

BVGer C-3862/2018 vom 4. Februar 2019

Bundesverwaltungsgericht, 2019-02-04, IT

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bvger_C-3862_2018

FR: TAF C-3862/2018 du 4 février 2019

IT: TAF C-3862/2018 del 4 febbraio 2019

Regeste

Revisione della rendita

Erwägungen

E. 1.1

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

E. 1.2

Riservate le eccezioni - non realizzate nel caso di specie - di cui all'art. 32 LTAF, questo Tribunale giudica, in virtù dell'art. 31 LTAF in combinazione con l'art. 33 lett. d LTAF e l'art. 69 cpv. 1 lett. b LAI, i ricorsi contro le decisioni, ai sensi dell'art. 5 PA, rese dall'Ufficio AI per le persone residenti all'estero.

E. 1.3

In virtù dell'art. 3 lett. dbis PA, la procedura in materia di assicurazioni sociali non è disciplinata dalla PA nella misura in cui è applicabile la LPGA (RS 830.1). Giusta l'art. 1 cpv. 1 LAI, le disposizioni della LPGA sono applicabili all'assicurazione per l'invalidità (art. 1a-26bis e 28-70), sempre che la LAI non deroghi alla LPGA.

E. 1.4

Presentato da una parte direttamente toccata dalla decisione e avente un interesse degno di protezione al suo annullamento o alla sua modifica (art. 59 LPGA), che ha altresì pagato l'acconto spese, il ricorso - interposto tempestivamente e rispettoso dei requisiti previsti dalla legge (art. 60 LPGA nonché art. 52 PA) - è pertanto ammissibile.

E. 2.1

Secondo l'art. 40 cpv. 1 lett. b dell'ordinanza sull'assicurazione per l'invalidità del 17 gennaio 1961 (OAI, RS 831.201) per la ricezione e l'esame delle richieste è competente l'ufficio AI per gli assicurati residenti all'estero, fatti salvi i capoversi 2 e 2bis, se gli assicurati sono domiciliati all'estero. In particolare giusta l'art. 40 cpv. 2 OAI per la ricezione e l'esame delle richieste dei frontalieri è competente l'Ufficio AI nel cui campo d'attività essi esercitano un'attività lucrativa. Questa regola si applica anche ai vecchi frontalieri, a condizione che al momento della richiesta il loro domicilio abituale si trovi ancora nella zona di frontiera e il danno alla salute risalga all'epoca della loro attività frontaliera.

E. 2.2

Nella fattispecie l'assicurato, a beneficio di un permesso di dimora (B) valido fino al 19 ottobre 2015 (consid. A), ha risieduto in Svizzera per circa 6 anni e mezzo (doc. UAIE 7) per poi trasferirsi in Italia a fine maggio 2017 (consid. F). Egli non può quindi essere considerato un frontaliere o vecchio frontaliere ai sensi dell'art. 40 cpv. 2 OAI. Ne discende che, dal giugno 2017, l'esame della procedura di revisione pendente presso l'Ufficio AI avrebbe dovuto essere proseguita dall'UAIE e non dall'Ufficio AI cantonale, ritenuto tra l'altro che la perizia è stata esperita solo nel novembre 2017.

E. 3.1.1

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

E. 3.1.2

L'allegato II è stato modificato con effetto dal 1° aprile 2012 (Decisione 1/2012 del Comitato misto del 31 marzo 2012; RU 2012 2345). Nella sua nuova versione esso prevede in particolare che le parti contraenti applicano tra di loro, nel campo del coordinamento dei sistemi di sicurezza sociale, gli atti giuridici di cui alla sezione A dello stesso allegato, comprese eventuali loro modifiche o altre regole equivalenti ad essi (art. 1 ch. 1) ed assimila la Svizzera, a questo scopo, ad uno Stato membro dell'Unione europea (art. 1 ch. 2).

E. 3.1.3

Gli atti giuridici riportati nella sezione A dell'allegato II sono, in particolare, il regolamento (CE) n. 883/2004 del Parlamento europeo e del Consiglio del 29 aprile 2004 (RS 0.831.109.268.1) relativo al coordinamento dei sistemi di sicurezza sociale, con le relative modifiche, e il regolamento (CE) n. 987/2009 del Parlamento europeo e del Consiglio del 16 settembre 2009 (RS 0.831.109.268.11) che stabilisce le modalità di applicazione del regolamento (CE) n. 883/2004, nonché il regolamento (CEE) n. 1408/71 del Consiglio del 14 giugno 1971 (RU 2004 121, 2008 4219 4237, 2009 4831) relativo all'applicazione dei regimi di sicurezza sociale ai lavoratori subordinati, ai lavoratori autonomi e ai loro familiari che si spostano all'interno della Comunità, con le relative modifiche, e il regolamento (CEE) n. 574/72 del Consiglio del 21 marzo 1972 (RU 2005 3909, 2008 4273, 2009 621 4845) che stabilisce le modalità di applicazione del regolamento (CEE) n. 1408/71, con le relative modifiche, entrambi applicabili tra la Svizzera e gli Stati membri fino al 31 marzo 2012 e quando vi si fa riferimento nel regolamento (CE) n. 883/2004 o nel regolamento (CE) n. 987/2009 oppure quando si tratta di casi verificatisi in passato.

E. 3.1.4

Secondo l'art. 4 del regolamento (CE) n. 883/2004, salvo quanto diversamente previsto dallo stesso, le persone ad esso soggette godono delle medesime prestazioni e sottostanno agli stessi obblighi di cui alla legislazione di ciascuno Stato membro, alle stesse condizioni dei cittadini di tale Stato. Ciò premesso, nella misura in cui l'ALC e, in particolare, il suo allegato II, non prevede disposizioni contrarie, l'organizzazione della procedura, come pure l'esame delle condizioni di ottenimento di una rendita d'invalidità svizzera, sono regolate dal diritto interno svizzero (DTF 130 V 253 consid. 2.4).

E. 3.1.5

Il regolamento (CE) n. 883/2004 è stato inoltre ulteriormente modificato dal regolamento (CE) n. 465/2012 del Parlamento europeo e del Consiglio del 22 maggio 2012, ripreso dalla Svizzera a decorrere dal 1° gennaio 2015 (cfr. sentenza del TF 8C_580/2015 del 26 aprile

2016 consid. 4.2 con rinvii).

E. 4.1

Dal profilo temporale sono applicabili le disposizioni in vigore al momento della realizzazione dello stato di fatto che deve essere valutato giuridicamente o che produce conseguenze giuridiche (DTF 136 V 24 consid. 4.3 e 130 V 445 consid. 1.2 e relativi riferimenti nonché DTF 129 V 1 consid. 1.2).

E. 4.2

Con decisione del 6 giugno 2018 l'autorità di prime cure, fondandosi sul presunto miglioramento dello stato di salute del ricorrente intervenuto posteriormente alla decisione dell'Ufficio AI del 18 gennaio 2017, ha soppresso la mezza rendita di invalidità erogata dal 1° giugno 2016 con effetto dal 1° agosto 2017. Ne consegue che sono applicabili le modifiche legislative di cui alla 6a revisione della LAI (primo pacchetto) entrate in vigore il 1° gennaio 2012 e le eventuali modifiche successive intervenute fino alla data della decisione impugnata.

E. 5

Giova altresì rilevare che il potere cognitivo di questo Tribunale è delimitato dalla data della decisione impugnata. Il giudice delle assicurazioni sociali esamina infatti la decisione impugnata sulla base della situazione di fatto esistente al momento in cui essa è stata pronunciata, e meglio il 6° giugno 2018. Tiene tuttavia conto dei fatti verificatisi dopo tale data quando essi possano imporsi quali elementi d'accertamento retrospettivo della situazione anteriore alla decisione stessa (DTF 129 V 1 consid. 1.2 e 121 V 362 consid. 1b), in altri termini se gli stessi sono strettamente connessi all'oggetto litigioso e se sono suscettibili di influire sull'apprezzamento del giudice al momento in cui detta decisione litigiosa è stata resa (cfr. sentenza del TF 8C_278/2011 del 26 luglio 2011 consid. 5.5 nonché 9C_116/2010 del 20 aprile 2010 consid. 3.2.2; DTF 118 V consid. 3a in fine).

E. 6

Il TAF applica il diritto d'ufficio, senza essere vincolato in nessun caso dai motivi del ricorso (art. 62 cpv. 4 PA). In virtù dell'art. 12 PA e dell'art. 19 PA in relazione con l'art. 40 della legge federale di procedura civile del 4 dicembre 1947 (PCF, RS 273), il Tribunale accerta i fatti determinanti per la soluzione della controversia, assume le prove necessarie e le valuta liberamente. Le parti sono tenute a cooperare all'accertamento dei fatti (art. 13 PA) ed a motivare il proprio ricorso (art. 52 PA). Ne consegue che l'autorità di ricorso adita si limita di principio ad esaminare le censure sollevate, mentre le questioni di diritto non invocate dalle parti solo nella misura in cui queste emergono dagli argomenti delle parti o dall'incarto (DTF 122 V 157 consid. 1a; 121 V 204 consid. 6c e sentenza del TAF C-6034/2009 del 20 gennaio 2010 consid. 2).

E. 7

Oggetto del contendere è il diritto di A._____ di percepire mezza di rendita di invalidità anche dopo il 31 luglio 2018. In concreto va quindi esaminato se la situazione di salute, rispettivamente la capacità lavorativa dell'assicurato, sono migliorate in misura tale da giustificare la soppressione dal 31 luglio 2018, come sostenuto dall'UAIE, alla luce della perizia dell'8 novembre 2017 della dott.ssa M._____ (doc. UAIE 74), del rapporto finale SMR del 13 novembre successivo (doc. UAIE 75), nonché delle osservazioni della perita del 16 febbraio 2018 (doc. UAIE 93) secondo cui egli disponeva di una capacità lavorativa

dell'80% dal 9 novembre 2017 e totale entro il primo trimestre del 2018, sia nell'attività abituale di tuttofare che nell'esercizio di un'attività sostitutiva idonea.

E. 8.1

In via preliminare va rilevato che nella procedura di ricorso A._____, contrariamente a quanto fatto in procedura amministrativa (consid. E e H.b), non ha più contestato il grado di occupazione del 50% ritenuto dall'autorità inferiore al momento dell'insorgenza dell'incapacità lavorativa, già nell'ambito della prima procedura.

E. 8.2

Al fine di determinare lo statuto della persona assicurata (persona esercitante un'attività lucrativa a tempo pieno, a tempo parziale o senza attività lucrativa), si deve segnatamente esaminare se (e in quale misura) la stessa, da sana, avrebbe consacrato l'essenziale della sua attività all'economia domestica o a un'occupazione lucrativa, alla luce della sua situazione personale, familiare, sociale, finanziaria e professionale (sentenza del TF 9C_279/2018 del 28 giugno 2018 consid. 2.2 con rinvii e DTF 130 V 393 consid. 3.3). Ai fini di questa valutazione si deve ugualmente tenere conto della volontà ipotetica della persona interessata, la quale, ove non altrimenti desumibile, dovrà dedursi, in quanto fatto interno, da indizi esterni, stabiliti secondo il grado della verosimiglianza preponderante richiesto nel diritto delle assicurazioni sociali (sentenza del TF 9C_48/2013 del 9 luglio 2013).

E. 8.3

A titolo abbondanziale si rileva che le conclusioni dell'autorità inferiore risultano corrette. Dagli atti emerge infatti che sebbene effettivamente in data 18 ottobre 2010 l'insorgente avesse sottoscritto un contratto di lavoro a tempo indeterminato (doc. UAIE 58), quest'ultimo era stato modificato e sostituito dall'accordo del 22 novembre seguente (allegato al doc. UAIE 58). Ora, il salario nuovamente concordato di fr. 1'300.- mensili, vitto e alloggio inclusi, corrisponde pressapoco alla metà di quanto pattuito in un primo tempo per un'attività a tempo pieno (fr. 3'044.70 - fr. 300.- per l'alloggio - fr. 250.- per il vitto = circa fr. 2'500.-), circostanza che lascia intendere un grado di occupazione del 50%. Inoltre, anche secondo la generale esperienza della vita, si può ritenere che la tesi dell'assicurato secondo cui egli aveva continuato a lavorare per 40 ore settimanali nonostante il dimezzamento della retribuzione, non appare credibile. Infine nell'avviso di malattia della E._____ del 2 luglio 2015 (doc. CM 3), nella scheda dell'assicurato dell'Ufficio AI del 26 novembre successivo (doc. UAIE 3), nonché nel questionario del 25 febbraio 2016 per il datore di lavoro (doc. UAIE 19) figura sempre un grado di occupazione del 50% (si confronti anche doc. UAIE 32 e l'annotazione di cui al doc. UAIE 36, da cui emerge che non vi sarebbe prova tangibile, alla luce del curriculum vitae, che negli ultimi sei mesi avrebbe cercato un'occupazione al 100%). Non vi è inoltre prova concreta, né è mai stato sostenuto, che nel tempo libero, l'interessato celibe, residente presso il luogo di lavoro (doc. UAIE 1 pag. 3, doc. UAIE 9), avrebbe svolto l'attività di casalingo.

E. 9.1

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.

E. 9.2

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 al lavoro (art. 6 LPGGA) almeno del 40% in media durante un anno senza notevole interruzione; e c. al termine di questo anno è invalido almeno al 40%.

E. 9.3

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. 2 LAI).

E. 9.4

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.

E. 10.1

Secondo l'art. 17 LPGGA, se il grado d'invalidità del beneficiario della rendita subisce una notevole modificazione, per il futuro la rendita è aumentata o ridotta proporzionalmente o soppressa, d'ufficio o su richiesta. Il cpv. 2 della stessa norma prevede che ogni altra prestazione durevole accordata in virtù di una disposizione formalmente passata in giudicato è, d'ufficio o su richiesta, aumentata, diminuita o soppressa se le condizioni che l'hanno giustificata hanno subito una notevole modificazione.

E. 10.2

Giusta l'art. 87 cpv. 1 OAI (RS 831.201), la revisione avviene d'ufficio quando, in previsione di una possibile modifica importante del grado d'invalidità o della grande invalidità oppure del bisogno di assistenza o di aiuto dovuto all'invalidità è stato stabilito un termine al momento della fissazione della rendita, dell'assegno per grandi invalidi o del contributo per l'assistenza (lett. a) o allorché si conoscono fatti o si ordinano provvedimenti che possono provocare una notevole modifica del grado d'invalidità, della grande invalidità oppure del bisogno di assistenza o di aiuto dovuto all'invalidità (lett. b).

E. 10.3

L'art. 88a cpv. 1 OAI prevede che se la capacità al guadagno dell'assicurato o la capacità di svolgere le mansioni consuete migliora oppure se la grande invalidità o il bisogno di assistenza o di aiuto dovuto all'invalidità si riduce, il cambiamento va considerato ai fini della riduzione o della soppressione del diritto a prestazioni dal momento in cui si può supporre che il miglioramento constatato perduri. Lo si deve in ogni caso tenere in

considerazione allorché è durato tre mesi, senza interruzione notevole, e che presumibilmente continuerà a durare.

E. 10.4

Giusta l'art. 88bis cpv. 2 OAI, la riduzione o la soppressione della rendita, dell'assegno per grandi invalidi o del contributo per l'assistenza è messa in atto: a) il più presto, il primo giorno del secondo mese che segue la notifica della decisione ; b) retroattivamente dalla data in cui avvenne la modificazione determinante se l'erogazione indebita è dovuta all'ottenimento illecito di una prestazione da parte dell'assicurato o se quest'ultimo ha violato l'obbligo di informare, impostogli ragionevolmente dall'art. 77 OAI.

E. 10.5

Secondo la giurisprudenza del Tribunale federale, costituisce motivo di revisione della rendita d'invalidità ogni modifica rilevante delle circostanze di fatto suscettibile d'influire sul grado di invalidità e, quindi, sul diritto alla rendita. Ne consegue che la rendita può essere soggetta a revisione non soltanto in caso di modifica significativa dello stato di salute, ma anche quando detto stato è rimasto invariato, ma le sue conseguenze sulla capacità di guadagno hanno subito un cambiamento significativo (sentenza del TF I 870/05 del 2 maggio 2007; DTF 130 V 343 consid. 3.5). Peraltro, per procedere alla revisione di una rendita d'invalidità occorre che il grado d'invalidità abbia subito una notevole modifica (art. 17 cpv. 1 LPGA). A differenza di quanto prescritto dall'art. 17 cpv. 2 LPGA per le altre prestazioni durevoli, l'art. 17 cpv. 1 LPGA non esige in relazione alla revisione di una rendita d'invalidità una modifica notevole dello stato di fatto, ma (solo) una modifica notevole del grado d'invalidità. Questa modifica può risiedere sia in un cambiamento dello stato di salute sia in una modifica della componente lucrativa (DTF 133 V 545 consid. 6.1-6.3). Anche una modifica di poco conto nello stato di fatto determinante può così dare luogo a una revisione di una rendita dell'assicurazione per l'invalidità se tale modifica determina un superamento (per eccesso o per difetto) di un valore limite (DTF 133 V 545 consid. 6.3). In tale evenienza i parametri di calcolo dell'invalidità, compresi gli aspetti parziali del diritto alla rendita (quali sono segnatamente la determinazione del reddito con e senza invalidità), possono essere ridefiniti facendo capo alle regole applicabili al momento del nuovo esame (cfr. sentenza del TF 9C_696/2007 consid. 5.1 e relativi riferimenti). Irrilevante è invece, una diversa valutazione di una fattispecie restata sostanzialmente immutata (DTF 112 V 371 consid. 2b).

E. 11.1

Al fine di accertare se il grado di invalidità si è modificato in maniera tale da influire sul diritto alle prestazioni, si deve confrontare, da un lato, la situazione di fatto relativa all'ultima decisione cresciuta in giudicato che è stata oggetto di un esame materiale del diritto alla rendita dopo contestuale accertamento pertinente dei fatti, apprezzamento delle prove e confronto dei redditi, e, dall'altro lato, la situazione di fatto vigente all'epoca del provvedimento litigioso (sentenza del Tribunale federale I 759/06 del 5 settembre 2007; DTF 133 V 108 consid. 5).

E. 11.2

Il periodo di riferimento nell'ambito della presente vertenza è quello intercorrente tra il 18 gennaio 2017, data della decisione mediante la quale l'Ufficio AI ha riconosciuto in favore del ricorrente mezza di rendita di invalidità dal 1° giugno 2016 (doc. UAIE 41) e il 6 giugno 2018, data della decisione impugnata (doc. UAIE 97).

E. 12.1

La nozione d'invalidità di cui all'art. 4 LAI e 8 LPGA è di carattere giuridico economico e non medico (DTF 116 V 249 consid. 1b). In base all'art. 16 LPGA, applicabile per il rinvio dell'art. 28a cpv. 1 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).

E. 12.2

In assenza 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 grado 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, 114 V 314 consid. 3c).

E. 12.3

Quanto alla valenza probatoria di un rapporto medico, determinante, secondo la giurisprudenza, è che i punti litigiosi importanti siano stati oggetto di uno studio approfondito, che il rapporto si fondi su esami completi, che consideri parimenti le censure espresse, che sia stato approntato in piena conoscenza dell'incarto (anamnesi), che la descrizione del contesto medico sia chiara e che le conclusioni del perito siano ben motivate. Determinante quindi per stabilire se un rapporto medico ha valore di prova non è tanto né l'origine del mezzo di prova, né la denominazione, ad esempio, quale perizia o rapporto (sentenza del TF 8C_153/2007 del 7 maggio 2008; DTF 125 V 351 consid. 3a pag. 352; 122 V 157 consid. 1c pag. 160; Hans-Jakob Mosimann, *Zum Stellenwert ärztlicher Beurteilungen*, in: *Aktuelles im Sozialversicherungsrecht*, 2001, pag. 266). Nella sentenza pubblicata in VSI 2001 pag. 106 segg. la Corte ha però ritenuto conforme al principio del libero apprezzamento delle prove (art. 40 PC e art. 19 PA, art. 95 cpv. 2, art. 113 e 132 vOG) definire delle direttive in relazione alla valutazione di determinate forme di rapporti e perizie.

E. 12.4

Una valutazione medica completa, comprensibile e concludente che, considerata a sé stante in occasione di un'unica (prima) valutazione del diritto alla rendita, andrebbe ritenuta probante, non assume a prova attendibile in caso di revisione, se non attesta in modo sufficiente in che modo rispettivamente in che misura ha avuto luogo un effettivo cambiamento nello stato di salute. Sono tuttavia riservati i casi evidenti (SVR 2012 IV n. 18 pag. 81 consid. 4.2). Dalla perizia deve quindi emergere chiaramente che i fatti con cui viene motivata la modifica sono nuovi o che i fatti preesistenti si sono modificati sostanzialmente per quanto riguarda la loro natura rispettivamente la loro entità. L'accertamento di una modifica dei fatti è in particolare sufficientemente comprovata se i periti descrivono quali aspetti concreti nell'evoluzione della malattia e nell'andamento

dell'incapacità lavorativa hanno condotto alla nuova valutazione diagnostica e alla stima dell'entità dei disturbi. Le summenzionate esigenze devono trovare riscontro nel tenore delle domande poste al perito (sentenza del TF 9C_158/2012 del 5 aprile 2013; SVR 2012 IV pag. 81 consid. 4.3).

E. 13.1

In primo luogo va rilevato che dai referti ambulatoriali e dalle lettere di dimissione di data intercorrente tra il 27 giugno e il dicembre 2015, relativi a diverse degenze e controlli di A._____ presso l'B._____ di C._____, prodotti in occasione della procedura relativa alla domanda di rendita pervenuta all'UAIE il 20 novembre 2015 (doc. UAIE 2), risulta che quest'ultimo è affetto da " leucemia linfoblastica acuta Ph+ "(doc. UAIE 8). La diagnosi è stata ribadita nei referti ambulatoriali relativi al periodo gennaio-maggio 2016 (allegati al doc. CM 12 e allegati al doc. CM 13) ed è stato evidenziato che " le condizioni generali sono buone, la terapia è ben tollerata e priva di effetti collaterali ".

E. 13.2

Con certificato del 7 giugno 2016 il dott. G._____ ha posto la diagnosi di leucemia linfoblastica acuta Ph+ e ritenuto il ricorrente non in grado di riprendere l'attività lavorativa (doc. CM 13).

E. 13.3

Tramite annotazione del 13 giugno 2016 (doc. UAIE 35) il dott. H._____, tenuto conto della " pesante " cura oncologica, ha quindi considerato l'assicurato totalmente inabile al lavoro per ogni tipo di attività dal 27 giugno 2015.

E. 14.1

In occasione della procedura di revisione avviata il 24 gennaio 2017 (doc. UAIE 44 e 48) l'Ufficio AI si è in particolare fondato sui referti ambulatoriali del 23 febbraio 2017 (doc. UAIE 54) e 28 settembre 2017 (allegato al doc. UAIE 72) del dott. I._____ e a quello della dott.ssa L._____ del 17 agosto 2017 (allegato al doc. UAIE 74), in cui i medici hanno ripreso la diagnosi nota, ribadendo le buone condizioni generali del paziente (consid. 13.1).

E. 14.2.1

Alla luce della documentazione medica nuovamente acquisita agli atti il SMR ha ritenuto necessario esperire una perizia specialistica a cura della dott.ssa M._____, la quale, dopo aver visitato il ricorrente il 13 settembre 2017, con referto dell'8 novembre successivo (doc. UAIE 74 pag. 9), ha posto la diagnosi con ripercussione sulla capacità lavorativa di " stato dopo chemioterapia per leucemia linfoblastica acuta Ph+ (data della diagnosi 26.6.2015) ".

E. 14.2.2

Al riguardo la perita ha evidenziato che " l'A. spiega che è stato molto male con le terapie (chemioterapia). Ora si sente abbastanza in forma. I medici sono ottimisti e sono contenti dei risultati " [...]. " Desidera poter ricominciare a lavorare. I medici gli hanno detto che può lavorare ma al momento dicono solo che la situazione va bene e non hanno comunicato una data precisa ". L'esperta ha inoltre evidenziato che " non lamenta disturbi, mangia bene, dorme bene, la forza muscolare è integra [...], il morale va bene [...]. Se la sentirebbe di lavorare dato che in pratica non ha disturbi " (doc. UAIE 74 pag. 7). La dott.ssa M._____ ha altresì sottolineato che " l'A. ha ora recuperato la sua capacità lavorativa. Non si trovano

dei limiti funzionali con impatto sulle varie attività " (doc. UAIE 74 pag. 10).

E. 14.2.3

La perita ha quindi ritenuto A. _____ " abile nella misura dell'80% per un paio di mesi per riallenamento da subito, poi abile nella misura del 100%, sia nella precedente attività di tuttofare che per attività idonee al suo stato di salute " (doc. UAIE 74 pag. 11).

E. 14.3

Con rapporto finale del 13 novembre 2017 (doc. UAIE 75) il dott. N. _____ ha ripreso la diagnosi posta dalla dottoressa M. _____. Il medico ha riconosciuto all'assicurato una completa incapacità lavorativa dal 27 giugno 2015 all'8 novembre 2017, mentre una capacità lavorativa dell'80% dal giorno successivo sia nell'attività lavorativa abituale di tuttofare che in attività sostitutive idonee, precisando che entro il primo trimestre del nuovo anno vi era da attendersi una totale capacità lavorativa. Quali ulteriori limitazioni funzionali ha indicato la facile faticabilità.

E. 15.1

In sede di osservazioni al progetto di decisione il ricorrente ha prodotto il certificato medico del 21 dicembre 2017 della dott.ssa O. _____ (allegato al doc. UAIE 85) e quello dell'8 gennaio 2018 del dott. G. _____ che ha rammentato la diagnosi di leucemia linfoblastica acuta Ph+ e ritenuto l'assicurato inabile al lavoro (doc. UAIE 85). Con rapporto dell'8 gennaio 2018 il dott. P. _____, inoltre, ha evidenziato che un'eventuale terapia cardiologica sarebbe stata rivalutata successivamente (allegato al doc. UAIE 85).

E. 15.2

Chiamata a pronunciarsi in merito, con osservazioni del 16 febbraio 2018 (doc. UAIE 93) la dott.ssa M. _____ ha affermato che la documentazione prodotta non modificava le valutazioni espresse in sede di perizia, di cui ha integralmente confermato le conclusioni (consid. 14.2).

E. 16.1

In sede ricorsuale A. _____ ha prodotto il certificato medico del 12 luglio 2018 in cui il dott. G. _____ ha attestato che " il paziente non può eseguire lavori pesanti e leggeri, non può stare a contatto con sostanze chimiche o tossiche, la terapia attuale può provocare effetti cardiaci e necessita di controlli mensili " (allegato al doc. TAF 4). Il medesimo contenuto è stato ribadito il 15 novembre 2018 (allegato al doc. TAF 12).

E. 16.2

In sede di replica egli ha inoltre prodotto il rapporto del 25 novembre 2018 (allegato al doc. TAF 12) in cui la dott.ssa Q. _____, dopo aver visitato l'assicurato il 21 novembre 2018, ha posto la diagnosi di " disturbo dell'adattamento con ansia e umore depresso misti " (pag. 6), evidenziando nel contempo che " date le attuali condizioni psicopatologiche correlate al quadro di malattia oncologica il sig. A. _____ non risulta idoneo alla ripresa di attività lavorativa " (pag. 7).

E. 16.3

In occasione della duplica con parere del 9 gennaio 2019 (allegato al doc. TAF 14) il dott. R. _____ ha evidenziato di non aver rilevato " (...) prima della perizia psichiatrica della Dr.ssa Q. _____ del 21.11.2018 alcuna certificazione di patologia psichiatrica

rispettivamente nozione di presa a carico specialistica psichiatrica ". In riferimento al certificato della dott.ssa O._____ del 21 dicembre 2017 l'esperto ha indicato che " si tratta di un certificato emesso a seguito di un singolo incontro avvenuto il 14.12.2017. La psicologa cita circostanze di vita comprensibili in un paziente affetto da un tumore maligno ma che non si traducono per sé in una diagnosi psichiatrica che non viene, infatti, riportata dalla psicologa stessa ", precisando nel contempo che " la prima nozione di una psicopatologia con o senza influsso sulla capacità lavorativa giunge dunque solo 5 mesi dopo la decisione dell'UAIE del 06.06.2018 " .

E. 17.1

A proposito in primo luogo dell'affidabilità della perizia della dott.ssa M._____ va rilevato che essa contiene una ricostruzione dettagliata dei fatti di pertinenza oncologica ed ematologica, un'anamnesi personale, professionale e patologica, dati soggettivi dell'assicurato, esami oggettivi, una diagnosi e delle conclusioni. Essa adempie quindi - perlomeno da un punto di vista formale - i requisiti posti dalla dottrina e dalla giurisprudenza (consid. 12.4). Alla stessa conclusione si deve giungere per quanto riguarda l'aspetto materiale, attestando la perizia in modo convincente e motivato un chiaro miglioramento dello stato di salute e della capacità lavorativa a partire dal 9 novembre 2017.

E. 17.2

La dott.ssa M._____ ha indicato al riguardo che l'assicurato non lamentava disturbi e che le sue condizioni generali di salute erano buone, evidenziando nel contempo come i medici dell'B._____ avevano ritenuto esigibile la ripresa del lavoro e che pure l'insorgente si fosse espresso favorevolmente in questo senso, confermando di sentirsi abbastanza bene. Di conseguenza la perita ha concluso, in assenza di limiti funzionali, che il peritando aveva recuperato la sua capacità lavorativa (consid. 14.2). Nella perizia non si rilevano contraddizioni di sorta né vi è motivo di non concordare con le conclusioni poste secondo cui lo stato di salute dell'assicurato privo di disturbi attualmente, sia migliorato in modo tale da permettere l'esercizio di un'attività lavorativa dapprima nella misura dell'80% e, dopo un paio di mesi di riallenamento, nella misura del 100%.

E. 17.3

Gli ulteriori referti medici agli atti non mettono del resto in dubbio il quadro clinico descritto dalla dott.ssa M._____ e non permettono quindi di discostarsi dalla valutazione da essa esposta riguardo allo stato di salute dell'assicurato e alla capacità lavorativa.

E. 17.3.1

In effetti nel certificato dell'8 gennaio 2018 il dott. G._____ si è limitato ad attestare in maniera sibillina un'inabilità lavorativa, senza precisare in che misura e in quali attività e senza minimamente sostanziare le proprie allegazioni (consid. 15.1).

E. 17.3.2

Il rapporto di medesima data (consid. 15.1) con cui il dott. P._____, dopo esami specialistici, ha indicato che al momento non era indicata una terapia cardiologica, attesta in pratica che l'asserita possibilità di una malattia cardiologica provocata dai farmaci assunti, non si è al momento realizzata.

E. 17.3.3

Sempre il dott. G. _____ con certificato del 12 luglio 2018 ha sostenuto che " il paziente non può fare lavori pesanti e leggeri, non può stare a contatto con sostanze chimiche o tossiche, la terapia attuale può provocare effetti cardiaci e necessita di controlli mensili " (allegato al doc. TAF 4).A riguardo va rilevato che, come peraltro pure sostenuto dall'Ufficio AI con presa di posizione del 17 ottobre 2018 (allegato al doc. TAF 9 pag. 3), gli elementi clinici e terapeutici indicati, già noti, erano stati considerati nella perizia. Come già evidenziato inoltre non vi erano al momento conseguenze - negative - a livello cardiologico della terapia. Il medico non ha neppure indicato i motivi che osterebbero alla ripresa di un'attività lavorativa. A ciò va aggiunto che dell'eventuale necessità di non entrare in contatto con sostanze chimiche o tossiche si può senz'altro tener conto al momento della riduzione del reddito da invalido per circostanze particolari (consid. 20.6.3). Questa omissione non permette senz'altro di confutare l'affidabilità della perizia della dottoressa M. _____. Alla luce di quanto sopra esposto si tratta quindi di una valutazione differente di una situazione identica.

E. 17.4

In estrema sintesi le conclusioni della dott.ssa M. _____, che attestano un miglioramento dello stato di salute e della capacità lavorativa dal 9 novembre 2017, non sono messe in discussione dalla documentazione medica prodotta dal ricorrente. Così stando le cose, al fine di definire lo stato di salute dell'assicurato occorre attenersi alla perizia della dottoressa M. _____, confluita nel rapporto finale SMR del 13 novembre 2017 (doc. UAIE 58) e confermata con ulteriore presa di posizione della dott.ssa M. _____ del 16 febbraio 2018 (doc. UAIE 93).

E. 18.1

Il ricorrente ha altresì trasmesso prima della decisione impugnata il certificato del 21 dicembre 2017 (consid. 15.1) della dott.ssa O. _____, la quale ha sostenuto che " [...] la patologia di leucemia linfoblastica acuta di cui il paziente è affetto da diversi anni, ha influito in modo importante sulla vita personale e sociale del paziente. Si sconsigliano situazioni particolarmente stressanti che possano ulteriormente compromettere, sia da un punto di vista fisico che psicologico, le condizioni in atto ".

E. 18.2

Al riguardo va rilevato che il documento non contiene una diagnosi correttamente posta da un medico secondo i criteri previsti dalla giurisprudenza, la psicologa non spiega in cosa consisterebbero le conseguenze personali e sociali della patologia somatica, né precisa quali sarebbero le situazioni stressanti da evitare e le loro conseguenze. Oltre a non contenere chiare conclusioni, le sue valutazioni si fondano su un unico incontro tenutosi il 14 dicembre 2017. Dagli atti di causa non si evince infine un'ulteriore regolare presa a carico dell'insorgente. Ne discende che il certificato in oggetto, generale ed incompleto, e non redatto da un medico, non presenta nella fattispecie alcuna rilevanza.

E. 19.1.1

Infine, dopo aver visitato il ricorrente il 21 novembre 2018, con rapporto del 25 novembre seguente (allegato al doc. TAF 12), redatto posteriormente alla decisione impugnata, la dott.ssa Q. _____ ha posto le diagnosi di disturbo dell'adattamento e di umore depresso misti secondo il manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi mentali (DMS) dell'American Psychiatric Association.

E. 19.1.2

Al riguardo l'esperta ha in particolare evidenziato che " il tono dell'umore è deflesso anche se ci tiene a sottolineare che è solamente correlato agli eventi. Riferisce insonnia costante (...) ". Essa ha inoltre sottolineato che " tende per carattere a minimizzare i sintomi e a descrizioni scarse ed essenziali. Racconta con sofferenza del cambiamento totale di vita cui la malattia lo ha costretto e dei numerosi sintomi di cui ancora soffre: facile stancabilità, vertigini, timori di contatti con sostanze nocive per la sua salute che gli impediscono di riprendere una qualunque attività lavorativa. Sono inoltre presenti sentimenti di preoccupazione per il futuro e sofferenza per la vita che ha dovuto abbandonare (...) " (pag. 5). L'esperta ha infine sostenuto che " il sig. A._____ presenta una sintomatologia psichica oltre che fisica di importante significato. Anche se, per struttura caratteriale tende ad un eloquio scarso, ripetitivo e privo di molti dettagli gli aspetti di ansia ed angoscia appaiono evidenti [...] " e precisato che " anche se lo stato di malattia, al momento, sembra essere meno grave di qualche tempo fa, la precarietà del piccolo miglioramento raggiunto, il carico farmacologico, i sintomi psicopatologici ed i cambiamenti di vita occorsi non consentono un recupero psicofisico complessivo significativo. Sono presenti molti timori ed ansia che si ripercuotono sul riposo notturno ed il funzionamento diurno " (pag. 6-7).

E. 19.1.3

La perita ha quindi ritenuto A._____ non idoneo alla ripresa di un'attività lavorativa (pag. 7).

E. 19.2

Al riguardo giova rammentare che, anteriormente alla produzione del rapporto testé menzionato, il ricorrente non ha mai presentato patologie psichiatriche (cfr. in particolare consid. 18). Le nuove diagnosi poste dalla dott.ssa Q._____ potrebbero comunque giustificare un peggioramento dello stato di salute. Tuttavia questa Corte non può statuire su questo aspetto, in quanto da un lato l'amministrazione non si è ancora espressa in merito con decisione formale, dall'altro, un eventuale diritto alla rendita, riconducibile ad un nuovo evento assicurato, sorgerebbe ad ogni modo posteriormente alla pronuncia della decisione impugnata e pertanto esula dalla potestà cognitiva di questo Tribunale (consid. 4). Su questo punto pertanto il ricorso è pertanto irricevibile e va trasmesso all'autorità inferiore per competenza, affinché proceda alle necessarie indagini.

E. 20.1

Avendo appurato che, a far tempo dal 9 novembre 2017, A._____ è abile all'80% ed entro il primo trimestre del 2018 al 100%, sia nell'attività lavorativa abituale di tuttodfare che in un'attività sostitutiva confacente al suo stato di salute, occorre ancora esaminare la conformità del tasso di invalidità calcolato dall'autorità inferiore.

E. 20.2

In concreto le modalità di calcolo del grado di invalidità non emergono in modo chiaro né dalla decisione, né dagli atti. Presumibilmente è stato applicato il cosiddetto confronto percentuale (" Prozentvergleich ") secondo cui l'UAIE ha dedotto il tasso di incapacità al guadagno direttamente dal grado di inabilità lavorativa del 20%, rispettivamente dello 0%, nella precedente (e in ogni altra professione) rinunciando ad effettuare un raffronto dei redditi di riferimento. Tale modo di procedere era stato del resto applicato anche nella precedente procedura, in cui l'assicurato era stato considerato attivo al 50% e pertanto,

malgrado un'incapacità totale al lavoro, era stata assegnata una mezza rendita.

E. 20.3.1

Ai sensi dell'art. 29 cpv. 2 Cost. le parti hanno diritto d'essere sentite. Per costante giurisprudenza, dal diritto di essere sentito deve in particolare essere dedotto il diritto per l'interessato di esprimersi prima della resa di una decisione sfavorevole nei suoi confronti, di fornire prove circa i fatti suscettibili di influire sul provvedimento, di prendere visione dell'incarto, di partecipare all'assunzione delle prove, di prenderne conoscenza e di determinarsi al riguardo (DTF 132 V 368 consid. 3.1 pag. 370 e sentenze ivi citate). Il diritto di essere sentito è una garanzia costituzionale formale, la cui violazione implica l'annullamento della decisione impugnata, a prescindere dalle possibilità di successo nel merito (DTF 132 V 387 consid. 5.1 pag. 390; 127 V 431 consid. 3d/aa pag. 437). Ai sensi della giurisprudenza, una violazione del diritto di essere sentito - nella misura in cui non sia grave - è da ritenersi sanata qualora l'interessato abbia la facoltà di esprimersi innanzi ad un'autorità di ricorso che gode di piena cognizione. La riparazione di un eventuale vizio deve comunque avvenire solo in via eccezionale (DTF 127 V 431 consid. 3d/aa pag. 437). Anche in caso di grave violazione del diritto di essere sentito è possibile prescindere da un rinvio della causa all'amministrazione, se una simile operazione si esaurirebbe in un vuoto esercizio formale e procrastinerebbe inutilmente il processo in contrasto con l'interesse - di pari rango del diritto di essere sentito - della parte ad essere giudicata celermente (DTF 132 V 387 consid. 5.1 pag. 390 con riferimenti).

E. 20.3.2

L'art. 29 cpv. 2 Cost. offre, a titolo sussidiario, una garanzia minima, mentre la portata di tale diritto è determinata in primo luogo dalle norme cantonali o federali di procedura (DTF 126 I 15 consid. 2a pag. 16; 125 I 257 consid. 3a pag. 259).

E. 20.3.3

Giusta l'art. 49 cpv. 3 seconda frase LPGa le decisioni devono essere motivate se non corrispondono interamente alle richieste delle parti. Il diritto di essere sentito di cui all'art. 29 cpv. 2 Cost. comprende infatti l'obbligo per l'autorità di motivare le proprie decisioni. Esso ha lo scopo, da un lato, di porre la persona interessata nelle condizioni di afferrare le ragioni poste a fondamento della decisione, di rendersi conto della portata del provvedimento e di poterlo impugnare con cognizione di causa, e, dall'altro, di permettere all'autorità di ricorso di esaminare la fondatezza della decisione medesima. Ciò non significa tuttavia che l'autorità sia tenuta a pronunciarsi in modo esplicito ed esaustivo su tutte le argomentazioni addotte; essa può occuparsi delle sole circostanze rilevanti per il giudizio, atte ad influire sulla decisione (DTF 129 I 232 consid. 3.2 pag. 236; 126 I 97 consid. 2b pag. 102; 125 II 369 consid. 2c pag. 372).

E. 20.4

In concreto l'amministrazione ha violato il diritto di essere sentito ritenuto che ha omesso di addurre, nella decisione impugnata, i motivi per i quali non ha proceduto, in applicazione del metodo ordinario, al calcolo del raffronto dei redditi, limitandosi ad addurre che la pretesa andava respinta essendo la capacità di guadagno in un primo tempo dell'80% e, in seguito, totale. La questione se, in simili circostanze, la carenza va considerata sanata, può restare indecisa in quanto, in ogni caso, per i motivi indicati nei consideranti precedenti, la decisione va confermata. Giova inoltre evidenziare che nella fattispecie gli atti di causa contengono comunque sufficienti elementi per permettere di determinare il grado di

invalidità. Un eventuale rinvio dell'incanto all'UAIE per ulteriori completamenti non farebbe quindi che procrastinare inutilmente il processo in contrasto con l'interesse del ricorrente ad essere giudicato celermente. È pertanto possibile prescindere da un rinvio della causa all'amministrazione.

E. 20.5.1

Nel merito è utile rilevare che se la persona interessata non sfrutta in maniera completa e ragionevolmente esigibile la capacità lavorativa residua, il reddito da invalido va di principio determinato alla luce dei dati forniti dalle statistiche salariali come risultano segnatamente dall'inchiesta svizzera sulla struttura dei salari edita dall'Ufficio federale di statistica (ISS; DTF 126 V 75 consid. 3b pag. 76 con riferimenti). Tuttavia, è possibile derogare a questo principio e fissare la perdita di guadagno direttamente in base all'incapacità di lavoro operando un confronto percentuale (" Prozentvergleich "). Questo metodo costituisce una variante ammissibile del raffronto dei redditi basato su dati statistici: il reddito da valido è preso in considerazione nella misura del 100%, mentre il reddito da invalido è preso in considerazione tenendo conto dell'incapacità lavorativa, la differenza percentuale corrisponde in tal modo al grado d'invalidità (sentenze del TF 9C_225/2016 del 14 luglio 2016 consid. 6.2.2, 8C_628/2015 del 6 aprile 2016 consid. 5.3.5 e 8C_211/2013 del 3 ottobre 2013 consid. 4.1 con i riferimenti pubblicata in SVR 2014 UV n. 1 pag. 1; Meyer/Reichmuth, Bundesgesetz über die Invalidenversicherung [IVG], 3° ed. 2014, n. 35 e seg. ad art. 28a LAI). L'applicazione di questo metodo si giustifica quando il salario da valido e quello da invalido sono fissati in base agli stessi dati statistici, oppure quando il lavoro precedentemente svolto è ancora possibile (perché il contratto di lavoro per esempio non è stato sciolto), oppure quando questo lavoro offre le migliori possibilità di reintegrazione professionale (perché per esempio il salario prima dell'invalidità è superiore a quello da invalido) (sentenze del TF 9C_225/2016 del 14 luglio 2016 consid. 6.2.2, 9C_310/2009 del 14 aprile 2010 consid. 3.2 e 8C_294/2008 del 2 dicembre 2008 consid. 6.4.1).

E. 20.5.2

Nel caso concreto, contrariamente a quanto proposto dall'UAIE, le condizioni per fare capo eccezionalmente al confronto percentuale (" Prozentvergleich ") non sono date. L'assicurato infatti ha smesso di lavorare il 27 giugno 2015 e, sebbene non figurasse agli atti una formale disdetta, il contratto presso il suo ex-datore di lavoro è stato, de facto, sciolto, non avendo l'interessato più ripreso le proprie mansioni, né avendo fatto richiesta del proprio posto di lavoro, ma anzi essendosi trasferito all'estero. Non risulta inoltre dimostrato che il lavoro di tuttofare presso un esercizio pubblico gli possa offrire, alla luce delle patologie di cui soffre, le migliori possibilità di reintegrazione. Tanto più che nessun consulente in integrazione professionale, che era la persona più indicata per verificare quali attività fossero possibili alla luce degli accertamenti medici (DTF 125 V 256 consid. 4 pag. 261; 115 V 133 consid. 2 pag. 134; 114 V 310 consid. 3c pag. 314; 105 V 156 consid. 1 pag. 158; cfr. anche sentenza 9C_635/2007 del 21 agosto 2008 consid. 3.3), è stato a tal proposito consultato dall'autorità inferiore. L'UAIE fa inoltre astrazione del fatto che non vi è alcun automatismo nell'applicazione del metodo percentuale, nel senso che il grado d'incapacità di guadagno non corrisponde necessariamente a quello di lavoro: l'applicazione di questo metodo non esime l'autorità dal verificare se la capacità di lavoro medicalmente attestata non debba essere ulteriormente ridotta per tenere conto di altri fattori, come la situazione professionale e salariale concreta dell'interessato (sentenza 8C_530/2015 del 6 gennaio 2016 consid. 6.2;

Meyer/Reichmuth, op. cit., n. 37 ad art. 28a LAI). A tale proposito l'amministrazione non ha eseguito alcun accertamento.

E. 20.5.3

In definitiva l'utilizzo del metodo percentuale, non risultando per altro giustificato da particolari difficoltà nel determinare l'entità del reddito da valido e da invalido dell'interessato, risulta contrario al diritto federale e non può pertanto essere seguito.

E. 20.6.1

Nella fattispecie dagli atti di causa si evince che A. _____ ha sempre lavorato al 50%, non consacrando inoltre verosimilmente il suo tempo libero allo svolgimento di altre mansioni, in particolare quella di casalingo (consid. 8.3). L'assicurato, per motivi estranei all'invalidità, si è di fatto spontaneamente accontentato di svolgere un'attività lucrativa a tempo parziale e di realizzare un reddito alquanto modesto, ritenuto che sarebbe stato senz'altro possibile reperire un'attività a tempo pieno analoga a quella svolta. Ne consegue che si deve computare solo il reddito da valido al 50%, (DTF 134 V 322 consid. 4.1; 142 V 290 consid. 7, sentenza del TF 9C_520/2012 del 20 agosto 2012 consid. 4.2; Meyer/Reichmuth, op. cit., n. 71 e 122 ad art. 28a).

E. 20.6.2

Secondo le informazioni fornite dal datore di lavoro (questionario per il datore di lavoro del 25 febbraio 2016 [doc. UAIE 28] e scheda di salario ivi allegate), nonché dai conteggi relativi alle indennità giornaliere per malattia della E. _____ (doc. CM 6 e allegati, 8, 9 e 11) il reddito da valido per il 2015, con un tasso di occupazione del 50%, ammonta a fr. 1'742.25, vale a dire fr. 20'907.- annui. Indicizzato al 2017 (anno di riferimento per il raffronti dei redditi) a mezzo della tabella T1.2.10 (servizi di alloggio e ristorazione + 0,9% nel 2016 e - 0,2% nel 2017), è pari a fr. 21'005.04.

E. 20.6.3

Ora, tenuto conto del fatto che il ricorrente era attivo solo al 50%, sia che si tenga conto quale reddito da invalido di quello precedente, sia che si faccia riferimento a quello conseguibile in un'attività semplice e ripetitiva di cui alla tabella TA1 dell'Ufficio federale di statistica (UFS) per il 2014 (tabella TA1, uomini, livello 1), vale a dire per il 2017 un salario mensile di fr. 5'593.24 (fr. 5'537.76 + 0,4% [2015], + 0,7% [2016], - 0,1% [2017]), ed annuale di fr. 67'118.88, quindi per un'attività al 50% fr. 33'559,44 (ipotesi in cui il reddito da valido andrebbe parallelizzato sempre alla luce della tabella TA 1 - ad esempio riducendo il reddito da invalido del 32,4% [37,4%-5%]) - nonché di una riduzione del 5/10% per tenere conto dell'impossibilità di lavorare a contatto con sostanze chimiche o tossiche e della facile affaticabilità, un confronto dei redditi non produce un grado di invalidità di almeno il 40% sufficiente per giustificare il diritto a prestazioni AI. In entrambe le ipotesi il grado di invalidità sarebbe infatti pari al massimo all'8%.

E. 21

Da quanto esposto consegue che il ricorso, manifestamente infondato, non merita tutela e la decisione impugnata va confermata. Il giudice dell'istruzione, anteriormente o posteriormente a uno scambio di scritti, decide quale giudice unico, con motivazione sommaria, i ricorsi manifestamente infondati, pronunciandone la non entrata in materia o il rigetto (art. 85bis cpv. 3 LAVS in combinazione con l'art. 69 cpv. 2 LAI; cfr. anche la sentenza del TAF C-3936/2015 del 24 gennaio 2017 consid. 12; C-1257/2013 del 27 marzo

2013 consid. 4). Ne segue che la presente sentenza di rigetto del ricorso può essere resa a giudice unico.

E. 22.1

Visto l'esito della procedura le spese processuali di fr. 800.- sono poste a carico del ricorrente (art. 63 cpv. 1 e cpv. 5 PA nonché art. 3 lett. b del regolamento del 21 febbraio 2008 sulle tasse e sulle spese ripetibili nelle cause dinanzi al Tribunale amministrativo federale [TS-TAF, RS 173.320.2]) e vengono compensate con l'anticipo spese, di identico ammontare, versato dall'insorgente il 30 agosto 2018.

E. 22.2

Al ricorrente, soccombente, non spetta altresì alcuna indennità per spese ripetibili (art. 64 PA in combinazione con gli art. 7 cpv. 1 e 2 TS-TAF a contrario).

E. 22.3

Peraltro, le autorità federali, quand'anche vincenti, non hanno di principio diritto a un'indennità a titolo di ripetibili (art. 7 cpv. 3 TS-TAF), salvo eccezioni non ravvisabili nel caso concreto (v., fra l'altro, DTF 127 V 205).

Export aus OpenCaseLaw (CC0). Verbindlich ist allein der vom erlassenden Gericht veröffentlichte Originaltext. Quellen-URL siehe oben.