



Corte III
C-4180/2008

{T 0/2}

Sentenza del 12 novembre 2009

Composizione

Giudici: Francesco Parrino (presidente del collegio),
Stefan Mesmer, Michael Peterli;
Cancelliere: Dario Croci Torti

Parti

A. _____,
patrocinato dal lic. iur. Salvatore D'Ostuni,
divisione Estero, via XXIV Maggio /,
angolo via IV Novembre n. 2, IT-73040 Neviano,
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 23 maggio 2008).

Fatti:**A.**

A._____, cittadino italiano, nato il _____, ha lavorato in Svizzera dal 1967 al 1976, solvendo regolari contributi all'assicurazione svizzera per la vecchiaia, i superstiti e l'invalidità (AVS/AI), durante tale periodo (doc. 6). Dopo il rimpatrio, ha continuato a svolgere un'attività lucrativa come meccanico tornitore fino a dicembre 2007, quando si è definitivamente ritirato dal lavoro per ragioni di salute (doc. 9). Da maggio 2007 venne addetto, dal datore di lavoro, a compiti più leggeri e con orario ridotto, per 5 ore giornaliere e con una diminuzione di salario del 45% (doc. 20).

In data 2 febbraio 2007, A._____ ha formulato una domanda volta al conseguimento di una rendita dell'assicurazione svizzera per l'invalidità (doc. 4).

B.

Il richiedente è stato visitato il 13 aprile 2007 presso i servizi medici dell'Istituto nazionale della previdenza sociale di Lecce (INPS), ove il sanitario incaricato ha evidenziato la diagnosi di paresi dello s.p.e. (sciatico popliteo esterno) a destra di media entità in ernia discale L4-L5 e spondiloartrosi in pregresso intervento chirurgico (1986) per ernia discale L4-L5 ed ha posto un tasso d'invalidità del 50% (doc. 17). Sono stati esibiti documenti oggettivi, quali:

- un estratto di ricovero ospedaliero dal 4 al 12 settembre 2006 per lombosciatalgia destra esiti remoti (1986) di laminectomia L4-L5 (doc. 10);
- un rapporto d'esame neurochirurgico (Dott. Montinaro) del 26 settembre 2006 (doc. 11);
- i risultati di un esame neurofisiologico del 2 marzo 2007 (con elettromiografia) attestante una marcata sindrome radicolare L4 e L5 a destra (doc. 13);
- un rapporto d'esame neurologico (Dott. Pascali) del 6 luglio 2007 (doc. 14).

C.

Nel suo rapporto del 10 marzo 2008, il Dott. Battaglia, del servizio medico regionale (SMR) "Rhône" dell'Ufficio dell'assicurazione per l'invalidità per gli assicurati residenti all'estero (UAIE), in base alla diagnosi sopra riferita e dopo aver preso atto che il richiedente ha lavorato da maggio a dicembre 2007 in misura di 25 ore settimanali (doc. 20), ha affermato che il richiedente non avrebbe mai subito un'incapacità di lavoro di livello pensionabile, in quanto l'attività svolta (verosimilmente intende quella di ripiego assegnata nel maggio 2007) sarebbe esercitabile in misura completa (doc. 22).

Con progetto di decisione del 19 marzo 2008, l'UAIE ha comunicato a A._____ che la richiesta di prestazioni sarebbe stata respinta per carenza d'invalidità di livello pensionabile (doc. 23).

Con scritto del 4 maggio 2008, il nominato, regolarmente rappresentato dal lic. iur. D'Ostuni chiede, sostanzialmente, l'annullamento del summenzionato provvedimento amministrativo e, di conseguenza, il riconoscimento del suo diritto a prestazioni assicurative (doc. 24). Nulla produce a suffragio delle sue conclusioni.

Mediante decisione del 23 maggio 2008 (doc. 25), l'UAIE ha respinto la richiesta di prestazioni conformemente al progetto.

D.

Con il ricorso depositato il 18 giugno 2008, A._____, sempre rappresentato da D'Ostuni, chiede, sostanzialmente, l'annullamento del summenzionato provvedimento amministrativo e, di conseguenza, il riconoscimento del suo diritto a prestazioni assicurative. A suffragio delle sue conclusioni produce un certificato medico del Dott. Russo del 14 giugno 2008, attestante una spondilodiscoartrosi cervicolumbare con sindrome vertebrale (o radicolare) L4-L5, paresi arto inferiore destro e sindrome ansioso-depressiva. L'insorgente chiede inoltre l'esonero dal pagamento delle spese processuali. In un secondo tempo, ha esibito una perizia del Dott. Scarcella dell'8 ottobre 2008, il quale rileva le ernie discali recidivanti, protrusioni discali multiple, spondilodiscoartrosi diffusa del rachide, lombosciatalgia destra con paresi, deficit motori all'arto inferiore destro, radicolopatia, ridotta ampiezza del canale vertebrale, coxartrosi bilaterale, marcata sindrome canalicolare del carpo bilaterale, sindrome ansio-depressiva, tutte patologie che, prese nel loro insieme, causerebbero un'incapacità di lavoro totale.

E.

Ricevuto il ricorso, l'amministrazione ha sottoposto gli atti alla Dott.ssa Sereni-Keller, del proprio servizio medico, la quale, nella sua relazione del 21 ottobre 2008 (doc. 28), ha ammesso un'incapacità al lavoro del 50% come tornitore da maggio 2007 e del 70% da gennaio 2008. In attività sostitutive, leggere e/o semisedentarie, la sua capacità di lavoro è dell'80% da maggio 2007 e del 50% da gennaio 2008 (portinaio, sorvegliante, magazziniere, riparatore di piccoli oggetti, archivista, fattorino nel settore privato).

L'amministrazione ha aderito al parere della Dott.ssa Sereni-Keller ed ha effettuato un calcolo comparativo dei redditi. Da questo calcolo ne risulta un'incapacità di guadagno del 48,06% (arrotondato al 48%) da maggio 2007 e del 67,54% (arrotondato al 68%) da gennaio 2008. Svolgendo il calcolo retrospettivo con tali tassi d'invalidità, il ricorrente avrebbe diritto a una mezza rendita d'invalidità con una perdita di guadagno del 54,61%. Dal 1° maggio 2008 (periodo d'attesa di un anno); dal 1° agosto 2008 esisterebbe il diritto ai tre quarti di rendita (tre mesi dopo il 1° maggio 2008). Va rilevato che nel calcolo in esame, il salario dopo l'invalidità è stato ridotto del 25% (riduzione massima) per tenere conto della situazione personale dell'assicurato (doc. 31, 32). Nelle sue osservazioni ricorsuali del 10 dicembre 2008, l'UAIE propone il riconoscimento del diritto alla mezza rendita AI dal 1° maggio 2008 ed a tre quarti di rendita dal 1° agosto 2008.

F.

Dopo aver preso atto delle osservazioni e la proposta dell'amministrazione e di altra documentazione di rilievo, la parte ricorrente, con scritto del 15 gennaio 2009, ha ribadito l'intenzione del proprio assistito di mantenere il gravame. Produce una nuova relazione del Dott. Scarcella del dell'8 ottobre 2008.

Ricevuta la replica, l'amministrazione ha risottoposto gli atti alla Dott.ssa Sereni-Keller, la quale, nella sua relazione del 27 gennaio 2009, si è riconfermata nelle sue precedenti considerazioni. Duplicando in data 10 dicembre 2008 (recte: 4 febbraio 2009), l'UAIE si riconferma nelle sue precedenti considerazioni.

Invitata a prendere posizione in merito alla duplica, la parte ricorrente non ha risposto.

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). Il gravame è dunque ammissibile, nulla ostando all'esame del merito dello stesso.

3.

3.1 Il 1° giugno 2002 sono entrati in vigore l'Accordo tra la Confederazione svizzera, da una parte, e la Comunità europea ed i suoi Stati membri, dall'altra, sulla libera circolazione delle persone del 21 giugno 1999 (ALC, RS 0.142.112.681) ed il correlato Allegato II che regola il coordinamento dei sistemi di sicurezza sociale nonché il Regolamento (CEE) n° 1408/71 del Consiglio del 14 giugno 1971

relativo all'applicazione dei regimi di sicurezza sociale ai lavoratori subordinati, ai lavoratori autonomi e ai loro familiari che si spostano all'interno della Comunità (RS 0.831.109.268.1) come pure il corrispondente Regolamento di applicazione (Regolamento CEE n° 574/72 del Consiglio del 21 marzo 1972 relativo all'applicazione del Regolamento n° 1408/71, RS 0.831.109.268.11). Si tratta di una normativa che si applica a tutte le rendite il cui diritto sorge a far data dal 1° giugno 2002 o successivamente e che sancisce il principio della parità di trattamento tra cittadini che risiedono in uno Stato membro della Comunità europea ed i cittadini svizzeri (art. 3 e 6 del Regolamento CEE n° 1408/71).

3.2 Giusta l'art. 20 ALC, salvo disposizione contraria contenuta nell'allegato II, gli accordi bilaterali tra la Svizzera e gli Stati membri della Comunità europea in materia di sicurezza sociale vengono sospesi a decorrere dall'entrata in vigore del presente Accordo qualora il medesimo campo sia disciplinato da quest'ultimo. Nella misura in cui l'Accordo, in particolare l'Allegato II che regola il coordinamento dei sistemi di sicurezza sociale (art. 8 ALC), non prevede disposizioni contrarie, l'organizzazione della procedura come pure l'esame delle condizioni di ottenimento di una rendita di invalidità svizzera sono regolate dal diritto interno svizzero (DTF 130 V 257 consid. 2.4).

3.3 L'art. 80a LAI sancisce espressamente l'applicabilità nella presente procedura, trattandosi di un cittadino che risiede nell'Unione europea, dell'ALC e dei Regolamenti (CEE) n° 1408/71 del Consiglio del 14 giugno 1971 e (CEE) n° 574/72 del Consiglio del 21 marzo 1972 relativo all'applicazione del Regolamento n° 1408/71.

4.

Relativamente al diritto applicabile, deve essere ancora precisato che, a partire dal 1° gennaio 2008, la presente procedura è retta dalla LAI nel suo tenore modificato il 6 ottobre 2006 (V revisione), ritenuto tuttavia il principio secondo il quale le norme applicabili sono quelle in vigore al momento in cui dei fatti giuridicamente rilevanti si sono verificati (ATF 130 V 445 consid. 1.2). Ne consegue che, il diritto alla rendita si esamina fino al 31 dicembre 2007 alla luce delle precedenti norme e, a partire da quella data, secondo le nuove disposizioni.

5.

Il ricorrente ha presentato la richiesta di rendita il 2 febbraio 2007. In deroga all'art. 24 LPGA, l'art. 48 cpv. 2 LAI (nel suo tenore vigente 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 2 febbraio 2006 (ossia 12 mesi precedenti la presentazione della domanda), oppure se un diritto alla rendita sia sorto tra tale data ed il 23 maggio 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 o 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. 1ter 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 LPGGA), non è più applicabile quando l'assicurato è cittadino dell'UE, dell'AELS o svizzero.

7.3 Il diritto alla rendita, secondo l'art. 29 cpv. 1 LAI, nasce, al più presto, nel momento in cui l'assicurato presenta un'incapacità permanente di guadagno pari almeno al 40% (lettera a), oppure quando egli è stato per un anno e senza notevoli interruzioni, incapace al lavoro per almeno il 40% in media (lettera b). La prima lettera si applica allorché lo stato di salute dell'assicurato si è stabilizzato; la seconda se lo stato di salute è labile, vale a dire suscettibile di evolvere verso un miglioramento od un peggioramento (DTF 121 V 264, 111 V 21 consid. 2b). A partire dal 1° gennaio 2008, l'art. 28 cpv. 1 LAI stabilisce che l'assicurato ha diritto ad una rendita alle seguenti condizioni: a. la sua capacità di guadagno o la sua capacità di svolgere le mansioni consuete non può essere ristabilita, mantenuta o migliorata mediante provvedimenti d'integrazione ragionevolmente esigibili; b. ha avuto un'incapacità di lavoro (art. 6 LPGGA) almeno del 40% in media durante un anno senza notevole interruzione; e c. al termine di questo anno è invalido almeno al 40%.

7.4 Per incapacità al lavoro s'intende qualsiasi incapacità, totale o parziale, derivante da un danno alla salute fisica, mentale o psichica di compiere un lavoro ragionevolmente esigibile nella professione o nel campo di attività abituale. In caso d'incapacità al lavoro di lunga durata possono essere prese in considerazione anche le mansioni esigibili in un'altra professione o campo d'attività (art. 6 LPGGA). L'incapacità al guadagno è definita all'art. 7 LPGGA e consiste nella perdita, totale o parziale, della possibilità di guadagno sul mercato del lavoro equilibrato che entra in considerazione, provocata da un danno alla salute fisica, mentale o psichica e che perdura dopo aver sottoposto l'assicurato alle cure ed alle misure d'integrazione ragionevolmente esigibili. Per valutare la presenza di un'incapacità al guadagno sono

considerate esclusivamente le conseguenze del danno alla salute; inoltre, sussiste un'incapacità al guadagno soltanto se essa non è obbiettivamente superabile (art. 7 cpv. 2 LPGA nel suo nuovo tenore dal 1° gennaio 2008).

7.5 Una rendita limitata e/o crescente nel tempo corrisponde, materialmente, ad una revisione ai sensi dell'art. 17 LPGA e se ne deve pertanto seguire i principi. In base a tale norma, se il grado d'invalidità del beneficiario della rendita subisce una modificazione che incide in modo rilevante sul diritto alla rendita, questa sarà, per il futuro, aumentata o diminuita in misura corrispondente, oppure soppressa. Per l'art. 88a cpv. 1 dell'ordinanza sull'assicurazione per l'invalidità del 17 gennaio 1961 (OAI, RS 831.201), se la capacità di guadagno migliora, v'è motivo di ammettere che il cambiamento determinante sopprime tutto o parte del diritto a prestazioni dal momento in cui si può supporre che il cambiamento 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. Il cpv. 2 di tale norma stabilisce che se la capacità di guadagno peggiora, occorre tener conto del cambiamento determinate il diritto a prestazioni non appena esso perdura da tre mesi senza interruzione notevole.

7.6 Assegnando retroattivamente una rendita d'invalidità decrescente/crescente e/o limitata nel tempo, l'autorità amministrativa disciplina un rapporto giuridico suscettibile di essere in caso di contestazione oggetto della lite e dell'impugnativa. Qualora sia contestata solo la riduzione o la soppressione delle prestazioni, il potere cognitivo del giudice non è limitato nel senso che egli debba astenersi dallo statuire circa i periodi per i quali il riconoscimento di prestazioni non è censurato (DTF 125 V 413 consid. 2.2 et 2.3 confermato in 131 V 164).

Va ricordato che nel caso in cui la prestazione venga accordata con effetto retroattivo ma limitata nel tempo, aumentata oppure ridotta, esiste un'unica relazione giuridica; ciò vale anche se l'assegnazione della rendita d'invalidità graduata e/o limitata nel tempo è stata comunicata mediante più decisioni recanti la stessa data (DTF 131 V 164 consid. 2.2 e 2.3).

8.

8.1 A._____, dopo il rimpatrio, ha lavorato nel settore della metallurgia come meccanico tornitore senza particolari restrizioni fino a tutto aprile 2007. Il datore di lavoro attesta inoltre che da maggio 2007 l'interessato ha lavorato in ragione di 25 ore settimanali (invece di 40) con diminuzione di salario del 45% (doc. 20, cifre 7 e 8).

8.2 La nozione d'invalidità di cui all'art. 4 LAI e 8 LPGA è di carattere giuridico economico e non medico (DTF 116 V 249 consid. 1b; 110 V 275). 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; DTF 128 V 30, VSI 2000 p. 84).

8.3 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). 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).

8.4 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 Dall'incarto medico si evince che l'assicurato è portatore di una paresi dello sciatico popliteo esterno (SPE) a destra di media entità, deficit della flessione dorsale del piede a destra, in ernia discale L5-S1 (operata nel 1986) e spondilodiscoartrosi; sindrome radicolare di L4-L5, protrusioni discali multiple a livello cervicale, modesta coxartrosi destra, sindrome canalicolare del carpo bilateralmente, sindrome ansioso-depressiva (cfr. perizia medica particolareggiata del 13 aprile 2007 e perizie del Dott. Scarcella).

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 (nel tenore vigente 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, in un primo tempo, sulla scorta del parere del Dott. Battaglia, l'amministrazione ha negato prestazioni assicurative. Il medico dell'UAIE, sulla base dei documenti fino allora a sua disposizione, ha ritenuto che l'interessato avrebbe potuto riprendere un'attività più leggera al 100% (doc. 22).

In seguito al ricorso, l'incarto è stato sottoposto alla Dott.ssa Sereni-Keller (doc. 28, 34) che ha evidenziato come l'ospedalizzazione del 4 settembre 2006, dovuta a lombosciatalgia, ha permesso di escludere

la necessità di un nuovo intervento chirurgico d'ernia discale, in quanto la parestesia del nervo sciatico popliteo esterno (destro) è di entità moderata ed il quadro discale lombare non giustifica alcun intervento. Del resto, osserva la Dott.ssa Sereni-Keller, lo stesso Dott. Montinaro, nel rapporto neurochirurgico del 26 settembre 2006 (doc. 11), ha escluso tale eventualità, peraltro rifiutata dal paziente. È comunque vero che il successivo rapporto EMG del 2 marzo 2007 conferma la presenza di una radicolopatia L4-L5 di tipo cronico. Alla luce del rapporto del Dott. Russo (14 giugno 2008), emerge soprattutto una limitazione funzionale del rachide di $\frac{1}{4}$ e la manovra di Lasègue positiva a 70° a destra. Un quadro di discrete limitazioni funzionali del rachide viene descritto anche dal Dott. Scarcella nel suo rapporto dell'8 ottobre 2008. Viene anche fatto cenno a una sindrome del tunnel carpale, bilateralmente, comunque non oggettivata e non menzionata nell'E 213. Inoltre, questi ultimi due sanitari, di parte, accennano anche a disturbi della personalità, alcoolismo e depressione. Ora, queste affezioni compaiono per la prima volta con tali referti. Nessun documento ad atti, menziona tali patologie, perlomeno fino alla data dell'impugnata decisione. Anche se, come lo pretende il ricorrente, queste turbe (psichiche) sarebbero presenti da anni, rilevando la circostanza che l'interessato assume regolarmente antidepressivi ed ansiolitici, la Dott.ssa Sereni-Keller osserva giustamente che le stesse non hanno mai impedito all'interessato di svolgere una regolare attività lucrativa fino, perlomeno, al 30 aprile 2007, ed in misura superiore al 60% fino al 31 dicembre successivo.

Altre patologie vengono accennate dai periti di parte, come un'ipercolesterolemia, un cheratocono all'occhio destro, una non meglio misurata ipertensione arteriosa, una gastroduodenite cronica. Si tratta di turbe del tutto banali che non giustificano certo il riconoscimento di invalidità di rilievo. A titolo abbondanziale si può precisare che gran parte delle turbe accennate dai due sanitari di parte non sono riscontrate prima della data dell'impugnata decisione e non vengono documentate ma semplicemente elencate e che ad ogni modo esulano dal periodo di cognizione giudiziaria di cui al considerando 5.

Dunque, per l'essenziale le patologie invalidanti che interessano l'insorgente sono di carattere ortopedico/neurologico. Secondo la consulente dell'UAIE, pur prendendo atto delle descrizioni rilasciate dai Dott.ri Scarcella e Russo, le limitazioni funzionali sono da imputare

alla problematica sciatalgica/erniaria e giustificano la cessazione dell'attività lucrativa di operaio tornitore del settore metallurgico a partire da maggio 2007, ma non avrebbero impedito all'assicurato di riprendere un'attività più leggera, semisedentaria in misura dell'80% dopo questa data, ma solo del 50% dal 1° gennaio 2008.

10.2 Lo scrivente Tribunale ritiene che l'interessato ha lavorato a tempo pieno fino al 30 aprile 2007. Dopo questa data ha ripreso un lavoro leggero fino al dicembre successivo con una perdita di guadagno del 45%. Nessuna invalidità può quindi essere ammessa prima del 30 aprile 2007. Va rilevato che la stessa perizia medica particolareggiata del 13 aprile 2007 (doc. 17), coerentemente con la situazione lavorativa di fatto del richiedente, pur ponendo un tasso d'invalidità medico teorico del 50%, indica chiaramente che l'assicurato può svolgere a tempo pieno il suo ultimo lavoro ed ogni altro adeguato alle sue condizioni (doc. 17 cifra 11.4 e seg.).

Un peggioramento dello stato di salute dell'interessato potrebbe essere avvenuto al più presto dopo il mese di maggio 2007 quando la radicolopatia e le relative limitazioni funzionali lo avrebbero costretto ad abbandonare il suo lavoro di tornitore per assumere compiti più leggeri. Questa valutazione può essere condivisa. Nell'incarto medico non vi sono però documenti che giustificerebbero che neppure un'attività leggera sarebbe stata ancora possibile. Il certificato del Dott. Pascali del 6 luglio 2007 indica che l'interessato presenta dei deficit motori e che si sottopone a un trattamento continuo. I dottori Russo e Scarcella, nei loro rispettivi certificati del 14 giugno e 8 ottobre 2008, confermano il carattere ingravescente della patologia ortopedica senza tuttavia specificare la sua evoluzione nel tempo.

La Dott.ssa Sereni-Keller ha preso conoscenza di questa documentazione e ha ammesso che da maggio 2007 l'interessato era impedito nell'esercizio di un'attività leggera al 20% e da dicembre 2007 al 50%. Questo apprezzamento non trova tuttavia riscontro nei documenti medici ad atti. Ancora il 13 aprile 2007, i medici dell'INPS ritenevano esigibile il lavoro di meccanico tornitore quindi, a fortiori, un'attività più leggera. Né il Dott. Pascali né nessun altro documento attestano un repentino aggravamento dello stato di salute. Il Dott. Scarcella nella sua perizia dell'8 ottobre 2008 rileverebbe certo un quadro patologico più grave ma questa perizia esula dal potere di cognizione giudiziaria di questo Tribunale (cfr. consid. 5). L'interessato ha lavorato a tempo parziale fino al dicembre 2007 ma non è dato

sapere quale è la misura della riduzione della sua capacità lavorativa in attività leggere. Non si vede neppure per quale motivo l'incapacità di lavoro sarebbe aumentata dal 20 al 50% nel dicembre 2007. Questa circostanza non trova conferma in alcun esame medico. Per stabilire la data dell'aggravamento non ci si può riferire esclusivamente alla data della cessazione dell'attività lucrativa, che può essere imputabile anche ad altri motivi. Mancano inoltre i referti oggettivi, come ad esempio radiografie, per potere fare una diagnosi precisa delle patologie di cui è affetto l'interessato.

10.3 Visto quanto precede, si deve ritenere che la decisione impugnata non poggia su di un'adeguata istruttoria. Ora, fatte queste considerazioni, il collegio giudicante si trova nell'impossibilità di determinare la misura dell'eventuale incapacità di lavoro e di guadagno subita dall'interessato e da quando questa invalidità esisterebbe.

11.

11.1 In queste circostanze è necessario accogliere parzialmente il ricorso, annullare la decisione impugnata e rinviare l'incarto all'UAIE, affinché emani una nuova decisione. Certo, l'art. 61 cpv. 1 PA permette solo eccezionalmente di ricorrere ad una tale procedura. Nel caso concreto, l'applicazione dell'eccezione prevista è tuttavia giustificata se si considerano le numerose lacune dell'incarto e l'ampiezza delle informazioni da raccogliere.

11.2 L'UAIE dovrà quindi completare l'istruttoria delucidando la situazione medica da maggio 2007 fino alla data dell'impugnata decisione (23 maggio 2008). L'UAIE emanerà poi un nuovo provvedimento impugnabile. A tale fine il ricorrente dovrà essere sottoposto ad un esame approfondito in ortopedia/neurologia, psichiatria ed internistica nonché a tutti quegli esami specialistici che il caso richiede.

L'incarto sarà poi inviato in esame al servizio medico dell'UAIE, il quale si pronuncerà in merito all'evoluzione dell'incapacità al lavoro dopo il maggio 2007, nonché in merito all'attività professionale che il ricorrente avrebbe potuto espletare nel periodo suddetto. Se del caso, l'Autorità amministrativa effettuerà poi un'adeguata e circostanziata indagine comparativa dei redditi.

12.

Visto l'esito del ricorso, non si prelevano spese processuali.

In base all'art. 64 PA, l'autorità di ricorso, se ammette il ricorso in tutto o in parte, può assegnare al ricorrente un'indennità per le spese indispensabili e relativamente elevate che ha sopportato. Nel caso in esame, viste la memoria di ricorso e di replica, nonché la documentazione esibita, si giustifica riconoscere alla parte ricorrente un'indennità per spese ripetibili di Fr. 1'400.-, da porre a carico dell'UAIE.

Per questi motivi, il Tribunale amministrativo federale pronuncia:

1.

Il ricorso è parzialmente accolto nel senso che, annullata l'impugnata decisione del 23 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.

3.

Alla parte ricorrente è riconosciuta un'indennità per spese ripetibili di Fr. 1'400.-, la quale è posta a carico dell'Ufficio AI intimato.

4.

Comunicazione a:

- rappresentante del ricorrente (raccomandata A/R)
- 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 adempiute 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: