



Corte III
C-3224/2009

Sentenza del 24 giugno 2011

Composizione

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

Parti

A. _____,
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 15 aprile 2009).

Fatti:**A.**

Il cittadino italiano A._____, nato il , ha lavorato in Svizzera come manovale dal 1971 al 1974 (doc. 31). Rientrato in patria ha continuato a esercitare un'attività lucrativa fino al 1998 (doc. 5), da ultimo come dipendente in una ditta di impianti idrici (doc. 11 e 12). In data 20 novembre 2007 ha inoltrato una domanda di rendita dell'assicurazione svizzera per l'invalidità presso l'Istituto di sicurezza sociale italiano (INPS) che l'ha trasmessa all'Ufficio dell'assicurazione per l'invalidità per gli assicurati residenti all'estero (UAIE, doc. 4 e 7).

B.

Nell'ambito dell'istruttoria della domanda sono stati presentati i seguenti documenti:

- la perizia medica E 213 del 25 gennaio 2008 del servizio medico dell'INPS che, dopo avere posto la diagnosi di "esiti di intervento chirurgico per meningioma parietale sinistro con successivi interventi per fistola liquorale con posizionamento di derivazione spino-peritoneale, in trattamento con Gardenale, paraparesi in operato di pregresso intervento chirurgico di stabilizzazione vertebrale per spondilosi L4-S1, sindrome ansioso-depressiva reattiva", ha ritenuto l'interessato totalmente incapace di svolgere qualsiasi attività lucrativa (doc. 20),
- le cartelle cliniche relative a ripetuti ricoveri avvenuti nel 2007 per la cura del meningioma (doc. 16-18),
- un certificato non datato della Dott.ssa Paiano che descrive l'iter ospedaliero dell'interessato, rilevando che il paziente è impossibilitato all'espletamento di sforzi fisici ed è fortemente limitato nello svolgimento delle sue funzioni quotidiane, necessitando di costante aiuto da parte dei familiari (doc. 13),
- un certificato in parte illeggibile della Dott.ssa Paiano dell'8 dicembre 2007 (doc. 19),
- un esame del 4 settembre 2004 del Dott. Carbone che attesta un danno neurogeno di tipo assonale cronico nel tibiale anteriore destro e sinistro, gastrocnemio e vasto mediale destro, con rari segni di denervazione in

atto nel gastrocnemio mediale destro, da sofferenza radicolare L4-L5-S1 (specie in S1), moderatamente accentuato rispetto a un precedente esame del 5 ottobre 2002 (doc. 15),

- un estratto di una cartella clinica relativa a un ricovero del 5 novembre 2000 per anterospindilosi di L5 su S1 (doc. 14),

- i questionari per il datore di lavoro e l'assicurato che attestano un'attività lucrativa fino al 17 luglio 1998 (ultimo giorno di lavoro svolto) come operaio in una ditta di impianti idrici, l'attività sarebbe stata interrotta per motivi di salute (doc. 11 e 12).

C.

Questi documenti sono stati sottoposti al Dott. Rais, del Servizio medico dell'UAIE, il quale, dopo avere ricordato la diagnosi formulata nella perizia E 213, nella sua nota del 10 dicembre 2008 ha indicato che le patologie relative alla colonna vertebrale giustificano un'incapacità di lavoro del 70% nell'attività abituale a partire dall'operazione del 5 novembre 2000, mentre gli esiti del meningioma non hanno alcuna incidenza sulla capacità di lavoro residua dell'interessato. Dopo un breve periodo di convalescenza, a partire dal 1° gennaio 2001, l'interessato avrebbe potuto tuttavia riprendere all'80% un'attività leggera adeguata al suo stato di salute (doc. 22).

L'amministrazione ha aderito al parere del proprio medico ed ha effettuato un calcolo comparativo dei redditi. Da questa comparazione è emerso che svolgendo attività alternative semplici, leggere e ripetitive (in misura dell'80%), invece di quella di idraulico, l'interessato presenterebbe un'incapacità di guadagno del 51%. In questo calcolo, il salario dopo l'insorgenza dell'invalidità è stato ulteriormente ridotto del 10% per fattori personali, quali età ed handicap (doc. 25).

Mediante progetto di decisione del 23 gennaio 2009, l'UAIE, sebbene esistesse un diritto alla mezza rendita d'invalidità dal 6 novembre 2001, ha disposto il riconoscimento di una mezza rendita dal 1° novembre 2006, un anno prima della presentazione della domanda di rendita (doc. 26).

L'interessato avendo aderito al progetto di decisione (doc. 28), mediante due decisioni del 15 aprile 2009, l'UAIE lo ha posto al beneficio di una mezza rendita come disposto nel progetto di decisione, con una rendita

ordinaria per la figlia Raffaella dal 1° novembre 2006 al 31 gennaio 2007 (doc. 29-34).

D.

Con il ricorso depositato il 7 maggio 2009, A._____ chiede, sostanzialmente, l'annullamento dei summenzionati provvedimenti amministrativi e, di conseguenza, il riconoscimento del suo diritto a una rendita intera AI. A suffragio delle sue conclusioni produce, oltre a documenti già agli atti, un certificato del 12 marzo 2009 della Dott.ssa Paiano che conferma i gravi esiti del meningioma. L'insorgente chiede inoltre che la rendita ordinaria per la figlia Raffaella non sia limitata al 31 gennaio 2007 ma venga corrisposta anche dopo questa data.

E.

Con decisioni incidentali del 26 maggio e 17 settembre 2009, lo scrivente Tribunale ha invitato la parte ricorrente a versare un anticipo di Fr. 300.-, corrispondente alle presunte spese processuali. Detto anticipo è stato versato il 5 luglio e 25 settembre 2009.

Il Dott. Lehmann, interpellato dall'UAIE, ha preso conoscenza del certificato del 12 marzo 2009 e nella sua nota del 21 dicembre 2009 (doc. 37) ha confermato la valutazione del Dott. Rais. Nelle sue osservazioni ricorsuali del 4 gennaio 2010, l'UAIE propone pertanto la reiezione dell'impugnativa. Per quanto riguarda la rendita per la figlia Raffaella, l'UAIE osserva di avere richiesto in data 11 dicembre 2009 (doc. 35) all'insorgente di produrre i documenti necessari all'esame di tale diritto, ma di non avere ricevuto risposta da parte sua.

Dopo aver preso atto delle osservazioni dell'amministrazione e di altra documentazione di rilievo, con scritto del 6 febbraio 2010, l'insorgente ha confermato le sue conclusioni. Allega una sentenza del Tribunale del lavoro di Lecce emanata il 22 maggio 2002, che lo riconosce totalmente invalido e lo pone al beneficio di un'indennità di accompagnamento, e un certificato del servizio medico dell'INPS del 17 novembre 2009 che conferma la nota diagnosi e un'invalidità del 100%.

Questi documenti sono stati sottoposti al Dott. Lehmann, il quale, nel suo rapporto del 15 marzo 2010 (doc. 39), ha reiterato la sua precedente valutazione spiegando che questi documenti non apportano novità di rilievo. Con duplice del 22 marzo 2010, di cui una copia è stata inviata al ricorrente per conoscenza, l'UAIE ha mantenuto la proposta di respingere il ricorso.

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). L'interessato ha versato l'anticipo delle presunte spese processuali di Fr. 300.-. 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 (5^a 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 136 V 24 consid. 4.3). 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 richiesta di rendita il 20 novembre 2007. In

deroga all'art. 24 LPGGA, l'art. 48 cpv. 2 LAI (nel 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 20 novembre 2006 (ossia 12 mesi precedenti la presentazione della domanda), oppure se un diritto alla rendita sia sorto tra tale data ed il 15 aprile 2009, data della decisione impugnata. 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.

6.1. 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).

6.2. 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 LPGGA 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} LAI (art. 29 cpv. 4 a partire dal 1° gennaio 2008), 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 LPG), non è più applicabile quando l'assicurato è cittadino svizzero o 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 LPG) 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 LPG). L'incapacità al guadagno è definita all'art. 7 LPG e consiste nella perdita, totale o parziale, della possibilità di guadagno sul mercato del lavoro equilibrato che entra in considerazione, provocata da un danno alla salute fisica,

mentale o psichica e che perdura dopo aver sottoposto l'assicurato alle cure ed alle misure d'integrazione ragionevolmente esigibili. Per valutare la presenza di un'incapacità al guadagno sono considerate esclusivamente le conseguenze del danno alla salute; inoltre, sussiste un'incapacità al guadagno soltanto se essa non è obbiettivamente superabile (art. 7 cpv. 2 LPGA nel tenore in vigore dal 1° gennaio 2008).

8.

8.1. Il ricorrente era alle dipendenze dal 1985 di un'impresa di impianti idrici di Poggiardo in qualità di operaio non specializzato, in ragione di 40 ore settimanali e per un salario adeguato alla sua qualifica. Ha lasciato la ditta per motivi di salute con effetto 20 aprile 1999 ed ultimo giorno di attività 17 luglio 1998 e da allora non ha più lavorato.

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

8.3. In carenza di documentazione economica, la documentazione medica costituisce un importante elemento di giudizio per determinare quali lavori siano ancora esigibili dall'assicurato, ma non spetta al medico graduare il tasso d'invalidità dell'assicurato (DTF 114 V 314). 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).

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 esiti di interventi chirurgici per meningioma transzonale e successivi interventi per fistola liquorale e posizionamento di derivazione spino-peritoneale. Esiti d'intervento di decompressione ed osteosintesi con placche e viti per stenosi del canale lombo-sacrale in spondilodiscartrosi, artropatia psoriasica (certificato dell'INPS del 17 novembre 2009). La perizia E 213 del 25 gennaio 2008 dell'INPS segnala anche una sindrome ansioso-depressiva reattiva.

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 servizio medico dell'INPS, nella perizia E 213 del 25 gennaio 2008 e nel rapporto del 17 novembre 2009, pone un tasso d'invalidità del 100% in qualsiasi attività. Dal canto loro, i medici dell'UAIE, Dott.ri Rais e Lehmann, ritengono che il nominato non potrebbe più svolgere il suo ultimo lavoro, ma che potrebbe riprendere dal 1° gennaio 2001 all'80%

un'attività sostitutiva adeguata al suo stato di salute. La Dott.ssa Paiano, nel suo certificato del 12 marzo 2009, concorda nella sostanza con la valutazione dei medici dell'INPS, rilevando che l'insorgente è impossibilitato nello svolgimento delle sue funzioni quotidiane.

10.2. Lo scrivente Tribunale considera che l'istruttoria non è stata adeguatamente svolta. L'assicurato soffre di esiti di ripetuti interventi chirurgici per meningioma che, secondo il servizio medico dell'INPS, causano un'incapacità di lavoro totale. Malgrado sia diagnosticata una malattia grave, manca ad atti una perizia neurologica, ma vengono prodotte solo le cartelle cliniche degli interventi del 2007. Non è dato sapere quale sia stata l'evoluzione di questa malattia dopo il 2007, ma se ci si basa sui certificati del servizio medico dell'INPS e su quello della Dott.ssa Paiano del 12 marzo 2009, appare evidente che le conseguenze delle operazioni sono importanti, contrariamente a quanto ritenuto dal Dott. Rais nella sua nota del 10 dicembre 2008. Le conseguenze del meningioma sono inoltre in concomitanza con dei problemi ortopedici, di cui manca ugualmente un rapporto oggettivo. Neppure la sindrome ansioso-depressiva è stata adeguatamente esaminata. Va inoltre osservato che la data di decorrenza dell'incapacità lavorativa (6 novembre 2000) si fonda su una documentazione medica molto sommaria. La cartella clinica relativa al ricovero del 5 novembre 2000 per anterospindilosi di L5 su S1 non permette infatti una valutazione oggettiva della capacità lavorativa residua dell'interessato.

In queste condizioni, il parere del servizio medico dell'UAIE, i cui sanitari peraltro non hanno visitato di persona l'assicurato, ma fondano il loro giudizio sugli atti esibiti, non può condiviso. Quando il parere del servizio medico dell'UAIE diverge nettamente dagli altri giudizi, e non può essere fondato su documentazione oggettiva avente la qualità di prova, occorre procedere ad una nuova investigazione medica. Infatti, è compito del servizio medico dell'UAIE stabilire in che misura il danno alla salute limita l'interessato nelle sue capacità psicofisiche, attenendosi unicamente alle funzioni importanti relative alle attività lavorative che, secondo la sua esperienza di vita, entrano in linea di conto nel caso concreto (art. 49 OAI, vedi anche DTF 125 V 261 consid. 4; U. MEYER/BLASER, Bundesgesetz über die Invalidenversicherung, Serie: Rechtsprechung des Bundesgerichts zum Sozialversicherungsrecht, Zurich 1997, p. 227).

Ora, fatte queste considerazioni, il collegio giudicante si trova nell'impossibilità di determinare la misura dell'eventuale incapacità di

svolgere le mansioni consuete subito dall'interessata e da quando questa invalidità esisterebbe.

10.3. 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.

L'UAIE dovrà quindi completare l'istruttoria delucidando la situazione medica per il periodo dal novembre 2000 (ricovero per la anteriospondilosi) fino alla data dell'impugnata decisione (15 aprile 2009). L'UAIE emanerà poi un nuovo provvedimento impugnabile. A tale fine il ricorrente dovrà essere sottoposto ad una perizia approfondita in neurologia, ortopedia e psichiatria. L'incarto sarà poi inviato in esame al servizio medico dell'UAIE il quale si pronuncerà in merito all'evoluzione dell'incapacità di lavoro fra il novembre 2000 ed il 15 aprile 2009.

11.

11.1. Il ricorrente chiede inoltre di beneficiare anche dopo il 31 gennaio 2007 della rendita per i figli ancora in formazione per Raffaella nata il 2 gennaio 1989 (art. 25 cpv. 5 della legge federale del 20 dicembre 1946 sull'assicurazione per la vecchiaia e per i superstiti [LAVS, RS 831.10]).

11.2. Come rilevato dall'UAIE nella sua risposta del 4 gennaio 2010, l'assicurato non ha ancora fornito i documenti necessari all'esame di tale diritto. Con lettera dell'11 dicembre 2009, l'UAIE aveva richiesto al ricorrente di inviare i certificati di frequenza per gli anni scolastici 2007/2008 e 2008/2009, ma senza ottenere risposta (per quanto risulta dall'incarto in possesso di questo Tribunale). Va precisato che la fotocopia dell'immatricolazione già prodotta dal ricorrente non è un documento sufficiente. Non è comunque necessario esaminare oltre il diritto alla rendita per figli poiché si tratta di una rendita accessoria alla rendita principale dell'assicurazione invalidità, il cui diritto deve appunto fare l'oggetto di un esame ulteriore. Gli atti sono pertanto rinviati all'autorità inferiore affinché esamini il diritto alla rendita in favore della figlia Raffaella dopo il 31 gennaio 2007.

12.

12.1. Visto l'esito del ricorso, non vengono prelevate spese processuali e l'anticipo spese versato dal ricorrente gli viene restituito.

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, il ricorrente non è rappresentato. Non si giustifica pertanto riconoscergli un'indennità per spese ripetibili.

Per questi motivi, il Tribunale amministrativo federale pronuncia:

1.

Il ricorso è parzialmente accolto nel senso che, annullata le impugnate decisioni del 15 aprile 2009, l'incarto è rinviato all'autorità inferiore, perché proceda ai sensi del considerando 10.3 e 11.2 e statuisca di nuovo.

2.

Non si prelevano spese processuali. L'anticipo spese di Fr. 300.- viene restituito alla parte ricorrente.

3.

Non si assegnano indennità per le spese ripetibili.

4.

Comunicazione a:

- ricorrente (raccomandata con avviso di ricevimento)
- autorità inferiore (n. di rif. ; raccomandata)
- Ufficio federale delle assicurazioni sociali, Berna (raccomandata)

I rimedi giuridici sono menzionati alla pagina seguente.

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 adempiute le condizioni poste dagli 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: