

# **BVGer C-991/2008 vom 25. August 2009**

Bundesverwaltungsgericht, 2009-08-25, IT

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bvger\\_C-991\\_2008](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bvger_C-991_2008)

FR: TAF C-991/2008 du 25 août 2009

IT: TAF C-991/2008 del 25 agosto 2009

## **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'Ufficio dell'assicurazione per l'invalidità per gli assicurati residenti all'estero (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). L'interessato ha versato l'anticipo corrispondente alle presunte spese processuali, entro il termine impartito. Il gravame è dunque ricevibile, 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 (ATF 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**

Il ricorrente ha presentato la domanda di rendita il 19 maggio 2004. 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 19 maggio 2003 (ossia 12 mesi precedenti la presentazione della domanda), oppure se un diritto alla rendita sia sorto tra tale data ed il 15 gennaio 2008, 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, un cittadino italiano deve adempiere cumulativamente le seguenti condizioni: essere invalido ai sensi della legge

svizzera ed aver versato contributi all'AVS/AI svizzera durante un anno intero almeno, rispettivamente 3 anni dal 1° gennaio 2008 (art. 36 cpv. 1 LAI). Il ricorrente ha versato contributi all'AVS/AI svizzera durante più di tre anni interi in totale e, 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 (art. 29 cpv. 4 a partire dal 1° gennaio 2008) 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 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 LPGA). L'incapacità al guadagno è definita all'art. 7 LPGA 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 LPGA nel suo nuovo tenore dal 1° gennaio 2008).

### **E. 8.1**

A. \_\_\_\_\_ ha normalmente svolto la sua attività di muratore/gessino fino alla data dell'infortunio al ginocchio destro del 18 ottobre 2003. Per il seguito, non ha più ripreso l'attività lucrativa, poiché oltre ai danni infortunistici, si sono sommati più severi problemi a carico del rachide cervicolumbosacrale.

### **E. 8.2**

La nozione d'invalidità di cui all'art. 4 LAI e 8 LPGA è di carattere giuridico economico, non medico (DTF 116 V 249 consid. 1b; 110 V 275, 105 V 207). In base all'art. 16 LPGA, applicabile per il rinvio dell'art. 28 cpv. 2 LAI (art. 28a cpv. 1 a partire dal 1° gennaio 2008), per valutare il grado d'invalidità, il reddito che l'assicurato potrebbe conseguire esercitando l'attività ragionevolmente esigibile da lui dopo la cura medica e l'eventuale esecuzione di provvedimenti d'integrazione (reddito da invalido), tenuto conto di una situazione equilibrata del mercato del lavoro, è confrontato con il reddito che egli avrebbe potuto ottenere se non fosse diventato invalido (reddito da valido). In altri termini l'assicurazione svizzera per l'invalidità risarcisce soltanto la perdita economica che deriva da un danno alla salute fisica o psichica dovuto a malattia o infortunio, non la malattia o la conseguente incapacità lavorativa (metodo generale del raffronto dei redditi; DTF 128 V 30, 104 V 136; Pratique VSI 2000 p. 84).

### **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, 105 V 158). 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. 8.4**

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, 122 V 160).

### **E. 9.1**

Nel caso in esame, l'Ufficio AI cantonale ha ritenuto utile sottoporre l'assicurato a visita polispecialistica al SAM di Bellinzona. Infatti, pur avendo cessato la sua attività nell'ottobre 2003 a causa di un importante infortunio al ginocchio, la patologia che affligge oggi il nominato è specialmente di tipo ortopedico/neurologico ed interessa soprattutto il dolore risentito alle colonne cervico-dorso-lombare ed i ricorrenti fenomeni sciatalgici. I periti del SAM hanno evidenziato: Diagnosi con influsso sulla capacità lavorativa: "sindrome cervico-vertebrale con componente cervicocefale in stato dopo spondilodesi C6/C7 e discectomia nel 1986 per ernia discale, nonché importanti alterazioni degenerative plurisegmentali a carattere osteocondrotico e spondiloso da C3 fino a C6 ed in parte da

C7/Th1; sindrome lombovertebrale cronica con componente spondilogenica a livello della gamba destra e stato dopo possibile compressione di tipo irritativo radicolare in stato dopo intervento di discectomia microchirurgica nel 1999 a livello di L5/S1, presenza di una discopatia residuale con ernia discale mediolaterale destra recidiva; gonalgia a destra più che a sinistra in stato dopo plurimi traumi e tre interventi chirurgici di meniscectomia artroscopica nonché presenza di una lesione cartilaginea importante a livello del condilo femorale mediale, peri-artropatia omero-scapolare tendinopatica a livello della spalla destra; tratti ossessivi della personalità, sindrome somatoforme indifferenziata, incremento della quota ansiosa." Diagnosi senza influsso sulla capacità lavorativa: "nota ipertensione arteriosa in trattamento, tabagismo cronico" . La documentazione esibita dopo la perizia al SAM e quella in sede ricorsuale e di replica non apporta, in sostanza, novità diagnostiche di rilievo. Questa refertazione si occupa, più che altro, di trovare una soluzione adeguata ai problemi algici patiti dal paziente.

### **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 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**

Per quanto concerne le conseguenze invalidanti delle menzionate affezioni, ci si trova in presenza, per l'essenziale, del parere del SAM. La parte ricorrente non ha esibito documentazione sanitaria che si pronunci, in modo diretto, sulla residua capacità al lavoro del nominato. L'insorgente insiste sulla circostanza che la sintomatologia dolorosa è sempre presente e prova ne sono i vari reperti clinici e specialistici, egli cerca sempre una soluzione per risolvere tale situazione.

### **E. 10.2**

Vero è che la perizia del SAM è stata ordinata dall'amministrazione. Va ricordato tuttavia che una perizia richiesta dall'Ufficio AI (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. 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 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).

### **E. 10.3**

Per quanto riguarda le valutazioni dell'assicuratore infortuni e dell'assicuratore invalidità, va ricordato che, per diverso tempo, la prassi dell'assicurazione per l'invalidità, confermata dal Tribunale federale, prevedeva che, quando le conseguenze invalidanti erano prettamente legate ad un infortunio, l'AI doveva, in linea di massima, rispettare la valutazione dell'invalidità passata in giudicato nell'ambito dell'assicurazione contro gli infortuni. Una determinazione differente del grado d'invalidità nell'ambito dell'assicurazione per l'invalidità poteva essere ammessa a condizione che esistessero motivi pertinenti; non bastava invece un apprezzamento divergente ma sostenibile, neppure se esso fosse di valore equivalente. Gli organi dell'AI sono vincolati solo se la decisione dell'altro assicuratore è cresciuta in giudicato (DTF 126 V 288). In una recente più sentenza (DTF 133 V 549 confermata in 9C\_214/2007 consid. 3.2), il Tribunale federale ha tuttavia modificato questa giurisprudenza e ritenuto che la valutazione dell'invalidità da parte dell'assicurazione infortuni non vincola l'assicurazione invalidità. Nella specie, l'interessato è al beneficio di una rendita INSAI/SUVA pari al 27% d'invalidità dal 1° maggio 2005. Questa prestazione, tuttavia, corrisponde al danno invalidante in esito, per l'essenziale, all'incidente al ginocchio destro del 18 ottobre 2003. Di conseguenza, l'analisi dell'incidenza debilitante di tutte le affezioni che colpiscono A.\_\_\_\_\_ deve essere effettuata in base ad un esame medico generale e completo, come quella del SAM.

### **E. 10.4**

I periti incaricati non hanno certo sottovalutato le doglianze personali del paziente. A.\_\_\_\_\_, osservano i periti, presenta delle pluripatologie dell'apparato muscolo-scheletrico di tipo sia degenerativo che post-traumatico, descritte nella diagnosi. Queste patologie causano, oltre ai dolori, non contestati, delle limitazioni rilevanti per quanto riguarda il sollevamento ed il trasporto di pesi superiori ai 7,5-10 kg, nel mantenimento della posizione statica (sia eretta che seduta), alla mobilità dell'intera colonna vertebrale, nei movimenti di inginocchiamento e alla deambulazione, sia in pianura, in salita/discesa che sulle scale. Sia l'esame ortopedico che neurologico hanno posto in evidenza una sintomatologia algica presente in più punti e movimenti. Particolarmente in merito a quest'ultima problematica, il neurologo rileva che il paziente, che cammina con l'ausilio di un bastone, presenta un disequilibrio a livello del bacino e del rachide, con riapparizione dei dolori spondilogeni sia a livello lombosacrale che cervicale con presenza di reazioni tendomialgiche soprattutto paravertebrali a sinistra a livello cervicale e dolori

pseudoradicolari e tendomialgici a livello dell'anca destra, dell'emibacino destro e della gamba destra. Le investigazioni neuroradiologiche funzionali del rachide sia cervicale che lombosacrale hanno confermato la presenza di una possibile sofferenza radicolare L5/S1 a destra, clinicamente non evocabile. Nel complesso, tuttavia, dal punto di vista strettamente neurologico il paziente non presenta deficit, né sindromi radicolari irritative evidenti. Infine, sotto il profilo psichiatrico, non sussiste che una patologia scarsamente invalidante, caratterizzata da un marcato incremento dell'ansia ed una sindrome somatoforme comunque indifferenziata.

#### **E. 10.5**

L'interessato ha esibito, dopo la perizia al SAM, ulteriore documentazione. Questi rapporti, diretti soprattutto al medico curante Dott. De Vecchi, si occupano del problema del dolore. Segnatamente, il Dott. Kaech, nella relazione del 20 ottobre 2006, non è in grado di suggerire sicuri rimedi al paziente e consiglia un secondo parere (dopo quello del Dott. Bonetti del SAM) dal Dott. Renella di Lugano. Questi, nella relazione del 20 dicembre 2006, constata la complessità del problema algico e propone espressamente nuovi accertamenti in vista di un miglioramento del quadro generale (pag. 2 ultimi tre paragrafi). Ora, queste soluzioni sono di natura terapeutico/scientifica e concernono il futuro. Il Dott. Renella non si pronuncia sulla residua capacità di lavoro del periziando e, interpellato in proposito, non si pronuncia nemmeno in tal senso nella sua lettera completiva del 17 settembre 2007 (al Dott. De Vecchi), rimandando il problema agli organi competenti dell'UAI ed alla valutazione peritale del SAM. Ora, non è per il fatto che il Dott. Renella abbia consigliato ulteriori ed approfonditi accertamenti che bisogna ritenere l'istruttoria insufficiente e rinviare per questo gli atti all'amministrazione. Gli interventi dei Dott.ri Kaech, Eisig, Renella, Biasca interessano il "procedere" terapeutico atto a risolvere nel migliore dei modi i problemi patologici del paziente. In particolare il Dott. Renella afferma, in sostanza, che per trovare la soluzione giusta, occorre procedere a maggiori accertamenti. Queste questioni non influenzano la valutazione attuale ed interessano il paziente ma non l'assicurazione AI. In sede ricorsuale vengono inoltre prodotti documenti che confermano il problema delle plurialgie diffuse, l'eventuale possibilità, poi non realizzata, di ricorrere a terapia a base di morfina con pompa intratecale, brevi soggiorni in cliniche specializzate in terapia del dolore, ma anche in questi casi, si tratta di referti propriamente sanitari, che non si esprimono in merito alla residua capacità di lavoro dell'assicurato, pur confermando il problema principale.

#### **E. 10.6**

Ora, il collegio giudicante, non ha motivo di scostarsi dal parere dei periti del SAM, quando affermano che il paziente, nonostante tutto, sarebbe ancora in grado di svolgere un'attività consona al 50%. L'assicurato deve evitare di svolgere un'attività prettamente di tipo sedentario o fermo in piedi o camminando (continuamente). Importante è che egli possa alternare le varie posizioni durante la sua attività lavorativa. Egli deve evitare piegamenti ripetuti della colonna vertebrale, posizioni non ergonomiche, movimenti di rotazione sia con la colonna lombare che con la colonna cervicale. Egli deve evitare delle posizioni statiche mantenute per un tempo superiore a 15 minuti alle due colonne. Egli deve inoltre evitare la posizione seduta per più di 30 minuti. Deve evitare di salire o scendere le scale ripetutamente e di camminare il salita ed in discesa. La deambulazione in terreno pianeggiante è possibile per 30 minuti. È da evitare pure un'attività professionale in cui debba inginocchiarsi. Non deve sollevare pesi superiori a 7,5-10 kg. Entrano in

considerazione attività semisedentarie di controllo o di operaio, di produzione, di riparazione di piccoli oggetti, lavori del settore terziario come fattorino in azienda, commesso alternante posizioni seduta ed eretta. Questo tasso d'invalidità per attività sostitutive tiene ampiamente conto della situazione valetudinaria dell'assicurato, in considerazione soprattutto delle fenomenologia algica pur sempre presente.

#### **E. 10.7**

Vero è che la ricerca di un posto di lavoro adatto alle capacità dell'interessato appare difficoltosa, vista la sua età e la situazione congiunturale; tuttavia, se il mercato del lavoro locale non gli offre di sfruttare la sua residua capacità lavorativa e di guadagno, non può essere compito dell'assicurazione svizzera per l'invalidità di sopperire con il versamento di prestazioni assicurative a quello che sarebbe dovuto, semmai, dall'assicurazione italiana contro la disoccupazione. Secondo una costante giurisprudenza, la persona che richiede prestazioni d'invalidità deve intraprendere tutto quanto sia da lei esigibile per ovviare alle conseguenze della sua incapacità, mettendo soprattutto a profitto le superstiti energie lavorative e cambiando, se del caso, anche il lavoro e il domicilio (DTF 123 V 88 consid. 4c, 113 V 28 consid. 4). Occorre pertanto esaminare se, nell'ambito di attività di sostituzione, l'insorgente presenti un'incapacità di guadagno di rilievo.

#### **E. 11.1**

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. 11.2**

L'amministrazione ha considerato quale salario privo d'invalidità, quello conseguibile (aggiornato) nel 2006 presso la ditta per la quale lavorava, ossia Fr. 76'477.20 per un'attività al 100%. Quale reddito da invalido l'UAIE ha ritenuto quello ottenibile in attività di tipo leggero non qualificate, ripetitive, semisedentarie. Queste attività comportano un salario medio di Fr. 57'370.85 (2004), già adeguato secondo un orario settimanale di 41,7 medio svizzero di categoria, le statistiche essendo formulate su di una base di 40 ore settimanali. Nel 2006 questo introito ammonta a Fr. 58'697.85, per tenere conto dell'indicizzazione dei salari del 2005 e 2006. Questo guadagno teorico può essere ridotto per tenere conto dei fattori personali dell'assicurato (DTF 126 V 75), quali età, handicap. L'Ufficio AI cantonale ha operato una deduzione complessiva del 10%, il che può essere considerato un po' restrittivo, atteso che la riduzione massima consentita si situa al 25%, e che l'interessato aveva 54 anni nel 2006 (anno di riferimento). Tuttavia, può essere osservato che l'amministrazione, in questo ambito, gode di un'ampia possibilità di valutazione che il giudice può rivedere solo per giustificati motivi. Svolta al 50%, questa attività di sostituzione comporta un introito annuo di Fr. 26'414,05 (tutte le riduzioni comprese). Il confronto fra un reddito privo d'invalidità di Fr. 76'477,20 ed un introito teorico dopo l'insorgenza dell'invalidità di Fr. 26'414,05, causa una perdita di guadagno del 65%, tasso che comporta il riconoscimento del diritto ad tre quarti di rendita dell'assicurazione svizzera per l'invalidità. Va rilevato, a titolo abbondanziale, che il tasso d'invalidità non attingerebbe comunque il livello del 70% (diritto alla rendita intera), nemmeno se si dovesse considerare una riduzione del reddito dopo l'insorgenza dell'invalidità per fattori personali fino 20%. In

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

#### **E. 12.1**

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

#### **E. 12.2**

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 sulla 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.