



---

Corte III  
C-1443/2011

## **Sentenza del 13 settembre 2012**

---

Composizione

Giudici Elena Avenati-Carpani (presidente del collegio),  
Vito Valenti, Francesco Parrino,  
cancelliere Dario Quirici.

---

Parti

A. \_\_\_\_\_,  
rappresentato dal Patronato INCA, Ufficio legale,  
casella postale 287, 4005 Basilea,  
ricorrente,

contro

**Ufficio dell'assicurazione per l'invalidità per gli  
assicurati residenti all'estero UAIE**, avenue Edmond-  
Vaucher 18, casella postale 3100, 1211 Ginevra 2,  
autorità inferiore.

---

Oggetto

Assicurazione per l'invalidità, decisione del 26 gennaio 2011.

**Fatti:****A.**

A.\_\_\_\_\_, cittadino italiano nato il ..., coniugato e padre di due figli, ha lavorato in Svizzera come ruspista dal 1970 al 1989, versando i relativi contributi obbligatori all'assicurazione per la vecchiaia, i superstiti e l'invalidità (AVS/AI; doc. 6). Il 30 marzo 2006, per il tramite dell'Istituto nazionale italiano della previdenza sociale (INPS), l'assicurato ha formulato all'Ufficio dell'assicurazione per l'invalidità per gli assicurati residenti all'estero (UAIE) una prima domanda di rendita d'invalidità svizzera, facendo valere una polidiscopatia lombosacrale con stenosi del canale vertebrale da artrosi, una gastroduodenite erosiva ed un'amputazione della falange distale e intermedia dell'indice della mano destra. Dopo l'esecuzione dei necessari accertamenti medici ed economici, con in particolare i dati del questionario per il datore di lavoro, del 23 marzo 2007 (doc. 10), facenti stato di un salario annuo di EUR 19'200.-, una perizia particolareggiata E 213 del dott. B.\_\_\_\_\_, medico dell'INPS, del 22 maggio 2006 (doc. 11), e la presa di posizione del dott. C.\_\_\_\_\_, medico dell'UAIE, dell'11 giugno 2007 (doc. 19), la domanda è stata respinta mediante decisione del 15 agosto 2007, cresciuta in giudicato senza essere stata impugnata (doc. 21).

**B.**

Il 31 ottobre 2010, sempre per il tramite dell'INPS, l'assicurato ha presentato una seconda domanda di rendita (doc. 23 a 27), la cui istruzione ha permesso di acquisire, tra gli altri, i documenti seguenti:

- diversa documentazione medica italiana, del 2008 e 2009 (doc. 30 a 40), da cui risulta che l'assicurato soffre di una gonalgia a destra, trattata mediante artroscopia nel marzo 2008, che è affetto da una patologia radicolare in L5 a destra, da una sindrome delle gambe senza riposo (le cosiddette "restless legs"), da episodi depressivi e da un'infiammazione delle cellule etmoidali,

- una perizia particolareggiata E 213 della dott.ssa D.\_\_\_\_\_, medico dell'INPS, del 17 febbraio 2009 (doc. 41), diagnosticante, nell'ambito di una sfumata depressione del tono dell'umore e di movimenti (forza e tono muscolare) normali, ma con un'andatura stentata, una gonartrosi bilaterale con condropatia e meniscopatia trattata in chirurgia artroscopica a destra, ad attuale moderato impegno funzionale a destra e assente a sinistra, una lomboartrosi con protrusioni discali a moderata incidenza cli-

nica, una sindrome delle apnee notturne di grado lieve non trattata nonché uno stato depressivo reattivo lieve. Nella perizia è inoltre specificato che l'assicurato è in grado di svolgere regolarmente lavori pesanti, senza controindicazioni, come pure la sua ultima attività, essendo cionondimeno valutato, secondo il diritto italiano, un grado d'invalidità del 40%,

- diversa documentazione medica italiana, in parte di difficile lettura, nella quale è riportato, tra l'altro, che l'assicurato soffre di una grave stenosi in L3/4, L4/5 e L5/S1, come pure di una sindrome di claudicatio neurogena, e che è stato sottoposto ad un intervento di laminectomia di L4 durante un soggiorno ospedaliero protrattosi dal 20 al 26 aprile 2009 (doc. 43 a 50),

- una decisione della competente commissione medico legale italiana, del 26 novembre 2008 (doc. 51), riconoscente l'assicurato quale invalido con riduzione permanente della capacità lavorativa in misura superiore ai due terzi, ossia del 75%, sulla base della diagnosi di grave gonartrosi bilaterale, di spondiloartrosi con discopatie multiple lombari, di depressione cronica, di cardiopatia ipertensiva e di sindrome delle apnee notturne in ipoacusico,

- i questionari per il datore di lavoro e per l'assicurato, del 7 e 25 maggio 2008 (doc. 54 e 55), dai quali si evince che quest'ultimo ha lavorato come operaio, otto ore al giorno sull'arco di quaranta ore settimanali, con un salario annuo nel 2008 di EUR 14'887.81, dal 4 marzo 2002 fino al 5 febbraio 2008, quando ha interrotto la sua attività per malattia.

### **C.**

L'UAIE ha quindi sottoposto la documentazione raccolta alla valutazione del proprio servizio medico, nella persona del dott. E.\_\_\_\_\_, il quale, mediante presa di posizione del 21 giugno 2009 (doc. 57), ha diagnosticato, con influsso sulla capacità lavorativa, una claudicatio neurogena da canale spinale stretto, operata nell'aprile 2009, e una gonartrosi, come pure, senza una tale influenza, una sindrome delle apnee notturne, un'ipertensione arteriosa e una depressione dell'umore. Il medico dell'UAIE ha inoltre formulato un'incapacità lavorativa completa per qualsiasi attività a decorrere dal 17 febbraio 2009 (data indicativa, corrispondente a quella della perizia E 213 della dott.ssa D.\_\_\_\_\_), tenuto conto della claudicatio neurogena e dell'intervento di laminectomia eseguito in aprile 2009, precisando che bisognava attendersi un miglioramento sostanziale dopo un periodo di convalescenza di sei a dodici mesi, ossia fino a febbraio 2010, e che, trascorso questo lasso di

tempo, sarebbe stato necessario esigere una nuova valutazione dello stato di salute dell'assicurato. Richiesto dall'UAIE di chiarire se non sussistesse un'incapacità di lavoro di almeno il 20% prima del 17 febbraio 2009, il dott. E. \_\_\_\_\_ ha sottolineato, in una breve risposta del 2 luglio 2009 (doc. 59), che ciò non era il caso.

Nel gennaio 2010 l'UAIE ha così chiesto ed ottenuto dall'INPS, in particolare, la documentazione medica seguente:

- un referto di visita neurologica, del 4 marzo 2010 (doc. 62), diagnosticante sostanzialmente una radicolopatia deficitaria L5 e S1 a destra, una sindrome delle gambe senza riposo ed un disturbo depressivo in trattamento farmacologico,

- la cartella clinica completa relativa all'intervento chirurgico di laminectomia, eseguito il 21 aprile 2009 (doc.63),

- una perizia particolareggiata E 213 del dott. F. \_\_\_\_\_, medico dell'INPS, dell'11 febbraio 2010 (doc. 66), diagnosticante, nel quadro di condizioni generali di salute migliorate, un pregresso intervento chirurgico di laminectomia di L4, una decompressione selettiva L5-S1 con fissazione transpeduncolare L3-S1 per protrusioni discali e stenosi nel tratto L2/5 ad attuale marcato impegno funzionale con sofferenza radicolare L5 e S1 a destra, una gonartrosi bilaterale con meniscopatia mediale e condropatia a destra, trattate in chirurgia artroscopica con attuale dolore al carico, una cardiopatia ipertensiva ed un'ateromasi delle carotidi. Il medico dell'INPS ha aggiunto che l'assicurato non può più svolgere a tempo pieno né la sua ultima attività, né lavori leggeri, controindicati essendo l'umidità, il calore, lavori a turno e notturni, frequenti flessioni, il trasporto e il sollevamento di pesi, la salita di piani inclinati e di scale, il freddo e il rischio di cadute, ed ha valutato un grado d'invalidità, secondo il diritto italiano, del 74%.

#### **D.**

L'UAIE ha di seguito trasmesso i documenti ottenuti per apprezzamento al proprio servizio medico, nella persona del dott. E. \_\_\_\_\_, il quale, con presa di posizione del 15 aprile 2010 (doc. 70), ha posto la diagnosi principale di esiti da laminectomia L4, da decompressione L5/S1 e da stabilizzazione transpeduncolare bilaterale da L3 a S1, e di condropatia tricompartmentale del ginocchio destro con degenerazione del menisco, nonché la diagnosi secondaria, senza influsso sulla capacità lavorativa, di sindrome delle gambe senza riposo, di disturbo depressivo, di sindrome

delle apnee notturne e di ipertensione arteriosa, fissando nel contempo un'incapacità lavorativa completa per qualsiasi attività a contare dal 28 febbraio 2009 ed un'incapacità lavorativa nulla in occupazioni confacenti sull'arco di una giornata intera e in posizione alternata, quali venditore, cassiere o telefonista, e ciò a decorrere dall'11 febbraio 2010.

Il 21 maggio 2010 l'UAIE ha proceduto al calcolo del grado d'invalidità (doc. 71). Come reddito ipotetico da valido per il 2008, in riferimento ai valori forniti dal datore di lavoro per il 2007, debitamente indicizzati, l'amministrazione ha ritenuto un valore di EUR 1'654.24, e, come reddito da invalido, sulla base dei dati statistici dell'Ufficio internazionale del lavoro (ILO) per il 2008, ultime cifre disponibili, in attività quali venditore, cassiere o telefonista, ha considerato un valore medio di EUR 1'363.37, ridotto del 20% in funzione delle circostanze personali dell'assicurato, ossia EUR 1'090.70. Procedendo al raffronto dei due redditi, l'UAIE ha ottenuto una perdita di guadagno del 34.07%, corrispondente ad un grado d'invalidità del 34%.

#### **E.**

L'UAIE si è in seguito procurato dei nuovi questionari per il datore di lavoro e per l'assicurato, del 1° e 2 luglio 2010 (doc. 74 e 75), attestanti il licenziamento di quest'ultimo, con effetto al 30 giugno 2009, per superamento del periodo di malattia. Dal primo questionario risulta inoltre che all'assicurato è stato versato nel 2009 un "salario" di EUR 7'323.30, come pure che egli avrebbe potuto realizzare nel 2010 un reddito annuo di EUR 24'349.15.

Il 15 luglio 2010 l'UAIE ha quindi messo a punto un progetto di decisione (doc. 76), con il quale ha prospettato all'assicurato il rigetto della sua domanda di rendita d'invalidità, invitandolo nel contempo a formulare eventuali osservazioni entro un termine di trenta giorni.

Con scritto del 30 luglio 2010, per il tramite del Patronato INCA, l'assicurato si è opposto a questo progetto (doc. 83), chiedendo il riconoscimento del suo diritto ad una rendita d'invalidità, ed ha esibito a questo scopo un referto di tomografia computerizzata del rachide lombosacrale, del 14 giugno 2010 (doc. 78), un referto di risonanza magnetica del rachide lombare, del 15 giugno 2010 (doc. 79), un breve certificato medico del 22 giugno 2010 (doc. 80), una lettera di dimissione ospedaliera, relativa ad un ricovero del 10 e 11 maggio 2010 (doc. 81), riferente l'esecuzione di un'artroscopia diagnostica, nonché un rapporto del medico curante, del

30 luglio 2010 (doc. 82), in cui sono elencate le patologie affliggenti l'assicurato ed è stabilita un'incapacità lavorativa completa.

**F.**

Il dott. E.\_\_\_\_\_ ha preso posizione su questa nuova documentazione medica il 17 ottobre 2010 (doc. 90), concludendo alla necessità di procedere ad ulteriori chiarimenti della situazione vista la discrepanza nella valutazione della capacità lavorativa espressa, da un lato, dal dott. F.\_\_\_\_\_ e, dall'altro lato, dal medico curante dell'assicurato. L'UAIE ha quindi richiesto all'INPS un esame ortopedico ed una nuova perizia particolareggiata E 213.

Nell'esame ortopedico eseguito dal dott. F.\_\_\_\_\_ il 14 dicembre 2010 (doc. 95), è enunciata la diagnosi di esiti da recente intervento chirurgico di revisione dell'artrodesi pedunculare, di laminectomia L3 ed allungamento dell'artrodesi pedunculare ad L2 in già operato di laminectomia di L4, di decompressione selettiva L5-S1 e fissazione transpedunculare L3-S1 ad attuale marcato impegno funzionale con sofferenza radicolare L5 ed S1 a destra, come pure di gonartrosi bilaterale con meniscopatia mediale e condropatia a destra trattate in chirurgia artroscopica con attuale dolore al carico, nonché di esiti da amputazione della seconda e terza falange del secondo dito della mano destra.

Nella perizia particolareggiata E 213, pure redatta dal dott. F.\_\_\_\_\_ il 14 dicembre 2010 (doc. 96), è riportata la stessa diagnosi di quella esposta nell'esame ortopedico appena menzionato, ed è inoltre specificato che l'assicurato non può più esercitare la sua ultima attività, ma che è in grado di svolgere regolarmente occupazioni leggere, controindicati essendo l'umidità, il lavoro a turni e notturno, frequenti flessioni, il trasporto ed il sollevamento di pesi, la salita di piani inclinati e scale, il freddo e il rischio di cadute, necessari essendo invece ritmi non particolarmente stressanti, pause supplementari e la possibilità di alternare deambulazione, stazione eretta e posizione seduta, con indicazione di un grado d'invalidità, secondo il diritto italiano, del 74% sia per l'ultimo lavoro svolto che per qualsiasi attività confacente.

Alla luce di questa nuova documentazione medica, il dott. E.\_\_\_\_\_ ha rivalutato il caso mediante presa di posizione del 20 gennaio 2011 (doc. 99 e 99.1), nella quale ha rilevato, in breve, che la situazione non era mutata rispetto all'apprezzamento del 15 aprile 2010. Di conseguenza, l'UAIE ha emanato una decisione, il 26 gennaio 2011 (doc. 100), di rigetto della domanda di rendita d'invalidità presentata dall'assicurato.

**G.**

Contro questa decisione, rappresentato dal Patronato INCA, l'assicurato ha inoltrato ricorso al Tribunale amministrativo federale il 3 marzo 2011, chiedendo, previo annullamento della stessa, che gli sia riconosciuto il diritto ad una rendita intera d'invalidità a contare da maggio 2009, ed ha allegato a questo scopo un certificato del suo medico curante, del 30 luglio 2010, già agli atti, ed un breve certificato neurochirurgico dell'11 gennaio 2011, in cui sono specialmente riferite difficoltà persistenti nella deambulazione.

Il 13 marzo 2011 il ricorrente ha inoltrato un nuovo certificato del suo medico curante, del 16 febbraio 2011, dello stesso tenore di quello precedente. Il 12 aprile 2011 egli ha ancora trasmesso un certificato psichiatrico, redatto il 23 marzo 2011, facente stato di una depressione endoreattiva atta a limitare l'autonomia e le capacità relazionali, ed un breve certificato ortopedico, del 4 aprile 2011, scritto a mano e di difficile lettura.

Il dott. E.\_\_\_\_\_ ha nuovamente espresso il suo parere sul caso il 24 aprile 2011 (doc. 104), con particolare riferimento ai documenti medici prodotti dal ricorrente nell'ambito della presente procedura, ed ha ribadito sostanzialmente le conclusioni da lui prese in precedenza, precisando che il certificato psichiatrico del 23 marzo 2011, primo nel suo genere agli atti, non testimonia la presenza di una patologia psichica invalidante.

L'UAIE ha quindi risposto al ricorso l'11 maggio 2011, chiedendone il rigetto con la conseguente conferma della decisione impugnata.

Il ricorrente ha brevemente replicato il 3 giugno 2011, riproponendo il proprio punto di vista riguardo all'esito da riservare all'impugnativa.

**H.**

Con decisione incidentale del 6 giugno 2011, questo Tribunale ha invitato il ricorrente a versare un anticipo equivalente alle presunte spese processuali di Fr. 400.--. Il relativo pagamento è stato effettuato il 27 giugno 2011.

**Diritto:****1.**

**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.

**1.2** Secondo l'art. 3 lett. d<sup>bis</sup> 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-26<sup>bis</sup> e 28-70), sempreché la LAI non deroghi alla LPGA.

**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).

**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.

## **2.**

**2.1** Il ricorrente è cittadino di uno Stato membro della Comunità europea. Di conseguenza, è applicabile, nella specie, 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).

**2.2** L'allegato II che regola il coordinamento dei sistemi di sicurezza sociale è stato modificato il 1° aprile 2012 (Decisione 1/2012 del Comitato misto del 31 marzo 2012; RU 2012 2345). Tuttavia, il caso in esame rimane regolato dalla versione dell'allegato II in vigore fino al 31 marzo 2012 (cfr. RU 2002 1527, RU 2006 979 e 995, RU 2006 5851, RU 2009 2411 e 2421), in base al quale le parti contraenti applicano fra di loro gli atti comunitari seguenti: 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 (RU 2004 121, RU 2008 4219, RU 2009 4831), normativa applicabile a tutte le rendite il cui diritto nasce a far data dal 1° giugno 2002 o successivamente e che sostituisce le Convenzioni di sicurezza sociale che disciplinavano i rapporti fra due o più Stati (art. 6 del regolamento) ed il regolamento (CEE) n° 574/71 del Consiglio del 21 marzo 1972 relativo all'applicazione del regolamento (CEE) n° 1408/71 (RU 2005 3909, RU 2009 621, RU 2009 4845).

Secondo l'art. 3 del regolamento (CEE) n° 1408/71, i cittadini degli Stati membri della Comunità europea ed i cittadini svizzeri godono della parità di trattamento. In base all'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 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 i 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 d'invalidità svizzera sono regolate dal diritto interno svizzero (DTF 130 V 257 consid. 2.4).

**2.3** L'art. 80a LAI sancisce espressamente l'applicabilità nella presente procedura, trattandosi di un cittadino italiano 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.

**2.4** Per costante giurisprudenza, l'ottenimento di una pensione straniera d'invalidità non pregiudica l'apprezzamento di un'invalidità secondo il diritto svizzero (v. sentenza del Tribunale federale I 435/02 del 4 febbraio 2003 consid. 2). Anche in seguito all'entrata in vigore dell'ALC, il grado d'invalidità di un assicurato che pretende una rendita dell'assicurazione svizzera è determinato esclusivamente secondo il diritto svizzero (DTF 130 V 253 consid. 2.4).

### **3.**

Relativamente al diritto applicabile, deve essere ancora precisato che la presente procedura è retta dalla LAI nel suo tenore modificato il 6 ottobre 2006 (5<sup>a</sup> revisione) ed in vigore dal 1° gennaio 2008, considerato 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 relative alla 6<sup>a</sup> revisione AI (primo pacchetto di misure) che sono entrate in vigore il 1° gennaio 2012 non sono invece applicabili (RU 2011 5659, FF 2010 1603).

### **4.**

Il periodo di cognizione giudiziaria dello scrivente Tribunale amministrativo federale si estende fino all'8 marzo 2011, 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). Il giudice delle assicurazioni sociali 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)

### **5.**

Il ricorrente contesta la validità materiale della decisione dell'UAIE, chiedendo che gli sia riconosciuto il diritto ad una rendita intera d'invalidità a contare da maggio 2009.

**6.**

Qualora una prima (o seconda) richiesta di rendita sia stata negata perché il grado d'invalidità era insufficiente o perché l'invalido poteva provvedere a se stesso, una nuova domanda è riesaminata soltanto se l'assicurato rende verosimile che il grado d'invalidità si è modificato in misura rilevante per il diritto alle prestazioni (art. 87 cpv. 2 e 3 dell'ordinanza federale sull'assicurazione per l'invalidità del 17 gennaio 1961, OAI, RS 831.201). Se non è il caso, l'amministrazione non entra nel merito della richiesta (DTF 109 V 114 consid. 2a). Se l'amministrazione entra nel merito della nuova domanda deve esaminare la fattispecie da un punto di vista materiale e, in particolare, verificare se la modifica del grado d'invalidità resa verosimile dall'assicurato si è effettivamente realizzata (DTF 109 V 115). In tal caso applicherà, per analogia, le disposizioni sulla revisione di rendite in corso (art. 17 cpv. 1 LPGA, art. 87 segg. OAI, *Jurisprudence et pratique administrative [Pratique VSI] 1999 pag. 8, DTF 117 V 198*).

In concreto, la prima decisione di rifiuto della domanda di rendita è stata emessa dall'UAIE il 15 agosto 2007 (doc. 21), mentre la seconda, qui avversata, il 26 gennaio 2011 (doc. 100). Ne consegue che il periodo di riferimento per giudicare se è intervenuta una modifica rilevante del grado d'invalidità può essere limitato al 26 gennaio 2011.

**7.**

Secondo le norme applicabili, per avere diritto ad una rendita dell'assicurazione per l'invalidità svizzera, un cittadino italiano deve adempiere, cumulativamente, le seguenti condizioni:

- essere invalido ai sensi della legge svizzera;
- avere versato contributi all'AVS/AI svizzera per almeno 3 anni (art. 36 LAI). A tale 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 CEE n° 1408/71).

In concreto, è pacifico che il ricorrente 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.

## **8.**

**8.1** 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.

**8.2** 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). In seguito all'entrata in vigore dell'Accordo bilaterale, 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.

**8.3** 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%. Il diritto alla rendita, secondo l'art. 29 cpv. 1 LAI, nasce al più presto dopo sei mesi dalla data in cui l'assicurato ha rivendicato il diritto alle prestazioni conformemente all'art. 29 cpv. 1 LPGA.

**8.4** 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 cpv. 1 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).

**8.5** La nozione d'invalidità di cui all'art. 4 cpv. 1 LAI e 8 cpv. 1 LPGA è di carattere giuridico economico, non medico (DTF 116 V 249 consid. 1b). In base all'art. 16 LPGA, applicabile per il rinvio dell'art. 28a cpv. 1 LAI, per valutare il grado d'invalidità, il reddito che l'assicurato potrebbe conseguire esercitando l'attività ragionevolmente esigibile da lui dopo la cura medica e l'eventuale esecuzione di provvedimenti d'integrazione, 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.

## **9.**

Il giudice delle assicurazioni sociali 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 p. 109).

## **10.**

In concreto, dall'insieme della documentazione medica agli atti e, in

particolare, dalle perizie E 213 della dott.ssa D.\_\_\_\_\_, del 17 febbraio 2009 (doc. 41), e del dott. F.\_\_\_\_\_, dell'11 febbraio 2010 e del 14 dicembre 2010 (doc. 66 e 96), entrambi medici dell'INPS, dal rapporto ortopedico dello stesso dott. F.\_\_\_\_\_, del 14 dicembre 2010 (doc. 95), nonché dalle prese di posizione del dott. E.\_\_\_\_\_, medico dell'UAIE, del 21 giugno 2009, del 15 aprile 2010 e del 20 gennaio 2011 (doc. 57, 70 e 99), risulta la diagnosi, con influenza sulla capacità lavorativa, di esiti da revisione dell'artrodesi peduncolare, di laminectomia L3 ed allungamento dell'artrodesi peduncolare ad L2, di gonartrosi bilaterale nonché di esiti da amputazione della seconda e terza falange del secondo dito della mano destra. Fanno parte integrante della diagnosi, ma senza influsso sulla capacità lavorativa, secondo il medico dell'UAIE, anche una sindrome delle apnee notturne, un'ipertensione arteriosa e una depressione dell'umore.

## 11.

**11.1** Rispetto alle conseguenze invalidanti delle affezioni diagnosticate, la dott.ssa D.\_\_\_\_\_ ha constatato, nella sua perizia E 213 del 17 febbraio 2009, una piena capacità lavorativa per qualsiasi attività, anche pesante. Dal canto suo, il dott. E.\_\_\_\_\_ ha enunciato, nella sua presa di posizione del 21 giugno 2009, riferendosi alla claudicatio neurogena e all'intervento di laminectomia eseguito in aprile 2009, un'incapacità lavorativa completa a decorrere dal 17 febbraio 2009 (data indicativa, corrispondente a quella della perizia E 213 della dott.ssa D.\_\_\_\_\_), con la precisazione che il periodo di convalescenza si sarebbe protratto fino a febbraio 2010.

Nella sua perizia E 213 dell'11 febbraio 2010, il dott. F.\_\_\_\_\_ ha ritenuto un'incapacità lavorativa completa per l'ultima attività esercitata, ma una certa capacità lavorativa, non a tempo pieno, in attività leggere, controindicati essendo l'umidità, il calore, lavori a turno e notturni, frequenti flessioni, il trasporto e il sollevamento di pesi, la salita di piani inclinati e di scale, il freddo e il rischio di cadute, con un grado d'invalidità, secondo il diritto italiano, del 74%. Dal canto suo, il dott. E.\_\_\_\_\_ ha formulato un'incapacità lavorativa completa per qualsiasi attività a contare dal 28 febbraio 2009 ed un'incapacità lavorativa nulla in occupazioni confacenti sull'arco di una giornata intera e in posizione alternata, quali venditore, cassiere o telefonista, a decorrere dall'11 febbraio 2010.

Nella sua seconda perizia E 213, del 14 dicembre 2010 (doc. 95), il dott. F.\_\_\_\_\_ ha confermato le sue conclusioni riguardo all'incapacità

lavorativa. Anche il dott. E.\_\_\_\_\_ ha riaffermato, nelle sue prese di posizione del 20 gennaio e 24 aprile 2011, il suo apprezzamento dell'incapacità lavorativa e considerato che la documentazione medica, esibita in sede di ricorso e di replica, non apportava alcun nuovo elemento determinante.

**11.2** Il collegio giudicante osserva che la situazione valetudinaria del ricorrente non è rimasta immutata nel periodo in esame. Infatti, dal solo punto di vista ortopedico, occorre sottolineare che la lomboartrosi con protrusioni discali era considerata "a moderata incidenza clinica" dalla dott.ssa D.\_\_\_\_\_ nella perizia particolareggiata E 213 del 17 febbraio 2009. Per contro, nella perizia E 213 dell'11 febbraio 2010, il dott. F.\_\_\_\_\_ ha rilevato che la stessa induceva "un marcato impegno funzionale con sofferenza radicolare L5 e S1 a destra", ciò che ha in definitiva condotto all'intervento di revisione dell'artrodesi peduncolare effettuato nell'ottobre 2010 (doc. 95). Anche la capacità lavorativa in attività sostitutive confacenti è stata valutata diversamente dai due medici dell'INPS. Mentre la dott.ssa D.\_\_\_\_\_ ha descritto una regolare capacità lavorativa per qualsiasi attività, il dott. F.\_\_\_\_\_ ha precisato, nella perizia E 213 del 14 dicembre 2010, che il ricorrente, pur essendo in grado di svolgere lavori leggeri, non può essere occupato a tempo pieno nemmeno in attività sostitutive confacenti, e ciò contrariamente anche all'opinione del dott. E.\_\_\_\_\_. Bisogna inoltre tenere conto del fatto che, nel maggio 2010, il ricorrente era stato sottoposto ad artroscopia con conseguente condroabrasione e meniscectomia selettiva interna ed esterna del ginocchio destro (doc. 81), seguita in ottobre dalla revisione dell'artrodesi peduncolare già menzionata. Questi interventi hanno senz'altro causato un'incapacità lavorativa, perlomeno temporanea, che non è stata tuttavia quantificata.

**11.3** Viste le precedenti considerazioni, il collegio giudicante si trova nell'impossibilità di determinare la misura dell'eventuale incapacità di lavoro e di guadagno subite dall'interessato. In queste circostanze è necessario accogliere parzialmente il ricorso, annullare la decisione impugnata e rinviare l'incarto all'UAIE, affinché emani una nuova decisione. Certo, l'art. 61 cpv. 1 PA permette solo eccezionalmente di ricorrere ad una tale procedura. Nel caso concreto, l'applicazione dell'eccezione prevista è tuttavia giustificata se si considerano le lacune e le contraddizioni di cui fa stato l'incarto (DTF 137 V 210, consid. 4.4.1.4). L'UAIE dovrà quindi completare l'istruttoria medica sottoponendo l'assicurato ad una perizia ortopedica/neurologica. In considerazione dei risultati emersi dall'indagine medica, l'autorità inferiore effettuerà

un'adeguata e circostanziata indagine comparativa dei redditi ed emanerà quindi un nuovo provvedimento impugnabile.

## **12.**

**12.1** Peraltro, e per sovrabbondanza, giova rilevare che il calcolo del grado d'invalidità effettuato dall'UAIE appare discutibile da più punti di vista. Come già esposto nel consid. 8.5, secondo l'art. 16 LPGA, per valutare il grado d'invalidità, il reddito che l'assicurato invalido 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 (reddito da invalido), è confrontato con il reddito che egli avrebbe potuto ottenere se non fosse diventato invalido (reddito da valido).

**12.2** In concreto, l'UAIE ha proceduto al calcolo del grado d'invalidità il 21 maggio 2010 (doc. 71), considerando, in riferimento ai valori forniti dal datore di lavoro per il 2007, indicizzati al 2008, un salario da valido di EUR 1'654.24 e, sulla base dei dati statistici dell'ILO per il 2008, ultime cifre disponibili, un salario da invalido, in attività confacenti quali venditore, cassiere o telefonista, di EUR 1'363.37, ridotto del 20% in funzione delle circostanze personali del ricorrente, ossia EUR 1'090.70, per ricavare una perdita di guadagno del 34.07%, equivalente a un grado d'invalidità del 34%, il quale non dà diritto all'ottenimento di una rendita d'invalidità svizzera.

**12.3** Ora, innanzitutto, l'anno pertinente per il calcolo del grado d'invalidità è quello in cui un eventuale diritto alla rendita potrebbe essere sorto. indipendentemente dal fatto che i dati più recenti dell'ILO si riferiscano al 2008. Secondariamente, l'UAIE ha tenuto conto del salario da valido indicato dal datore di lavoro per il 2007 (EUR 19'200.-; doc. 10), indicizzato al 2008 (EUR 19'850.85; doc. 71), tralasciando invece le cifre fornite in relazione al 2008 (EUR 14'887.81; doc. 55), 2009 (EUR 23'170.33; doc. 55) e 2010 (EUR 24'349.15; doc. 74). A questo proposito, se è vero che il reddito di EUR 14'887.81, realizzato dal ricorrente fino al 5 febbraio 2008, quando ha interrotto il suo lavoro per malattia, non è utilizzabile ai fini del calcolo del grado d'invalidità, non essendo possibile capire a cosa corrisponda esattamente, i valori di EUR 23'170.33 e 24'349.15, per il 2009 e 2010, non presentano di per sé alcuna ambiguità in questo senso. Ciò detto, in conformità con la giurisprudenza del Tribunale federale, il reddito da valido deve essere determinato il più concretamente possibile, di regola sulla base dell'ultimo reddito

conseguito prima del danno alla salute, se del caso adeguato al rincaro e all'evoluzione reale dei salari (DTF 129 V 224 consid. 4.3.1) o comunque sul salario che potrebbe essere conseguito in un posto di lavoro identico nella stessa azienda o in un'azienda simile. È dunque sulla base dei dati 2010 forniti dal datore di lavoro per il reddito da valido e sulla base dei dati ILO per il reddito da invalido, indicizzati, che deve essere effettuato il raffronto dei redditi.

### **13.**

Secondo l'art. 63 cpv. 1 PA, le spese processuali sono di regola messe a carico della parte soccombente. In concreto, visto l'esito della procedura, non sono prelevate spese processuali e l'anticipo di Fr. 400.-, versato il 30 giugno 2011, è restituito al ricorrente.

Conformemente all'art. 64 cpv. 1 PA, l'autorità di ricorso, se ammette il ricorso in tutto o in parte, può assegnare al ricorrente una indennità per le spese indispensabili e relativamente elevate che ha sopportato (spese ripetibili). In concreto, considerato che il ricorrente ha agito per il tramite di un rappresentante professionale, per cui ha dovuto sostenere spese indispensabili e relativamente elevate, è giustificato assegnarli un'indennità per spese ripetibili di Fr. 1'000.- a carico dell'UAIE (art. 7 e segg. del Regolamento sulle tasse e sulle spese ripetibili nelle cause dinanzi al Tribunale amministrativo federale, del 21 febbraio 2008 [TS-TAF, RS 173.320.2]).

**Per questi motivi, il Tribunale amministrativo federale pronuncia:**

**1.**

Il ricorso è parzialmente accolto nel senso che, annullata l'impugnata decisione del 26 gennaio 2011, gli atti sono rinviati all'autorità inferiore perché proceda ai sensi del considerando 11.3 e statuisca di nuovo.

**2.**

Non si prelevano spese processuali e l'anticipo di Fr. 1'000.-, versato dal ricorrente, gli viene restituito.

**3.**

Al ricorrente è riconosciuta un'indennità per spese ripetibili di Fr. 1'000.-, la quale è posta a carico dell'autorità inferiore.

**4.**

Comunicazione:

- al rappresentante del ricorrente (Atto giudiziario);
- all'autorità inferiore (n. di rif. ...; Raccomandata);
- all'Ufficio federale delle assicurazioni sociali, Berna (Raccomandata).

La presidente del collegio:                      Il cancelliere:

Elena Avenati-Carpani

Dario Quirici

**Rimedi giuridici:**

Contro la presente decisione può essere interposto ricorso in materia civile al Tribunale federale, Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerna, entro un termine di 30 giorni dalla sua notificazione, nella misura in cui sono adempiute le condizioni di cui agli art. 72 segg. e 100 della legge sul Tribunale federale del 17 giugno 2005 (LTF, RS 173.110). Gli atti scritti devono contenere le conclusioni, i motivi e l'indicazione dei mezzi di prova ed essere firmati. La decisione impugnata e – se in possesso della parte ricorrente – i documenti indicati come mezzi di prova devono essere allegati (art. 42 LTF).

Data di spedizione: