

BVGer C-3804/2010 vom 17. Mai 2011

Bundesverwaltungsgericht, 2011-05-17, IT

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bvger_C-3804_2010

FR: TAF C-3804/2010 du 17 mai 2011

IT: TAF C-3804/2010 del 17 maggio 2011

Regeste

Diritto alla rendita

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 (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).

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. L'insorgente è stato posto al beneficio dell'assistenza giudiziaria/gratuito patrocinio con decisione incidentale del TAF del 27 luglio 2010. 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 ancora precisato che, a partire dal 1° gennaio 2008, la presente procedura è retta dalla LAI nel suo tenore modificato il 6 ottobre 2006 (V 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 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. 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 atteso di un anno a condizione che la domanda di rendita sia presentata entro e non oltre il 31 dicembre 2008 (cfr. consid. 7.3).

E. 5

Il ricorrente ha presentato la domanda di rendita il 15 aprile 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 15 aprile 2007 (ossia 12 mesi precedenti la presentazione della domanda), oppure se un diritto alla rendita sia sorto tra tale data ed il 29 aprile 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).

E. 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 superiore ai 3 anni. 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.

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 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 LPGA) 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 LPGA, ma al più presto a partire dal mese seguente il compimento dei 18 anni (art. 29 cpv. 1 LAI).

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. 7.5

Una rendita limitata e/o crescente/decrescente nel tempo corrisponde, materialmente, ad una revisione ai sensi dell'art. 17 LPGGA e se ne deve pertanto seguire i principi. In base a tale norma, se il grado d'invalidità del beneficiario della rendita subisce una modificazione che incide in modo rilevante sul diritto alla rendita, questa sarà, per il futuro, aumentata o diminuita in misura corrispondente, oppure soppressa. Per l'art. 88a cpv. 1 dell'ordinanza sull'assicurazione per l'invalidità del 17 gennaio 1961 (OAI, RS 831.201), se la capacità di guadagno migliora, v'è motivo di ammettere che il cambiamento determinante sopprime tutto o parte del diritto a prestazioni dal momento in cui si può supporre che il cambiamento 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. Il cpv. 2 di tale norma stabilisce che se la capacità di guadagno peggiora, occorre tener conto del cambiamento determinate il diritto a prestazioni non appena esso perdura da tre mesi senza interruzione notevole. Assegnando retroattivamente una rendita d'invalidità decrescente/crescente e/o limitata nel tempo, l'autorità amministrativa disciplina un rapporto giuridico suscettibile di essere in caso di contestazione oggetto della lite e dell'impugnativa. Qualora sia contestata solo la riduzione o la soppressione della prestazione, il potere cognitivo del giudice non è limitato nel senso che egli debba astenersi dallo statuire circa i periodi per i quali il riconoscimento di prestazioni non è censurato (DTF 125 V 413 consid. 2.2 e 2.3, confermato in 131 V 164). Va ricordato che nel caso in cui la prestazione venga accordata con effetto retroattivo ma limitata nel tempo, aumentata oppure ridotta, esiste un'unica relazione giuridica; ciò vale anche se l'assegnazione della rendita d'invalidità graduata e/o limitata nel tempo è stata comunicata mediante più decisioni recanti la stessa data (DTF 131 V 164 consid. 2.2 e 2.3).

E. 8.1

L'assicurato non ha più svolto attività lucrativa dopo il 22 novembre 2007, a parte un corto periodo di tentativo di ripresa del lavoro dal 20 al 22 gennaio 2008.

E. 8.2

La nozione d'invalidità di cui all'art. 4 LAI e 8 LPGGA è di carattere giuridico economico, non medico (DTF 116 V 249 consid. 1b). In base all'art. 16 LPGGA, 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).

E. 8.3

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). 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).

E. 9.1

Dalla documentazione ad atti si evince che il ricorrente è portatore di una patologia ortopedica/neurologica evoluta nel tempo. Nel rapporto del Dott. Keller (reumatologo) dell'8 settembre 2008, veniva rilevata la diagnosi di sindrome pan vertebrale cronica su discrete alterazioni degenerative a livello cervicale e lombare, leggere turbe statiche, sospetto sovraccarico funzionale con sviluppo somatoforme. Nel febbraio 2009, l'assicurato veniva comunque sottoposto a microdiscectomia destra C5-C6 (cfr. rapporto del Dott. Posa del SMR del 25 maggio 2009). L'esperto di parte (Dott. Mazzetti), già nella relazione del 15 giugno 2009, rilevava anche una cervicobrachialgia sinistra in esito ad un recente (21 marzo 2009) trauma distorsivo cervicale, lombosciatalgia cronica a sinistra su discopatie degenerative lombari. In un secondo referto di questo medico veniva inoltre rilevata una protrusione discale C6-C7 paramediana sinistra (1° febbraio 2010). A lato dei referti per l'AI, emerge poi, segnatamente, la perizia del 6 novembre 2009 del Dott. Goldinger, reumatologo, all'intenzione della CM Visana. Questo sanitario ha preso atto delle menzionate perizie del Dott. Keller e Mazzetti (quella del 15 giugno 2009). Il Dott. Masina, autore della certificazione esibita in sede di replica, non evidenzia ulteriori patologie.

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 (nella versione in vigore 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, 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.

E. 10.1

Per quanto attiene alle conseguenze invalidanti delle menzionate affezioni, si conferma, anche in questo ambito, un'evoluzione dell'incidenza debilitante in corso. Assente dal lavoro dal 22 novembre 2008, il Dott. Keller ha stimato, nel rapporto dell'8 settembre 2008, che l'interessato avrebbe teoricamente potuto continuare lo stesso ma solo in misura del 50%, inteso come presenza completa con rendimento ridotto (frequenti pause, movimenti limitati, ecc.). In attività di ripiego, leggere e rispettose di determinate condizioni (cfr. perizia pag. 7 in fine: sollevamento ripetuto di pesi superiori ai 15 kg, movimenti ripetuti di flessione ed estensione del tronco o di estensione della colonna cervicale, lavori prolungati in posizioni inergonomiche o con la testa in estensione), egli presenta un'incapacità non oltre il 20%. Questa perizia rispetta tutte le condizioni richieste per ammetterne l'attendibilità sia per quanto riguarda l'accertamento diagnostico, che l'esame clinico e le conclusioni valetudinarie (cfr. consid. 8.3).

E. 10.2

Tuttavia, sono intervenuti nuovi elementi patologici che hanno influenzato la capacità di lavoro dell'assicurato. In particolare si segnalano l'intervento di microdiscectomia C5-C6 dell'8 febbraio 2009 ed il trauma alla cervicale del 21 marzo 2009. Queste novità hanno imposto all'amministrazione un nuovo accertamento specialistico (reumatologia) effettuato il 25 maggio 2009 al SMR. La situazione valetudinaria è stata riesaminata alla luce di questi eventi. Il Dott. Posa ha, praticamente, proposto di analizzare il caso sotto il solo profilo della attività alternative a quelle precedenti, sebbene ammetta una teorica possibilità di capacità al lavoro del 50% come muratore e/o imbianchino. Dunque, in attività rispettose di determinate limitazioni, l'assicurato è abile all'80%. Segnatamente, deve evitare movimenti ripetitivi di flessione, estensione e rotazione del collo e della schiena, evitare di mantenere la posizione seduta per oltre 45 minuti o statica per 30 minuti, evitare, se non occasionalmente, di sollevare pesi oltre i 5 kg (massimo 10 kg), non deve camminare su terreni sconnessi, limitare il salire o scendere le scale, evitare la posizione statica del braccio sinistro al disopra del piano orizzontale. Ora, il Dott. Andreoli, dell'Ufficio AI, per tenere conto dei due nuovi eventi patologici (microdiscectomia e trauma distorsivo alla cervicale con danno alla spalla sinistra, febbraio e marzo 2009), nel suo rapporto del 4 giugno 2009, ha affermato che "visto l'intercorrente deterioramento che ha portato all'intervento neurochirurgico si può pertanto globalmente concludere" (...), in attività adeguate ergonomicamente: invalidità del 100% dalla cessazione dell'attività lavorativa (novembre 2007) alla data della perizia del Dott. Keller (settembre 2008), 50% dal settembre 2008 a fine dicembre 2008, 100% da gennaio 2009 e 20% dal 25 maggio 2009, data del rapporto del Dott. Posa, completato da una perizia psichiatrica del Dott. Prolo.

E. 10.3

A questa analisi e valutazione può essere prestata fede. Essa tiene conto del periodo d'aggravamento intercorso prima dell'intervento di microdiscectomia cervicale del febbraio 2009 e trauma distorsivo del marzo successivo fino alla data dell'accertato miglioramento posto in evidenza dal Dott. Posa. L'interessato ha prodotto una perizia eseguita dal Dott. Mazzetti il 15 giugno 2009. L'esperto di parte esprime un diverso parere circa le ripercussioni invalidanti delle note affezioni. Egli pone più condizioni e limitazioni nell'ambito di un'eventuale attività di sostituzione e giunge alla conclusione che anche in ambito di attività di ripiego, l'interessato presenta un grado d'invalidità di almeno il 50%. Non è tuttavia necessario procedere ad ulteriori accertamenti sanitari dal momento che dopo

l'analisi del Dott. Mazzetti, il nominato è stato visitato dal Dott. Goldinger, specialista in ortopedia/reumatologia (nel novembre 2009, per conto della CM Visana) ed ancora dal Dott. Masina, specialista in reumatologia (nel luglio 2010, cfr. reperto esibito in sede di replica). Ora, questi sanitari confermano ampiamente i pareri dei Dott.ri Keller, Posa ed Andreoli, ed anzi rilevano una valutazione ancor più ottimistica della capacità di svolgere un'attività di sostituzione da parte dell'assicurato. Segnatamente, il Dott. Goldinger, che ha preso atto della relazione del Dott. Mazzetti, descrive un paziente 42enne in buone condizioni generali, che presenta al rachide solo minime turbe statiche ed una mobilità globale del tutto soddisfacente. A livello cervicale vi è una modica riduzione della lateroflessione bilaterale e della rotazione destra da flessione massimale. Gli intensi dolori alla semplice percussione della muscolatura paravertebrale non si spiegano con i reperti oggettivi che non mostrano segni di una sindrome vertebrale significativa a qualsiasi livello. Il Dott. Goldinger formula poi un minuzioso elenco dei limiti funzionali del paziente. Tutto sommato, queste limitazioni sono persino meno impegnative di quelle esposte dal Dott. Keller e dal Dott. Posa (cfr. perizia pag. 7, 8). L'esperto della Visana reputa il paziente inidoneo all'attività di imbianchino/muratore o, in ogni caso, in attività pesanti, mentre nell'ambito di attività sostitutive, tenuto conto dei limiti funzionali menzionati, egli lo considera valido in misura completa (100%). A proposito della valutazione del Dott. Mazzetti, il Dott. Goldinger rileva che questi, probabilmente, ha tenuto conto maggiormente delle segnalazioni soggettive del paziente, pur essendo l'analisi clinica oggettiva simile fra i due specialisti. Per di più, dal rapporto esibito dall'insorgente in sede di replica, in base alla visita del Dott. Masina del luglio 2010, emerge una situazione valetudinaria, in ambito di attività leggere semisedentarie, ancora migliore di quella esposta dai medici precedenti. L'analisi clinica oggettiva è sovrapponibile a quelle esposte dai precedenti specialisti (Dott.ri Posa, Goldinger, Mazzetti). Pure questo sanitario rileva una discrepanza fra "l'anamnesi soggettiva e gli esami oggettivi con una mobilità della colonna in tutti i suoi segmenti ancora buona". Egli esclude la possibilità di ripresa del precedente lavoro, ma reputa il periziando del tutto abile a determinate condizioni di postura, marcia, porto pesi non importanti, in misura del 100%.

E. 10.4

A conclusione della procedura di ricorso, il Dott. Erba dell'Ufficio AI, nel rapporto del 14 ottobre 2010, rileva come gli ultimi rapporti specialistici menzionati non fanno che confermare appieno una capacità lavorativa completa da parte dell'assicurato e dunque un giudizio persino migliore di quello esposto prima dell'impugnata decisione.

E. 11.1

Il collegio giudicante non ha pertanto alcun motivo di scostarsi dal convincente parere dei Dott.ri Keller, Posa ed Andreoli, Erba, fondato sul corretto apprezzamento del caso concreto e sull'attento esame della documentazione medica ad atti. Si tratta infatti di osservazioni cliniche da cui si possono derivare utili, oggettivi e persuasivi elementi di giudizio atti a dimostrare che, nonostante le affezioni di cui è portatore, A._____ ha presentato una incapacità di lavoro (in attività di ripiego) modulata e limitata nel tempo, ossia: il 100% dal 22 novembre 2007 (cessazione dell'attività lucrativa di tipo pesante) al 5 settembre 2008 (data della perizia del Dott. Keller), di nuovo al 100% da gennaio 2009 (un mese precedente l'intervento di microdiscectomia cervicale) fino al 25 maggio 2009, data del rapporto del Dott. Posa, ove l'incapacità di lavoro è stata valutata al 20%. Alla luce dei pareri dei Dott.ri Goldinger, Masina ed Erba, la valutazione sopra espressa dai sanitari

consultati in sede d'istruttoria appare peraltro favorevole per il ricorrente.

E. 11.2

La gamma di attività offerte al ricorrente sono molteplici e rispettano i limiti funzionali menzionati dai sanitari consultati. Come rilevato nel rapporto del CIP del 16 settembre 2009, il nominato, di età ancora relativamente giovane (nato nel novembre 1967), privo di formazione professionale specifica e con la sola acquisizione scolastica d'obbligo, potrebbe svolgere lavori semplici, non qualificati, ripetitivi (operaio generico nell'industria come addetto al controllo di macchine di produzione automatica, operaio imballatore, operaio di rifinitura manufatti leggeri; impiegato nel terziario come custode, fattorino in ditta privata, sorvegliante, autista su mezzi leggeri, commesso in gradi punti di vendita). Occorre pertanto esaminare se, nell'ambito di attività di sostituzione, l'insorgente presenti un'incapacità di guadagno di rilievo.

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 LPGA).

E. 12.2.1

Di regola, è ritenuto reddito senza invalidità il salario realmente percepito prima dell'insorgere del danno alla salute, aggiornato al momento determinante per il calcolo dell'invalidità e adeguato all'evoluzione dei salari nominali del settore interessato (tra gli altri VSI 2000 p. 310). Secondo il questionario per il datore di lavoro (vedi il rapporto del CIP del 16 settembre 2009 ed anche la nota interna del 4 settembre 2009 dell'Ufficio AI cantonale che fa riferimento a un foglio paga), una persona a tempo pieno (come il ricorrente), senza danni alla salute, potrebbe guadagnare Fr. 53'789.- Questi dati si riferiscono al 2008 (anno in cui sorge l'evento assicurato).

E. 12.2.2

Ora, si deve constatare che il reddito da valido è inferiore alla media dei salari per un'attività equivalente nel settore economico nel quale lavorava l'interessato. Infatti, secondo i dati dell'UFS per il 2008, nel settore dell'edilizia, il salario medio annuo equivale a Fr. 61'800.-, per una settimana lavorativa di quaranta ore. Prendendo in considerazione una settimana lavorativa di 41.7 ore, il salario annuo raggiunge Fr. 64'426,40. Nel calcolo effettuato dal CIP, questi non era ancora al corrente dei dati statistici (perché non ancora editi), ma ha indicizzato quelli precedenti. La circostanza è comunque ininfluenza. Il Tribunale federale ha osservato che, quando il reddito da valido è inferiore alla media dei salari per un'attività equivalente, si deve ammettere che gli stessi fattori che hanno inciso negativamente sul reddito da valido, potrebbero anche influenzare il reddito da invalido. In pratica, se si è accertato che l'assicurato ha realizzato un guadagno inferiore alla media per dei motivi estranei all'invalidità, anche il reddito medio realizzabile sul mercato equilibrato del lavoro (reddito da invalido) va ridotto in proporzione (cfr. VSI 1999 p. 246 consid. 1; RCC 1992 p. 94, 1989 p. 483 consid. 3b, le sentenze del Tribunale federale del 5 dicembre 2004, nella causa S., I 630/02, consid. 2.2.2, e del 2 dicembre 2002, nella causa R., I 53/02, consid. 3.3). Il Tribunale federale ha inoltre stabilito, in una sentenza del 12 giugno 2008, che se una persona assicurata, per motivi estranei alla sua invalidità, ha realizzato un reddito

considerevolmente inferiore alla media senza spontaneamente accontentarsi di ciò, si procede, in primo luogo, ad un "parallelismo" dei due redditi di paragone (da valido e da invalido). In pratica, questo "parallelismo" può avvenire a livello di reddito da valido, aumentando in maniera adeguata il reddito effettivamente conseguito o facendo capo ai valori statistici, oppure ancora a livello di reddito da invalido, mediante una riduzione adeguata del valore statistico. In una seconda fase, occorre esaminare la questione della deduzione per circostanze personali e professionali, che si opera dal reddito da invalido ottenuto secondo i valori statistici medi. A questo riguardo, bisogna rilevare che i fattori estranei all'invalidità di cui si dovesse aver tenuto conto con il parallelismo dei redditi di raffronto, non possono essere presi in considerazione una seconda volta nell'ambito della deduzione per circostanze personali e professionali (DTF 134 V 322 consid. 4.1, 5.2 e 6.2). Questo "parallelismo" si effettua tuttavia soltanto per la parte percentuale eccedente la soglia del 5% (ATF 135 V 297 consid. 6.1.3). Ciò nondimeno, in una sentenza del 12 dicembre 2008, il Tribunale federale ha precisato che, se un salario da invalido medio può essere effettivamente o, comunque, ragionevolmente conseguito dall'assicurato, non sussiste alcun motivo, quando si procede al calcolo del grado d'invalidità secondo il metodo del raffronto dei redditi, di procedere al "parallelismo" di quest'ultimi, ossia all'aumento del salario da valido o alla diminuzione del salario da invalido (DTF 135 V 58).

E. 12.2.3

Nella fattispecie, si deve constatare che la differenza tra il salario da valido che il ricorrente avrebbe percepito dal suo ex datore di lavoro nel 2008 (Fr. 53'789.-) e il salario medio svizzero nel suo settore d'attività (Fr. 64'426,50) è di Fr. 10'637,50. Il salario percepito è quindi inferiore alla media svizzera dello stesso settore del 16,52%. Togliendo il 5% di soglia di cui sopra, si arriva ad una percentuale del 11,52%. Il salario dopo l'invalidità dovrà quindi essere ridotto del 11,52%.

E. 12.3

Quale reddito da invalido si deve ritenere quello statistico ottenibile in attività di tipo leggero non qualificate, ripetitive. Queste attività comportano un salario medio mensile di Fr. 4'806.- nel 2008, pari a Fr. 57'672.- annuali (valori dell'UFS, tabella TA1, livello 4, uomini). Questo importo deve essere adeguato secondo un orario settimanale di 41.7 medio svizzero, ciò che permette di ottenere rispettivamente Fr. 60'123.-. Questo introito teorico può essere ridotto per tenere conto dei fattori personali dell'assicurato (DTF 126 V 75), quali età, handicap. L'amministrazione non ha operato una deduzione del 10% ciò che non può prestare a critiche dal momento che il nominato, nel 2008 (anno di riferimento), aveva 41 anni e gli handicap constatati non sono notevoli. L'amministrazione gode comunque, in questo ambito, di un ampio margine d'apprezzamento che il giudice può rivedere solo in casi eccezionali. Ne consegue un introito annuale di Fr. 54'110,80. Questo importo deve infine essere ridotto del 11,52% per tenere conto del "parallelismo" di cui sopra. Si ottiene quindi un guadagno teorico dopo l'insorgenza dell'invalidità di Fr. 47'877,23 (al cento per cento); svolto all'80% comporta un salario finale di Fr. 38'301,79. Il confronto fra un reddito privo d'invalidità di Fr. 53'789.- ed un introito teorico (finale) dopo l'insorgenza dell'invalidità di Fr. 38'301,79 causa una perdita di guadagno del 28,79%, tasso che non comporta alcun riconoscimento di una rendita dell'assicurazione svizzera per l'invalidità. Applicando un tasso d'invalidità del 50% dal 5 settembre 2009 (cfr. consid. 11), si ottiene una perdita di guadagno del 55.49%.

E. 13.1

Pertanto, in considerazione delle norme menzionate al considerando da 7.2 a 7.5, l'assicurato ha diritto ad una mezza rendita dell'assicurazione svizzera per l'invalidità dopo un anno dalla cessazione dell'attività lucrativa (novembre 2007), ossia da novembre 2008. Dal 1° aprile 2009 (tre mesi dopo il peggioramento) egli ha diritto ad una rendita intera AI, dal 1° settembre 2009 (tre mesi dopo il miglioramento del suo stato di salute e della sua capacità di lavoro) tale prestazione è soppressa in quanto il tasso d'invalidità è sceso al 28,79%.

E. 13.2

In queste circostanze il ricorso deve essere respinto e l'impugnata decisione confermata.

E. 14.1

Non si prelevano spese processuali, l'interessato essendo stato posto al beneficio dell'assistenza giudiziaria.

E. 14.2

Per quanto si riferisce al gratuito patrocinio, viste le memorie di ricorso e di replica, si giustifica riconoscere un'indennità di Fr. 1'200.-, da porsi a carico della cassa del Tribunale amministrativo federale.

E. 14.3

La parte ricorrente ha chiesto di includere nelle spese ripetibili i costi della perizia del Dott. Masina, esibita in sede di replica ed il cui ammontare è di Fr. 276,80 (cfr. atto 11 con allegati incarto TAF). Ora, di principio e secondo la giurisprudenza, i costi per una perizia privata possono essere inclusi nelle spese ripetibili (o posti a carico dell'assicuratore sociale) qualora tale indagine era necessaria alla soluzione della lite. È ammessa anche la possibilità di porre a carico dell'assicuratore i costi di una perizia, quando se ne condividono le conclusioni, allorché lo stesso ha violato il suo obbligo d'istruire la domanda in modo adeguato (cfr. in questo senso anche DTF 115 V 62, confermato nelle sentenze del TF del 9C_544/2007 del 28 aprile 2008, I 1008/06 del 24 aprile 2007, U 60/06 del 19 settembre 2006 consid. 6.1, U 282/00 del 21 ottobre 2003 consid. 5.1). Nella specie, la perizia del Dott. Masina non era necessaria e peraltro, la stessa non conferma solo il punto di vista dell'amministrazione, ma persino esprime una valutazione e conclusione ancora più restrittiva di quanto espresso in sede d'istruttoria. Non si giustifica quindi prendere a carico dello scrivente Tribunale le spese di questa perizia. 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]).

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