

BVGer C-1174/2009 vom 12. August 2010

Bundesverwaltungsgericht, 2010-08-12, IT

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bvger_C-1174_2009

FR: TAF C-1174/2009 du 12 août 2010

IT: TAF C-1174/2009 del 12 agosto 2010

Regeste

Assicurazione per l'invalidità (AI)

Erwägungen

E. 1

Riservate le eccezioni di cui all'art. 32 della legge del 17 giugno 2005 sul Tribunale amministrativo federale (LTAF, RS 173.32), il Tribunale amministrativo federale giudica, in virtù dell'art. 31 LTAF, i ricorsi contro le decisioni ai sensi dell'art. 5 della legge federale del 20 dicembre 1968 sulla procedura amministrativa (PA, RS 172.021) emanate dalle autorità menzionate all'art. 33 LTAF. In particolare, le decisioni rese dall'UAIE concernenti l'assicurazione per l'invalidità possono essere portate innanzi al TAF conformemente all'art. 69 cpv. 1 lett. b della legge federale del 19 giugno 1959 sull'assicurazione per l'invalidità (LAI, RS 831.20).

E. 2.1

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 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-26bis e 28-70), sempre che la presente legge non preveda espressamente una deroga.

E. 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.

E. 2.3

Il ricorso è tempestivo e rispetta i requisiti minimi prescritti dalla legge (art. 60 LPGA e 52 PA). Il ricorrente ha versato un anticipo di Fr. 300.-, corrispondente alle presunte spese processuali. Il gravame è dunque ammissibile, nulla ostando all'esame del merito dello stesso.

E. 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).

E. 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).

E. 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.

E. 4

Relativamente al diritto applicabile, deve essere precisato che, a partire dal 1° gennaio 2008, la presente procedura è retta dalla LAI nel suo tenore modificato il 6 ottobre 2006 (5a revisione), ritenuto il principio secondo il quale le norme applicabili sono quelle in vigore al momento in cui dei fatti giuridicamente rilevanti si sono verificati (DTF 130 V 445 consid. 1.2). Ne consegue che, il diritto alla rendita si esamina fino al 31 dicembre 2007 alla luce delle precedenti norme e, a partire da quella data, secondo le nuove disposizioni.

E. 5

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 almeno un anno (art. 36 LAI). A partire dal 1° gennaio 2008, è tuttavia necessario avere versato contributi per 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 superiore ai tre anni. Pertanto, l'interessata 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.

E. 6

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

riesaminata soltanto se l'assicurato rende verosimile che il grado d'invalidità si è modificato in misura rilevante per il diritto alle prestazioni (art. 87 cpv. 2 e 3 dell'ordinanza federale sull'assicurazione per l'invalidità del 17 gennaio 1961, OAI, RS 831.201). Se non è il caso, l'amministrazione non entra nel merito della richiesta. Se l'amministrazione entra nel merito della nuova domanda deve esaminare la fattispecie da un punto di vista materiale e, in particolare, verificare se la modifica del grado d'invalidità resa verosimile dall'assicurato si è effettivamente realizzata (DTF 109 V 108 e 130 V 64 e 71). In tal caso applicherà, per analogia, le disposizioni sulla revisione di rendite in corso (art. 17 cpv. 1 LPGA, art. 87 OAI). In concreto, l'UAI ha emanato una decisione su opposizione negativa il 18 gennaio 2005. Con decisione del 16 gennaio 2009 l'UAIE ha respinto una seconda domanda di rendita presentata il 24 gennaio 2007. Ne consegue che il periodo di riferimento per giudicare se è intervenuta una modifica rilevante del grado d'invalidità va dal 18 gennaio 2005 al 16 gennaio 2009. Va comunque osservato che l'assicurato potrebbe avere diritto a una rendita d'invalidità al più presto dal 1° gennaio 2006. Infatti, 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.

E. 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.

E. 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. 1ter 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 LPGA), non è più applicabile quando l'assicurato è cittadino dell'UE e vi risiede.

E. 7.3

Il diritto alla rendita, secondo l'art. 29 cpv. 1 LAI, nasce, al più presto, nel momento in cui l'assicurato presenta un'incapacità permanente di guadagno pari almeno al 40% (lettera a), oppure quando egli è stato per un anno e senza notevoli interruzioni, incapace al lavoro per almeno il 40% in media (lettera b). La prima lettera si applica allorché lo stato di salute dell'assicurato si è stabilizzato; la seconda se lo stato di salute è labile, vale a dire suscettibile di evolvere verso un miglioramento od un peggioramento (DTF 121 V 264, 111 V 21 consid. 2b). A partire dal 1° gennaio 2008, l'art. 28 cpv. 1 LAI stabilisce che l'assicurato ha diritto ad una rendita alle seguenti condizioni: a. la sua capacità di guadagno o la sua capacità di svolgere le mansioni consuete non può essere ristabilita, mantenuta o migliorata mediante provvedimenti d'integrazione ragionevolmente esigibili; b. ha avuto un'incapacità di lavoro (art. 6 LPGA) almeno del 40% in media durante un anno senza notevole interruzione; e c. al termine di questo anno è invalido almeno al 40%.

E. 7.4

Per incapacità al lavoro s'intende qualsiasi incapacità, totale o parziale, derivante da un danno alla salute fisica, mentale o psichica di compiere un lavoro ragionevolmente esigibile nella professione o nel campo di attività abituale. In caso d'incapacità al lavoro di lunga durata possono essere prese in considerazione anche le mansioni esigibili in un'altra professione o campo d'attività (art. 6 LPGGA). L'incapacità al guadagno è definita all'art. 7 LPGGA e consiste nella perdita, totale o parziale, della possibilità di guadagno sul mercato del lavoro equilibrato che entra in considerazione, provocata da un danno alla salute fisica, mentale o psichica e che perdura dopo aver sottoposto l'assicurato alle cure ed alle misure d'integrazione ragionevolmente esigibili. Per valutare la presenza di un'incapacità al guadagno sono considerate esclusivamente le conseguenze del danno alla salute; inoltre, sussiste un'incapacità al guadagno soltanto se essa non è obiettivamente superabile (art. 7 cpv. 2 LPGGA nel suo nuovo tenore dal 1° gennaio 2008).

E. 8

L'interessato, dopo il licenziamento del 2005 presso la ditta di produzione e commercio di generi ortofrutticoli, ha ripreso un'attività lucrativa il 6 giugno 2005 nel settore edile. Tuttavia, il 24 novembre 2005 è incorso in un ulteriore infortunio e da allora non avrebbe più ripreso un'attività lucrativa. La nozione d'invalidità di cui all'art. 4 LAI e 8 LPGGA è di carattere giuridico economico, non medico (DTF 116 V 249 consid. 1b). In base all'art. 16 LPGGA, applicabile per il rinvio dell'art. 28 cpv. 2 LAI (28a cpv. 1 LAI 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). In carenza di documentazione economica, la documentazione medica costituisce un importante elemento di giudizio per determinare quali lavori siano ancora ragionevolmente esigibili dall'assicurato, ma non spetta al medico graduare l'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. 9.1

Nel caso in esame, può essere ritenuta la diagnosi posta in evidenza dai sanitari del SAM di Bellinzona (visite del 16, 19, 22 e 23 gennaio 2008). Gli esperti incaricati (Dott. Christen, reumatologia; Dott. Karau, neurologia; Dott.ssa Castra, psichiatria) hanno evidenziato la seguente situazione: "Diagnosi con influenza sulla capacità di lavoro: sindrome cervicospondilogenica prevalentemente a destra con/su: alterazioni degenerative della colonna cervicale (osteocondrosi, uncartrosi, spondilosi anteriore C5-C6), disturbi statici del rachide (cifosi prolungata della dorsale con protrazione del capo); dolori cronici dell'avambraccio destro su/con: pregresso duplice intervento al gomito destro (27 luglio 2000 e 18 giugno 2002); sindrome lombospondilogenica cronica su/con: alterazioni degenerative della colonna (protrusione discale mediana e paramediana a destra L2-L3,

protrusione mediale circonferenziale L4-L5, protrusione con sviluppo mediano ed al trattino paramediano destro L5-S1, disturbi statici (scoliosi sinistro-convessa lombare), decondizionamento muscolare; Diagnosi senza influenza sulla capacità lavorativa: cefalea cronica, sindrome mista ansiosa-depressiva (F 41.2), poliglobulia". Sebbene questa diagnosi appaia completa e rappresenti il risultato di indagini sanitarie specialistiche protrattesi per 4 giorni, sono sorte delle divergenze in merito all'accertamento psichiatrico, sulla scorta di una dettagliata relazione del Dott. Mattia. L'esperto di parte rileva una sindrome da dolore somatoforme, una sindrome affettiva persistente, ed una sindrome ansiosa non altrimenti specificata. Per il vero, la Dott.ssa Castra aveva esaminato il problema della sindrome da dolore somatoforme, ma ha escluso tale elemento diagnostico propendendo invece per una complessa reazione da disadattamento. Il Dott. Mattia afferma invece che la sindrome da disadattamento non sarebbe adeguata per motivi temporali. La Dott.ssa Castra ha avuto modo di replicare al parere del Dott. Mattia e lo stesso ha avuto la possibilità di duplicare. Ora, il collegio giudicante, dopo attenta lettura delle refertazioni psichiatriche, non ritiene utile chiarire ulteriormente tali divergenze diagnostiche. Determinante, nell'assicurazione invalidità svizzera, non è l'accertamento diagnostico assolutamente preciso, tanto più quando si tratta di materia psichiatrica, ove spesso le sfumature dipendono da situazioni patologiche momentanee del paziente, da metodi d'indagine, da esperienze personali dello specialista e da altri molteplici fattori. Certo, la diagnosi deve corrispondere il più possibile alla situazione che emerge dallo studio specialistico, ma per il diritto svizzero in materia d'invalidità, molto più importante è conoscere le conseguenze invalidanti di un determinato complesso morboso e non tanto la malattia in quanto tale.

E. 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 (nel tenore vigente fino al 31 dicembre 2007). Trattasi, infatti, di malattie che, per costante giurisprudenza, sono da configurare non già di carattere permanente (cioè di natura consolidata o irreversibile), bensì patologico-labile, ossia suscettibili di migliorare o peggiorare. Ne discende che, in mancanza di uno stato di salute sufficientemente stabilizzato, è inapplicabile la prima lettera dell'art. 29 cpv. 1 LAI (nel tenore vigente fino al 31 dicembre 2007), 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.

E. 10.1

Non concordi sono i pareri circa le ripercussioni invalidanti delle menzionate affezioni. In effetti, i sanitari del SAM ammettono solamente che l'interessato è invalido come muratore o in altre attività medio pesanti e ciò in misura del 40% essenzialmente per delle ragioni ortopediche. In attività di sostituzione rispettose di determinate condizioni quanto al porto di pesi, posizioni da evitare, la capacità di lavoro dell'assicurato sarebbe invece completa. In sede di ricorso, un parere diverso viene espresso dal Dott. Mattia che ritiene sussistere un'inabilità al lavoro del 50% in ogni settore. Va precisato che l'incapacità di lavoro scaturita dall'indagine del SAM è di origine ortopedica, mentre l'opinione del Dott. Mattia è basata sulla patologia psichica.

E. 10.2

Al proposito, va rilevato che una perizia richiesta dall'UAIE (in casu un servizio di accertamento medico specifico dell'assicurazione per l'invalidità) non può essere scartata adducendo che si tratta di un referto di parte, come lo sarebbe peraltro il parere del Dott. Mattia. Infatti, la legge attribuisce all'amministrazione il compito di istruire le domande di rendita, procurandosi gli atti necessari, in particolare circa lo stato di salute, l'attività, la capacità di lavoro e l'idoneità all'integrazione dei richiedenti. A tale scopo possono essere domandati rapporti e informazioni, ordinate perizie, eseguiti sopralluoghi e consultati specialisti dell'aiuto pubblico o privato agli invalidi (art. 69 cpv. 2 OAI). In questo contesto l'Ufficio AI agisce quale organo amministrativo preposto all'attuazione della legge, sicché le perizie ordinate in adempimento di questo compito non possono essere considerate di parte o non conclusive alla luce di altri referti (DTF 123 V 175 e 122 V 157). Il Tribunale federale ha inoltre precisato che deve essere considerata rilevante una perizia affidata al SAM, negando che tale servizio medico possa essere considerato parte in causa per sussistenza di un vincolo per cui l'istituto medesimo sarebbe obbligato a tenere in particolare considerazione gli interessi specifici dell'assicurazione per l'invalidità. Determinante è invece la circostanza che la perizia del SAM rispetti tutti i principi concernenti la valutazione medica dell'invalidità. Infatti, per quanto concerne il valore probatorio di un rapporto medico va in particolare accertato se il rapporto è completo per quanto riguarda i temi sollevati, se si riferisce ad esami approfonditi, se tiene conto delle censure del paziente, se è stato redatto con conoscenza della pregressa vicenda valetudinaria (anamnesi), se è chiaro nella presentazione del contesto medico e, infine, se le conclusioni a cui giunge sono fondate. Elemento determinante dal profilo probatorio non è in linea di principio l'origine del mezzo di prova né la designazione del materiale probatorio quale rapporto o di perizia, bensì il suo contenuto (DTF 125 V 352 consid. 3a, 122 V 160 consid. 1c).

E. 10.3

Ora, il collegio giudicante non ha motivo di scostarsi dalle risultanze alle quali sono giunti i periti del SAM e si baserà dunque su tali valutazioni. Queste, salvo nella problematica psichica (cfr. consid. 9), non sono state contestate, né in sede di audizione, né in procedura ricorsuale, fatta parzialmente eccezione del parere del Dott. Liverani (neurochirurgo, Agno) del 16 dicembre 2008, il quale, pur non esprimendosi sull'esistenza o meno di un'invalidità di rilievo, propone una rivalutazione specialistica, dando importanza alle doglianze soggettive (dolori) del paziente.

E. 11.1

Dal punto di vista ortopedico reumatologico l'assicurato presenta due problemi. Un processo degenerativo della colonna cervicale e lombare, da una parte e, dall'altra, diversi disturbi al gomito destro da imputare, in misura preponderante ma non essenziale, agli infortuni subiti. A livello della colonna in toto è presente una ipercifosi della dorsale con protrazione del capo e la colonna cervicale risulta moderatamente limitata alle rotazioni. Radiologicamente si nota una discopatia C5-C6 con osteocondrosi, uncoartrosi e spondilosi anteriore che comporta una limitazione funzionale della colonna cervicale. Comunque, non vi sono deficit cervicoradicolari e la muscolatura delle spalle è regolare. A livello lombare si notano discopatie (L2-L3, L4-L5, L5-S1), ma la mobilità risulta praticamente libera e non vi sono deficit lomboradicolari. Sostanzialmente, dunque, nonostante la presenza oggettiva di lesioni, la colonna è funzionalmente priva di limitazioni importanti se non nell'ambito di compiti pesanti o che richiedono particolari movimenti. Il gomito destro presenta una

cicatrice ulnare calma e senza franche periartropatie con mobilità normale in ogni direzione; la radiografia evidenzia strutture osteoarticolari nella norma. In esito all'infortunio del 24 settembre 2004, il paziente presenta ancora dolori ai movimenti della testa, al sollevamento delle braccia. Le limitazioni funzionali a livello degli arti superiori e del capo sono tutto sommato modeste. L'analisi complessiva dell'apparato locomotorio/articolare porta il Dott. Christen a ritenere, dal punto di vista valetudinario, che l'assicurato può sollevare molto spesso pesi fino a 5 kg all'altezza dei fianchi e spesso pesi fino a 10 kg all'altezza dei fianchi, di rado pesi fra 10 e 25 kg fino all'altezza dei fianchi, mai oltre pesi superiori; sopra il petto sono possibili pesi fino a 5 kg, raramente oltre questo peso. L'assicurato può molto spesso maneggiare attrezzi di precisione, spesso maneggiare attrezzi di media entità e solo talvolta attrezzi pesanti e praticamente mai attrezzi molto pesanti. La rotazione manuale è normale. L'assicurato può talvolta effettuare lavori al disopra della testa, talvolta effettuare la rotazione del tronco, molto spesso assumere la posizione seduta ed inclinata in avanti, talvolta la posizione in piedi ed inclinata in avanti, spesso assumere la posizione inginocchiata, molto spesso effettuare la flessione delle ginocchia; l'assicurato può assumere spesso la posizione seduta di lunga durata, spesso quella in piedi di lunga durata; l'assicurato può camminare fino a 50 metri sempre, molto spesso oltre i 50 metri, spesso per lunghi tragitti, come pure molto spesso camminare su terreno accidentato. In queste condizioni, ritiene il Dott. Christen, l'assicurato è abile al 100% con rendimento del 100% dal 1° settembre 2002, salvo intervalli d'incapacità transitoria.

E. 11.2

Dal punto di vista neurologico non vi è alcuna invalidità di rilievo. Tutti gli esami effettuati sono nella norma. Esistono solamente dei segni di una sofferenza neurogena cronica al muscolo primo interosseo dorsale destro, privo comunque di ripercussioni debilitanti. Non vi sono segni di radicolopatia cervicale o lombare. La situazione del nervo ulnare destro (più volte ferito) è da considerarsi guarita sotto il profilo neurologico e non causa più alcuna inabilità al lavoro (né in quello abituale, né in quelli di sostituzione).

E. 11.3

Contestata è la situazione dal punto di vista psichiatrico. Come già riferito nei considerandi precedenti, il collegio giudicante, pur avendo attentamente preso atto delle osservazioni del Dott. Mattia, aderisce alle conclusioni alle quali è giunta la Dott.ssa Castra del SAM. Le divergenze sono più che altro di ordine diagnostico e dottrinale. Determinante, in sede giudiziaria, è di condividere, sul piano delle conseguenze valetudinarie, il rapporto più convincente e che più si avvicina all'esame della residua capacità di lavoro del periziando. Ora, il paziente non presenta disturbi del pensiero, né sindrome psichiche maggiori. È ansioso più che altro per delle preoccupazioni familiari; l'umore è leggermente deflesso, il potere cognitivo è intatto. L'esperto del SAM (e qui diverge il parere del Dott. Mattia) nega l'esistenza di un vero e proprio disturbo da dolore somatoforme e propende per una complessa reazione di disadattamento più recente, atteso che il paziente ha avuto delle doglianze soggettive già da moltissimo tempo (1991 almeno) senza che abbiano mai provocato un'incapacità lavorativa di rilievo. L'acuirsi del disagio psichico si è verificato di recente per problematiche socio-relazionali di diversa natura ed origine. Proprio perché tale situazione è piuttosto recente, l'esperto del SAM considera opportuno non riconoscere alcuna inabilità di lavoro per motivi psichiatrici, al fine di "non colludere con i rischi di incistamento del quadro che potrebbe essere evitato con un pronto rientro in attività, magari più idonee allo stato lamentato". La sindrome dolorosa, osserva ancora la Dott.ssa Castra,

non sembra attenere a dati oggettivi, ma prodotta all'interno di una elaborazione nevrotica che sarebbe opportuno tentare di risolvere prima che si strutturi ulteriormente. Peraltro, continua l'esperto del SAM, una sindrome da dolore somatoforme persistente (anche nella denegata ipotesi in cui si ammettesse questo quadro) non produrrebbe percentuali di inabilità di rilievo, ma solo valori contenuti. L'esposto pur dettagliato del Dott. Mattia non apporta argomenti più convincenti. Certo esiste la nota divergenza diagnostica, ma questa non giustifica un maggiore approfondimento di indagini. Peraltro, come lo si vedrà al considerando 13, occorrerà rinviare gli atti all'amministrazione poiché una modifica oggettiva del quadro patologico è avvenuta nel giugno/settembre 2009, ossia dopo la data dell'impugnata decisione. Determinante è invece, al di là di problemi diagnostici, che il quadro clinico studiato dai due esperti è sostanzialmente sovrapponibile.

E. 11.4

Concludendo quindi, il collegio giudicante è del parere che l'interessato presenta una situazione oggettiva perlopiù invariata rispetto al 2002, ossia quando l'assicurato è stato ritenuto abile in attività adeguate al cento per cento.

E. 12.1

L'invalidità è determinata stabilendo il rapporto fra il reddito del lavoro che l'assicurato conseguirebbe, dopo la manifestazione dell'invalidità e dopo l'esecuzione d'eventuali provvedimenti d'integrazione, nell'esercizio di un'attività lucrativa, ragionevolmente esigibile da lui in condizioni normali del mercato del lavoro, e il reddito che potrebbe conseguire se non fosse diventato invalido (art. 16 LPG).

E. 12.2

Un calcolo comparativo dei redditi è già stato effettuato il 28 settembre 2004, nell'ambito della prima decisione cresciuta in giudicato, dal quale è scaturita una perdita di guadagno del 33%. In questa procedura non sono emersi nuovi elementi dal punto di vista medico. La situazione valetudinaria dell'interessato è infatti rimasta pressoché stabile rispetto alla prima domanda, in quanto un'attività sostitutiva è sempre esigibile al 100%. Non si giustificerebbe pertanto di procedere a un nuovo raffronto dei redditi.

E. 12.3

In merito al raffronto operato dall'ufficio AI, si può comunque precisare quanto segue. Per quanto riguarda il reddito di prima dell'invalidità, l'Ufficio AI (CIP) si è basato correttamente su quanto dichiarato dall'ex datore di lavoro dell'assicurato, attualizzando l'importo al 2002, per un risultato di Fr. 58'586.-. Per determinare il reddito da invalido sarebbe stato più opportuno riferirsi ai salari medi nazionali (svizzeri) conseguibili nel settore privato (vedi tabella TA1 pubblicata dall'Ufficio federale di statistica), invece della media dei salari statistici rilevati in diversi settori dell'economia, come ritenuto dal CIP. Il salario statistico per gli uomini nel 2002 sarebbe pertanto di Fr. 4'557.- mensili (e non 4'202.-), calcolato statisticamente su 40 ore. Occorre riportare questo dato su un orario di 41,7 ore settimanali (cfr. Vie économique, tabella B 9.2, durata media di lavoro in Svizzera), ciò che comporta un introito di Fr. 4'750.70 al mese o di Fr. 57'008.40 annuali. Questo guadagno teorico potrebbe essere ridotto per tenere conto dei fattori personali dell'assicurato (DTF 126 V 75), quali età, handicap. La riduzione massima ammessa dalla giurisprudenza è del 25%. L'amministrazione ha ammesso una riduzione del 25% che nella fattispecie non sembra giustificata vista l'età dell'assicurato (cfr. nota del 28 settembre 2008 dell'Ufficio AI). Tuttavia, anche ammettendo questa riduzione, la perdita di guadagno non

raggiungerebbe il 40%. Il salario da invalido ammonterebbe infatti a Fr. 42'756.30 e il confronto fra un reddito privo d'invalidità di Fr. 58'586.- causa una perdita di guadagno del 27.01% (e non del 33% come determinato dal CIP), tasso che esclude il riconoscimento del diritto ad una rendita dell'assicurazione svizzera per l'invalidità.

E. 13

Durante la procedura di ricorso il Patronato UNIA ha prodotto documentazione sanitaria dalla quale risulta che A. _____ è costantemente in cura, dal 18 giugno 2009, presso il Dipartimento di salute mentale di Verbania (Centro di Domodossola) per problemi psichici, in particolare l'interessato presenta una deflessione del tono dell'umore, una capacità di concentrazione e reazione ridotte, eloquio scarno e rallentato, polarizzazione del pensiero ed altri disturbi (rapporto del 21 settembre 2009 a firma della Dott.ssa Berardi). La situazione si è aggravata il 2 settembre 2009 con un ricovero obbligato in ambiente ospedaliero (Verbania) per psicosi (ICD-9-CM). Il ricovero è durato 9 giorni. Chiaro è che il quadro clinico è peggiorato rispetto a quanto riscontrato sia dal Dott. Mattia che dalla Dott.ssa Castra e ciò sebbene i Dott.ri Uslenghi, psichiatra, e Klauser, consultati dall'Ufficio AI ticinese (rapporto del 20 novembre 2009), tendano a relativizzare l'evento di cui sopra. Ora, questo collegio giudicante è del parere che la situazione psichiatrica è in corso di peggioramento, per cui appare utile ritenere l'atto del 5 ottobre 2009 dell'UNIA quale esplicita nuova domanda di prestazioni. Tale nuovo accertamento ha lo scopo di verificare se il peggioramento in corso assuma un carattere di continuità tale da giustificare il riconoscimento del diritto a prestazioni da parte dell'AI. Gli atti devono quindi essere rinviati all'amministrazione perché proceda all'istruzione di tale domanda.

E. 14.1

In tali circostanze, il ricorso deve essere respinto e l'impugnata decisione confermata. Visto il peggioramento intervenuto dopo la data della decisione impugnata, gli atti vengono rinviati all'Ufficio AI intimato perché proceda ai sensi del considerando 13.

E. 14.2

Le spese processuali, ammontanti a Fr. 300.-, sono poste a carico del ricorrente e vengono compensate con l'anticipo versato il 30 dicembre 2009.

E. 14.3

Non si assegnano indennità per spese ripetibili alla parte soccombente. Per quel che concerne l'UAIE, le autorità federali non hanno diritto ad un'indennità a titolo di ripetibili (art. 7 cpv. 3 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]).