



Corte III
C-2919/2008
{T 0/2}

Sentenza del 23 settembre 2009

Composizione

Giudici: Francesco Parrino (presidente del collegio),
Elena Avenati-Carpani e Michael Peterli;
Cancelliere: Dario Croci Torti

Parti

A. _____,
rappresentato dal Patronato INAS, via della Posta,
6600 Locarno,
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 1° aprile 2008).

Fatti:**A.**

A._____, cittadino italiano, nato il _____, coniugato con figli, ha lavorato in Svizzera dal 1980 al 2004 solvendo regolari contributi all'assicurazione svizzera per la vecchiaia, i superstiti e l'invalidità (AVS/AI). Dal 1997 era alle dipendenze di una scuola privata nel Cantone Ticino in qualità di operaio tuttofare/bidello (manutentore, giardiniere, autista, fattorino) in ragione di 40 ore settimanali e per un salario adeguato alla sua qualifica; non ha più lavorato dopo il 28 giugno 2004 per ragioni di malattia.

In data 3 ottobre 2005, A._____ ha formulato una richiesta volta al conseguimento di una rendita dell'assicurazione svizzera per l'invalidità.

B.

L'Ufficio AI del Cantone Ticino, competente per esaminare sul merito la domanda, ha acquisito agli atti l'incarto della Cassa malati Swica (assicurazione perdita di guadagno per malattia). Da questo incarto emerge, in particolare, un rapporto 11 marzo 2005 del Dott. Christen, specialista in reumatologia, Lugano, il quale rileva una sindrome lombovertebrale cronica in anomalia di transizione lombosacrale con lombarizzazione di S1, minime alterazioni degenerative della lombare (spondilosi), rachide piatto, decondizionamento muscolare. Il medico giudica il paziente valido come bidello (precedente lavoro) sull'intera giornata, ma con rendimento ridotto del 50%, ed in misura completa con rendimento del 100% in attività di ripiego a determinate condizioni e tipi di posture. Va rilevato che la Swica ha informato l'assicurato della cessazione di prestazioni a partire dal 28 febbraio 2005. L'interessato ha impugnato (petizione) tale provvedimento innanzi al Tribunale cantonale della assicurazioni (TCA), Lugano, il quale con giudizio del 15 novembre 2006 ha accolto l'istanza ed ha condannato la Swica a corrispondere prestazioni (indennità giornaliere) al 32% dal 1° marzo al 25 luglio 2005 (fine del rapporto assicurativo).

Ad atti figura una perizia medica particolareggiata allestita presso l'Istituto nazionale della previdenza sociale (INPS) di Varese il 27 gennaio 2006, ove, in base alla diagnosi di coxartrosi bilaterale (a sinistra di grado avanzato, in attesa di intervento di artroprotesi con discreta limitazione funzionale), spondiloartrosi lombare, esiti di

pancreatite acuta, ipertensione arteriosa in trattamento farmacologico, dislipidemia ha posto un tasso d'invalidità del 70%. Sono poi stati segnatamente prodotti un rapporto d'esame fisiatrico del 5 febbraio 2005 ed uno ortopedico del 16 febbraio 2005, l'attestato di riconoscimento dell'invalidità civile del 26 gennaio 2005.

In un rapporto del 24 maggio 2006, il Dott. Lurati, dell'Ufficio AI cantonale rileva che un'intervento di protesi dell'anca (consigliato in più referti sanitari) potrebbe migliorare la situazione valetudinaria dell'assicurato. Il medico corregge tuttavia il parere del Dott. Christen nel senso che, attività di sostituzione sarebbero eventualmente esigibili in misura dell'80%. Nella nota del 18 luglio 2006, la Dott.ssa Bernasconi, dell'Ufficio AI cantonale, afferma che occorre eventualmente attendere gli esiti di tale intervento.

C.

L'incarto è stato sottoposto al Consulente in integrazione professionale, il quale ha proposto (rapporto del 7 novembre 2006) di sospendere la pratica pur annotando che, grosso modo, l'interessato presenterebbe un grado d'incapacità di guadagno del 25%, ciò che gli aprirebbe il diritto a provvedimenti professionali. Nella relazione intermedia del 20 dicembre 2006, preso atto della sentenza del TCA e del parere del Dott. Lurati (20% d'invalidità anche in attività di sostituzione), il CIP ha raccomandato l'AI di assumere un mese di accertamento professionale (CAP). In data 21 dicembre 2006, l'Ufficio AI ha disposto tale accertamento nel Centro dell'AI di Gerra Piano. Il periodo di avviamento è iniziato il 26 febbraio 2007 e si è concluso il 26 marzo successivo. Nel rapporto del 19 aprile 2007, il CAP ha indicato qualche attività nella quale l'interessato potrebbe reinserirsi, pur constatando delle oggettive difficoltà riscontrate a confronto con la valutazione medico-teorica (difficoltà di mantenere la posizione seduta per lungo tempo, dolori alla schiena, difficoltà netta a mantenere la posizione eretta fissa). Quali lavori di ripiego sono stati indicati: ricezionista, custode, piccoli lavori d'ufficio. Il medico dell'Ufficio AI cantonale ha preso atto di tale situazione nella nota del 28 giugno 2007.

L'incarto è stato ritrasmesso al CIP, il quale ha calcolato un'incapacità di guadagno del 18%, posti un reddito precedente l'invalidità di Fr. 45'062.- e dopo l'insorgenza dell'invalidità di Fr. 37'011.- (già comprensivo della riduzione del 20% per motivi medici e del 20% per

motivi personali) ed ha escluso qualsiasi progetto di riqualifica, riservando la possibilità di aiuto al collocamento su richiesta.

D.

Con progetto di decisione del 1° ottobre 2007, l'Ufficio AI cantonale ha disposto la reiezione della domanda di rendita dichiarandosi disposto ad un eventuale aiuto al collocamento su espressa richiesta scritta.

Con nota del 14 novembre 2007, il Patronato INAS ha contestato tale progetto ed ha prodotto un rapporto del 24 ottobre 2007 del Dott. D'Agostino nel quale si attesta (per l'essenziale) una disabilità motoria in coxartrosi bilaterale di grado avanzato, lombalgia cronica in spondiloartrosi con discopatia lombare e parestesie all'arto inferiore destro ed una sindrome ansio-depressiva; l'esperto di parte ritiene il paziente ancora del tutto inabile a qualsiasi lavoro poiché la situazione algica non gli permette di assumere qualsiasi postura in modo prolungato ed è in attesa sia di altri esami che dell'intervento all'anca. Altri documenti sono stati esibiti quali: un esame del 6 dicembre 2007 attestante una sofferenza di tipo demielinizzante (tibiale bilaterale) ed un referto ENG attestante una sofferenza cronica periferica a livello di L3-L4 a destra (21 novembre 2007). Inoltre, in un successivo tempo è stato prodotto un breve referto di visita ortopedica del 16 gennaio 2008 attestante meralgia parestesica femoro-cutaneo destra e lombalgia cronica secondaria a patologia dell'anca ed un breve referto di ricetta psichiatrica del 29 gennaio 2008.

L'incarto è stato risottoposto in esame al Dott. Lurati, il quale, nel suo rapporto del 14 febbraio 2008, ha confermato l'esigibilità di attività di sostituzione nella misura dell'80%.

Mediante decisione del 1° aprile 2008, l'Ufficio dell'assicurazione per l'invalidità per gli assicurati residenti all'estero (UAIE) ha respinto la domanda di rendita.

E.

Con il ricorso depositato il 2 maggio 2008, A._____, rappresentato dal Patronato INAS, chiede, sostanzialmente, l'annullamento del summenzionato provvedimento amministrativo e, di conseguenza, il riconoscimento del suo diritto a prestazioni assicurative. Il ricorrente fa leva sull'inesigibilità delle attività di sostituzione nello stato attuale di salute.

F.

Nella sua risposta di causa del 18 giugno 2008, l'Ufficio AI cantonale propone la reiezione del ricorso con argomenti di cui, per quanto occorra, si riferirà nei considerandi di diritto del presente giudizio. L'UAIE, nella sua risposta del 26 giugno 2008, formalizza tale proposta.

Dopo aver preso atto delle osservazioni delle rispettive amministrazioni e, di altra documentazione di rilievo, il Patronato INAS, con scritto del 9 luglio 2008, ha ribadito l'intenzione del proprio assistito di mantenere il ricorso. L'insorgente annota, fra l'altro, che l'amministrazione si è fondata, nell'adottare la decisione impugnata, sui rapporti del CAP e del CIP, ma non ha compiutamente esaminato la sua situazione sanitaria che gli impedisce di riprendere un'attività lucrativa. Produce una relazione 24 giugno 2008 del Centro psicosociale di Luino, ove egli è seguito per una sindrome depressiva ricorrente con disturbo della personalità (Dott. Pedroni).

Con decisione incidentale del 25 luglio 2008, il Tribunale amministrativo federale ha invitato il ricorrente a voler versare un anticipo di Fr. 300.-, corrispondente alle presunte spese processuali. Detto anticipo è stato regolarmente versato il 7 agosto successivo.

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 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). 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.

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.

Il ricorrente ha presentato la domanda di rendita il 3 ottobre 2005. 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 3 ottobre 2004 (ossia 12 mesi precedenti la presentazione della domanda), oppure se un diritto alla rendita sia sorto tra tale data ed il 1° aprile 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).

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, ad un'assicurazione sociale assimilata (FF 2005 p. 4065; art. 45 del regolamento 1408/71) di uno Stato membro dell'Unione europea (UE) o dell'Associazione europea di libero scambio (AELS), durante almeno un anno, rispettivamente, a partire dal 1° gennaio 2008, durante almeno tre anni di cui almeno uno in Svizzera (art. 36 LAI).

Nella specie il ricorrente ha versato contributi all'AVS/AI svizzera per un periodo superiore ai tre anni. Pertanto, l'interessato 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). 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).

8.

Nella specie l'interessato ha lavorato fino al 28 giugno 2004.

8.1 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; DTF 128 V 30).

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, 114 V 314 consid. 3c).

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, in sede d'istruttoria, è stata evidenziata la diagnosi di coxartrosi bilaterale, a sinistra grave (in attesa di artroprotesi?), sindrome lombovertebrale cronica su di un'anomalia di transizione (lombarizzazione di S1) e alterazioni degenerative, rachide piatto, decondizionamento muscolare, sovrappeso, ipertensione arteriosa. La diagnosi principale è stata accertata dal Dott. Christen, nel suo rapporto dell'11 marzo 2005, destinato all'assicurazione Swica. In sede di audizione del richiedente e ricorsuale vengono segnalati problemi di sofferenza demielinizzante agli arti inferiori, una meralgia

parestesica femoro-cutanea destra, nonché una sempre più ingravescente sindrome depressiva.

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, il medico dell'INPS (perizia del 27 gennaio 2006) pone un tasso d'invalidità del 70%. Per quanto riguarda il parere dell'amministrazione, questo fa capo, senza ulteriori approfondimenti posteriori, alla perizia del Dott. Christen dell'11 marzo 2005. Lo specialista in reumatologia, che aveva svolto il suo esame in qualità di medico di un'assicurazione privata, aveva ritenuto il paziente valido al cento per cento con rendimento del cento per cento in attività più leggere della precedente. Queste conclusioni, già vennero corrette dal TCA (cfr. sentenza del 15 novembre 2006, pag. 22-23), il quale, sulla scorta di un succinto parere del Dott. Lurati dell'UAI ticinese (24 maggio 2006) aveva perlomeno ammesso un tasso d'invalidità del 20% nella attività di sostituzione.

Ora, sia l'uno che l'altro rapporto (Christen e Lurati) sono manifestamente inattuali, dato che la decisione impugnata è del 1° aprile 2008 e che il potere di cognizione giudiziaria di questo tribunale si estende fino a questa data. Peraltro, la relazione del Dott. Lurati non si basa su di una visita personale, ma si tratta di una riconsiderazione più realistica del parere del Dott. Christen. Peraltro, il TCA ha ben notato tale circostanza, condividendo le conclusioni del Dott. Lurati e

giungendo a un tasso d'incapacità di guadagno del 32% (cfr. sentenza pag. 31).

10.2 Ora, l'evoluzione negativa e problematica delle condizioni di salute dell'assicurato è stata confermata nel corso dell'accertamento professionale a Gerra Piano. Gli osservatori (rapporto del 19 aprile 2007), durante i lavori assegnati, hanno rilevato che il praticante ha presentato una tenuta carente delle posizioni statiche: quella eretta era di breve durata e richiedeva frequenti interruzioni del lavoro per brevi deambulazioni all'interno del locale; quella seduta era ovviamente dolorante per i noti problemi all'anca sinistra; quella accovacciata non poteva essere assunta. Se la mobilità e funzionalità degli arti superiori risultava abbastanza buona, problematica era l'assunzione di posizioni delle braccia al di sopra della linea orizzontale (pag. 3-4 del rapporto). Ora, gli stessi osservatori hanno rilevato una stridente contraddizione fra quanto ci si poteva aspettare come esigibile, poiché affermato in sede medico-teorica (Dott.ri Christen e Lurati), con quanto invece A._____ era in grado effettivamente di svolgere. Vero è che anche altri fattori, come un senso d'avvilimento, di sfiducia e di apatia hanno concorso a determinare uno scarso rendimento dell'interessato. In conclusione, comunque, la gamma di attività teoricamente proponibili è apparsa talmente bassa e limitata da impedimenti oggettivi ricorrenti (ricezionista, custode, piccoli lavori d'ufficio) che la soluzione adottata poi dall'amministrazione appare poco tutelabile.

10.3 Per il resto, al quadro descritto, si sono aggiunti altri problemi ortopedici/neurologici da imputare probabilmente al fatto che l'interessato non si è sottoposto - perlomeno per quanto risulta dagli atti - all'intervento all'anca previsto sin dal 2005. Infine, una sindrome depressiva, ricorrente, con disturbo di personalità, si è aggiunta al quadro morboso sopra descritto determinando un peggioramento dello stato di salute generale dell'interessato, non da ultimo per quel che concerne la motivazione e la volontà di riprendere un'adeguata attività compatibile con le sue residue attitudini.

10.4 Da quanto precede è evidente che le risultanze mediche non sono né attendibili, né attuali. Il collegio giudicante non può pertanto effettuare sulla base degli atti di causa un esame oggettivo adeguato che consenta di addivenire ad un chiaro ed attendibile giudizio sullo

stato di salute dell'assicurato e sulla sua residua capacità di lavoro e di guadagno.

11.

Pertanto la decisione impugnata deve essere annullata e l'incarto retrocesso all'UAIE affinché completi l'istruttoria dal punto di vista medico ed 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 considera l'importanza delle divergenze rilevate e l'ampiezza delle informazioni mediche bisognose di essere ancora raccolte.

L'UAIE dovrà pertanto completare l'istruttoria delucidando lo stato di salute dell'assicurato che, in particolare, dovrà essere sottoposto a visite in ortopedia/neurologia e neuropsichiatria.

12.

12.1 Non si percepiscono spese processuali. L'anticipo delle spese processuali di Fr. 300.-, versato dall'interessato il 7 agosto 2008, gli viene retrocesso.

12.2 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, visto il ricorso e la replica, la documentazione esibita, nonché l'esito del gravame si giustifica riconoscere alla parte ricorrente un'indennità per spese ripetibili di Fr. 700.-, 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 1° aprile 2008, gli atti sono rinviati all'UAIE perché proceda ai sensi del considerando 11 e statuisca di nuovo.

2.

Non si prelevano spese processuali. L'anticipo di Fr. 300.- versato dall'insorgente il 7 agosto 2008, gli viene restituito.

3.

Alla parte ricorrente viene riconosciuta un'indennità per spese ripetibili di Fr. 700.-, la quale è posta a carico dell'UAIE.

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: