



Corte III
C-3627/2008
{T 0/2}

Sentenza del 23 settembre 2009

Composizione

Giudici: Francesco Parrino (presidente del collegio),
Beat Weber, Madeleine Hirsig;
Cancelliere: Dario Croci Torti

Parti

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

contro

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

Oggetto

Assicurazione invalidità (decisione del 9 maggio 2008).

Fatti:**A.**

A._____, cittadino italiano, nato il 9 maggio 1957, ha lavorato in Svizzera dal 1989, solvendo regolari contributi all'assicurazione svizzera per la vecchiaia, i superstiti e l'invalidità (AVS/AI), a partire da quella data. Dal luglio 1989 era alle dipendenze della ditta M._____ di Stabio in qualità di operaio qualificato. In data 28 gennaio 2003, ha subito un infortunio stradale per colpa di terzi, nel quale ha riportato il cosiddetto "colpo di frusta", conseguenti cervicalgie e contusioni multiple. Il dipendente, che già aveva annunciato il caso all'Istituto nazionale svizzero di assicurazione contro gli infortuni (INSAI/SUVA), ha ripreso la sua normale occupazione il 10 marzo 2003. Tuttavia, in data 1° luglio 2003, ha annunciato una ricaduta in esito all'infortunio menzionato e, da allora, non ha più lavorato. Visitato dai medici dell'assicuratore infortuni e da altri sanitari, questi hanno rilevato problemi algici sia alla colonna cervicale che lombare, oltre che dolori al ginocchio destro. L'INSAI/SUVA, dopo aver preso contatto con la Cassa malati dell'assicurato (Cristiano sociale svizzera, CSS) ha posto in evidenza che la ricaduta non poteva più essere posta in relazione con l'incidente subito. Mediante decisione del 18 febbraio 2004, l'assicuratore infortuni ha rifiutato di corrispondere ulteriori prestazioni assicurative per le affezioni lombari ed al ginocchio destro (carezza di nesso causale con l'incidente), mentre, per quel che attiene ai problemi cervicali, ha sospeso le prestazioni con effetto dal 15 settembre 2003. L'interessato ha formulato opposizione contro il suddetto provvedimento, la quale è stata respinta con decisione dell'8 aprile 2004, confermata dal Tribunale cantonale delle assicurazioni, Lugano, con giudizio del 7 aprile 2005 e dal Tribunale federale delle assicurazioni (TFA; ora Tribunale federale, TF) con sentenza del 25 ottobre 2006.

B.

In data 4 gennaio 2005, A._____ ha formulato una domanda volta al conseguimento di una rendita dell'assicurazione svizzera per l'invalidità. L'Ufficio AI del Cantone Ticino, competente per esaminare nel merito la richiesta, ha acquisito agli atti l'incarto INSAI/SUVA e l'incarto della CSS. Soprattutto da quest'ultimo emergono diverse relazioni sanitarie ed i reperti medici concernenti esami oggettivi ed interventi chirurgici. Segnatamente dal rapporto 28 gennaio 2005 del Dott. Goldinger, Mendrisio, si precisa la diagnosi (sostanziale) di esiti

da spondilodesi intersomatiche posteriori tra L4/5 ed L5/S1 il 2 settembre 2004 per alterazioni degenerative bisegmentali discali e faccettarie con olistesi di L5/S1 di primo grado ed ernia discale paramediana destra L5/S1, stato dopo artroscopia ginocchio destro (marzo 2004), meniscopatia mediale ginocchio sinistro.

Nel rapporto dell'8 giugno 2005, il Dott. Klauser, medico dell'UAI cantonale, visti i rapporti sanitari ad atti e gli interventi subiti, ha proposto di ammettere un'incapacità al lavoro totale in qualsiasi attività dalla data dell'infortunio (gennaio 2003).

Mediante decisione del 22 agosto 2005, l'Ufficio AI per gli assicurati residenti all'estero (UAI; ora, Ufficio dell'assicurazione per l'invalidità per gli assicurati residenti all'estero, UAIE), competente per emanare le decisioni per assicurati non residenti in Svizzera, ha erogato in favore del nominato una rendita intera dell'assicurazione svizzera per l'invalidità con decorrenza 1° gennaio 2004.

C.

Nell'aprile 2007, l'Ufficio AI cantonale ha avviato la prevista procedura di revisione del diritto alla rendita. Nel frattempo, dopo la data della decisione di cui sopra, l'amministrazione ha acquisito ad atti ulteriore documentazione, quale (per l'essenziale): una relazione di degenza ospedaliera dal 23 giugno al 15 luglio 2005 per cardiopatia ipertensiva, emocromatosi, obesità di II grado; un rapporto di consulenza psichiatrica del 15 aprile 2005 (Dott.ssa Scherillo) attestante un disturbo depressivo maggiore in singolo episodio, moderato; il verbale di riconoscimento dell'invalidità civile del 1° marzo 2006 (tasso d'invalidità: 70%); un verbale di visita endocrinologica del 21 gennaio 2006; una lettera di dimissione ospedaliera relativa al ricovero dal 24 giugno al 21 luglio 2006 per recupero funzionalità cardiaca e motoria (diagnosi di lombalgia e lombosciatalgia bilaterale, ipertensione arteriosa, obesità); un rapporto medico dell'11 giugno 2007.

Nel rapporto del 18 giugno 2007, preso atto della documentazione esibita, il Dott. Klauser ha proposto l'allestimento di una perizia pluridisciplinare al Servizio di accertamento medico dell'invalidità (SAM) di Bellinzona. Nel frattempo sono pervenuti ulteriori documenti, quali: un referto TAC lombare del 13 giugno 2007 e un reperto UNG dell'arto sinistro del 19 giugno 2007.

La visita ha avuto luogo l'8 ed il 30 ottobre, il 7 e 20 novembre 2007, con consulti specialistici in reumatologia (Dott. Christen), neurologia (Dott. Bernasconi), psichiatria (Dott. Jaime) e cardiologia (Dott. Menafoglio).

Nella relazione del 27 dicembre 2007, gli esperti incaricati hanno rilevato, nella sostanza (dettaglio nella parte in diritto), la diagnosi invalidante di sindrome cervicospindilogenica bilaterale cronica con discopatie multiple, sindrome lombospindilogenica bilaterale cronica in esiti di intervento il 2 settembre 2004, periartropatia scapolo-omerale, esiti di meniscectomia al ginocchio destro (1° marzo 2004), cardiopatia ipertensiva con blocco di branca sinistro completo, stato sub-depressivo cronico ed una diagnosi priva d'influenza sulla capacità lavorativa di diabete mellito i.d., neuropatia sensitivo motoria del nervo ulnare a sinistra, omozigosi in emocromatosi, obesità (BMI 39). I medici incaricati hanno ritenuto che l'interessato non può svolgere il suo precedente lavoro se non in misura del 50% ed a determinate condizioni; in attività sostitutive, considerando un serie di limitazioni di posture, movimenti ed altre condizioni limitanti, preso atto del parere psichiatrico che pone un tasso d'invalidità del 20%, l'interessato presenterebbe un grado di capacità di lavoro dell'80% e ciò un anno dopo l'intervento chirurgico del settembre 2004.

Altri documenti sono stati posteriormente esibiti, quali: un rapporto del 17 luglio 2007 del centro di recupero neurologico di Gallarate; i risultati di una scintigrafia ossea total body dell'11 settembre 2007; un reperto di risonanza magnetica cervicale del 10 settembre 2007; una breve perizia del Dott. Mazzetti, specialista in medicina legale e delle assicurazioni, di data incoerente (11 giugno 2007) rispetto ai documenti ivi menzionati; una lettera di dimissione ospedaliera relativa al ricovero dal 12 al 19 ottobre 2007 per dispnea da sforzo in cardiopatia ipertensiva; i risultati di una tomoscintigrafia miocardica basale e da stress del 24 ottobre 2007; un certificato del Dott. Prestamburgo (specialista in ortopedia) del 21 novembre 2007; un rapporto del Dott. Mari, psichiatra, dell'8 novembre 2007.

L'incarto è stato sottoposto in esame al Consulente in integrazione professionale, il quale, nella sua relazione del 14 gennaio 2008, ha calcolato a 28% la perdita di guadagno dell'assicurato in attività sostitutive e ciò ritenuto un salario aggiornato (2006) recedente l'invalidità di Fr. 52'706.- ed un introito teorico-statistico dopo

l'insorgenza dell'invalidità (attività svolta all'80% e con ulteriore riduzione personale del reddito dopo l'invalidità del 15%) di Fr. 37'886.- (retribuzione secondo la statistiche per il 2006: Fr. 59'197.-). Il CIP ha ritenuto improponibile la riqualificazione professionale, ma lascia aperta la possibilità di finanziare misure professionali a condizione tuttavia che l'assicurato faccia proposte concrete. Resta pure possibile un servizio di collocamento (a richiesta).

È pervenuto ad atti un verbale di visita endocrinologica del 19 gennaio 2008, ove si consiglia ricovero ospedaliero e procedure di 8 salassi per ematocromatosi.

Con progetto di decisione del 4 marzo 2008, l'UAI cantonale ha disposto la soppressione della rendita.

Rappresentato dal Patronato INCA, l'assicurato si è opposto a tale progetto ed ha prodotto una nuova relazione del Dott. Mazzetti del 26 marzo 2008 nella quale si contestano le valutazioni (soprattutto dal lato ortopedico) poste dal SAM ribadendo l'alta incidenza funzionale delle affezioni debilitazioni che, rispetto agli anni passati, non sarebbero per nulla diminuite, bensì accentuate.

Nel suo rapporto del 3 aprile 2008, il Dott. Klausner ha affermato che, a parte alcuni dettagli, la perizia del Dott. Mazzetti non è più convincente di quella del SAM.

Mediante decisione del 9 maggio 2008, l'UAIE ha pertanto soppresso il diritto alla rendita intera AI con effetto 1° luglio 2008.

D.

Con il ricorso depositato il 3 giugno 2008, A._____, regolarmente rappresentato dal Patronato INCA, contesta il provvedimento di cui sopra chiedendo il ripristino del suo diritto alla rendita intera AI. Nulla produce a suffragio delle sue conclusioni, ma fa leva sull'evidente disparità di giudizio fra il parere del SAM e quello del Dott. Mazzetti ed inoltre afferma che non sarebbe stata adeguatamente valutata la patologia cardiaca.

E.

Ricevuto il gravame, l'Ufficio AI cantonale, nella risposta del 9 luglio 2008, ha proposto di respingerlo con motivazioni di cui si dirà, se necessario, nei considerandi in diritto.

In sede di replica, l'insorgente ha confermato le sue conclusioni producendo, oltre a documenti già ad atti, una rapporto di ricovero ospedaliero dal 26 maggio al 24 giugno 2008 per lombosciatalgia.

L'Ufficio AI ha sottoposto l'incarto al Dott. Erba, del suo servizio medico, che ha confermato la validità della valutazione del SAM. Nella duplice dell'8 settembre 2008, l'UAI cantonale ha reiterato la proposta di respingere il ricorso.

Con scritto del 22 ottobre 2008, l'insorgente ha confermato il ricorso e, in data del 22 novembre 2008, ha versato l'anticipo per le spese processuali richiesto con decisione incidentale del 24 ottobre 2008.

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'Ufficio dell'assicurazione per l'invalidità per gli assicurati residenti all'estero (UAIE) concernenti l'assicurazione per l'invalidità possono essere portate innanzi al TAF conformemente all'art. 69 cpv. 1 lett. b della legge federale del 19 giugno 1959 sull'assicurazione per l'invalidità (LAI, RS 831.20).

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.

5.1 Va ricordato che 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.

5.2 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.

5.3 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%.

5.4 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).

6.

6.1 Giusta l'art. 17 cpv. 1 LPGGA, se il grado d'invalidità del beneficiario di una rendita d'invalidità subisce una modifica, che incide in modo rilevante sul diritto alla rendita, questa sarà, per il futuro, aumentata o ridotta proporzionalmente o soppressa, d'ufficio o su richiesta. La revisione avviene d'ufficio quando, in previsione di una possibile modificazione importante del grado d'invalidità o di grande invalidità, è stato stabilito un termine nel momento dell'erogazione della rendita o dell'assegno per grandi invalidi, o allorché si conoscono fatti o si ordinano provvedimenti che possono provocare una notevole modificazione del grado d'invalidità o della grande invalidità (art. 87 cpv. 2 dell'ordinanza federale su l'assicurazione per l'invalidità del 17 gennaio 1961 [OAI, RS 831.201]).

Se la capacità al guadagno dell'assicurato migliora, v'è motivo di ammettere che il cambiamento determinante soppriime, all'occorrenza, tutto o parte del diritto a prestazioni dal momento in cui si può supporre che il miglioramento constatato perduri. Lo si deve in ogni caso tenere in considerazione allorché è durato tre mesi, senza interruzione notevole, e che presumibilmente continuerà a durare (art. 88 a cpv. 1 OAI).

La costante giurisprudenza ha stabilito che le rendite d'invalidità sono soggette a revisione non solo in caso di modifica rilevante dello stato di salute che ha un influsso sull'attività lucrativa, ma anche quando lo stato di salute è rimasto invariato, se le sue conseguenze sulla capacità di guadagno hanno subito un cambiamento importante (DTF 113 V 275, consid. 1a, 109 V 116 consid. 3 b, 105 V 30; RCC 1989 p. 323, consid. 2a).

La riduzione o la soppressione della rendita è messa in atto al più presto il primo giorno del secondo mese che segue la notifica della decisione (art. 88^{bis} cpv. 2 lettera a OAI).

6.2 Il punto di partenza per stabilire se il grado d'invalidità si è modificato in maniera da influire sul diritto a prestazioni è costituito dall'ultima decisione che ha esaminato materialmente il diritto alla rendita (DTF 133 V pag. 108, consid. 5.4). Il periodo di riferimento nell'ambito della presente vertenza è pertanto quello intercorrente fra la decisione del 22 agosto 2005, con la quale l'Ufficio AI per gli assicurati residenti all'estero ha erogato in favore dell'assicurato una rendita intera AI a decorrere dal 1° gennaio 2004, ed il 9 maggio 2008, data in cui l'amministrazione ha soppresso il diritto alla rendita AI.

7.

L'interessato non ha più lavorato dopo il 1° luglio 2003.

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; 110 V 275, 105 V 207). 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, 104 V 136; Pratique VSI 2000 p. 84).

In carenza di documentazione economica, la documentazione medica costituisce un importante elemento di giudizio per determinare quali lavori siano ancora ragionevolmente esigibili dall'assicurato, ma non spetta al medico graduare il tasso d'invalidità dell'assicurato (DTF 114 V 314, 105 V 158).

Infatti, per costante giurisprudenza le certificazioni mediche possono costituire importanti elementi d'apprezzamento del danno invalidante, allorché permettono di valutare l'incapacità lavorativa e di guadagno dell'interessato in un'attività da lui ragionevolmente esigibile (DTF 115 V 134 consid. 2, 114 V 314 consid. 3c).

8.

8.1 Nel riconoscere inizialmente il diritto alla rendita intera Al l'autorità amministrativa si era fondata su di una documentazione medica dalla quale traspariva che l'assicurato era portatore di esiti di spondilodesi intersomatiche posteriori fra L4/L5 ed L5/S1 il 2 settembre 2004 per alterazioni degenerative bisegmentali discali e faccettarie con olistesi di L5/S1 di primo grado ed ernia discale paramediana destra L5/S1, stato dopo artroscopia ginocchio destro (marzo 2004), meniscopatia mediale ginocchio sinistro (cfr. incarto CSS, perizia del Dott. Goldinger del 28 gennaio 2005 ed atti medici successivi).

8.2 Al momento della revisione in esame, il collegio giudicante può riferirsi alla diagnosi posta in evidenza dai sanitari del SAM di Bellinzona. La documentazione esibita dopo questo accertamento, avvenuto l'8 ed il 30 ottobre, nonché il 7 e 20 novembre 2007, ossia alcuni rapporti/perizie del Dott. Mazzetti, referti di un centro di recupero neurologico di Gallarate, la cartella clinica relativa al ricovero per motivi cardiologici in ottobre 2007 (Dott. Provasoli) attestano situazioni che, temporalmente, erano conosciute dai periti del SAM (cfr. rapporto finale pag. 7). Altra documentazione, successiva, ossia alcuni reperti oggettivi, un rapporto del Dott. Prestamburgo (specialista in ortopedia) del 21 novembre 2007 e soprattutto la nuova relazione

del Dott. Mazzetti del 26 marzo 2008, non pongono in evidenza ulteriori patologie di rilievo, se non una sindrome del tunnel carpale a sinistra, una patologia su base meccanica (da sovraccarico) delle articolazioni sacro-iliache (più accentuata a destra), steatosi epatica, disturbo depressivo maggiore (episodio unico), moderato, in disturbo dell'adattamento cronico.

8.3 I medici specialisti del SAM hanno rilevato:

Diagnosi con influenza sulla capacità lavorativa:

sindrome cervicospindillogena bilaterale cronica in discopatie multisegmentali cervicali da C2 a C7 in particolare ernia discale lateralizzata a destra C6/C7 con minima componente intraforaminale a destra; sindrome lombospindillogena cronica bilaterale in esiti di intervento chirurgico PLIF da L4 ad S1 per discopatie L4/5 ed L5/S1 su spondilolistesi istimica L5/S1 il 2 settembre 2004 con olistesi residua di L5 di circa 6 mm (RM della colonna lombare il 13 giugno 2007), periartropatia scapolo omerale tendinopatica con sintomatologia da attrito a sinistra; esiti di meniscectomia mediale artroscopica, con toilette articolare in gonartrosi al ginocchio destro il 1° marzo 2004, cardiopatia ipertensiva con blocco di branca completo a sinistra, remodelling concentrico del ventricolo sinistro e disfunzione diastolica grado I; fattori di rischio cardiovascolari ipertensione arteriosa, iperlipidemia, diabete, sovrappeso, pregresso tabagismo; substrato depressivo cronico, elementi di dipendenza psicologica.

Diagnosi senza influenza sulla capacità lavorativa:

diabete mellito insulindipendente (IFCC 4,8%, DCCT 6,5%), probabile incipiente polineuropatia sensitiva agli arti inferiori; lieve neuropatia sensitivo-motoria del nervo ulnare sin. localizzata al gomito, omozigosi della mutazione H 63 D associata ad emocromatosi, obesità con BMI 39 kg/m².

9.

9.1 Nettamente divergenti sono i pareri circa le ripercussioni invalidanti delle menzionate affezioni. Da una parte vi è una dettagliata perizia del SAM che ammette, praticamente, l'esistenza un'un'incapacità al lavoro del 20% dovuta a motivi psichiatrici. Sebbene il SAM ritenga ancora il paziente abile in misura nettamente ridotta nel

suo precedente lavoro di responsabile meccanico-manutentore di macchine di produzione industriale (50%), gli esperti indicano un'abilità dell'80% in attività sostitutive a determinate condizioni dettate, soprattutto da ragioni ortopediche (posture, sollevamento pesi, possibilità di marcia, ecc.). Dall'altra parte, vi sono diverse relazioni del Dott. Mazzetti, specialista in medicina legale e delle assicurazioni, che contestano le residue possibilità funzionali e quindi lavorative del paziente. Il problema si inquadra, soprattutto, nell'indagine ortopedica.

9.2 Va ricordato che una perizia richiesta dall'UAIE (in casu un servizio di accertamento medico specifico dell'assicurazione per l'invalidità) non può essere scartata adducendo che si tratta di un referto di parte. Infatti, la legge attribuisce all'amministrazione il compito di istruire le domande di rendita, procurandosi gli atti necessari, in particolare circa lo stato di salute, l'attività, la capacità di lavoro e l'idoneità all'integrazione dei richiedenti. A tale scopo possono essere domandati rapporti e informazioni, ordinate perizie, eseguiti sopralluoghi e consultati specialisti dell'aiuto pubblico o privato agli invalidi (art. 69 cpv. 2 OAI). In questo contesto l'Ufficio AI agisce quale organo amministrativo preposto all'attuazione della legge, sicché le perizie ordinate in adempimento di questo compito non possono essere considerate di parte o non conclusive alla luce di altri referti (DTF 123 V 175 e 122 V 157). Il Tribunale federale ha inoltre precisato che deve essere considerata rilevante una perizia affidata al SAM, negando che tale servizio medico possa essere considerato parte in causa per sussistenza di un vincolo per cui l'istituto medesimo sarebbe obbligato a tenere in particolare considerazione gli interessi specifici dell'assicurazione per l'invalidità.

Determinante è invece la circostanza che la perizia del SAM rispetti tutti i principi concernenti la valutazione medica dell'invalidità. Infatti, per quanto concerne il valore probatorio d'un rapporto medico va in particolare accertato se il rapporto è completo per quanto riguarda i temi sollevati, se si riferisce ad esami approfonditi, se tiene conto delle censure del paziente, se è stato redatto con conoscenza della pregressa vicenda valetudinaria (anamnesi), se è chiaro nella presentazione del contesto medico e, infine, se le conclusioni a cui giunge sono fondate. Elemento determinante dal profilo probatorio non è in linea di principio l'origine del mezzo di prova né la designazione del materiale probatorio quale rapporto o di perizia, bensì il suo contenuto (DTF 125 V 352 consid. 3a; 122 V 160 consid. 1c).

9.3 Di rilievo, in ambito revisionale, è la circostanza che le condizioni della revisione di una rendita non sono adempiute quando delle circostanze di fatto sono rimaste invariate e che, motivo di tale procedura di riduzione o di soppressione risieda, unicamente, in un nuovo apprezzamento del caso (ATF I 755/04 del 25 settembre 2006 consid. 5.1 e referenze menzionate, DTF 112 V 372 consid. 2 b e 390 consid. 1b, RCC 1987 p. 36, SVR 2004 IV n.5 consid. 3.3.3). Un motivo di revisione ai sensi dell'art. 17 LPGA deve chiaramente trasparire dagli atti sanitari (DTF I 559/02 del 30 aprile 2003 consid. 3.2 e referenze menzionate; URS MÜLLER, Die materiellen Voraussetzungen der Rentenrevision in der Invalidenversicherung, tesi, Friburgo 2002, p. 133 e seg.). Infatti, l'istituto della revisione non dovrebbe costituire, in nessun caso, il fondamento giuridico per un riesame incondizionato del diritto alla rendita (RUDOLF RUEDI, Die Verfügungsanpassung als verfahrensrechtliche Grundfigur namentlich von Invalidenrentenrevisionen, in: Schaffhauser/Schlauri, Die Revision von Dauerleistungen in der Sozialversicherung, San Gallo 1999, p. 15).

10.

10.1 Ora, si può sicuramente affermare che la perizia del Dott. Christen (ortopedico/reumatologo) del SAM è ineccepibile sotto il profilo dell'accertamento anamnestico e diagnostico. Discutibile è invece tale perizia in relazione alle conclusioni e alla luce di quanto si avrebbe dovuto provare da parte dell'amministrazione, ossia un miglioramento ai sensi dell'art. 17 LPGA.

Due critiche possono essere mosse a tale referto. In primo luogo l'esperto incaricato non ha posto in luce un sicuro miglioramento della situazione valetudinaria del paziente rispetto al 2004/2005. In secondo luogo, posta una determinata diagnosi, che, in sostanza, coincide con quella esposta dal Dott. Mazzetti, le conclusioni stridono in modo con quanto descritto dal medico-legale italiano.

10.2 Nella sostanza, le doglianze soggettive dell'assicurato sono rimaste uguali a quelle già denunciate all'epoca in cui venne riconosciuta l'intera prestazione AI. Il Dott. Christen sembra minimizzare le conseguenze debilitanti delle affezioni accertate in diagnosi. Lo stesso esperto del SAM ammette che dopo l'intervento "PLIF" del settembre 2004, il paziente ha continuato a presentare una sintomatologia sciatalgica a sinistra, soprattutto in posizione eretta prolungata e, alla visita odierna, lamentava ancora dolori a fascia

lombare in diversi punti e a più movimenti, fino a risentire persino sensazioni di scosse agli alluci. Questi dolori sono presenti nel camminare, in posizioni statiche e/o supine e sono presenti anche di notte con ovvio turbamento del sonno. Per quanto riguarda la situazione cervicale la situazione algica è sempre presente e persiste dalle due parti, irradiando diffusamente l'omero destro e sinistro, negli avambracci ulnari bilateralmente, con formicolii che raggiungono anche l'anulare ed il mignolo. Inoltre, la sintomatologia di una progressiva patologia omerale (scarsamente presente o non rilevabile in precedenza) si è accentuata e provoca un risentimento algico dell'arto superiore sinistro (spalla dolorante nei movimenti di abduzione). Agli arti inferiori, emergono, nuovi dolori coxogeni in esito a meniscectomia.

Già si può osservare che nuovi problemi (spalla e ginocchia) si sono addizionati o aggravati rispetto alla situazione precedente, turbe che, data la loro localizzazione, incidono in modo sensibile sull'esercizio di un lavoro seppur leggero.

Ciò che non è attendibile, nell'analisi del reumatologo, è che, nonostante tale descrizione, egli ponga poi un'esigibilità considerevole in ambito lavorativo (100%). Appare poco credibile che il paziente possa, come conclude l'esperto, sollevare e portare molto spesso pesi fino a 5 kg all'altezza dei fianchi e spesso tra i 5 ed i 10 kg (talvolta, addirittura fino a 25 kg) e molto spesso sollevare al di sopra del petto pesi superiori a 5 kg; inoltre, visti fra gli altri dolori, quelli oggettivati alle spalle e cervicali, non è verosimile che l'interessato possa maneggiare attrezzi di precisione o attrezzi di media entità e persino, a volte, pesanti. L'esperto ammette poi che l'assicurato possa talvolta effettuare lavori al disopra della testa, talvolta effettuare la rotazione del tronco, spesso assumere la posizione seduta. Ora, viste le constatazioni oggettive, il paziente non può ragionevolmente stare a lungo seduto o a lungo in piedi; l'assicurato potrebbe invece camminare fino a 50 metri spesso ed oltre solamente talvolta e potrebbe salire talvolta le scale, ecc. Ora, alla luce delle limitazioni indicate dallo stesso reumatologo, a prescindere da quelle espresse dal Dott. Mazzetti, appare difficile ritenere un miglioramento ai sensi dell'art. 17 LPGA e che l'interessato sia in grado di svolgere un'attività al 100% un anno dopo l'intervento chirurgico. Visto il rapporto del Dott. Christen è possibile affermare che l'insorgente sarebbe in grado, tutto sommato, di svolgere ancora qualche lavoro leggero non

esclusivamente sedentario a determinate e precise condizioni, sull'arco anche di un'intera giornata, ma il suo rendimento sarebbe notevolmente ridotto visti i suoi numerosi impedimenti e le sindromi algiche, oggettivate, anche queste presenti in più distretti. Una valutazione di abilità al lavoro al cento per cento non pare credibile.

10.3 Senza per questo voler condividere appieno le valutazioni del Dott. Mazzetti, questo collegio giudicante è del parere che l'esperto di parte meglio si è avvicinato ai problemi delle limitazioni funzionali e delle sintomatologie dolorose dell'interessato in relazione alle residue capacità di lavoro. Soprattutto nella perizia del 26 marzo 2008, l'esperto in medicina del lavoro ha riconfermato i problemi del dolore e le limitazioni funzionali già peraltro evidenziate dal Dott. Christen, situabili, per l'essenziale, al rachide cervicale, alla colonna lombare, alla spalla sinistra ed al ginocchio destro. Egli rileva (pag. 4) che tali patologie, limitanti nel lavoro ed algiche anche senza determinate posture, riducono drasticamente la capacità lavorativa del soggetto nella movimentazione manuale di carichi, anche moderati, nel mantenimento protratto di posture obbligate, nella conduzione a titolo professionale di automezzi pur leggeri e nell'espletamento di mansioni implicanti apprezzabili sollecitazioni statico-dinamiche del rachide e degli arti. Lo specialista di parte indica, come lo ha fatto il reumatologo del SAM, le limitazioni in modo dettagliato rilevando, per esempio, che il paziente può sollevare/trasportare solo carichi molto leggeri e solo in modo ridotto (senza flessioni che gli causano dolore e sono peraltro limitate) e con braccia aderenti al tronco; la manipolazione di oggetti, pulsantiere e piccoli attrezzi è possibile e piuttosto normale, mentre è ridotta quando gli attrezzi e gli oggetti sono grandi e/o mediopesanti a pesanti. Sostanzialmente, però, il problema principale consiste nelle posizioni/posture e/o dinamiche di lavoro dove si manifestano le maggiori limitazioni e ciò appare più credibile in esito alla perizia del Dott. Mazzetti che non da quella del Dott. Christen. L'interessato può lavorare a braccia alzate solo in maniera molto ridotta e non può operare delle rotazioni se non in misura limitata; a maggior ragione altre posizioni più estreme sono escluse; il paziente non può star seduto oltre mezzora senza interruzione e non può stare in posizione eretta oltre mezzora; può effettuare tragitti brevi (50 metri), mentre la capacità è ridotta per tragitti fino al massimo di 200 metri; il lavoro in terreni accidentati e/o che comportino salire o scendere le scale è escluso.

10.4 Al vaglio di questa autorità di ricorso, nessuna delle due perizie può essere scartata dando la priorità all'altra. Le indagini del Dott. Mazzetti, che si è occupato del caso dell'assicurato sin dall'epoca dell'infortunio del 2003, non possono essere ignorate a fronte di una perizia del SAM. Il parere dell'esperto di parte merita una considerazione al pari di quello del reumatologo del SAM in quanto trattasi di un esame che soddisfa a tutte le condizioni poste dalla giurisprudenza in materia di investigazioni sanitarie (cfr. consid. 9.2).

Questo Tribunale, dopo attento esame degli accertamenti sanitari menzionati, osserva che in tali condizioni valetudinarie, A._____ non potrebbe ragionevolmente svolgere le mansioni indicate dal CIP nel suo rapporto del 4 marzo 2008. Tutte le professioni suggerite comportano sforzi, posizioni, spostamenti, impegno di precisione che risultano contro-indicate non solamente alla luce del parere del Dott. Mazzetti, ma anche secondo il Dott. Christen. Viste queste limitazioni, in considerazione anche della sintomatologia algica polidistrettuale ed avuto riguardo delle altre malattie qui non trattate ma pur limitanti (obesità notevole, diabete cardiopatia ipertensiva, sindrome da disadattamento), non è possibile ritenere il paziente, dal punto di vista ortopedico, abile al cento per cento in attività di ripiego come quelle proposte nel rapporto CIP menzionato. In proposito va ricordato che l'incapacità di lavoro del 20% è stata riconosciuta dal SAM esclusivamente per motivi psichiatrici.

10.5 Per quel che concerne i pareri dei medici dell'UAI cantonale, espressi dopo la perizia al SAM (Dott.ri Klauser ed Erba) questi appaiono poco convincenti, sia perché, in modo apodittico ed acritico, rinviando alla valutazione dei periti incaricati senza entrare nel merito delle obiezioni, segnatamente quelle del Dott. Mazzetti, sia anche perché, nessuno di loro si è posto il problema che incombe all'amministrazione di provare una modifica della capacità al lavoro e di guadagno giusta l'art. 17 LPG.

È per questi motivi che, nel caso in esame, non si può sostenere che ci si trovi in presenza di un apprezzamento diverso di una situazione di fatto sostanzialmente rimasta invariata, il che comporterebbe l'ammissione del ricorso con ripristino del diritto alla rendita intera Al dalla data di soppressione, ma ancor meno è stato dimostrato un miglioramento così evidente ed inspiegabile della capacità di lavoro dell'assicurato.

10.6 Ancora può essere aggiunto che la decisione impugnata può essere criticata nella misura in cui non ha previsto l'adozione di misure professionali (riqualifica). Se è vero che l'assicurato non ne ha fatto esplicita richiesta, è altrettanto vero che l'amministrazione non può ignorare tale eventualità limitandosi ad osservare che l'assicurato "sarebbe inibito oltre che dal danno alla salute anche da fattori come l'esperienza professionale specifica, la scolarità e l'età" (cfr. rapporto CIP pag. 4).

11.

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. In ogni caso, sulla base dell'incarto medico agli atti, non sono dati i presupposti di revisione di cui all'art. 17 LPGa.

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 visita ortopedico/neurologica da parte di altri esperti in Svizzera i quali dovranno affrontare la problematica anche sotto l'aspetto della revisione.

L'incarto sarà poi sottoposto, se del caso, al Consulente in integrazione professionale, il quale dovrà svolgere, sulla base delle indicazioni mediche, un'approfondita indagine professionale atta ad accertare, fra l'altro, in quali reali attività sostitutive l'interessato sarebbe ancora inseribile e procedere, in tal senso, ad un'indagine comparativa dei redditi. Preliminarmente, atteso che le misure d'ordine professionale hanno la priorità sull'eventuale erogazione di una rendita, l'amministrazione esaminerà compiutamente, se necessario con un colloquio con l'interessato, l'adozione di tali misure (cfr. consid. 10.6).

12.

12.1 Visto l'esito della procedura, non si percepiscono spese processuali. L'anticipo delle spese processuali di Fr. 300.-, versato dall'interessato il 22 novembre 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 9 maggio 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.-, corrispondente alle spese processuali, versato dall'insorgente il 22 novembre 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: