

BVGer C-4840/2012 vom 3. Dezember 2013

Bundesverwaltungsgericht, 2013-12-03, IT

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bvger_C-4840_2012

FR: TAF C-4840/2012 du 3 décembre 2013

IT: TAF C-4840/2012 del 3 dicembre 2013

Regeste

Diritto alla rendita

Erwägungen

E. 1.1

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

E. 1.2

Secondo l'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). In conformità con l'art. 2 LPGA, le disposizioni della presente legge sono applicabili alle assicurazioni sociali disciplinate dalla legislazione federale, se e per quanto le singole leggi sulle assicurazioni sociali lo prevedano. Giusta l'art. 1 cpv. 1 LAI, le disposizioni della LPGA sono applicabili all'assicurazione per l'invalidità (art. 1a-26bis e 28-70), sempreché la LAI non deroghi alla LPGA.

E. 1.3

Conformemente all'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. Il ricorso deve essere interposto entro 30 giorni dalla notificazione della decisione o della decisione contro cui l'opposizione è esclusa (art. 60 LPGA). Esso deve contenere le conclusioni, i motivi, l'indicazione dei mezzi di prova e la firma del ricorrente o del suo rappresentante, con allegati la decisione impugnata e i documenti indicati come mezzi di prova, se sono in possesso del ricorrente (art. 52 cpv. 1 PA).

E. 1.4

In concreto, il ricorso è ammissibile nella misura in cui è stato presentato tempestivamente e nel rispetto dei requisiti previsti dalla legge (art. 59 e 60 LPGA, nonché l'art. 52 cpv. 1 PA), e visto che l'anticipo di Fr. 400.-, relativo alle spese processuali, è stato versato nel termine impartito.

E. 2.1

Il ricorrente è cittadino di uno Stato membro della Comunità europea, per cui è applicabile, di principio, l'Accordo sulla libera circolazione delle persone, del 21 giugno 1999, fra la Confederazione svizzera, da una parte, e la Comunità europea ed i suoi Stati membri, dall'altra, entrato in vigore il 1° giugno 2002 (ALC, RS 0142.112.681), in particolare il suo allegato II relativo al coordinamento dei sistemi di sicurezza sociale. Secondo l'art. 20 ALC, salvo disposizione contraria contenuta nell'allegato II, gli accordi bilaterali fra la Svizzera e gli Stati membri della Comunità europea in materia di sicurezza sociale sono sospesi con l'entrata in vigore dell'Accordo, qualora il medesimo campo sia disciplinato da quest'ultimo.

E. 2.2

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 che le parti contraenti applicano tra di loro, nel campo del coordinamento dei sistemi di sicurezza sociale, gli atti giuridici riferiti nella sezione A dello stesso allegato, comprese eventuali loro modifiche o altre regole equivalenti ad essi (art. 1 ch. 1), assimila la Svizzera, a questo scopo, ad uno Stato membro dell'Unione europea (UE; art. 1 ch. 2), e stabilisce, ai fini dell'applicazione delle disposizioni dello stesso allegato, la necessità di tenere in debita considerazione gli atti giuridici dell'UE riferiti nella sezione B (art. 2 ch. 1) e di prendere atto di quelli menzionati alla sezione C (art. 2 ch. 2).

E. 2.3

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. Gli atti giuridici elencati nella sezione B dell'allegato II rappresentano diverse decisioni della Commissione amministrativa per il coordinamento dei sistemi di sicurezza sociale, mentre quelli esposti nella sezione C corrispondono a due raccomandazioni della stessa commissione. L'allegato II è peraltro completato da un protocollo, che ne costituisce parte integrante (art. 3 ch.2), in cui sono stipulate regole speciali riguardo all'assicurazione contro la disoccupazione, agli assegni per grandi invalidi e alla previdenza professionale per la vecchiaia, i superstiti e l'invalidità.

E. 2.4

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 detto, 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

L'esame del diritto a prestazioni secondo la LAI è retto dal tenore della stessa al momento della decisione impugnata, 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). Le disposizioni della 6a revisione della LAI (primo pacchetto di misure), in vigore dal 1° gennaio 2012 (RU 2011 5659; FF 2010 1603), sono dunque applicabili in concreto, come lo sono le disposizioni della LPGA, se e per quanto la LAI lo preveda (art. 2 LPGA).

E. 3.2

Il giudice delle assicurazioni sociali analizza 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 citata). Egli può tuttavia tenere conto dei fatti verificatisi dopo la data della decisione impugnata quando essi possono imporsi quali elementi d'accertamento retrospettivo della situazione anteriore alla decisione stessa (DTF 130 V 138, vedi anche 121 V 366 consid. 1b, 116 V 248 consid. 1a). Ne discende che, in concreto, il periodo di cognizione di questo Tribunale si estende fino al 18 luglio 2012.

E. 4.1

In base all'art. 8 cpv. 1 LPGA è considerata invalidità l'incapacità al guadagno totale o parziale presumibilmente permanente o di lunga durata. L'art. 4 cpv. 1 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. 4.2

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. 2 LAI). In seguito all'entrata in vigore dell'ALC, la limitazione prevista dall'art. 29 cpv. 4 LAI, secondo il quale le rendite per un grado d'invalidità inferiore al 50% sono versate solo ad assicurati che sono domiciliati e dimorano abitualmente in Svizzera (art. 13 LPGA), non è più applicabile quando l'assicurato è cittadino svizzero o dell'UE e vi risiede.

E. 4.3

Il diritto alla rendita, secondo 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 sei mesi dalla data in cui l'assicurato ha rivendicato il diritto alle prestazioni conformemente all'articolo 29 cpv. 1 LPGA, ma al più presto a partire dal mese seguente il compimento dei 18 anni (art. 29 cpv. 1 LAI).

E. 4.4

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 cpv. 1 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 obbiettivamente superabile (art. 7 cpv. 2 LPGGA, nel suo nuovo tenore dal 1° gennaio 2008).

E. 4.5

La nozione d'invalidità di cui all'art. 4 cpv. 1 LAI e 8 cpv. 1 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. 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, 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. In altri termini, l'assicurazione svizzera per l'invalidità risarcisce soltanto la perdita economica che deriva da un danno alla salute fisica o psichica dovuto a malattia o infortunio, non la malattia o la conseguente incapacità lavorativa (metodo generale del raffronto dei redditi; DTF 128 V 30; Pratique VSI 2000 pag. 84). 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).

E. 5

Il ricorrente contesta la validità materiale della decisione dell'UAIE, chiedendo che gli sia riconosciuto il diritto ad una rendita intera d'invalidità anche dopo il 31 agosto 2012.

E. 6.1

Secondo l'art. 17 cpv. 1 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.

E. 6.2

Conformemente all'art. 87 cpv. 2 OAI, la revisione avviene d'ufficio quando, in previsione di una possibile modifica importante del grado d'invalidità, è stato stabilito un termine nel momento dell'erogazione della rendita o allorché si conoscono fatti o si ordinano provvedimenti che possono provocare una notevole modifica del grado d'invalidità.

E. 6.3

Se la capacità al guadagno dell'assicurato migliora, v'è motivo di ammettere che il cambiamento determinante sopprime, all'occorrenza, tutto o parte 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 (art. 88a cpv. 1 OAI). Se la capacità al guadagno o la capacità di svolgere mansioni consuete peggiora, occorre tenere conto del cambiamento determinante il diritto a prestazioni non appena esso perdura da tre mesi senza interruzione notevole (art. 88a cpv. 2 OAI). L'aumento della rendita avviene al più presto, se l'assicurato ha chiesto la revisione, a partire dal mese in cui la domanda è stata inoltrata, mentre se la revisione ha luogo d'ufficio, a partire dal mese in cui è stata prevista (art. 88bis cpv. 1 lett. a e b). La riduzione o la soppressione della rendita è messa in atto, il più presto, il primo giorno del secondo mese che segue la notifica della decisione (art. 88bis cpv. 2 lett. a).

E. 6.4

La costante giurisprudenza ha stabilito che le rendite d'invalidità sono soggette a revisione non solo in caso di modifica rilevante dello stato di salute che ha un influsso sull'attività lucrativa, ma anche quando lo stato di salute è rimasto invariato, se le sue conseguenze sulla capacità di guadagno hanno subito un cambiamento importante (DTF 113 V 275 consid. 1a). Va ancora rilevato che la semplice valutazione diversa di circostanze di fatto che sono rimaste sostanzialmente invariate non giustifica una revisione ai sensi dell'art. 17 cpv. 1 LPGa (DTF 112 V 372 consid. 2b e 390 consid. 1b, RCC 1987 p. 36, SVR 2004 IV n. 5 consid. 3.3.3). L'istituto della revisione non deve giustificare un riesame senza condizioni del diritto alla rendita (cfr. anche: Rudolf Ruedi, Die Verfügungsanpassung als verfahrensrechtliche Grundfigur namentlich von Invalidenrentenrevisionen, in: Schaffhauser/Schlauri, Die Revision von Dauerleistungen in der Sozialversicherung, San Gallo, 1999, pag. 15).

E. 7

Al fine di giudicare se sussistono indizi sufficienti per ritenere verosimile una modifica rilevante del grado d'invalidità, si deve considerare il periodo tra la decisione iniziale e quella che pronuncia la revisione. Decisioni intercalari sono pertinenti unicamente se sono state emesse sulla base di una nuova valutazione materiale del grado d'invalidità, ossia dopo delucidazione dei fatti, apprezzamento delle prove e esecuzione del raffronto dei redditi (DTF 133 V 108). In concreto, la decisione iniziale è stata pronunciata il 6 maggio 2003 (incarto SVA-AG, non numerato) e la decisione di revisione qui impugnata è stata emessa il 18 luglio 2012 (incarto UAIE, doc. 62), con una decisione materiale intercalare di revisione emanata il 20 febbraio 2006 (incarto SVA-AG). Tuttavia, la prima procedura di revisione ha proceduto ad un esame non approfondito della fattispecie, per cui appare idoneo ammettere una verifica comparativa fra la decisione di assegnazione della rendita AI con lo stato attuale.

E. 8

Il giudice delle assicurazioni sociali fonda la sua decisione, salvo disposizioni di legge contrarie, su fatti che, senza essere stabiliti in modo irrefutabile, appaiono come i più verosimili, ossia che presentano un grado di verosimiglianza preponderante (DTF 126 V 353 consid. 5b e relativi riferimenti). Egli deve esaminare in maniera obiettiva tutti i mezzi di prova, indipendentemente dalla loro provenienza, e poi decidere se i documenti messi a disposizione permettono di giungere ad un giudizio attendibile sulle pretese giuridiche litigiose (DTF 125 V 352 consid. 3a). 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). Perché un

rapporto medico abbia valore probatorio è determinante che esso valuti ed esamini in maniera completa i punti litigiosi, si fondi su degli esami approfonditi, prenda conto di tutte le affezioni di cui si lamenta l'assicurato, sia stabilito in piena conoscenza dei suoi antecedenti (anamnesi) e sia chiaro nell'esposizione delle correlazioni mediche o nell'apprezzamento della situazione medica; le conclusioni dell'esperto devono inoltre essere motivate (DTF 125 V 352, 122 V 160). Per quel che riguarda i rapporti concernenti il medico curante, secondo la generale esperienza della vita, il giudice deve tenere conto del fatto che, alla luce del rapporto di fiducia esistente con il paziente, il medico curante attesterà, in caso di dubbio, in favore del suo paziente (DTF 125 V 353; VSI 2001 pag. 109).

9.1 Al momento in cui venne riconosciuto il diritto alla rendita intera AI, l'indagine medica aveva accertato che il richiedente era portatore di una sindrome cronica lombo vertebrale e lombo radicolare dopo intervento di ernia discale L4/L5 avvenuto nell'agosto 2001 (cfr., fra gli altri, rapporto del 18 giugno 2002 del Dott. S. _____ specialista nella terapia del dolore all'ospedale di Aarau).

9.2 Al momento della revisione in esame è lecito ritenere quanto esposto dai sanitari del SAM nella loro perizia rassegnata il 19 ottobre 2011 (doc. 47). Gli specialisti hanno evidenziato una diagnosi con influenza sulla capacità di lavoro ossia: sindrome lombo vertebrale con/su: componente spondilogeno sinistra, pregresso intervento chirurgico a causa di un'ernia discale L4/L5 a sinistra con discectomia il 28 agosto 2001, disturbo di assimilazione lombosacrale asimmetrico ed una diagnosi senza influenza sulla capacità lavorativa: dislipidemia, epatopatia. Con la documentazione esibita in sede di audizione (doc. 54, 58) non vengono evidenziate sostanziali e nuove patologie documentate. Si segnala tuttavia in sede di replica un breve referto 19 dicembre 2012 del Dott. M. _____ attestante un disturbo misto-depressivo-reattivo in cura farmacologica, turba confermata dal medico curante Dott. N. _____ nel breve referto del 21 febbraio 2013. Questa patologia psichica viene comunque avanzata dopo la data dell'impugnata decisione.

10.1 Per quanto concerne le conseguenze invalidanti delle menzionate affezioni, l'Ufficio AI si è fondato sulle risultanze scaturite dall'indagine medica approfondita (pluridisciplinare) effettuata presso il centro SAM di Bellinzona nel corso del mese di settembre 2011 (rapporto del 19 ottobre successivo, doc. 47).

10.2 Una perizia richiesta dall'Ufficio AI cantonale o dall'UAIE non può essere scartata adducendo che si tratta di un referto di parte. 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 (DTF 123 V 175 e 122 V 157). Lo stesso vale per quel che riguarda le perizie dell'amministrazione fatte esperire da medici esterni. Il Tribunale federale delle assicurazioni ha considerato rilevante una perizia affidata al SAM, negando che tale organizzazione sanitaria possa essere considerata 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 (DTF 136 V 376 consid. 4). Determinante è la circostanza che la perizia del servizio di accertamento medico rispetti tutti i principi concernenti la valutazione medica dell'invalidità. Infatti, per quanto concerne il valore probatorio d'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). In una recente giurisprudenza il Tribunale federale ha tra l'altro precisato che quando in opposizione ad un accertamento di un servizio medico specifico dell'AI viene presentata una perizia che contraddice in modo scientifico ed esauriente quanto espresso dalla precedente indagine sia in ambito diagnostico che nelle conclusioni, ed il giudice non è in grado di decidere quali fra le due può essere condivisa, è lecito far allestire una perizia giudiziaria indipendente e conclusiva (DTF 137 V 210 consid. 4.4.1.4).

10.3 10.3.1 Dal punto di vista ortopedico/reumatologico, lo specialista (Dott. H. _____) ha rilevato clinicamente che la mobilità della colonna lombare è limitata nell'estensione e nella flessione in posizione eretta, nella posizione a quattro gambe vi è una buona mobilità. In posizione eretta i dolori sono più accentuati all'estensione che alla flessione in avanti; di contro, a quattro gambe vi sono più dolori alla flessione che non all'estensione. La manovra di Lasègue è negativa; le indagini radiologiche attuali indicano un quadro tutto sommato patologicamente blando. Si notano per esempio un disturbo di assimilazione a livello lombosacrale (S1), una leggera riduzione dello spazio intersomatico fra la penultima e l'ultima vertebrale lombare ed un disco ipoplastico tra l'ultima vertebra ed il sacro che è in relazione con il menzionato disturbo d'assimilazione. Non esistono significative alterazioni di tipo spondiloso od osteocondrotico. Blandi sono pure i reperti RM in loco. In buona sostanza, il paziente è limitato in attività lavorative pesanti e non ergonomiche per la colonna vertebrale, in attività in cui debba flettere ed estendere ripetutamente la colonna lombare, mantenere posizioni statiche per un periodo superiore ai 15 minuti (in piedi) e di un'ora (seduto); non può camminare per più di mezz'ora (soprattutto in salite e/o su terreni sconnessi), non può alzare pesi superiori a 7,5 kg e non può alzare ripetutamente pesi superiori ai 4 kg. Quindi, il peritando è sempre inabile come muratore sin dall'inizio della sua invalidità. Invece, in quelle attività adattate e rispettose dei limiti sopra enunciati, in posizioni ergonomiche, ecc., egli è senz'altro in grado di svolgerle in misura dell'80% (anche sottoforma di presenza al 100%, ma con rendimento ridotto a causa della pause che deve osservare) le attività leggere, semisedentarie che tengano conto dei limiti anzidetti.

10.3.2 L'aspetto neurologico è stato valutato dal Dott. I. _____. Ora, la presenza di un riflesso achilleo sinistro simmetrico al contro laterale esclude che ancora sussista una sofferenza radicolare in S1. L'esame EMG ha chiaramente escluso l'esistenza di sofferenze radicolari al muscolo gastrocnemio laterale sinistro. Normale è pure l'EMG del muscolo lungo peroneo sinistro, innervato dalla radice L5. Ora, il paziente conserva una capacità di lavoro totale dal punto di vista prettamente neurologico. Sebbene l'indagine svolta nel 2001/2002 non approfondisce il problema delle sofferenze radicolari, disturbi che maggiormente provocano un'inabilità di lavoro oggettiva, nel 2001/2002, come l'osservano i medici estensori della perizia finale del SAM, il paziente si lamentava di un formicolio fino al piede sinistro, difficoltà deambulatorie, debolezza dell'arto inf. sinistro; all'uscita dall'ospedale il 5 settembre 2001 (dopo l'operazione) il paziente si lamentava di una diminuzione delle sensibilità dell'arto inferiore sinistro. Ora, tali disturbi non esistono più. Come detto non si appalesano più tipici elementi da indurre a sostenere l'esistenza di una sofferenza radicolare. Non ci sono (più) deficit sensitivo-motori oggettivabili. Inoltre il paziente assume antiflogistici-analgesci a basso dosaggio e non regolarmente e non pratica

particolari terapie fisioterapiche o simili. 10.3.3 Dal punto di vista psichiatrico (Dott. G. _____), lo specialista non ha trovato alcun elemento patologico. Trattasi di una persona priva di problemi di questa natura, schiva e tranquilla. Non esiste quindi una diagnosi in questo ambito. Il Dott. G. _____, ovviamente, non è stato in grado di prendere atto di un paio di brevi referti, esibiti in sede di replica e datati a fine dicembre 2012, inizio 2013, che fanno stato di una sindrome ansiosa-depressiva di tipo reattivo (cfr. documentazione incarto TAF). Questi nuovi elementi, peraltro scarni e laconici, esulano dal periodo di cognizione giudiziaria. 10.3.4 Non vi sono altri elementi patologici degni di commento. 10.4 Nella relazione conclusiva, i sanitari del SAM ribadiscono che il peritendo è inabile al lavoro di operaio edile, soprattutto per gli sforzi, le posizioni inergonomiche e le situazioni sui cantieri che il lavoro richiede. Sono quindi ragioni di carattere ortopedico (non neurologico ove il paziente è considerato abile al 100%) che giustificano un'invalidità residua ridotta. Dal punto di vista ortopedico il paziente è in grado ora di svolgere attività leggere con i limiti sopra ricordati in misura dell'80% (presenza durante tutto il giorno, ma con un rendimento ridotto). Rispetto al passato vi è un certo miglioramento nel senso che, senza dubbio, vi era allora una componente di sofferenza neurogena evidente, sebbene non studiata in modo approfondito. Ora, non vi è più nulla né dal punto di vista neurologico, né sotto il profilo neuropsichiatrico (come non vi è mai stato). Con buona sicurezza, sottolineano i medici del SAM, possiamo far risalire la sopraccitata capacità lavorativa dell'80% a 6 mesi prima dell'entrata dal SAM, cioè da inizio marzo 2011. 10.5 L'analisi del SAM è ripresa e condivisa dal Dott. D. _____, dell'UAIE nel rapporto del 20 novembre 2011 (doc. 49). Il medico rileva come dopo l'operazione dell'agosto 2001, l'evoluzione è stata positiva ed il quadro generale è migliorato con particolare riferimento alla sofferenza radicolare (non più oggettivata, né clinicamente, né strumentalmente). Egli condivide le valutazioni espresse dai medici specialisti nella perizia pluridisciplinare. Nel rapporto del 27 gennaio 2012 (doc. 52), il consulente dell'UAIE ha maggiormente precisato in che cosa consista il miglioramento. Il consulente insiste sull'assenza di turbe neurologiche e sul buon esito, a lungo termine, dell'intervento subito nel 2001. L'irritazione radicolare (sofferenza) presente nel 2001 - prima dell'operazione - e dopo è stata ora perfettamente esclusa. Anche la mobilità della colonna è migliorata e il medico ne descrive il dettaglio. Inoltre, non vi sono più elementi patologici della colonna e nulla più richiede un intervento correttivo od altra terapia. Del resto, osserva il Dott. D. _____, in questi ultimi anni (cfr. anamnesi presso il SAM e presso gli specialisti), l'assicurato non ha svolto terapie intensive di tipo fisioterapico od altro, la terapia farmacologica ed antidolorifica è modesta ed i consulti medici in materia neurologica/ortopedica sono rari. È noto inoltre che gli esiti di un'operazione di ernia discale manifestano un evidente miglioramento dopo anni dall'intervento, specialmente in pazienti di giovane età. Nel caso presente l'indagine del 2011 ha potuto confermare la normalità radiologica, clinica, neurologica e strumentale [EMG]). Pertanto, continua il Dott. D. _____, atteso che questo giovane assicurato non presenta altre turbe invalidanti e che il complesso patologico dorso lombare è migliorato nel corso degli anni, non si vede per qual ragione non si debba ammettere un oggettivo miglioramento della situazione turbativa e riconoscendogli ora una capacità di lavoro in attività sostitutive a determinate condizioni in misura dell'80%. 10.6 Per quel che è della perizia del Dott. L. _____ (doc. 57), non sorretta dalla necessaria documentazione oggettiva e dei laconici certificati esibiti dopo il deposito del ricorso, il Dott. D. _____, a più riprese (doc. 60, 65), ha escluso l'incidenza di questi sulla valutazione molto più approfondita effettuata al SAM.

E. 11.1

Il collegio giudicante condivide il parere del SAM e del servizio medico dell'autorità inferiore. Vero è che l'assicurato presenta ancora un danno parzialmente invalidante di natura ortopedica a livello soprattutto dorsolombare che lo limita sicuramente nell'ambito del suo precedente lavoro. Tuttavia, nonostante alcune limitazioni funzionali ben descritte dal Dott. H. _____ otti, queste non sono tali dall'impedire a A. _____ di svolgere attività leggere, semisedentarie, semplici, ripetitive in misura completa. Queste possono consistere in lavori come quelli di operaio addetto al controllo di macchine di produzione automatica, operaio imballatore e/o produttore di piccoli oggetti, guardiano/custode, cassiere, aiuto magazziniere, sorvegliante di immobili/cantieri/parchi, fattorino interno, ecc.

E. 11.2

Secondo un principio generale del diritto delle assicurazioni sociali, ogni assicurato ha l'obbligo di ridurre il danno conseguente la sua invalidità. In virtù di tale obbligo, l'assicurato deve intraprendere tutto quanto sia ragionevolmente esigibile per ovviare nel modo migliore possibile alle conseguenze della sua invalidità, segnatamente mettendo a profitto la sua residua capacità lavorativa se necessario in una nuova professione (DTF 130 V 97 consid. 3.2).

E. 11.3

È vero che durante la sua carriera professionale l'insorgente ha svolto principalmente l'attività di operaio edile. Si può tuttavia ritenere che, visto il genere d'attività sostitutive in esame e la natura delle sue affezioni, un'attività leggera è esigibile senza che si debba procedere a un adattamento del posto di lavoro alle condizioni di salute del ricorrente e ciò nonostante l'età. Questo Tribunale osserva pure che allo stesso si presenta un ventaglio relativamente ampio di professioni possibili in diversi settori, con mansioni semplici e ripetitive, che non richiedono necessariamente la messa in atto di particolari misure di reintegrazione professionale.

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). Occorre pertanto esaminare se, nell'ambito di attività di sostituzione, l'insorgente presenti un'incapacità di guadagno di rilievo.

E. 12.2

Il calcolo svolto dall'Ufficio AI il 16 dicembre 2011 può essere condiviso nella grandi linee metodologiche (doc. 50).

E. 12.3

Per ottenere il reddito da valido ha ritenuto l'introito orario percepito da A. _____ nel 2001 (24,80 franchi) e l'ha adeguato fino al 2008, sia su un orario medio mensile (della categoria) ottenendo un guadagno medio di 4'540 franchi. Questo importo è stato indicizzato secondo i parametri indicati nelle statistiche dell'Ufficio federale di statistica (evoluzione dei salari, 2008), il che comporta un guadagno di 4'994,04 franchi.

E. 12.4

Si constata che, nel 2008, il salario medio di un operaio con mansioni semplici e ripetitive nel settore edile era di 5'150 franchi che, adeguato ad una settimana di 41,6 ore diventa 5'356 franchi. Quando una persona assicurata per motivi estranei alla sua invalidità ha realizzato un reddito considerevolmente inferiore alla media, senza spontaneamente accontentarsi di ciò, si procede ad un cosiddetto "parallelismo" dei due redditi di paragone. Questo metodo è stato sviluppato in alcune sentenze del Tribunale federale (DTF 135 V 297 consid. 6.1.3, 135 V 58, 134 V 322 consid. 4.1, 5.2 e 6.2). In pratica, senza entrare nel dettaglio di tali regole, si può aumentare in maniera adeguata il reddito effettivamente conseguito o ridurre in modo adeguato il valore statistico. Non è tenuto conto di una prima differenza del 5%. Questo collegio giudicante constata, come lo ha fatto l'UAIE, che la differenza fra il salario che avrebbe percepito A. _____ nel 2008 di 4'994,04 franchi è inferiore al salario statistico (adeguato a 41,6 ore settimanali, 5'356 franchi) nel 2008 di un uomo che lavora nel settore edile con mansioni semplici e ripetitive, del 7,25%. Non si tien conto della differenza del primo 5%, per cui il salario da invalido originale di 4'994,04 franchi aumentato del 2,25%, comporta un reddito da valido di 5'106,30 franchi. Atteso che il risultato finale del calcolo comparativo dei redditi non ne subirebbe una modifica rilevante ai fini pensionistici, questo collegio giudicante lascia aperta anche la questione dell'applicabilità o meno delle regole sul "parallelismo" in ordine al problema evocato posto dalla nozione "senza spontaneamente accontentarsi di ciò". L'alta Corte tende ad applicare un'interpretazione piuttosto restrittiva di tale fattore soggettivo (cfr. per esempio sentenza del Tribunale federale 9C_520/2012 del 20 agosto 2012 consid. 4.2 e riferimenti; cfr. anche sentenza del Tribunale amministrativo federale C-6404/2012 consid. da 8.3.2 a 8.3.5 e riferimenti). L'UAIE ha applicato il "parallelismo" e questo Tribunale non ne esamina l'opportunità e la legalità.

E. 12.5.1

Il salario da invalido corrisponde alla media delle retribuzioni conseguite in attività leggere, semplici, ripetitive, non richiedenti una formazione specifica. L'Ufficio AI ha ritenuto un introito medio (2008) di 4'542,25, franchi adeguato ad un orario di 41,7 ore settimanali comporta un guadagno teorico di 4'735,30 franchi al mese.

E. 12.5.2

Questo introito teorico può essere ridotto per tenere conto dei fattori personali dell'assicurato (DTF 126 V 75), quali età, handicap. L'amministrazione, che gode di un ampio margine d'apprezzamento, ha applicato un tasso del 5% complessivo. Il collegio giudicante non ha fondato motivo per scostarsi da tale valutazione che non è arbitraria. Va peraltro rilevato che secondo la consolidata giurisprudenza la riduzione massima è del 25%. Ora, il Tribunale considerata l'età dell'assicurato (1974) e gli handicap noti, può confermare la valutazione dell'Ufficio AI. Ne consegue un introito mensile di 4'498,53 franchi (4'735,30 franchi - 4%).

E. 12.5.3

Svolto all'80%, questo lavoro di sostituzione, leggero, semisedentario, semplice, comporta un introito mensile di 3'598,82 franchi. Questo rappresenta il reddito mensile che l'interessato potrebbe teoricamente ottenere svolgendo un'attività alternativa in misura dell'80% invece di quella di operaio del settore edile.

E. 12.6

Il confronto fra un reddito privo d'invalidità di 5'106,30 franchi ed un introito teorico (finale) dopo l'insorgenza dell'invalidità di 3'598,82 franchi fa risultare una perdita di guadagno del 29,52% (arrotondato al 30%), tasso che non comporta alcun riconoscimento di una rendita dell'assicurazione svizzera per l'invalidità.

E. 12.7

Va detto che il calcolo comparativo avrebbe dovuto essere effettuato al momento in cui è fissato, in ambito revisionale, il miglioramento, ossia, nella specie, in base ai dati del 2011, o i dati del 2012, quando viene emanata l'impugnata decisione (cfr. DTF 128 V 174, 129 V 222). Tuttavia, visto il risultato finale e la circostanza che al momento in cui l'Ufficio AI ha effettuato il calcolo (dicembre 2011), nemmeno erano noti (pubblicati) tutti i dati statistici del 2010, non è necessario di procedere a nuovi ed aggiornati calcoli. 13.1 È quindi a ragione che l'autorità inferiore ha soppresso la rendita intera dal secondo mese che ha seguito la notifica della decisione del 18 luglio 2012, ossia dal 1° settembre successivo, in applicazione dell'art. 88a OAI e 88bis cpv. 2 lett. a OAI, ossia ben oltre i tre mesi dopo la data del confermato miglioramento avvenuto almeno 6 mesi prima della visita al SAM. In queste circostanze, il ricorso è respinto e l'impugnata decisione confermata. 13.2 Le spese di procedura di 400 franchi sono poste a carico del ricorrente e sono compensate con l'anticipo da lui fornito il 16 febbraio 2013. 13.3 Visto l'esito del ricorso, non vengono riconosciute indennità per spese ripetibili. 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 nella 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.