ambienti umidi, polverosi e purché lo stesso si astenga da compiti pesanti (doc. 60). In una nota telefonica dell'11 aprile 2006, la direzione della ditta (vetraria) per la quale lavorava A._____, ha spiegato che il dipendente ha rassegnato le dimissioni per motivi personali e che il lavoro svolto non era né pesante, né esercitato in ambienti inidonei e che, già all'entrata in funzione (2001) erano noti i problemi di salute del dipendente (doc. 61.1).

Mediante decisione del 23 maggio 2006, spedita il 29 maggio successivo, l'Ufficio dell'assicurazione per l'invalidità per gli assicurati residenti all'estero (UAIE) ha respinto la richiesta di prestazioni (doc. 64).

D.

Con scritto non datato ricevuto dall'UAIE il 10 agosto 2006, A._____ ha formulato opposizione contro il summenzionato provvedimento amministrativo chiedendone l'annullamento e, di conseguenza, il riconoscimento del suo diritto a prestazioni assicurative. A suffragio delle sue conclusioni produce, oltre ad abbondante documentazione già ad atti (cure prestate nel 1982 in Svizzera, reperti medici già menzionati ed esibiti in sede d'istruttoria), nuovi risultati d'esami polmonari, un referto TAC della colonna

vertebrale del 20 aprile 2006, una risonanza magnetica della colonna lombare del 14 ottobre 2006 (doc. 65-102). In un messaggio telematico del 3 aprile 2007, l'interessato afferma di aver lasciato il proprio lavoro per gravi ragioni di salute (doc. 103).

Ricevuta l'opposizione, l'amministrazione ha risottoposto gli atti al Dott. Battaglia, il quale, nella sua relazione del 2 maggio 2007, si è riconfermato nelle sue precedenti considerazioni (doc. 107). Nel frattempo, l'interessato ha inviato un referto TAC del torace del 16 marzo 2007 (doc. 109) che è stato trasmesso al Dott. Battaglia. Nella sua nota del 1° giugno 2007, il medico del SMR ha affermato che il nuovo documento non apportava novità diagnostiche (doc. 110).

Mediante decisione su opposizione del 13 giugno 2007 (doc. 111), l'UAIE ha respinto l'istanza dell'opponente ed ha confermato la propria decisione del 23 maggio 2006.

E.

Con il ricorso depositato il 12 luglio 2007, A._____, regolarmente rappresentato dall'avv. Pirolo, chiede, sostanzialmente, l'annullamento del summenzionato provvedimento amministrativo e, di conseguenza, il riconoscimento del suo diritto a prestazioni assicurative. A suffragio delle sue conclusioni esibisce, segnatamente, (oltre a documentazione già ad atti): un rapporto d'esame spirometrico del 24 aprile 2007 con breve relazione d'esame pneumologico (Dott. Costanzo) di stessa data; un referto TAC lombare del 27 giugno 2007; un referto RM della colonna lombare del 3 luglio 2007.

F.

Ricevuto il ricorso, l'UAIE ha sottoposto gli atti al Dott. Battaglia, il quale, nella sua relazione del 13 dicembre 2007, ha affermato che la nuova documentazione esibita (RM, TAC e spirometria) non poneva in evidenza peggioramenti dello stato di salute dell'assicurato, per cui egli confermava i suoi precedenti pareri (doc. 113).

Nelle sue osservazioni ricorsuali del 16 gennaio 2008, l'UAIE propone dunque la reiezione dell'impugnativa con argomenti di cui, per quanto occorra, si riferirà nei considerandi in diritto del presente giudizio.

G.

Dopo aver preso atto delle osservazioni dell'amministrazione e di altra documentazione di rilievo, con scritto del 26 febbraio 2008, l'avv. Pirolo

ha ribadito l'intenzione del proprio assistito di mantenere il ricorso. Produce una relazione di consulenza tecnica medico-legale effettuata il 15 maggio 2007 dal Dott. Guida per il conto del Tribunale di Torre Annunziata, Sezione lavoro e previdenza. In tale perizia l'esperto incaricato pone la diagnosi di distrofia bollosa bilaterale con esiti di pneumotorace spontaneo bilaterale, minime note artrosiche e lievi protrusioni discoartrosiche del rachide lombare. Egli ritiene l'assicurato sicuramente invalido ai sensi della legge italiana, ma non inabile. In particolare, l'esperto indica che non si può escludere che il paziente possa svolgere una proficua attività a basso impegno energetico di tipo del tutto sedentario. Quale altro nuovo documento (oltre a quelli già nell'incarto) produce una ricetta medica-pneumologica del 17 luglio 2007 (Dott.ssa Cavallo) ed i risultati di una spirometria di stessa data indicante una restrizione respiratoria di tipo severo. In un certificato del 22 gennaio 2008, il Dott. Costanzo (pneumologo) nota tuttavia una sindrome ventilatoria di tipo restrittivo di grado moderato-severo e produce una spirometria di stessa data.

Il ricorrente insiste sulla circostanza che ha dovuto abbandonare il suo lavoro per ragioni di salute e a sostegno di ciò rinvia alle numerose assenze fatte registrare nel 2003/2004 ed alla documentazione sanitaria di quell'epoca.

H.

Ricevuta la replica, l'amministrazione ha risottoposto gli atti al Dott. Battaglia, il quale, nella sua relazione del 3 aprile 2008, si ricollega ai suoi precedenti pareri facendo presente che già nel rapporto del 23 marzo 2006, aveva indicato che l'interessato avrebbe avuto più possibilità di reinserimento in un altro lavoro, viste le molteplici limitazioni funzionali ed ambientali (doc. 115).

Alla luce del parere del Dott. Battaglia, l'UAIE ha effettuato un calcolo comparativo dei redditi (doc. 116), dal quale è emerso che, svolgendo attività alternative (leggere e/o sedentarie) in misura completa, l'assicurato subirebbe una perdita di guadagno del 17%. In questo calcolo, il salario dopo l'invalidità è stato ridotto del 5% per tenere conto della situazione personale dell'assicurato (età, handicap).

Nella sua duplica del 20 giugno 2008, l'UAIE ripropone la reiezione del ricorso.

Dopo aver preso atto delle osservazioni di duplice, l'avv. Pirolò, con scritto del 15 luglio 2008, ha ribadito l'intenzione del proprio assistito di mantenere il ricorso esibendo nuovi accertamenti sanitari (TAC torace del 4 luglio 2008, RM bacino del 26 febbraio 2008 ed altri referti).

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 agli art. 33 e 34 LTAF. In particolare, le decisioni rese dall'Ufficio dell'assicurazione per l'invalidità per gli assicurati residenti all'estero (UAIE) concernenti l'assicurazione per l'invalidità possono essere portate innanzi al TAF conformemente all'art. 69 cpv. 1 lett. b della legge federale del 19 giugno 1959 sull'assicurazione per l'invalidità (LAI, RS 831.20).

2.

2.1 Il 1° giugno 2002 sono entrati in vigore l'Accordo tra la Confederazione svizzera, da una parte, e la Comunità europea ed i suoi Stati membri, dall'altra, sulla libera circolazione delle persone del 21 giugno 1999 (ALC, RS 0.142.112.681) ed il correlato Allegato II che regola il coordinamento dei sistemi di sicurezza sociale nonché il Regolamento (CEE) n° 1408/71 del Consiglio del 14 giugno 1971 relativo all'applicazione dei regimi di sicurezza sociale ai lavoratori subordinati, ai lavoratori autonomi e ai loro familiari che si spostano all'interno della Comunità (RS 0.831.109.268.1) come pure il corrispondente Regolamento di applicazione (Regolamento CEE n° 574/72 del Consiglio del 21 marzo 1972 relativo all'applicazione del Regolamento n° 1408/71, RS 0.831.109.268.11). 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).

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

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

3.

3.1 In virtù dell'art. 3 lett. d^{bis} PA la procedura in materia di assicurazioni sociali non è disciplinata dalla PA nella misura in cui è applicabile la legge federale del 6 ottobre 2000 sulla parte generale del diritto delle assicurazioni sociali (LPGA, RS 830.1). Giusta l'art. 1 LAI le disposizioni della LPGA sono applicabili all'assicurazione per l'invalidità (art. 1a-26^{bis} e 28-70), sempre che la presente legge non preveda espressamente una deroga.

3.2 Secondo l'art. 59 LPGA ha diritto di ricorrere chiunque è toccato dalla decisione o dalla decisione su opposizione ed ha un interesse degno di protezione al suo annullamento o alla sua modificazione. Queste condizioni sono adempiute nella specie.

3.3 Il ricorso è tempestivo e rispetta i requisiti minimi prescritti dalla legge (art. 60 LPGA e 52 PA). L'anticipo delle presunte spese ricorsuali è stato versato entro il termine stabilito. Il gravame è dunque ricevibile, nulla ostando all'esame del merito dello stesso.

4.

Ai fini del presente giudizio occorre altresì preliminarmente precisare, con particolare riferimento al diritto materiale, che, dal profilo temporale, non trovano applicazione le modifiche della LAI del 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 presentato la richiesta di rendita il 14 giugno 2005. 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 14 giugno 2004 (ossia 12 mesi precedenti la presentazione della domanda), oppure se un diritto alla rendita sia sorto tra tale data ed il 13 giugno 2007, data della decisione su opposizione impugnata. Il giudice delle assicurazioni sociali analizza, infatti, la legalità della decisione impugnata, in generale, secondo lo stato di fatto esistente al momento in cui la decisione in lite è stata resa (DTF 130 V 445 consid. 1.2 e 1.2.1).

6.

Per avere diritto ad una rendita dell'assicurazione invalidità svizzera, un cittadino italiano deve adempiere cumulativamente le seguenti condizioni: essere invalido ai sensi della legge svizzera ed aver versato contributi all'AVS/AI svizzera durante un anno intero almeno (art. 36 cpv. 1 LAI).

Il ricorrente ha versato contributi all'AVS/AI svizzera durante più di un anno intero in totale e, pertanto, adempie la condizione della durata minima di contribuzione, alla quale la legge subordina l'erogazione di una rendita. Rimane ora da esaminare se sia invalido ai sensi di legge.

7.

7.1 In base all'art. 8 LPGA è considerata invalidità l'incapacità al guadagno totale o parziale presumibilmente permanente o di lunga durata. L'art. 4 LAI precisa che l'invalidità può essere conseguente ad infermità congenita, malattia o infortunio; il cpv. 2 della stessa norma stabilisce che l'invalidità è considerata insorgere quando, per natura e gravità, motiva il diritto alla singola prestazione.

7.2 L'assicurato ha diritto ad una rendita intera se è invalido per almeno il 70%, a tre quarti di rendita se è invalido per almeno il 60%, ad una mezza rendita se è invalido per almeno la metà e ad un quarto

di rendita se è invalido per almeno il 40% (art. 28 cpv. 1 LAI). In seguito all'entrata in vigore dell'Accordo bilaterale, la limitazione prevista dall'art. 28 cpv. 1ter LAI, secondo il quale le rendite per un grado d'invalidità inferiore al 50% sono versate solo ad assicurati che sono domiciliati e dimorano abitualmente in Svizzera (art. 13 LPGGA), non è più applicabile quando l'assicurato è cittadino dell'UE e vi risiede.

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

7.4 Per incapacità al lavoro s'intende qualsiasi incapacità, totale o parziale, derivante da un danno alla salute fisica, mentale o psichica di compiere un lavoro ragionevolmente esigibile nella professione o nel campo di attività abituale. In caso d'incapacità al lavoro di lunga durata possono essere prese in considerazione anche le mansioni esigibili in un'altra professione o campo d'attività (art. 6 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.

8.

8.1 Dopo il rimpatrio, l'interessato ha ancora lavorato. Dal settembre 2001 era alle dipendenze di una vetreria di Caltignaga (Novara) come operaio comune. Il datore di lavoro lo aveva assunto pur consapevole che il candidato, da molto tempo, presentava dei problemi respiratori ed altre patologie polmonari. Al proposito ci si può riferire al rapporto del Dott. Baroffio del 26 gennaio 2006 (doc. 57) che riferisce circa le condizioni di assunzione. Il dipendente sarebbe stato assegnato a mansioni di supporto nei vari reparti lavorativi. L'assicurato, in sede ricorsuale e di replica, contesta tali affermazioni e descrive come

pesanti le mansioni a lui assegnate, prive di aiuto da parte di terzi ed in assenza di mezzi meccanici facilitanti i compiti. In ogni caso, egli ha fatto registrare nel 2003/2004 diverse e prolungate assenze dal lavoro causa malattia ed ha rassegnato le dimissioni con effetto 8 novembre 2004.

8.2 La nozione d'invalidità di cui all'art. 4 LAI e 8 LPGA è di carattere giuridico economico, non medico (DTF 116 V 249 consid. 1b; 110 V 275, 105 V 207). In base all'art. 16 LPGA, applicabile per il rinvio dell'art. 28 cpv. 2 LAI, per valutare il grado d'invalidità, il reddito che l'assicurato potrebbe conseguire esercitando l'attività ragionevolmente esigibile da lui dopo la cura medica e l'eventuale esecuzione di provvedimenti d'integrazione (reddito da invalido), tenuto conto di una situazione equilibrata del mercato del lavoro, è confrontato con il reddito che egli avrebbe potuto ottenere se non fosse diventato invalido (reddito da valido). In altri termini l'assicurazione svizzera per l'invalidità risarcisce soltanto la perdita economica che deriva da un danno alla salute fisica o psichica dovuto a malattia o infortunio, non la malattia o la conseguente incapacità lavorativa (metodo generale del raffronto dei redditi; DTF 128 V 30, 104 V 136; Pratique VSI 2000 p. 84).

In carenza di documentazione economica, la documentazione medica costituisce un importante elemento di giudizio per determinare quali lavori siano ancora esigibili dall'assicurato, ma non spetta al medico graduare il tasso d'invalidità dell'assicurato (DTF 114 V 314, 105 V 158). Infatti, per costante giurisprudenza le certificazioni mediche possono costituire importanti elementi d'apprezzamento del danno invalidante, allorché permettono di valutare l'incapacità lavorativa e di guadagno dell'interessato in un'attività da lui ragionevolmente esigibile (DTF 115 V 134 consid. 2, 114 V 314 consid. 3c).

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

9.

9.1 Dalla documentazione sanitaria ad atti si evince che il ricorrente soffre essenzialmente di una sindrome disventilatoria restrittiva di grado moderato-severo in portatore di displasia polmonare bollosa apicale e para-mediastinica con multipli e ricorrenti episodi di pneumotorace spontaneo, già sottoposto a pleurodesi con nitrato d'argento, marcato deficit ponderale, piccola ernia discale L3/L4 ed L4/L5, iniziale sofferenza degenerativa in L4/L5 (cfr. perizia medica dettagliata del 4 luglio 2005, doc. 58 e relazione del Dott. Guida del 15 maggio 2007).

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

Ne discende che, in mancanza di uno stato di salute sufficientemente stabilizzato, è inapplicabile la prima lettera dell'art. 29 cpv. 1 LAI, per cui può entrare in considerazione solo la seconda lettera della citata norma legale, la quale prevede un termine d'attesa di un anno. Pertanto, il ricorrente potrebbe pretendere una rendita dell'assicurazione svizzera per l'invalidità solo a partire dal momento in cui ha subito, senza interruzione notevole, un'incapacità lavorativa media del 40% almeno durante un anno.

10.

10.1 Per quanto concerne le conseguenze invalidanti delle menzionate affezioni, il medico dell'INPS pone un tasso d'invalidità del 70%. Egli esclude che il paziente possa riprendere il suo precedente lavoro e nega che possa reinserirsi in un'attività a lui adeguata, talmente sono numerose le limitazioni ambientali e personali alle quali deve prestare attenzione (cfr. in particolare la cifra 10 del doc. 58). Dal canto suo, il Dott. Battaglia dell'UAIE nega il requisito dell'invalidità attingente il livello pensionabile. In un primo rapporto egli ha affermato che l'assicurato avrebbe potuto anche riprendere il suo precedente lavoro, purché si rispettassero molteplici limitazioni. Lo stesso Dott. Battaglia ha espresso comunque dei dubbi circa la ripresa della precedente attività (doc. 59 ultima frase). In un secondo tempo, egli ha

invece dichiarato espressamente che l'assicurato è in grado di riprendere il suo precedente lavoro (3 maggio 2006, doc. 62 in inizio). Il medico di fiducia dell'UAIE, confermava questo ultimo parere restrittivo anche nel rapporto del 2 maggio 2007 (in sede d'opposizione; doc. 107), come pure nella relazione del 13 dicembre 2007 (doc. 113). Infine, nel rapporto del 3 aprile 2008, il consulente UAIE spiega che sarebbe comunque difficile indicare se l'assicurato sia ancora in grado di lavorare come operaio in una vetreria, atteso che le indicazioni in merito ai compiti effettivi sono poco chiare e le dichiarazioni del datore di lavoro sono smentite dall'interessato stesso. Il Dott. Guida, autore della perizia esibita in sede di replica (15 maggio 2007) esclude che A._____ possa riprendere un'attività come la precedente, ma lascia aperta la possibilità che il periziando possa ancora lavorare in ambito di compiti del tutto leggeri e sedentari.

10.2 Sulla base delle ultime considerazioni sanitarie, l'amministrazione ha ritenuto che l'interessato non avrebbe più potuto riprendere il suo precedente lavoro ma che a lui sarebbero state proponibili attività leggere e/o sedentarie. Ora, il collegio giudicante ritiene che l'UAIE ha valutato in modo troppo severo la residua capacità di lavoro e di guadagno dell'assicurato.

Va dapprima rilevato che il nominato è portatore, sin dalla giovinezza, di gravi problemi respiratori. Egli ha comunque lavorato fino a quando la sua salute glielo ha permesso. Tuttavia, da marzo 2003, le sue assenze dal lavoro si sono prolungate. Questi periodi di inattività sono da imputare a numerosi e ricorrenti episodi di pneumotorace e alla sindrome disventilatoria di grado moderato/severo. Queste assenze dal lavoro - che su di un arco di 580 giorni che va dall'assenza cominciata il 27 marzo 2003 alla data del licenziamento (8 novembre 2007) sono di 280 giorni - erano giustificate dal punto di vista sanitario e avrebbero giustificato pure un'inattività nell'ambito di attività leggere e/o sedentarie. Per questo motivo, non è pienamente condivisibile il parere dell'amministrazione fondato sulla scorta del giudizio del proprio medico, secondo il quale l'assicurato sarebbe abile al 100% in attività di ripiego. Viste le sue condizioni di salute e le sue assenze dal lavoro, è da ritenere che il suo rendimento, anche in attività più semplici e meno impegnative fisicamente, sia ridotto.

Nello stesso senso, una riduzione del salario dopo l'insorgere dell'invalidità, che l'amministrazione ha ammesso in una misura

limitata al 5% (doc. 116), quando si pensi che la giurisprudenza consente, in casi eccezionali, una diminuzione del 25% (DTF 126 V 75), appare troppo restrittiva. Va ricordato che lo stesso datore di lavoro quando assunse nel 2001 A._____ era a conoscenza delle sue oggettive limitazioni ed aveva implicitamente acconsentito che il dipendente evitasse determinati tipi di compiti e fosse aiutato da colleghi (doc. 20; cfr. a questo proposito anche il rapporto del Dott. Baroffio del 26 gennaio 2006, doc. 57). Il rendimento del dipendente era già da considerarsi, a quell'epoca, ridotto.

Un quadro attendibile delle precarie condizioni di salute di A._____ è dato dalla relazione del Dott. Guida, dalla quale traspare che le patologie in esame non sono più sovrapponibili a quelle presenti negli anni in cui il nominato ha lavorato in Svizzera e neppure al momento in cui il nominato venne assunto presso la vetreria di Caltignaga. Il complesso patologico è peggiorato e non è a priori escluso che, attualmente, l'interessato incontri difficoltà di rendimento anche in lavori di tipo ancor più leggero del precedente.

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

11.

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

11.2 L'UAIE dovrà quindi completare l'istruttoria delucidando la situazione medica per il periodo dal marzo 2003 (inizio dei lunghi periodi di assenza dal lavoro causa malattia) fino alla data dell'impugnata decisione del 13 giugno 2007. L'UAIE emanerà poi un nuovo provvedimento impugnabile. A tale fine il ricorrente dovrà essere sottoposto ad una perizia pneumologica ed internistica.

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 marzo 2003 e il 13 giugno 2007, data della decisione impugnata, nonché in merito all'attività professionale che il ricorrente avrebbe potuto espletare nel periodo suddetto. Se del caso, l'Autorità amministrativa effettuerà poi un'adeguata e circostanziata indagine comparativa dei redditi.

12.

12.1 Non vengono prelevate spese processuali.

12.2 In base all'art. 64 PA, l'autorità di ricorso, se ammette il ricorso in tutto o in parte, può assegnare al ricorrente un'indennità per le spese indispensabili e relativamente elevate che ha sopportato.

Nel caso in esame, vista la memoria di ricorso e quella di replica, nonché la refertazione 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 13 giugno 2007, gli atti sono rinviati all'Ufficio dell'assicurazione per l'invalidità per gli assicurati residenti all'estero perché proceda ai sensi del considerando 11 e statuisca di nuovo.

2.

Non si prelevano spese processuali.

3.

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

4.

Comunicazione a:

- rappresentante del ricorrente (raccomandata A/R)
- 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, 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 ricorrente – i documenti indicati come mezzi di prova devono essere allegati (art. 42 LTF).

Data di spedizione: