



Corte III
C-4300/2011

Sentenza del 14 settembre 2012

Composizione

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

Parti

A. _____, patrocinato dalla UCM, Federazione Utenti
Sanità Pubblica, Sig. Ludovico Gentile, Via Peri 2A, casella
postale 5685, 6901 Lugano,
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 7 luglio 2011.

Fatti:**A.**

A._____, cittadino italiano, nato il , ha lavorato in Svizzera a partire dal 1991 solvendo regolari contributi all'assicurazione svizzera per la vecchiaia, i superstiti e l'invalidità. Dal 1993 era alle dipendenze di una impresa di costruzioni di Lugano come aiuto muratore; il dipendente è rimasto assente dal lavoro per malattia/infortunio dal 17 al 26 gennaio, dal 18 aprile al 4 maggio, dal 14 luglio al 19 ottobre 2008, dal 27 gennaio all'8 febbraio, dal 25 marzo 2009 in poi (doc. 18). Il 25 marzo 2009 il nominato si è annunciato all'assicurazione svizzera per l'invalidità ed in data 1° luglio 2009 ha inoltrato una formale domanda di prestazioni AI (doc. 11). L'Ufficio AI del Cantone Ticino, competente per esaminare sul merito la pratica, ha convocato l'interessato per un primo colloquio (il 1° luglio 2009), dal quale è emerso che presenta problemi di salute per una lombosciatalgia destra e per gli esiti di un infortunio avvenuto il 28 aprile 2009 (doc. 12). Il 1° settembre 2009, l'Ufficio AI cantonale ha proposto di attendere l'evoluzione della situazione dal lato infortunistico.

B.

È stato esibito l'incarto dell'Istituto nazionale svizzero di assicurazione contro gli infortuni (INSAI/SUVA). Dallo stesso emerge che il nominato, il 28 aprile 2009, ha subito un incidente della circolazione (tamponamento). Dai primi accertamenti, risulta che A._____ ha riportato una distorsione alla colonna vertebrale (doc. 33, 34, 47 inc. SUVA). È stata quindi riconosciuta un'inabilità lavorativa completa. L'11 febbraio 2010 l'interessato è stato visitato dal Dott. Bernasconi, neurologo, Mendrisio, il quale ha rilevato come il paziente abbia sviluppato una sintomatologia dolorosa a livello cervicale e lombare e che la situazione sarebbe migliorata nel settembre 2009, pur restando un'importante problematica lombare (doc. 50 inc. SUVA). A._____ è stato visitato l'8 marzo 2010 dal Dott. Waldis, chirurgo ortopedico, Lucerna. Lo stesso ha rilevato gli esiti di una distorsione cervicale da imputare all'incidente dell'aprile 2009 ed un'altra simile distorsione del luglio 1998, una spondilolistesi L5, una iniziale degenerazione segmentale C3-C7.

L'INSAI/SUVA, in data 11 maggio 2010 (doc. 38), ha comunicato al proprio assicurato che i disturbi lamentati alla colonna non sono causati dall'infortunio, ma sono d'attribuire ad una malattia, mentre i disturbi alla cervicale sono ormai da tempo asintomatici. L'assicuratore infortuni ha riconosciuto prestazioni a titolo volontario (indennità giornaliera, spese di

cura) fino al 31 maggio 2010. Dal canto suo, l'assicuratore malattia (Helsana; di seguito CM) ha comunicato all'Ufficio AI che dal 1° giugno 2010 avrebbe corrisposto prestazioni assicurative (doc. 40) al 100%. Non risultano ad atti particolari approfondimenti medici da parte della CM.

Nel frattempo A. _____ ha inviato all'Ufficio AI alcuni atti medici, segnatamente: un'ecografia del tessuto molle regione trocanterica bilaterale del 10 settembre 2010; certificati non sempre ben leggibili del Dott. Prof. Frontino, specialista in ortopedia, Milano (doc. 50).

L'Ufficio AI ha sottoposto gli atti al proprio medico, Dott. Andreoli, il quale, nel rapporto del 23 novembre 2010, ha disposto una visita specialistica dal Dott. Pancaldi, Locarno (doc. 51). Il nominato è stato visitato il 2 febbraio 2011. Nel rapporto del 4 marzo 2011, l'esperto in reumatologia ha rilevato la diagnosi sostanziale di sindrome lombo vertebrale cronica senza neurologia in spondilolisi e spondilolistesi grado I L5, cervicalgie con iniziali alterazioni degenerative in particolare a livello C5/6, stato dopo distorsione della cervicale nel 1997 (?) e aprile 2009. Il reumatologo stima che il paziente non potrebbe più svolgere il suo precedente lavoro di muratore. Altri lavori pesanti sono altresì limitati in misura del 70%. Un'attività a lui adatta, che tenga conto di determinati limiti di postura, porto pesi, movimenti, marcia, sarebbe praticabile in misura del 100% con riduzione del rendimento del 10% dal 1° gennaio 2011 (doc. 59).

C.

Un calcolo comparativo dei redditi è stato effettuato dall'Ufficio AI e dallo stesso è risultato che svolgendo un'attività alternativa in misura del 90%, invece di quella di muratore, l'interessato subirebbe una perdita di guadagno del 17.53%. In questo calcolo, il salario dopo l'invalidità è stato ridotto del 5% per tenere conto della situazione personale dell'assicurato (doc. 62).

In data 29 marzo 2011 (doc. 64), l'Ufficio AI cantonale ha disposto il riconoscimento del diritto alla rendita intera AI dal 1° marzo 2010 (un anno dopo la cessazione dell'attività lucrativa) fino al 31 marzo 2011, ossia tre mesi dopo il presunto miglioramento determinato dal Dott. Pancaldi.

Nel frattempo, anche l'Helsana, sulla scorta del rapporto del Dott. Pancaldi, con decisione del 18 aprile 2011, ha limitato la propria copertura assicurativa (indennità giornaliera) fino al 17 luglio 2011, dopo di che corrisponderà un indennizzo pari al 38% dell'indennità giornaliera completa (doc. 67).

Con le osservazioni del 4 maggio 2011, A._____, regolarmente rappresentato dal Patronato ITAL di Mendrisio, si è opposto al progetto di decisione di cui sopra (doc. 68). Egli si considera inabile in misura rilevante anche in attività di ripiego. Si oppone dunque alla limitazione nel tempo della prestazione e segnala che dovrà essere operato alla schiena in un ospedale di Milano. Produce, a suffragio delle sue conclusioni, una relazione sanitaria allestita dal Dott. Hüsler di Morbio inferiore. Il sanitario segnala un paziente con notevoli limitazioni funzionali a causa di una sindrome lombo radicolare destra con deficit sensitivo-motorio, zoppia evidente, paresi flessione plantare ed estensione del piede sinistro. È previsto un intervento di stabilizzazione chirurgica, per cui, giudica il medico, attualmente vi è un'incapacità di lavoro totale anche in attività di sostituzione (doc. 68).

L'incarto è stato sottoposto in esame al Dott. Andreoli, il quale, nella sua nota del 13 maggio 2011 (doc. 70), ritiene ininfluenza quanto emerso dalla perizia del Dott. Hüsler. Con complemento di osservazioni del 3 giugno 2011, il richiedente ha fatto pervenire all'Ufficio AI una RM lombare del 24 maggio 2011 (doc. 73-2) che, sottoposta al Dott. Andreoli, non ha determinato un cambiamento di parere di questo sanitario (doc. 76).

Mediante decisione del 7 luglio 2011, l'Ufficio dell'assicurazione per l'invalidità per gli assicurati residenti all'estero (UAIE), competente per notificare decisioni di assicurati non residenti in Svizzera, ha erogato in favore di A._____ una rendita intera dell'assicurazione svizzera per l'invalidità dal 1° marzo 2010 al 31 marzo 2011 (doc. 79).

D.

Con il ricorso depositato il 3 agosto 2011, A._____, regolarmente rappresentato dalla Federazione Utenti Sanità Pubblica (UCM) chiede, sostanzialmente, che la rendita intera sia erogata anche dopo marzo 2011. Oltre a documentazione già ad atti, l'interessato produce un nuovo certificato del Dott. Hüsler, dove è in cura per sindrome lomboradicolare destra su anterolistesi di L5 su S1 e schisi paraistimica a destra, ernia discale posteriore ad ampio raggio paramediana destra con deficit neurologico sensitivo-motorio, sindrome cervicale con alterazioni unco-degenerative C3-C4 a destra, perdita fisiologica della lordosi cervicale. Il medico considera il paziente inabile anche in attività leggere e reputa quale unica soluzione un intervento chirurgico per il quale il paziente è in lista d'attesa presso un istituto specialistico a Milano.

In un secondo tempo, la parte ricorrente ha esibito un referto psichiatrico del 12 settembre 2011, a cura del Dott. Bajetta, che attesta una sindrome da disadattamento reazione prolungata, disturbo da attacchi di panico, ciò che comporta una diminuzione della capacità di lavoro generale del 50%.

E.

Ricevuto il ricorso, l'Ufficio AI del Cantone Ticino ha sottoposto gli atti al Dott. Erba, del proprio servizio medico. Questi, nella sua nota del 19 agosto 2011, ha affermato che la documentazione esibita non comprova un mutamento di rilievo della conclusioni già esposte dal Dott. Pancaldi (il Dott. Erba, tuttavia, non ha esaminato la refertazione successivamente prodotta).

Nella sua risposta ricorsuale del 21 settembre 2011, l'Ufficio AI ticinese propone la reiezione dell'impugnativa. Alle stesse conclusioni giunge l'UAIE nella sua risposta di causa del 28 settembre 2011.

F.

Con replica del 24 ottobre 2011, il rappresentante del ricorrente ha ribadito l'intenzione del proprio assistito di mantenere il ricorso. Da una nota successiva del 22 novembre 2011 della UCM all'Helsana si evince che l'interessato è stato ricoverato il 21 novembre 2011 in un ospedale specialistico di Milano. Il 7 dicembre 2011, l'UCM ha completato la sua replica facendo presente che l'assicurato è stato operato a due riprese a Milano (24 e 29 novembre 2011) e ribadisce l'invalidità assoluta del ricorrente in qualsiasi professione. Produce un estratto di cartella clinica relativo al ricovero dal 23 novembre al 3 dicembre 2011 per artrodesi posteriore strumentata L5-S1 ed artrodesi anteriore L5-S1 per lombo sciatalgia cronica destra in spondilolistesi istimica L5-S1.

Con duplice del 21 novembre 2011 l'Ufficio AI ticinese ripropone la reiezione del ricorso, come anche l'UAIE nella sua duplice del 13 dicembre 2011. Nelle osservazioni complete del 6 dicembre 2011, l'Ufficio AI ticinese rileva che quanto sostenuto con il ricorso e con la documentazione in seguito prodotta esula dal periodo di cognizione giudiziaria.

G.

Il 28 dicembre 2011 l'UCM ha ribadito le sue conclusioni, asserendo che anche se alcuni referti medici sono posteriori alla data dell'impugnata decisione, essi si riferiscono a patologie già in corso dal 2009 e che stanno ancora causando un'incapacità di lavoro. Non vi sarebbe alcun improvvi-

so miglioramento dopo il 1° gennaio 2011/31 marzo 2011. Produce, quale nuovo documento, un certificato del Dott. Hüsler del 15 dicembre 2011.

H.

Con decisione incidentale del 3 gennaio 2012, la parte ricorrente è stata chiamata a versare un anticipo di 400 franchi corrispondente alle presunte spese ricorsuali. Tale anticipo è stato versato il 7 gennaio 2012.

I.

La parte ricorrente ha poi prodotto un attestato del 17 febbraio 2012 a cura del Dott. Lovi circa le modalità dell'intervento di artrodesi subito. Il 4 luglio 2012, il ricorrente ha prodotto un referto a cura del Dott. Andrea del 2 luglio 2012 riguardante un accertamento per gli esiti dell'intervento.

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 possono essere portate innanzi a questo Tribunale 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 400 franchi. Il gravame è dunque ammissibile, nulla ostando all'esame del merito dello stesso.

3.

3.1 Il ricorrente è cittadino di uno Stato membro della Comunità europea. Di conseguenza, è applicabile, nella specie, l'accordo sulla libera circolazione delle persone del 21 giugno 1999 fra la Confederazione svizzera, da una parte e la Comunità europea ed i suoi Stati membri dall'altra, entrato in vigore il 1° giugno 2002 (ALC, RS 0142.112.681).

3.2 L'allegato II che regola il coordinamento dei sistemi di sicurezza sociale è stato modificato il 1° aprile 2012 (Decisione 1/2012 del Comitato misto del 31 marzo 2012; RU 2012 2345). Tuttavia, il caso in esame rimane regolato (a seguito del rinvio dell'art. 80a LAI) dalla versione dell'allegato II in vigore fino al 31 marzo 2012 (cfr. RU 2002 1527, RU 2006 979 e 995, RU 2006 5851, RU 2009 2411 e 2421), in base al quale le parti contraenti applicano fra di loro gli atti comunitari seguenti: 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 (RU 2004 121, RU 2008 4219, RU 2009 4831), normativa applicabile a tutte le rendite il cui diritto nasce a far data dal 1° giugno 2002 o successivamente e che sostituisce le Convenzioni di sicurezza sociale che disciplinavano i rapporti fra due o più Stati (art. 6 del regolamento) ed il regolamento (CEE) n° 574/71 del Consiglio del 21 marzo 1972 relativo all'applicazione del regolamento (CEE) n° 1408/71 (RU 2005 3909, RU 2009 621, RU 2009 4845).

3.3 Secondo l'art. 3 del regolamento (CEE) n° 1408/71, i cittadini degli Stati membri della Comunità europea ed i cittadini svizzeri godono della parità di trattamento. In base all'art. 20 ALC, salvo disposizione contraria contenuta nell'allegato II, gli accordi bilaterali fra la Svizzera e gli Stati membri della Comunità europea in materia di sicurezza sociale sono sospesi con l'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 i 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 d'in-

validità svizzera sono regolate dal diritto interno svizzero (DTF 130 V 257 consid. 2.4).

4.

Relativamente al diritto applicabile, deve essere 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. Le disposizioni relative alla 6^a revisione AI (primo pacchetto di misure), che sono entrate in vigore il 1° gennaio 2012, non sono invece applicabili (RU 2011 5659, FF 2010 1603).

5.

5.1 Il periodo di cognizione giudiziaria dello scrivente Tribunale amministrativo federale si estende fino al 7 luglio 2011, 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 131 V 9 consid. 1, 130 V 445 consid. 1.2 con i rinvii).

5.2 Può essere tuttavia precisato che il giudice deve tenere conto dei fatti verificatisi dopo la data dell'impugnata decisione quando essi possono imporsi quali elementi d'accertamento retrospettivo della situazione anteriore alla decisione stessa (DTF 129 V 1 consid. 1.2, DTF 121 V 362 consid. 1b). In altri termini, dei fatti sopraggiunti posteriormente alla data della decisione dell'autorità inferiore devono nondimeno essere presi in considerazione se sono strettamente connessi all'oggetto litigioso e sono suscettibili di influire sull'apprezzamento del giudice al momento in cui detta decisione litigiosa è stata resa (cfr. sentenze del Tribunale federale 8C_278/2011 del 26 luglio 2011 consid. 5.5, 9C_116/2010 del 20 aprile 2010 consid. 3.2.2., DTF 121 V 362 consid. 1b, DTF 118 V 200 consid. 3a in fine, DTF 99 V 98 consid. 4).

6.

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

- essere invalido ai sensi della legge svizzera;

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

Nella specie, il ricorrente ha versato contributi all'AVS/AI svizzera per un periodo superiore ai 3 anni. Pertanto, adempie la condizione della durata minima di contribuzione, alla quale la legge subordina l'erogazione di una rendita. Rimane ora da esaminare se sia invalido ai sensi di legge.

7.

7.1 In base all'art. 8 LPGA è considerata invalidità l'incapacità al guadagno totale o parziale presumibilmente permanente o di lunga durata. L'art. 4 LAI precisa che l'invalidità può essere conseguente ad infermità congenita, malattia o infortunio; il cpv. 2 della stessa norma stabilisce che l'invalidità è considerata insorgere quando, per natura e gravità, motiva il diritto alla singola prestazione.

7.2 L'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 LPGA) almeno del 40% in media durante un anno senza notevole interruzione; e c. al termine di questo anno è invalido almeno al 40%. Tuttavia, il diritto alla rendita nasce al più presto dopo 6 mesi dalla data in cui l'assicurato ha rivendicato il diritto alle prestazioni conformemente all'art. 29 cpv. 1 LPGA, ma al più presto a partire dal mese seguente il compimento dei 18 anni (art. 29 cpv. 1 LAI).

7.3 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. 2 LAI). In seguito all'entrata in vigore dell'Accordo bilaterale, la limitazione prevista dall'art. 29 cpv. 4 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 (DTF 130 V 253 consid. 2.3).

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 LPGGA).

7.5 Una rendita limitata e/o crescente nel tempo corrisponde, materialmente, ad una revisione ai sensi dell'art. 17 LPGGA 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 del 17 gennaio 1961 sull'assicurazione per l'invalidità (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 L'interessato ha lavorato, sebbene con frequenti assenze da imputare a malattia/infortunio fino al 25 marzo 2009. Per il seguito non ha più ripreso un'attività lucrativa.

8.2 La nozione d'invalidità di cui all'art. 4 LAI e 8 LPGGA è di carattere giuridico economico, non medico (DTF 116 V 249 consid. 1b). In base all'art. 16 LPGGA, applicabile per il rinvio dell'art. art. 28a cpv. 1 LAI, 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.

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).

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 e 122 V 160).

9.

9.1 Nella fattispecie, l'interessato presenta da tempo un'affezione di tipo ortopedico/neurologico alla schiena che è andata sempre più accentuandosi nel corso del tempo. Sono presenti infatti nell'incarto dell'INSAI/SUVA documenti che attestano problemi di salute già nel 1998. Infortuni non gravi (senza lesioni ossee) sono avvenuti nel 1998, 1999 e nel 2004. Il 28 aprile 2009 è incorso in un altro infortunio in esito ad un tamponamento subito. Anche in questo caso non vi sono state conseguenze infortunistiche maggiori e, l'INSAI/SUVA, pur riconoscendo le proprie prestazioni fino al 31 maggio 2010, ha poi negato le stesse rinvando il caso all'assicuratore malattia, il quale non ha contestato il proprio obbligo di copertura. Nella fattispecie, si tratta quindi di valutare più che degli esiti di un infortunio tutto sommato non grave, un processo patologico a carico del rachide in toto che comporta aspetti sia ortopedici che neurologici.

9.2 Per un riassunto diagnostico, ci si può fondare sulla perizia fatta allestire dall'Ufficio AI cantonale dal Dott. Pancaldi. Egli rileva, come diagnosi con ripercussione sulla capacità lavorativa, una sindrome lombo vertebrale cronica senza neurologia su/con spondilolisi e spondilolistesi di grado I L5, cervicalgie su/con iniziali alterazioni degenerative in particolare a livello C5/C6; stato dopo distorsione cervicale nel 1997/98 e nell'aprile 2009; come diagnosi senza ripercussioni sulla capacità lavorativa, una tendenza fibromialgica.

La documentazione esibita dopo la perizia del Dott. Pancaldi è divergente su più punti. In particolare il Dott. Hüsler, generalista, autore di una relazione del 20 aprile 2011, rileva una sindrome lomboradicolare destra su di un'anterolistesi di L5 su S1 e schisi paraistimica a destra, ernia discale posteriore ad ampio raggio paramediana destra con deficit neurologico sensitivo-motorio, nonché sindrome cervicale con alterazioni uncodenerative C3-C4 a destra e parziale compromissione del relativo forame di congiunzione, perdita della fisiologica lordosi cervicale con tendenza ad inversione al passaggio C4-C5. Il nominato è stato operato nel novembre 2011 in due riprese di artrodesi (posteriore strumentata L5-S1 ed anteriore L5-S1) per lombo sciatalgia cronica a destra in spondilolistesi istimica L5-S1.

10.

10.1 Nella fattispecie non è contestato il riconoscimento del diritto alla rendita intera d'invalidità dal 1° marzo 2010. Gli atti (cfr. incarti IN-

SAI/SUVA e CM) non danno indicazioni per discostarsi dal riconoscimento di una rendita intera dal 1° marzo 2010. In proposito va ricordato che l'assicuratore infortuni ha riconosciuto delle prestazioni fino al 31 maggio 2010. In seguito l'incarto è stato trasmesso all'Ufficio AI perché la problematica non era più imputabile all'infortunio ma all'aggravamento della malattia. L'autorità inferiore ammette un'incapacità di lavoro per questo motivo fino al 31 dicembre 2010 ma ritiene un miglioramento a partire da questa data. Le parti sono quindi d'accordo con il riconoscimento della rendita intera almeno fino al 31 marzo 2011 (tre mesi dopo il presunto miglioramento). Lo scrivente collegio può aderire a questa valutazione. L'oggetto dei considerandi seguenti sarà quindi limitato all'esame della soppressione della rendita dopo il 31 marzo 2011 alla luce dell'applicazione analogica delle regole sulla revisione sopra ricordate (consid. 7.5 e 7.6).

10.2 Per quanto concerne le conseguenze invalidanti delle menzionate affezioni, il servizio medico dell'Ufficio AI cantonale ha fondato il suo parere sulla perizia del Dott. Pancaldi. Questo accertamento è stato richiesto dall'Ufficio AI cantonale al fine di aggiornare la situazione valetudinaria del A._____. Ora, dopo esame della perizia del Dott. Pancaldi in relazione segnatamente all'evoluzione della patologia denunciata, questo collegio giudicante non può prestarvi adesione.

La perizia del Dott. Pancaldi, che esclude disturbi neurologici di tipo radicolare, parte da una premessa poi rivelatasi errata secondo la quale "l'indicazione di un intervento operatorio deve essere valutata attualmente molto criticamente, in assenza di deficit neurologici". Tale giudizio è stato smentito dai fatti, dal momento che già nell'aprile 2011 era stato programmato un intervento chirurgico presso un istituto neurochirurgico altamente specializzato di Milano (doc. 68.10). La presenza di disturbi neurologici è dunque innegabile. In questo senso, la perizia del Dott. Pancaldi non può essere condivisa.

Ora, se è vero che l'intervento neuro-chirurgico è stato effettuato solo nel novembre 2011, ossia ad una data che esula dal periodo di cognizione giudiziaria, ciò è più dovuto a motivi di sovraccarico di richieste sanitarie nel Paese di residenza dell'assicurato (liste d'attesa), e non certo a patologie insorte dopo tale periodo.

Visto quanto precede, l'argomentazione dell'autorità inferiore secondo la quale il problema dell'intervento chirurgico avvenuto a novembre 2011 esulerebbe dal periodo di cognizione giudiziaria, non è convincente. Questo intervento è in stretta relazione con il complesso patologico denuncia-

to e se è stato effettuato su consiglio di specialisti significa che la situazione generale del paziente non era soddisfacente per cui ci si poteva attendere, con detta operazione, un miglioramento del quadro generale. L'operazione d'artrodesi è in altre parole in stretta relazione con la problematica medica in esame nel corso dell'istruttoria e deve essere esaminata nel contesto del periodo di cognizione giudiziaria (cfr. consid. 5.2).

A questo proposito, può essere osservato che anche l'esclusione di un intervento operatorio ritenuta dal neurologo Dott. Bernasconi l'11 febbraio 2010 non è più attuale ed è stata smentita dai fatti.

In queste circostanze, dopo aver ricevuto le osservazioni al progetto di decisione, l'Ufficio AI avrebbe dovuto sottoporre il caso al Dott. Pancaldi, per una rivalutazione, oppure ad un neurochirurgo. La problematica infatti non era più di natura meramente reumatologica/ortopedica, quanto piuttosto neurologica.

10.3 Lo stato critico dell'assicurato è confermato dal Dott. Hüsler. Questo medico descrive un paziente obbligato a portare un corsetto di sostegno lombare tutta la giornata, che assume e cerca continuamente posizioni antalgiche. I dolori irradiano dalla regione lombosacrale alla gamba destra fino al ginocchio; camminando la gamba destra diventa progressivamente più pesante con tendenza ad inciampare; chinandosi in avanti il paziente accusa bloccaggi con dolori brucianti alla gamba destra. Per camminare usa una stampella a destra con presenza di forte zoppia e scarico della gamba destra. Determinante, nel presente caso, contrariamente a quanto sostenuto dal Dott. Pancaldi, è che la situazione non è per nulla stabilizzata nel gennaio/aprile 2011. Come osserva il Dott. Hüsler, nell'aprile 2011, l'incapacità di lavoro resta completa per qualsiasi professione e sarà da riesaminare dopo l'intervento operatorio. Queste motivazioni vengono ribadite dallo stesso medico nei suoi più brevi rapporti successivi (21 luglio 2011 e 15 dicembre 2011), dove si insiste sulla sofferenza radicolare dell'affezione in corso.

10.4 Ancora si può aggiungere che l'autorità inferiore non ha portato la prova di un miglioramento della situazione valetudinaria del paziente da lei determinata al 1° gennaio 2011. La valutazione del Dott. Pancaldi non è motivata e viola pertanto le regole in materia di qualità ed esigenze di una perizia medica (cfr. consid. 8.4). In particolare, il sanitario non spiega perché le condizioni di salute del paziente sarebbero migliorate dalla data da lui riferita ed in cosa consista, rispetto al periodo precedente, tale presunto miglioramento.

10.5 Infine, in sede ricorsuale è stata sollevata, da parte del Dott. Bajetta, l'esistenza di una patologia psichiatrica (referto del 12 settembre 2011). Questo rilevamento non è stato esaminato da parte dell'Ufficio AI. In particolare non è stato stabilito quando questi disturbi siano insorti, non può essere infatti dato per scontato che la loro insorgenza sia posteriore alla data della decisione impugnata.

11.

11.1 Visto quanto precede, il collegio giudicante deve dapprima confermare il diritto alla rendita intera dal 1° marzo 2010 fino al 31 marzo 2011 (cfr. consid. 10.1, in proposito DTF 137 V 314 consid. 3.2.4).

11.2 Invece, viste le precedenti considerazioni, ossia la carenza istruttoria dal punto di vista medico, il collegio giudicante si trova nell'impossibilità di determinare la misura dell'eventuale incapacità di lavoro e di guadagno subita dall'interessato dopo il 31 marzo 2011. 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 considera che nella fattispecie l'autorità inferiore deve procedere a un complemento istruttorio di una perizia già ad atti ed una valutazione di una situazione che non si era stabilizzata (cfr. sentenza del Tribunale federale 137 V 210 consid. 4.4.1.4). Potrebbero inoltre esistere problemi di natura psichiatrica sorti in periodo imprecisato.

11.3 L'UAIE dovrà quindi completare l'istruttoria sottoponendo l'assicurato ad una perizia ortopedica/neurologica ed anche psichiatrica, al fine di delucidare la situazione medica dopo il 31 marzo 2011, fino alla data dell'impugnata decisione (7 luglio 2011). L'UAIE emanerà poi un nuovo provvedimento impugnabile. Se del caso, in considerazione dei risultati emersi dall'indagine medica, l'autorità inferiore effettuerà poi un'adeguata e circostanziata indagine comparativa dei redditi.

12.

12.1 Visto l'esito del ricorso, non vengono prelevate spese processuali. L'anticipo per le spese processuali di Fr. 400.- è restituito al ricorrente.

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 si giustifica riconoscere alla parte ricorrente un'indennità per spese ripetibili di Fr. 700.-, 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 7 luglio 2011, gli atti sono rinviati all'autorità inferiore perché proceda ai sensi del considerando 11 e statuisca di nuovo.

2.

Non si prelevano spese processuali e l'anticipo di 400 franchi fornito dal ricorrente gli viene restituito.

3.

Alla parte ricorrente viene riconosciuta un'indennità per spese ripetibili di 700 franchi, la quale è posta a carico dell'autorità inferiore.

4.

Comunicazione a:

- rappresentante ricorrente (atto giudiziario)
- 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 (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: