



Corte III
C-1710/2009
{T 0/2}

Sentenza del 31 agosto 2010

Composizione

Giudici: Francesco Parrino (presidente del collegio),
Elena Avenati-Carpani, Franziska Schneider;
Cancelliere: Dario Croci Torti

Parti

A. _____,
rappresentato dal Patronato INAS, via G. Lanz 25,
6850 Mendrisio,
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 invalidità (decisione del 19 febbraio 2009)

Fatti:**A.**

A._____, cittadino italiano, nato il _____, ha lavorato in Svizzera dal 1985 nel settore della metallurgia/fonderia, solvendo regolari contributi all'assicurazione svizzera per la vecchiaia, i superstiti e l'invalidità a partire da quell'anno fino al 2001.

In data 22 gennaio 2001, ha presentato una domanda volta al conseguimento di prestazioni dell'assicurazione svizzera per l'invalidità in quanto presentava dei disturbi dolorosi alla schiena. L'indagine medica relativa a questo caso aveva posto in evidenza che il richiedente era portatore sostanzialmente di una sindrome lombospondilogenica bilaterale cronica, una sindrome radicolare residuale S1 a sinistra in esiti di discectomia L5/S1 (agosto 2000) con alterazioni cicatriziali del segmento operato, canale lombare ristretto per brevità congenita dei peduncoli, gonartrosi a destra (meniscectomia nel marzo 2000), obesità (cfr. perizie del Dott. Christen, reumatologo, del 29 aprile 2002 e del 24 gennaio 2004). L'interessato era stato ritenuto abile al cento per cento in attività rispettante diverse indicazioni dettate dal Dott. Christen. Un primo tentativo di riclassamento professionale è risultato infruttuoso.

Mediante decisione del 1° luglio 2004, l'Ufficio AI per gli assicurati residenti all'estero (UAI; ora Ufficio dell'assicurazione per l'invalidità per gli assicurati residenti all'estero, UAIE), ha respinto la domanda di rendita per carenza d'invalidità di livello pensionabile. L'amministrazione aveva infatti accertato che l'interessato era in grado di svolgere, dal punto di vista medico-teorico, attività diverse e più leggere rispetto a quella di operaio metalmeccanico in fonderia, con una conseguente perdita di guadagno del 35%. Il ricorso contro la predetta decisione è stato respinto con giudizio 9 giugno 2005 della Commissione federale di ricorso in materia di AVS/AI per le persone residenti all'estero (CFR AVS/AI), la quale ha tuttavia ammesso il ricorrente a un nuovo tentativo di riformazione professionale. Anche il Tribunale federale delle assicurazioni, nella sua sentenza del 7 dicembre 2006, ha respinto il ricorso di A._____ ed ha confermato la decisione del 1° luglio 2004.

B.

In data 12 febbraio 2007, per il tramite dell'Organizzazione cristiano-

sociale ticinese (OCST), A._____ ha formulato una nuova domanda di prestazioni facendo valere l'insorgenza di patologie diverse da quelle esaminate in precedenza, ossia la presenza di una marcata sindrome depressiva e gli esiti di una decompressione neurologica e stabilizzazione della colonna vertebrale. Egli chiede, segnatamente, un riesame della possibilità di riqualifica professionale. A suffragio della nuova domanda produce un certificato della Dott.ssa Prestamburgo, specialista in ortopedia, Varese, del 12 maggio 2005 che attesta, in base agli accertamenti eseguiti, una stenosi del recesso foraminale L5-S1, grave discopatia. La Dott.ssa Prestamburgo propone di effettuare un intervento chirurgico di decompressione neurologica. Vengono inoltre acquisiti agli atti la lettera di dimissione ospedaliera relativa al ricovero dal 20 al 25 luglio 2005 per PLF dinamica L4-S1, connettore trasversale, decompressione (laminectomia L5-S1, foraminectomia L4-L5); un rapporto d'esame neurologico del 30 settembre 2005 (Prof. Ravagnati); un referto d'esame radiografico della colonna lombosacrale del 1° settembre 2005.

In esito al colloquio con il Consulente in integrazione professionale (CIP) del 14 marzo 2007, l'Ufficio AI del Cantone Ticino (competente per esaminare sul merito la nuova richiesta di prestazioni) ha prospettato un nuovo tentativo di riformazione professionale. Vista la recente documentazione medica, il Dott. Klauser, nella sua relazione del 5 aprile 2007, ha proposto di interpellare nuovamente il Dott. Christen e di espletare una nuova perizia psichiatrica.

C.

L'assicurato è stato visitato dalla Dott.ssa Bernasconi-Schlunke, psichiatra, Lugano, la quale, nella relazione del 14 maggio 2007, ha affermato che non vi sono patologie psichiche. Nel suo rapporto del 21 maggio 2007, il Dott. Christen ha sostanzialmente rilevato la diagnosi di sindrome cervicospondilogenica cronica bilaterale in spondilosi cervicale, disturbi statici del rachide, decondizionamento e sbilancio muscolare; sindrome lomboradicolare con esiti di discectomia L5/S1 il 18 agosto 2000; esiti di PFIL dinamica da L4 a S1 con decompressione di L5/S1 e foraminectomia L4/5 il 21 luglio 2005, gonartrosi destra in esiti di meniscectomia del marzo 2000. L'esperto incaricato ha giudicato il paziente abile al 100% in attività leggere e semileggere che tengano conto di determinate condizioni (pesi e posture).

Nel rapporto finale del 21 giugno 2007, il CIP ha ritenuto che la residua capacità di guadagno non avrebbe potuto essere migliorata mediante provvedimenti reintegrativi di ordine professionale. Riferendosi all'attività iniziale di operaio di fonderia, la perdita di guadagno sarebbe del 31%. In questo calcolo è stata ammessa una riduzione (massima) del salario dopo l'insorgenza dell'invalidità del 25% per motivi personali (età, handicap). Tuttavia, osserva il CIP, il grado d'invalidità essendo superiore al 20%, non può essere esclusa la possibilità di finanziare una misura professionale che permetterebbe all'interessato di conseguire un salario sensibilmente superiore a quello ottenibile in attività non qualificate. Con lettera del 22 giugno 2007, l'Ufficio AI cantonale ha chiesto al rappresentante dell'assicurato di indicare se voleva intraprendere una riforma professionale. L'interpellato ha accettato di partecipare a un periodo di accertamento professionale presso il Centro d'accertamento professionale (CAP) di Gerra Piano della durata di un mese a partire dal 19 novembre 2007. Nel rapporto finale del 10 gennaio 2008, i responsabili del CAP hanno rilevato che di fatto non è stato possibile svolgere un lavoro di orientamento sia a causa delle limitazioni osservate, sia per "l'incapacità dello stesso di entrare in un'ottica di progettualità a livello lavorativo (...)". Con quanto mostrato con l'accertamento, continuano i responsabili del CAP, l'assicurato non potrebbe essere abile al lavoro a più del 30/40% e solo in attività molto adeguate.

Il caso è stato risottoposto in esame al Dott. Klauser, il quale, nella sua nota del 20 febbraio 2008, ha rilevato che gli impedimenti accusati dall'assicurato sono in sintonia con le constatazioni del perito Dott. Christen e non corrispondono ai limiti funzionali.

L'amministrazione ha approfondito l'indagine professionale in merito alle oggettive limitazioni/impedimenti riscontrati dall'interessato nei vari lavori assegnati presso il CAP. In particolare, risulterebbe che l'assicurato non potrebbe essere abile al lavoro più del 30/40% e solo in attività molto adeguate.

Viste le differenze di valutazione tra la perizia del Dott. Christen e il rapporto del CAP, l'Ufficio AI cantonale ha chiesto al CAP di rivalutare il caso mediante lettera del 28 aprile 2008.

Nella risposta del 20 maggio 2008, i responsabili del CAP hanno rilevato di non avere posto diagnosi differenti da quelle esposte dal

Dott. Christen. Tuttavia, l'assicurato ha manifestato diverse sindromi dolorose che avrebbero probabile origine somatoforme. Per quel che riguarda la valutazione oggettiva l'esame non si discosterebbe molto da quello rilevato dal Dott. Christen. Essi ritengono che dal profilo medico teorico l'assicurato sia da ritenere abile al lavoro al 100% in attività adeguate, con le limitazioni descritte a pagina 3 del rapporto del 10 gennaio 2008.

Il caso è stato risottoposto al CIP, il quale, nella sua relazione del 29 settembre 2008, ha ritenuto che l'interessato è da considerarsi abile al cento per cento con rendimento completo in attività adeguate e rispettose dei limiti indicati dal Dott. Christen. Ne consegue, dopo il calcolo comparativo dei redditi, una perdita di guadagno del 31%. Nella nota interna del 17 ottobre 2008, l'Ufficio AI cantonale ha rilevato che trattandosi di una nuova domanda di rendita ove l'interessato stesso e l'amministrazione in esito agli accertamenti effettuati non hanno reso evidente un peggioramento dello stato di salute e la capacità di guadagno dell'assicurato, non è necessario procedere a un nuovo raffronto dei redditi e si può confermare una perdita di guadagno del 31%.

Con progetto di decisione del 21 novembre 2008, l'Ufficio AI cantonale ha disposto la reiezione della domanda di rendita.

D.

L'assicurato, confermando la sua richiesta di prestazioni, ha prodotto una relazione medica allestita il 9 febbraio 2009 dal Dott. Delgrosso, specialista in medicina del lavoro, Lumino. L'esperto incaricato ha ripreso la diagnosi esposta dal Dott. Christen nella sua ultima relazione del 21 maggio 2007. Il medico di parte fa comunque riferimento ad una sindrome da dolore somatoforme non esaminata, situazione che meriterebbe una nuova terapia. Il Dott. Delgrosso ritiene pure necessario una rivalutazione ortopedica, atteso che il Dott. Christen, alla terza visita, potrebbe aver sottovalutato le doglianze del paziente. Egli propone una visita in ambito universitario alla Schultess Klinik con una domanda per l'esecuzione del test "Work Ability Index".

L'incarto è stato sottoposto in esame al Dott. Erba, consulente dell'Ufficio AI cantonale, il quale, nella nota del 12 febbraio 2009 ha affermato che l'indagine psichiatrica non ha posto in evidenza alcuna sindrome somatoforme, mentre l'eventuale rivalutazione reumatologica

non sarebbe giustificata dal momento che il Dott. Degrosso non avrebbe apportato novità di rilievo.

Mediante decisione del 19 febbraio 2009, l'UAIE, competente per emanare decisioni per gli assicurati non residenti in Svizzera, ha confermato il rifiuto di prestazioni assicurative.

E.

Con il ricorso depositato il 17 marzo 2009, A._____, sempre rappresentato dal Patronato INAS, chiede, sostanzialmente, l'annullamento del summenzionato provvedimento amministrativo e, di conseguenza, il riconoscimento del suo diritto ad almeno un quarto di rendita AI. Chiede l'esenzione dalle spese processuali. La parte ricorrente contesta la perizia del Dott. Christen, in quanto l'Ufficio AI avrebbe dovuto affidare l'indagine ad un altro medico. La parte ricorrente attira l'attenzione sulla evidente discrepanza fra quanto ritenuto teoricamente esigibile in ambito lavorativo da parte del Dott. Christen, con le risultanze del CAP descritte nel primo rapporto del 10 gennaio 2008.

Nella sua risposta di causa del 4 maggio 2009, l'Ufficio AI del Cantone Ticino propone la reiezione del ricorso. Alle stesse conclusioni giunge l'UAIE nella sua risposta dell'11 maggio 2008.

F.

In sede di replica, il Patronato INAS, con scritto del 10 luglio 2009, ha ribadito l'intenzione del proprio assistito di mantenere il ricorso. A suffragio delle sue conclusioni ha esibito una dettagliata relazione medica allestita il 10 luglio 2009 dal Dott. Karau, specialista in neurologia, Bellinzona. Questo sanitario ha posto l'accento sulla sofferenza neurogena presente in più punti ed una radicolopatia C8 a sinistra, che spiegherebbe la sintomatologia algica accusata dal paziente; problemi radicolari esistono anche a livello di C4. La problematica del paziente eminentemente neurologica/ortopedica sorta in questi ultimi anni giustificerebbe un'inabilità totale in qualsiasi attività.

Ricevuta la replica, l'amministrazione ha sottoposto gli atti al Dott. Erba, il quale, nella sua relazione del 13 agosto 2009, ritiene che quanto esposto dal Dott. Karau non apporti novità di rilievo rispetto a quanto espresso dal Dott. Christen.

Nella duplice del 17 agosto 2009, l'Ufficio AI cantonale ripropone dunque la reiezione del ricorso. La stessa conclusione è proposta dall'UAIE (osservazioni del 21 agosto 2009).

G.

Per quanto attiene all'esenzione dalla spese processuali il ricorrente ha compilato il formulario apposito e prodotto la necessaria documentazione.

Diritto:

1.

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

2.

2.1 In virtù dell'art. 3 lett. d^{bis} 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-26^{bis} e 28-70), sempre che la presente legge non preveda espressamente una deroga.

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.

2.3 Il ricorso è tempestivo e rispetta i requisiti minimi prescritti dalla legge (art. 60 LPGA e 52 PA). Il gravame è dunque ammissibile, nulla ostando all'esame del merito dello stesso.

3.

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).

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).

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.

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.

5.

Qualora una prima richiesta di rendita sia stata negata perché il grado d'invalidità era insufficiente o perché l'invalido poteva provvedere a se stesso, una nuova domanda è riesaminata soltanto se l'assicurato rende verosimile che il grado d'invalidità si è modificato in misura rilevante per il diritto alle prestazioni (art. 87 cpv. 2 e 3 dell'ordinanza federale sull'assicurazione per l'invalidità del 17 gennaio 1961, OAI, RS 831.201). Se non è il caso, l'amministrazione non entra nel merito della richiesta. Se l'amministrazione entra nel merito della nuova domanda deve esaminare la fattispecie da un punto di vista materiale e, in particolare, verificare se la modifica del grado d'invalidità resa verosimile dall'assicurato si è effettivamente realizzata (DTF 109 V 108 e 130 V 64 e 71). In tal caso applicherà, per analogia, le disposizioni sulla revisione di rendite in corso (art. 17 cpv. 1 LPGA, art. 87 OAI).

In concreto, l'UAI ha emanato una prima decisione negativa il 1° luglio 2004. Con decisione del 19 febbraio 2009 ha in seguito respinto una seconda domanda di prestazioni presentata il 12 febbraio 2007. Ne consegue che il periodo di riferimento per giudicare se è intervenuta una modifica rilevante del grado d'invalidità, può essere limitato dal 1° luglio 2004 al 19 febbraio 2009.

6.

Per avere diritto ad una rendita dell'assicurazione invalidità svizzera, ogni richiedente deve adempiere cumulativamente le seguenti condizioni:

- essere invalido ai sensi della legge svizzera;
- aver versato contributi all'AVS/AI svizzera per un anno (art. 36 LAI nel tenore in vigore fino al 31 dicembre 2007). A partire dal 1° gennaio 2008, è tuttavia necessario avere versato contributi durante almeno 3

anni (art. 36 LAI nel tenore modificato il 6 ottobre 2006). A tal fine è possibile prendere in considerazione anche i contributi versati ad un'assicurazione sociale assimilata di uno Stato membro dell'Unione europea (UE) o dell'Associazione europea di libero scambio (AELS), a condizione che almeno un anno di contributi sia registrato all'AVS/AI svizzera (FF 2005 p. 4065; art. 45 del regolamento 1408/71).

Nella specie, il ricorrente ha versato contributi all'AVS/AI svizzera per un periodo superiore ai tre anni. Pertanto, adempie la condizione della durata minima di contribuzione, alla quale la legge subordina l'erogazione di una rendita. Rimane ora da esaminare se sia invalido ai sensi di legge

7.

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.

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. 1^{ter} (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.

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 LPGGA) almeno del 40% in media durante un anno senza notevole interruzione; e c. al termine di questo anno è invalido almeno al 40%.

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

7.5 Giusta l'art. 8 LAI gli assicurati invalidi o minacciati da un'invalidità (art. 8 LPGGA) hanno diritto ai provvedimenti d'integrazione per quanto: a. essi siano necessari e idonei per ripristinare, conservare o migliorare la loro capacità al guadagno o la loro capacità di svolgere le mansioni consuete; e b. le condizioni per il diritto ai diversi provvedimenti siano adempiute. Il diritto ai provvedimenti d'integrazione non dipende dall'esercizio di un'attività lucrativa prima dell'invalidità. Per determinare questi provvedimenti occorre tener conto della durata probabile della vita professionale rimanente. Per l'art. 17 LAI, l'assicurato ha diritto alla formazione in una nuova attività lucrativa, se la sua invalidità esige la riformazione professionale e se con questa la capacità di guadagno può essere presumibilmente conservata o migliorata, in misura essenziale; la nuova formazione nella professione esercitata anteriormente è parificata alla formazione in una nuova attività lucrativa. La dottrina definisce la riformazione

come la somma dei provvedimenti d'integrazione professionale che sono necessari ed adeguati per procurare all'assicurato una possibilità di guadagno equivalente circa a quella che gli offriva la precedente attività (ULRICH MEYER-BLASER, *Rechtsprechung des Bundesgerichts zum IVG*, Zurigo 1997, ad art. 8). La nozione di equivalenza si riferisce non tanto al livello di formazione, ma alla capacità di guadagno che ci si può attendere dalla riforma. Di principio l'interessato ha diritto alle misure necessarie ed appropriate ma non alle migliori per la sua reintegrazione (DTF 124 V 108 consid. 2a con i rif., 122 V 79, 121 V 260). Inoltre il diritto a provvedimenti d'integrazione professionale nasce allorquando la perdita di guadagno raggiunge il 20% almeno (DTF 124 V 110).

8.

8.1

L'interessato non ha più svolto attività lucrativa dopo il 2001.

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

8.2 In carenza di documentazione economica, la documentazione medica costituisce un importante elemento di giudizio per determinare quali lavori siano ancora esigibili dall'assicurato, ma non spetta al medico graduare il tasso d'invalidità dell'assicurato (DTF 114 V 314). Infatti, per costante giurisprudenza le certificazioni mediche possono costituire importanti elementi d'apprezzamento del danno invalidante, allorché permettono di valutare l'incapacità lavorativa e di guadagno dell'interessato in un'attività da lui ragionevolmente esigibile (DTF 115 V 134 consid. 2).

8.3 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).

9.

9.1 Nel caso in esame è stata evidenziata la diagnosi di sindrome lombospondilogenica cronica bilaterale in spondilosi cervicale, disturbi statici del rachide, decondizionamento e sbilancio muscolare; sindrome lomboradicolare residua S1 a sinistra in esiti di discectomia L5/S1 il 18 agosto 2000, esiti da PLIF dinamica da L4 a S1, connettore trasversale, decompressione con laminectomia L5/S1 e foraminectomia L4/5 il 21 luglio 2005, gonartrosi destra in esiti da meniscectomia mediale in artroscopia del marzo 2000, obesità (cfr. perizia del Dott. Christen del 21 maggio 2007). La documentazione esibita in sede di audizione e di replica (certificazioni dei Dott.ri Del Grosso, specialista in medicina del lavoro, Lumino e Karau, specialista in neurologia, Bellinzona e referti oggettivi) pongono l'accento sulle sofferenze radicolari denunciate dal paziente in particolare a livello C8, ma anche a livello di C4. Dal punto di vista psichiatrico, l'indagine svolta dalla Dott.ssa Bernasconi-Schlunke (14 maggio 2007) non ha evidenziato fondamentali patologie in corso.

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.

10.

10.1 Per quanto concerne le conseguenze invalidanti delle menzionate affezioni, i pareri divergono. Da un lato il Dott. Christen ha ammesso che il paziente è abile in attività a lui adeguate in misura del 100% con rendimento del 100%. Per attività a lui adeguate l'esperto incaricato (perizia del 21 maggio 2007) ha compilato un protocollo alla perizia nel quale indica i risultati della funzionalità fisica. Sostanzialmente, il paziente può sollevare e trasportare carichi normalmente fino a 10 kg e raramente fino ai 25 kg, mai oltre; egli può manipolare oggetti, pulsantiere, attrezzi di precisione e media precisione normalmente, di peso in misura lievemente ridotta, molto pesanti in maniera ridotta; la rotazione delle mani è normale; per le posizioni sul lavoro e dinamiche particolari il lavoro è consentito a braccia elevate in misura lievemente ridotta, con rotazione in misura ridotta, in posizione eretta e piegata in avanti in modo molto ridotto, in posizione inginocchiata in modo lievemente ridotto; il paziente può mantenere posizioni statiche (sedute ed erette) in modo ridotto; negli spostamenti l'interessato può percorrere 50 metri senza difficoltà, oltre 50 metri in modo lievemente ridotto, lunghi tragitti in modo ridotto, scendere e/o salire scale in modo lievemente ridotto; l'impiego della mani è normale, mentre la posizione in equilibrio è possibile solo in parte.

10.2 Dall'altro lato, i Dott.ri Delgrosso (cfr. perizia del 9 febbraio 2009) e Dott. Karau (cfr. perizia 10 luglio 2009) ritengono che il paziente attualmente presenti scarsissime possibilità di riprendere un'attività lucrativa anche in attività adeguate. Comunque, il Dott. Delgrosso ritiene utile una nuova valutazione delle reali capacità di lavoro dell'interessato attraverso un istituto specialistico. Il Dott. Karau sofferma la sua analisi sul lato neurologico ed esclude, date le sofferenze neurogene/radicolari presenti, che l'assicurato possa attualmente riprendere una qualsiasi attività. Inoltre egli ritiene necessaria l'esecuzione di una MRI cervicale. Sotto il profilo psichiatrico, convincente appare la perizia della Dott.ssa Bernasconi-Schlunke che non rileva alcuna patologia in atto ed esclude quindi l'esistenza d'invalidità sotto il profilo della sua specializzazione medica.

11.

11.1 Per quel che concerne l'esigibilità di un'attività alternativa, l'amministrazione ha dapprima negato il diritto a provvedimenti professionali a meno che l'assicurato fosse in grado di presentare un progetto concreto e realizzabile (cfr. rapporto CIP del 21 giugno 2007 e lettera dell'UAI ticinese all'OCST del 22 giugno successivo). In un secondo tempo (lettera del CIP del 17 agosto 2007 all'UAI), l'amministrazione ha deciso di riprendere tale tentativo sotto forma di un accertamento professionale presso il CAP.

Per esaminare in quale misura un assicurato possa ancora sfruttare la sua residua capacità di guadagno sul mercato del lavoro entrante in considerazione, non vanno poste esigenze eccessive riguardo alla concretizzazione delle possibilità di lavoro e delle prospettive di guadagno (v. sentenze del Tribunale federale 9C_236/2008 del 4 agosto 2008 consid. 4.2 e 9C_446/2008 del 18 settembre 2008 consid. 4.2). Pertanto, ai fini della determinazione dell'invalidità, non si deve esaminare se un invalido possa essere collocato rispetto alle circostanze concrete del mercato del lavoro, ma valutare unicamente se quest'ultimo possa sfruttare la sua residua capacità lavorativa allorquando le attività disponibili corrispondono all'offerta di manodopera. Tuttavia, al riguardo non ci si deve fondare su possibilità di impiego irrealistiche oppure prendere in considerazione un tipo di attività quasi sconosciuto dal mercato del lavoro. In particolare, l'esistenza di un'attività ragionevolmente esigibile (art. 28 cpv. 2 LAI) deve essere negata qualora l'attività sia esigibile in una forma talmente ristretta da non rientrare più nell'offerta lavorativa generale oppure a condizione di concessioni irrealistiche da parte di un datore di lavoro (v. sentenza del Tribunale federale I 61/05 del 27 luglio 2005 consid. 4.3 e relativi riferimenti).

11.2 Dal rapporto 10 gennaio 2008 del CAP (soggiorno dell'assicurato dal 19 novembre al 14 dicembre 2007) traspare che "con quanto mostrato durante l'accertamento l'A. non potrebbe essere valido al lavoro più del 30-40% e solo in attività molto adeguate dove non gli si chieda di portare e/o sollevare pesi, deambulare anche per solo brevi tragitti piani, restare oltre 30' nella posizione eretta o seduta, chinarsi o accovacciarsi, piegare le gambe e lavorare con le braccia unicamente sotto l'orizzonte e si possano tollerare le frequenti sospensioni o interruzioni...". Dall'esame di merito si evidenzia che il

candidato presenta importanti limiti, direttamente o indirettamente, in tutti quei parametri di esame del lavoro. La dettagliata relazione sulla funzionalità (pag. 5 del rapporto) diverge dalla valutazione espressa dal Dott. Christen. Dalla relazione del CAP non risulta che l'assicurato abbia assunto un'attitudine negativa o poco volenterosa, anche se il suo pensiero ed i suoi problemi erano concentrati sul suo stato di malattia (rapporto pag. 4; attitudini). Degne di nota sono poi le considerazioni del CAP in merito all'orientamento: "di fatto non è stato possibile con l'A. svolgere un lavoro di orientamento sia a causa delle limitazioni osservate, che non ci hanno permesso di definire alcuna attività esigibile, né per la verità di intravedere per ora alcuna possibilità concreta di reintegrazione nel normale mercato del lavoro, sia per l'incapacità dell'A. stesso di entrare nell'ottica di progettualità a livello lavorativo".

11.3 Ora, acquisito il rapporto del CAP, l'Ufficio AI cantonale, il 13 febbraio 2008, interrogava il proprio medico consulente se non era il caso di erigere una nuova perizia, atteso che dal lato pratico, le indicazioni del Dott. Christen non potevano essere realizzate. Il Dott. Klausner (rapporto del 20 febbraio 2008), facendo astrazione delle risultanze pratiche e discostandosi dalle conclusioni del CAP, ha ribadito che "dal punto di vista medico appare esigibile un'attività pienamente rispettosa dei limiti funzionali configurati dal Dott. Christen". Questo modo di procedere ha indotto l'amministrazione a riscrivere al CAP (lettera del 28 aprile 2008) per chiedere una rivalutazione, facendo leva sulla circostanza che il TFA nella sentenza del 7 dicembre 2006 considerava l'assicurato abile al cento per cento in un'attività adeguata, come dalla precedente perizia del Dott. Christen del 2004. Ora, il giudizio del TFA del 7 dicembre 2006 è vincolante solo per la prima domanda di rendita ma non per la seconda domanda depositata il 12 febbraio 2007, la quale deve fare l'oggetto di un esame completo. Non è quindi corretto partire dal presupposto che il TFA abbia ritenuto esigibile un'attività di sostituzione anche nell'ambito della seconda domanda.

In sostanza, il collegio giudicante ritiene che sarebbe stato opportuno che l'amministrazione, dopo avere preso conoscenza del rapporto del CAP del 10 gennaio 2008, sottoponesse nuovamente l'incarto al Dott. Christen rendendolo attento sulla circostanza che il paziente non era stato in grado di porre ad utile profitto in attività confacenti le sue residue capacità di lavoro. Il rapporto del CAP del 20 maggio 2008 non

è inoltre probante perché parte dal presupposto erroneo che l'interessato doveva essere considerato abile al 100% in mestieri sostitutivi. Oltretutto, non sono chiare le ragioni che hanno indotto il CAP a modificare le sue valutazioni rispetto al suo rapporto del 10 gennaio 2008.

11.4 Dal punto di vista medico, il ricorrente fa valere che un peggioramento è insorto soprattutto nel luglio 2005 a causa del noto intervento di PLIF dinamica da L4 a S1, decompressione con laminectomia L5/S1 e foraminectomia L4/5.

Dalle cure che l'interessato riceve in Italia e in base agli interventi specialistici effettuati, appare verosimile che la problematica sanitaria è sempre di più di pertinenza neurologico/ortopedico. I dolori manifestati dall'insorgente traggono la loro origine da sofferenze neurogene/radicolari. Non può essere negato che egli non si è rimesso dall'ultimo intervento del 21 luglio 2005 di decompressione con laminectomia L5/S1 e foraminectomia L4/5. Ora, le perizie del Dott. Christen sono effettuate dal solo punto di vista reumatologico e non neurologico/ortopedico come sarebbe stato opportuno. Non può dunque essere conferito loro un pieno valore probante.

Fatte queste considerazioni, il collegio giudicante si trova nell'impossibilità di determinare la misura dell'eventuale incapacità di lavoro e di guadagno subita dall'interessato nel periodo di cognizione giudiziaria.

12.

12.1 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 numerose lacune dell'incarto e l'ampiezza delle informazioni da raccogliere.

12.2 L'UAIE dovrà riprendere l'istruttoria a partire dalla risultanze emerse nell'ambito del soggiorno presso il CAP dal 19 novembre al 14 dicembre 2007 di cui ai rapporti del 10 gennaio e del 20 maggio 2008.

A tale fine, l'Ufficio AI interpellerà il Dott. Christen chiedendogli di pronunciarsi su quanto constatato durante il soggiorno presso il CAP. Il ricorrente dovrà inoltre essere sottoposto ad una perizia approfondita in ortopedia/neurologia i cui esperti si pronunceranno sull'esigibilità medico-teorica di attività sostitutive. In particolare, i medici incaricati dovranno indicare se un peggioramento della situazione valetudinaria dell'assicurato è intervenuto dopo il 1° luglio 2004 (data dell'ultima decisione cresciuta in giudicato), fino al 19 febbraio 2009. Se del caso, l'Autorità amministrativa effettuerà poi un'adeguata e circostanziata indagine comparativa dei redditi.

13.

13.1 Visto l'esito del ricorso, non vengono prelevate spese processuali e la domanda di esenzione da tali spese diventa priva d'oggetto.

13.2 In base all'art. 64 PA, l'autorità di ricorso, se ammette il ricorso in tutto o in parte, può assegnare al ricorrente un'indennità per le spese indispensabili e relativamente elevate che ha sopportato.

Nel caso in esame, viste la memoria ricorsuale e la replica, nonché la documentazione esibita (perizie dei Dott.ri Delgrosso e Karau), si giustifica riconoscere alla parte ricorrente un'indennità per spese ripetibili di Fr. 1'200.-, da porre a carico dell'UAIE.

Per questi motivi, il Tribunale amministrativo federale pronuncia:

1.

Il ricorso è parzialmente accolto, nel senso che, annullata l'impugnata decisione del 19 febbraio 2009, l'incarto è rinviato all'autorità inferiore perché proceda ai sensi del considerando 12 e statuisca di nuovo.

2.

Non si prelevano spese processuali.

3.

Alla parte ricorrente è riconosciuta un'indennità per spese ripetibili di Fr. 1'200.-, la quale è posta a carico dell'autorità inferiore.

4.

Comunicazione a:

- rappresentante del ricorrente (atto giudiziario)
- autorità inferiore (n. di rif.)
- Ufficio federale delle assicurazioni sociali, Berna

Il presidente del collegio:

Il cancelliere:

Francesco Parrino

Dario Croci Torti

Rimedi giuridici:

Contro la presente decisione può essere interposto ricorso in materia di diritto pubblico al Tribunale federale, Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerna, entro un termine di 30 giorni dalla sua notificazione, nella misura in cui sono rispettate le condizioni di cui agli art. 82 e segg., 90 e 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: