



Corte III
C-990/2011

Sentenza del 30 novembre 2011

Composizione

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

Parti

A. _____,
patrocinato dall'avv. Vincenzo Giordano, via Tripoli 157,
IT-73100 Botrugno,
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 30 dicembre 2010.

Fatti:**A.**

A._____, cittadino italiano, nato il , ha lavorato in Svizzera dal 1983 al 1985, solvendo regolari contributi all'assicurazione svizzera per la vecchiaia, i superstiti e l'invalidità (AVS/AI), durante tale periodo (doc. 49). Dopo il rimpatrio, ha continuato ad esercitare un'attività lucrativa come ausiliario socio-sanitario dal 1989 al dicembre 2004 (addetto alla pulizia di ambienti ospedalieri), quando si è ritirato dal lavoro per ragioni di salute (doc. 11, 12, 14).

B.

In data 25 novembre 2008, A._____ ha presentato una domanda volta al conseguimento di prestazioni dell'assicurazione svizzera per l'invalidità (doc. 1).

Il richiedente è stato visitato il 23 marzo 2009 presso i servizi medici dell'Istituto nazionale di previdenza per i dipendenti dell'amministrazione pubblica (INPDAP), dove è stata posta la diagnosi di epatopatia cronica in evoluzione cirrotica, sida in trattamento antiretrovirale ed è stato posto un tasso d'invalidità totale (doc. 17). Sono stati esibiti documenti oggettivi, segnatamente:

- un rapporto del centro di malattie infettive dell'ASL di Galatina del 14 ottobre 2008 attestante una sindrome da immunodeficienza acquisita complicata da epatite cronica HCV correlata in evoluzione cirrotica (doc. 15);
- l'attestato di riconoscimento dell'invalidità civile (doc. 16).

Il medico dell'Ufficio dell'assicurazione per l'invalidità per gli assicurati residenti all'estero (UAIE), Dott. Kristol, nella sua nota del 14 ottobre 2009, ha ritenuto utile fare eseguire accertamenti più approfonditi in merito alle patologie rilevate (doc. 19). Tale documentazione è stata chiesta dall'UAIE all'INPDAP con lettera del 29 ottobre 2009 (doc. 20). Con lettera del 24 marzo 2010 l'INPDAP ha comunicato che l'assicurato è inattivo dal 1° gennaio 2005 per invalidità assoluta (non migliorabile) e che quanto già inviato deve essere ritenuto completo. Una nota del Dott. Donateo, consulente INPDAP datata del 23 marzo 2010 è stata allegata (doc. 27).

Con lettera del 31 marzo 2010, l'UAIE ha ribadito all'INPDAP la necessità della documentazione richiesta per valutare la domanda in corso (doc. 26).

Con risposta del 30 aprile 2010, l'INPDAP ha prodotto ancora l'E 213 del 23 marzo 2009 (doc. 17 = 28) nonché un verbale di Commissione medica ospedaliera del 20 novembre 2004 che attesta un'inabilità assoluta a decorrere dall'11 settembre 2003 come aiuto socio-sanitario per le note patologie (doc. 29).

Nel rapporto del 19 giugno 2010, il Dott. Kristol ha spiegato che allo stato attuale del dossier medico la richiesta di prestazioni dovrebbe essere respinta (doc. 33) ed ha ribadito la necessità di nuova e più esauriente documentazione (doc. 33). L'UAIE, con lettera all'INPDAP del 1° luglio 2010, di cui una copia è stata inviata all'interessato, ha invitato detto istituto a produrre quanto richiesto entro il 1° settembre 2010 (doc. 35, 36). Con nota del 17 settembre 2010, l'INPDAP si è rifiutato di far eseguire gli esami medici supplementari (doc. 37). Unico documento nuovo consiste in un breve rapporto del centro HIV di Lecce del 18 maggio 2010 attestante la cura in corso ed i risultati di alcuni valori ematochimici (doc. 39).

C.

Nel suo rapporto del 3 novembre 2010 (doc. 41), il Dott. Kristol ha indicato che in base alla documentazione rimessa ad atti non esiste alcuna invalidità attingente il livello pensionabile, nemmeno nella precedente professione dell'assicurato (ausiliario socio-sanitario).

Con progetto di decisione del 9 novembre 2009, l'UAIE ha disposto la reiezione della domanda di rendita per carenza d'invalidità di livello pensionabile (doc. 42).

Con scritto del 3 dicembre 2010, l'assicurato ha ribadito la sua richiesta di prestazione (doc. 44). Nulla ha prodotto a suffragio delle sue conclusioni a parte un succinto certificato medico del Dott. Paglialonga del 2 dicembre 2010 attestante quanto noto (doc. 45).

Richiamato a pronunciarsi, il Dott. Kristol, nella nota del 23 dicembre 2010, si è riconfermato nelle sue precedenti considerazioni (doc. 47).

Mediante decisione del 30 dicembre 2010, l'UAIE ha respinto la domanda di prestazioni (doc. 48).

D.

Con il ricorso depositato il 5 febbraio 2011, A._____, regolarmente rappresentato dall'avv. Giordano, chiede, sostanzialmente, l'annullamento del summenzionato provvedimento amministrativo e il riconoscimento del suo diritto ad una rendita intera AI. A suffragio delle sue conclusioni produce una breve nota medica del Dott. Grima del 2 febbraio 2011 attestante che il nominato è in cura presso il centro Hiv locale ed è in terapia. Il sanitario sostiene che il paziente presenta un deficit neuro cognitivo parziale tanto da non permettergli di svolgere pienamente le attività quotidiane.

E.

Ricevuto il ricorso, l'amministrazione ha sottoposto gli atti al Dott. Lehmann, del proprio servizio medico, il quale, nella sua relazione del 28 marzo 2011, ha affermato che non vi sarebbero elementi per provare l'esistenza di un'invalidità di rilievo (doc. 51).

Nelle sue osservazioni ricorsuali del 1° aprile 2011, l'UAIE propone dunque la reiezione del ricorso con argomenti di cui, per quanto occorra, si riferirà nei considerandi in diritto del presente giudizio.

Dopo aver preso atto delle osservazioni dell'amministrazione e di altra documentazione di rilievo, l'avv. Giordano, con scritto del 10 maggio 2011, ha ribadito l'intenzione del proprio assistito di mantenere il ricorso. Egli sostiene che la patologia in corso è pienamente documentata per stessa ammissione della controparte e che l'incidenza debilitante di questa è ammessa in base a tutti gli ordinamenti giuridici europei. Una stessa malattia, sostiene l'insorgente, dovrebbe comportare la stessa conseguenza invalidante, dal punto di vista valutativo, in ogni ordinamento giuridico.

Con decisione incidentale del 17 maggio 2011, notificata il 23 maggio successivo, la parte ricorrente è stata invitata a versare un anticipo di Fr. 400.-, corrispondente alle presunte spese processuali. Detto anticipo è stato versato il 21 giugno 2011.

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 (TAF) 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). L'interessato ha versato l'anticipo delle presunte spese processuali nella misura di Fr. 400.-. Il gravame è dunque ammissibile, 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 (5^a 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 (DTF 136 V 24 consid. 4.3). 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. Tuttavia, secondo le norme transitorie sulla V revisione della LAI (cfr. lettera circolare 253 del 12 dicembre 2007 dell'Ufficio federale delle assicurazioni sociali [UFAS]), se l'incapacità di lavoro inizia dopo il 1° gennaio 2007, è possibile versare la rendita allo scadere del periodo attesa di un anno a condizione che la domanda di rendita sia presentata entro e non oltre il 31 dicembre 2008 (cfr. consid. 7.3).

5.

Il ricorrente ha presentato la domanda di rendita il 25 novembre 2008. In deroga all'art. 24 LPGa, l'art. 48 cpv. 2 LAI (nel suo tenore in vigore fino

al 31 dicembre 2007) 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 25 novembre 2007 (ossia 12 mesi precedenti la presentazione della domanda), oppure se un diritto alla rendita sia sorto tra tale data ed il 30 dicembre 2010, data dell'impugnata decisione. 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, ogni richiedente deve adempiere cumulativamente le seguenti condizioni:

- essere invalido ai sensi della legge svizzera;
- aver versato contributi all'AVS/AI svizzera per un anno (art. 36 LAI nel tenore in vigore fino al 31 dicembre 2007). A partire dal 1° gennaio 2008, è tuttavia necessario avere versato contributi durante almeno 3 anni (art. 36 LAI nel tenore modificato il 6 ottobre 2006). A tal fine è possibile prendere in considerazione anche i contributi versati ad un'assicurazione sociale assimilata di uno Stato membro dell'Unione europea (UE) o dell'Associazione europea di libero scambio (AELS), a condizione che almeno un anno di contributi sia registrato all'AVS/AI svizzera (FF 2005 p. 4065; art. 45 del regolamento 1408/71).

Nella specie, il ricorrente ha versato contributi all'AVS/AI svizzera per un periodo inferiore ai 3 anni, ma più di un anno (cfr. doc. 49; 1 anno e 10 mesi in totale). Tuttavia, risulta dall'E205 (attestato concernente la carriera assicurativa in Italia, doc. 2) che lo stesso vanta contributi alle patrie assicurazioni sociali per un periodo di oltre 700 settimane. 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; 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} LAI (art. 29 cpv. 4 a partire dal 1° gennaio 2008), 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 LPG), 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 si è stabilizzato; la seconda lettera 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 LPG) almeno del 40% in media durante un anno senza notevole interruzione; e c. al termine di questo anno è invalido almeno al 40%. Tuttavia, il diritto alla rendita nasce al più presto dopo 6 mesi dalla data in cui l'assicurato ha rivendicato il diritto alle prestazioni conformemente all'art. 29 cpv. 1 LPG, ma al più presto a partire dal mese seguente il compimento dei 18 anni (art. 29 cpv. 1 LAI).

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 LPG). L'incapacità al guadagno è definita all'art. 7 LPG 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 obbiettivamente superabile (art. 7 cpv. 2 LPGA nel suo nuovo tenore dal 1° gennaio 2008).

8.

8.1. Dal 1989 l'assicurato ha lavorato nel settore del pubblico impiego come ausiliario socio-sanitario in ragione di 36 ore settimanali. Non ha più ripreso l'attività dal 18 agosto 2003 ed è stato licenziato con effetto dal 31 dicembre 2004 per invalidità assoluta e permanente a qualsiasi attività lavorativa (doc. 11, 29).

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). In base all'art. 16 LPGA, 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).

8.3. L'invalidità dell'assicurato che non esercita un'attività lucrativa, ma svolge le mansioni consuete e dal quale non si può ragionevolmente esigere che intraprenda un'attività lucrativa è determinata, in deroga all'art. 16 LPGA, in funzione dell'incapacità di svolgere le mansioni consuete (art. 28 cpv. 2^{bis} LAI nel tenore vigente fino al 31 dicembre 2007, ora, art. 28a cpv. 2 LAI). L'art. 27 dell'ordinanza del 17 gennaio 1961 sull'assicurazione per l'invalidità (OAI; RS 831.201) precisa che per mansioni consuete di una persona senza attività lucrativa occupata

nell'economia domestica s'intendono gli usuali lavori domestici, l'educazione dei figli nonché le attività artistiche e di pubblica utilità.

8.4. 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). 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).

8.5. 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 e 122 V 160).

9.

9.1. Dalla documentazione ad atti si evince che il richiedente è portatore di un'epatopatia cronica ad evoluzione cirrotica, una sindrome da immunodeficienza acquisita in trattamento antiretrovirale (cfr. perizia medica particolareggiata del 27 marzo 2009, doc. 17). In sede di audizione e di ricorso non vengono menzionate ulteriori patologie.

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). Si tratta, 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 di 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 vi sono notevoli divergenze. Il servizio medico dell'UAIE ritiene che l'assicurato non presenta alcuna incapacità lavorativa nel suo lavoro di ausiliario socio-sanitario. Il medico dell'INPDAP pone invece un tasso d'invalidità totale. La stessa valutazione è data anche dalla speciale Commissione per gli invalidi civili (doc. 16) che considera l'assicurato portatore di handicap in situazione di gravità con necessità di assistenza continuativa globale o permanente (rapporto del 30 ottobre 2008). Il verbale d'invalidità civile del 3 luglio 2007 indica che l'interessato è invalido con totale e permanente inabilità lavorativa e con necessità di assistenza continua non essendo in grado di compiere gli atti quotidiani della vita.

10.2. Ora, si deve constatare che il servizio medico dell'Ufficio AI ha esaminato la domanda di rendita esclusivamente in base alla documentazione rimessa dall'INPDAP, anche se a più riprese la aveva considerata insufficiente.

Con lettere del 29 ottobre 2009, 31 marzo e 1° luglio 2010 (doc. 20, 26, 36), l'UAIE ha chiesto all'INPDAP maggiori ragguagli in merito alle patologie in atto, lo stato attuale, la terapia seguita, i medicinali assunti, un esame clinico, ecc. In particolare, con lettera del 1° luglio 2010, l'UAIE aveva indicato all'INPDAP di avere bisogno di documentazione supplementare al fine di esaminare la domanda di rendita, ossia un nuovo rapporto medico con anamnesi dettagliata, delle indicazioni esatte sulla terapia praticata con nome e dosi dei medicinali, lo stato attuale della patologia HIV, eventuali complicazioni fra l'HIV e l'epatite, notizie in merito alla presunta cirrosi epatica (biopsia?), esami del sangue attualizzati. L'organismo italiano si è tuttavia rifiutato di eseguire nuovi accertamenti (doc. 24, 27, 31, 37), limitandosi a spedire un succinto esame del 18 maggio 2010 del Centro HIV di Galatina (Dott. Grima, doc. 39).

L'istruttoria non è stata quindi svolta come prospettato dal Dott. Kristol. In mancanza di una documentazione medica completa, si deve ritenere che il parere del Dott. Kristol del 3 novembre 2010, come pure il progetto di decisione successivo e la decisione stessa, risultano infondati. Alla luce delle patologie di cui soffre l'interessato, un approfondimento dell'indagine medica è infatti indispensabile. Per quanto riguarda la patologia epatica, occorre accertare se questa è giunta a livello tale da impedire all'interessato lo svolgimento di un'attività lavorativa come la precedente e, eventualmente, più leggera. Le notizie riguardo questa affezione sono praticamente inesistenti e, peraltro, la presenza di una cirrosi non appare provata. Relativamente all'HIV, è necessario sapere a quale stadio si trova la malattia e ciò in modo preciso.

10.3. È vero che l'UAIE si è rivolto a più riprese all'INPDAP senza esito. Tuttavia la mancata collaborazione di questo organismo non può essere imputata al ricorrente. Quest'ultimo ha del resto ricevuto solo una copia per conoscenza delle richieste dell'UAIE (vedi in particolare la lettera del 1° luglio 2010). Se l'amministrazione avesse voluto statuire in base all'incarto a sua disposizione, avrebbe dovuto inviare direttamente all'interessato l'ingiunzione di collaborare. In merito va ricordato che l'art. 43 cpv. 3 LPGa prevede appunto che se l'assicurato o altre persone che pretendono prestazioni, nonostante un'ingiunzione, rifiutano in modo ingiustificato di compiere il loro dovere d'informare o di collaborare, l'assicuratore può, dopo diffida scritta ed avvertimento delle conseguenze giuridiche e dopo aver impartito un adeguato termine di riflessione, decidere in base agli atti o chiudere l'inchiesta e decidere di non entrare in materia.

11.

11.1. Quando il parere del servizio medico dell'UAIE diverge nettamente dagli altri giudizi, e non può essere fondato su documentazione oggettiva avente la qualità di prova, occorre procedere ad una nuova investigazione medica. Infatti, è compito del consulente medico stabilire in che misura il danno alla salute limita l'interessato nelle sue capacità psicofisiche, attenendosi unicamente alle funzioni importanti relative alle attività lavorative che, secondo la sua esperienza di vita, entrano in linea di conto nel caso concreto (art. 49 OAI, vedi anche DTF 125 V 261 consid. 4).

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

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 (DTF 137 V 210 consid. 4.4.1.4).

L'UAIE dovrà quindi completare l'istruttoria delucidando la situazione medica per il periodo dal marzo 2003 (cessazione dell'attività lucrativa per motivi di salute) fino alla data dell'impugnata decisione (30 dicembre 2010). L'UAIE emanerà poi un nuovo provvedimento impugnabile. A tale fine il ricorrente dovrà essere sottoposto ad una perizia approfondita in epatologia ed infettivologia (anamnesi particolareggiata, stato attuale, diagnosi, terapia seguita, prognosi e valutazione). Il medico dell'Ufficio AI chiederà inoltre all'INPDAP tutti quegli esami oggettivi che il caso giustifica. Se del caso, l'amministrazione effettuerà poi un'indagine comparativa dei redditi, tenendo conto della reale capacità dell'assicurato di riprendere un'attività lucrativa.

12.

12.1. Visto l'esito del ricorso, non vengono prelevate spese processuali e l'anticipo spese versato dal ricorrente, di Fr. 400.-, gli viene restituito.

12.2. In base all'art. 64 PA, l'autorità di ricorso, se ammette il ricorso in tutto o in parte, può assegnare al ricorrente un'indennità per le spese indispensabili e relativamente elevate che ha sopportato. Nel caso in esame, vista la memoria di ricorso e di replica, si giustifica riconoscere alla parte ricorrente un'indennità per spese ripetibili di Fr. 1'000.-, 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 30 dicembre 2010, l'incarto è rinviato all'autorità inferiore perché proceda ai sensi del considerando 11 e statuisca di nuovo.

2.

Non si prelevano spese processuali. L'anticipo di Fr. 400.- versato dal ricorrente gli è restituito.

3.

Alla parte ricorrente viene riconosciuta un'indennità per spese ripetibili di Fr. 1'000.-, la quale è posta a carico dell'autorità inferiore.

4.

Comunicazione a:

- rappresentante del ricorrente (raccomandata A/R)
- autorità inferiore (n. di rif. ; raccomandata)
- Ufficio federale delle assicurazioni sociali, Berna (raccomandata)

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 adempiute le condizioni di cui agli art. 72 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: