



Corte III
C-4327/2011

Sentenza del 10 luglio 2012

Composizione

Giudici: Francesco Parrino (presidente del collegio),
Madeleine Hirsig-Vouilloz, Elena Avenati-Carpani,
Cancelliere: Dario Croci Torti.

Parti

A. _____,
ricorrente,

contro

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

Oggetto

Assicurazione invalidità, decisione del 22 giugno 2011.

Fatti:**A.**

A._____, cittadino italiano, nato il , coniugato, ha lavorato in Svizzera dal 1973 al 2009, essenzialmente nel settore dei rivestimenti interni, parchettista, solvendo regolari contributi all'assicurazione svizzera per la vecchiaia, i superstiti e l'invalidità (doc. 1-7). Dal 1° gennaio 2008 era alle dipendenze di una ditta di rivestimenti interni di Manno, in qualità di posatore di pavimenti; il dipendente è risultato incapace al lavoro dal 6 luglio 2009 (doc. 9.1). In seguito a continui dolori dorsolombari, in data 16 dicembre 2009, il nominato ha formulato una domanda volta al conseguimento di prestazioni dell'assicurazione svizzera per l'invalidità (doc. 3).

B.

L'Ufficio dell'assicurazione per l'invalidità del Cantone Ticino ha acquisito agli atti l'incarto della cassa malati Helsana (CM). Da questo plico emergono in particolare i seguenti documenti:

- l'annuncio di malattia per il 7 luglio 2009 (doc. 2.1 CM);
- una risonanza magnetica (RM) rachide lombosacrale del 4 agosto 2009 ed un'altra del 2 ottobre 2009 (doc. 9.1 CM), un rapporto d'esame ortopedico del 15 ottobre 2009 (doc. 10-1 CM);
- una relazione medica specialistica allestita l'11 dicembre 2009 dal Dott. Goldinger di Mendrisio che rileva (sostanzialmente) una sindrome lombo-vertebrale cronica con intermittente irritazione radicolare su turbe statiche ed alterazioni degenerative tra L4 ed S1 ed esiti di operazione erniaria L5/S1 nel 2003; l'esperto ha ritenuto il paziente ancora inabile nel precedente lavoro, mentre in attività di sostituzione, a determinate condizioni di postura, porto pesi, marcia, ecc., egli sarebbe abile al cento per cento (doc. 11 CM);
- un referto tomografico assiale computerizzato lombare (TAC), come pure una RM lombosacrale del 2003 (doc. 12-9, 12-10 CM);
- l'annuncio da parte della CM del caso di malattia di lunga durata all'assicurazione per l'invalidità del 16 dicembre 2009 (doc. 13.1 CM);
- la decisione 2 novembre 2010 della CM che riconosce in favore di A._____ il diritto all'indennità (completa) per perdita di guadagno per 4

mesi (fino al 1° marzo 2011); la CM stima che dopo tale data la sua invalidità corrisponderebbe al 34%, sulla base di un salario nel suo precedente lavoro di 78'579 franchi e un reddito teorico in altro lavoro a lui consono (tenuto conto delle limitazioni) dopo l'invalidità di 52'001 franchi; dopo il 1° marzo 2011, A._____, in base a questa decisione ed alle disposizioni legali, riceverà il 34% dell'indennità giornaliera fino ad esaurimento del diritto (doc. 16 CM). Un'opposizione contro questo provvedimento è stata respinta dalla CM Helsana con decisione del 31 gennaio 2011 (doc. 64).

C.

Per quanto di competenza dell'assicurazione invalidità, l'Ufficio incaricato ha acquisito agli atti un certificato completo del medico ortopedico curante Dott. Rossini del 18 febbraio 2010 che giudica il paziente invalido in misura totale dal 7 luglio 2009 (doc. 12).

Nel frattempo, il medico dell'Ufficio AI (Dott.ssa De Angelis, rapporto del 3 maggio 2010, doc. 24), dopo aver ripreso la diagnosi esposta dal Dott. Goldinger (cfr. inc. CM, doc. 11), ne ha condiviso le valutazioni (inabilità continua nel precedente lavoro, abilità condizionata ad una serie di limitazioni in attività più leggere/semisedentarie). Segue un parere di un ergoterapista (7 maggio 2010) circa le attività di sostituzione che A._____ potrebbe ancora svolgere essenzialmente come magazziniere ed autista (doc. 25). Con comunicazione del 28 maggio 2010, l'Ufficio AI ha disposto un corso d'accertamento (da giugno ad agosto) professionale presso la ditta già datrice di lavoro. In base ad un primo rapporto del 23 giugno 2010 (preceduto da una valutazione ergonomica del 14 giugno; doc. 31, 35) è stato appurato che nella sua nuova mansione di magazziniere/autista, rispettosa dei limiti proposti, l'interessato può lavorare per 2-3 ore al giorno pause comprese. Pertanto, con comunicazione del 24 giugno 2010 (doc. 37), l'Ufficio AI del Cantone Ticino ha disposto la non attuabilità dei provvedimenti integrativi (doc. 37).

Da rilevare è poi la circostanza che la CM, avuto conoscenza della non attuabilità dei provvedimenti integrativi e dei rapporti ergoterapici, ha interpellato il Dott. Goldinger, il quale, nella sua risposta del 25 giugno 2010, ha rilevato che le mansioni affidate a A._____ non erano adeguate (doc. 41) e non corrispondevano alle limitazioni indicate nella sua perizia del dicembre 2009. Su questa base, l'Ufficio cantonale AI ha reinterpellato il proprio medico (doc. 51). La Dott.ssa de Angelis, nella relazione del 6 ottobre 2010, ha ripreso la serie delle limitazioni indicate dal Dott. Goldinger e ha confermato l'incollocabilità dell'assicurato presso

l'ex. datore di lavoro come magazziniere/autista, ma ritenuto lo stesso in grado di svolgere un'attività adeguata al cento per cento (doc. 55).

L'Ufficio AI cantonale ha proceduto ad un calcolo comparativo dei redditi, dal quale è emerso che svolgendo attività alternative in misura completa, invece di quella di parchettista, il nominato subirebbe una perdita di guadagno del 37.92%, ritenuto un salario precedente l'invalidità (2009) di 80'090 franchi ed un introito dopo l'insorgenza dell'invalidità di 61'244.25 franchi, ridotto per contingenze personali (18%) a franchi 50'220.29 (doc. 61). Il consulente in integrazione professionale (CIP), con il rapporto del 17 marzo 2011, ha ripreso le note limitazioni funzionali, ma non ha indicato in quali attività l'interessato potrebbe ancora lavorare (doc. 68).

D.

Con progetto di decisione del 26 aprile 2011, l'Ufficio AI ticinese ha disposto la reiezione della domanda di rendita per carenza d'invalidità di livello pensionabile (doc. 68).

Con scritto del 24 maggio 2011, rappresentato dal Patronato INAS di Lamone, A._____ si è opposto a tale progetto facendo presente che i problemi di salute da lui presentati gli impediscono, in misura rilevante, di svolgere anche attività leggere e che, semmai, nel calcolo comparativo dei redditi, vista la situazione, deve essere applicata la riduzione massima consentita (25%) del salario dopo l'insorgenza dell'invalidità (doc. 78). In un secondo tempo (1° giugno 2011) ha trasmesso un succinto certificato medico dell'ortopedico Dott. Rossini attestante quanto noto ed un tasso d'invalidità totale (doc. 81).

Mediante decisione del 22 giugno 2011, l'Ufficio dell'assicurazione per l'invalidità per gli assicurati residenti all'estero (UAIE) ha respinto la richiesta di prestazioni (doc. 84).

E.

Con il ricorso depositato il 4 agosto 2011, A._____ chiede il riconoscimento del suo diritto alla rendita intera AI. Domanda inoltre l'esenzione dalle spese giudiziarie. Egli ricorda i tratti della patologia in corso e il fallimento del tentativo di riclassamento presso lo stesso datore di lavoro. Contesta le conclusioni della perizia del Dott. Goldinger. Fa presente di aver sempre lavorato come parchettista ed un suo reinserimento in altro lavoro a 55 anni sarebbe illusorio. A suffragio delle sue conclusioni produce una relazione sanitaria allestita il 22 luglio 2011 dal Dott. Pizzagalli, Porlezza. L'esperto rileva che il paziente presenta una sintomatologia do-

lorosa post-discectomia molto importante che colpisce anche gli arti inferiori, accompagnata da grave limitazione funzionale, zoppia alla deambulazione. Il paziente ha tratto scarsi benefici dalle molteplici cure effettuate ed in corso. Il Dott. Pizzagalli ritiene il paziente invalido in misura totale.

F.

Ricevuto il ricorso, l'Ufficio AI ticinese ha sottoposto gli atti al Dott. Erba, del proprio servizio medico, il quale, nel suo rapporto del 19 agosto 2011, ha affermato che dalla relazione del Dott. Pizzagalli non risulterebbe una sostanziale modifica dello stato di salute dell'assicurato.

Nelle suo preavviso al ricorso del 31 agosto 2011, l'Ufficio AI cantonale propone la reiezione dell'impugnativa con argomenti di cui, per quanto occorra, si riferirà nei considerandi in diritto del presente giudizio. Anche l'UAIE, nelle sue osservazioni del 13 settembre 2011, propone la reiezione dell'impugnativa.

Copia delle osservazioni dell'autorità inferiore e della nota del Dott. Erba sono state inviate dal Tribunale amministrativo federale al ricorrente al quale è stata offerta la possibilità di replicare. L'interessato non ha tuttavia replicato (ordinanza del 16 settembre 2011).

G.

Con la stessa ordinanza del 16 settembre 2011, A._____ è stato invitato a esibire i giustificativi riguardanti la sua domanda di esenzione dall'anticipo delle spese giudiziarie ed a compilare la domanda stessa. L'interpellato ha inviato diversa documentazione economica ed il questionario in parola il 10 ottobre 2011.

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). 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 (nel tenore in vigore fino al 31 marzo 2012) 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). 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. I nuovi regolamenti (CEE) n° 883/2004 e n° 987/2009 concernenti il coordinamento dei sistemi di sicurezza sociale in vigore dal 1° aprile 2012 fra la Svizzera e gli Stati membri dell'UE, che sostituiscono i regolamenti (CEE) n° 1408/71 e 574/72, non sono applicabili.

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 (DTF 135 V 24 consid. 4.3). 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.

Il periodo di cognizione giudiziaria dello scrivente Tribunale amministrativo federale si estende fino al 22 giugno 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).

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).

8.

8.1 L'assicurato non ha più svolto attività lucrativa dopo il 6 luglio 2009.

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. 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 (metodo generale del raffronto dei redditi).

8.3 In carenza di documentazione economica, la documentazione medica costituisce un importante elemento di giudizio per determinare quali lavori siano ancora esigibili dall'assicurato, ma non spetta al medico graduare il grado 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.

Nella fattispecie, l'interessato, ora 57enne, presenta una patologia ortopedica/neurologica importante. Secondo la perizia del Dott. Goldinger, svolta nel dicembre 2009 per conto della CM Helsana, il nominato soffre di sindrome lombo vertebrale cronica con intermittente irritazione radicolare (S1 ?) a sinistra in/con: turbe statiche del rachide (tendenzialmente piatto), alterazioni degenerative tra L3 ed S1; L4/L5 netta osteocondrosi con protrusione discale e focalità erniaria paramediana destra, esiti di operazione per ernia discale L5/S1 nel 2003, ipertensione arteriosa. Agli atti non vi è una documentazione medica approfondita, che faccia stato di un'evoluzione eventuale delle patologie in corso o di altre nuove, dopo la perizia del Dott. Goldinger del dicembre 2009. L'Ufficio AI non ha richiesto dall'organismo corrispondente italiano, l'Istituto nazionale della previdenza sociale (INPS), l'abituale perizia medica particolareggiata (E 213).

10.

10.1 Per quanto concerne le conseguenze invalidanti delle menzionate affezioni, il servizio medico dell'Ufficio AI si è fondato sulla perizia svolta nel dicembre 2009 dal Dott. Goldinger per l'assicuratore malattia. Già nel rapporto del 3 maggio 2010, il medico dell'AI (Dott.ssa De Angelis) aveva condiviso in pieno le conclusioni del Dott. Goldinger e l'Ufficio AI aveva disposto un corso d'accertamento (da giugno ad agosto 2010) presso la ditta datrice di lavoro, non più ovviamente come parchettista, attività non più esigibile anche per lo stesso Dott. Goldinger, ma come magazziniere e/o autista. Ora, è risultato ben chiaro che anche tale attività di sostituzione non fosse adatta alla residua capacità dell'assicurato. Tale circostanza è stata ufficialmente verificata dal consulente ergoterapista (doc. 31) e dal responsabile dell'integrazione (doc. 35).

Tramite l'assicuratore malattia, è stato interpellato di nuovo il Dott. Goldinger, il quale ha letto i rapporti dell'ergoterapista. Il reumatologo ha affermato, il 25 giugno 2010, che il fallimento del reinserimento professionale non sarebbe da imputare ad un peggioramento dello stato di salute,

ma piuttosto all'inadeguatezza delle mansioni che il datore di lavoro è in grado d'offrire (doc. 41). Fallito questo tentativo di reinserimento professionale (doc. 37), l'Ufficio AI ha esaminato se l'interessato avesse diritto alla rendita (cfr. proposta del 23 giugno 2010 doc. 36 in fine).

10.2 Questo collegio giudicante ritiene che l'Ufficio AI avrebbe dovuto aggiornare la situazione medica di A. _____ e che pertanto l'istruttoria della domanda di rendita è da ritenersi incompleta.

10.2.1 Dapprima deve essere osservato che il Dott. Goldinger ha svolto la sua perizia per conto dell'assicuratore malattia e si è soffermato in particolare sulla capacità di reinserimento professionale. Ora, se è vero che, a suo tempo, il Tribunale federale delle assicurazioni aveva disposto delle regole circa l'uniformità della nozione d'invalidità nel campo della assicurazioni sociali (DTF 131 V 362 consid. 2.3), il Tribunale federale ha stabilito che la valutazione dell'invalidità è comunque indipendente nei vari rami assicurativi (cfr. 8C_558/2008 del 17 marzo 2009 consid. 2.3).

Se la perizia del Dott. Goldinger poteva bastare nel 2009/2010 nell'ambito di un'analisi del diritto alla reintegrazione professionale, la stessa perde il suo carattere d'attualità, per l'assicuratore invalidità, dal momento in cui questo decide di optare per l'analisi del diritto alla rendita. L'Ufficio AI, prima di procedere al calcolo della perdita di guadagno, avrebbe dovuto far allestire un'indagine propria ed attualizzare la situazione patologica/debilitante del proprio assicurato.

10.2.2 Questo modo di procedere s'imponeva dal momento che in base agli accertamenti eseguiti ed ai rapporti dei responsabili, A. _____ aveva completamente fallito il tentativo di reinserimento professionale. A questo punto, contrariamente a questo afferma il Dott. Goldinger nella sua lettera del 26 giugno 2010, non era escluso che le condizioni di salute di A. _____ fossero nel frattempo peggiorate, né, d'altra parte, il Dott. Goldinger poteva, a 6/7 mesi di distanza dalla sua perizia, sostenere apoditticamente che non vi fosse un peggioramento del suo stato di salute per il semplice motivo che l'assicurato non era stato rivisitato.

10.2.3 Parimenti, vista la natura dell'affezione in esame e le manifestazioni dolorose di origine radicolare in esito, anche, all'operazione erniaria subita nel 2003, l'Ufficio AI avrebbe dovuto fare allestire una visita neurologica. Emerge infatti dal rapporto del Dott. Goldinger che la componente algica del complesso patologico in esame riveste un'importanza primaria

e la stessa non è da ascrivere a manifestazioni fibromialgiche e doglianze soggettive del paziente.

10.2.4 L'Ufficio AI avrebbe inoltre dovuto fare svolgere dal CIP un'indagine più approfondita sulle attività ancora accessibili per il ricorrente. Infatti, le limitazioni funzionali indicate dal Dott. Goldinger sono numerose ed importanti, il che rende problematico anche l'accesso a lavori semplici, ripetitivi che non riedono una particolare formazione. Brevemente si indicherà che il paziente presenta già delle riduzioni al porto di pesi dai 5 ai 10 kg, ha difficoltà nella manipolazione di oggetti ed attrezzi di media grandezza/peso; presenta dei problemi a lavorare con le braccia alzate, la rotazione del tronco è ridotta, la posizione eretta e piegata in avanti è molto ridotta, quella inginocchiata è ridotta; ridotta è anche la posizione eretta; il paziente non può spostarsi per lunghi tragitti; il paziente è limitato nell'eseguire lavori in posizioni inergonomiche del rachide.

Anche in base al solo giudizio del Dott. Goldinger che non è stato aggiornato da parte dell'assicuratore invalidità, visto il fallimento del tentativo di reinserimento professionale, appare ora difficile indicare quali attività residue siano ancora proponibili a A._____ e se queste, viste le limitazioni funzionali, possano essere richieste con un rendimento del cento per cento. Il CIP, sulla base di un nuovo rapporto medico aggiornato, avrebbe dovuto essere più esplicito in materia. Va ricordato, riallacciandosi a quanto esposto ai considerandi 7.4 ed 8.3, che non si può parlare di attività ragionevolmente esigibile quando questa sarebbe realizzabile solo in forma e con modalità talmente ristrette da non esistere in un mercato del lavoro equilibrato oppure con delle condizioni/limitazioni mediche tali da rendere irreperibile un datore di lavoro.

10.3 Quando il parere del medico dell'UAIE diverge dagli altri giudizi e/o non può essere fondato su documentazione oggettiva avente la qualità di prova, occorre procedere ad una nuova investigazione medica. Infatti, è compito del consulente del Servizio medico regionale o del medico dell'UAIE stabilire in che misura il danno alla salute limita l'interessato nelle sue capacità psicofisiche, attenendosi unicamente alle funzioni importanti relative alle attività lavorative che, secondo la sua esperienza di vita, entrano in linea di conto nel caso concreto (art. 49 dell'ordinanza del 17 gennaio 1961 sull'assicurazione per l'invalidità [OAI, RS 831.201]).

11.

11.1 Ora, fatte queste considerazioni, il collegio giudicante si trova nell'impossibilità di determinare la misura dell'incapacità di lavoro e di guadagno subita dall'interessato e da quando questa invalidità esisterebbe.

11.2 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 (DTF 137 V 210 consid. 4.4.1.4).

11.3 L'UAIE dovrà quindi completare l'istruttoria delucidando la situazione medica per il periodo dal luglio 2009 (cessazione dell'attività lucrativa), fino alla data dell'impugnata decisione (22 giugno 2011). L'UAIE emanerà poi un nuovo provvedimento impugnabile.

A tale fine il ricorrente dovrà essere sottoposto ad una perizia approfondita pluridisciplinare in ortopedia e neurologia ed a tutti quegli esami clinici/strumentali che il caso richiede. Se del caso, l'amministrazione effettuerà poi un'indagine comparativa dei redditi.

12.

12.1 Visto l'esito del ricorso, non vengono prelevate spese processuali. La domanda di esenzione dall'anticipo delle spese processuali diventa priva d'oggetto.

12.2 Il ricorrente non avendo agito tramite un rappresentante legale, non vengono riconosciute indennità per spese ripetibili.

Per questi motivi, il Tribunale amministrativo federale pronuncia:

1.

Il ricorso è parzialmente accolto nel senso che, annullata l'impugnata decisione del 22 giugno 2011, gli atti sono rinviati all'autorità inferiore perché proceda ai sensi del considerando 11 e statuisca di nuovo.

2.

Non sono prelevate spese processuali, né sono assegnate indennità per spese ripetibili.

3.

Comunicazione a:

- ricorrente (raccomandata A/R)
- autorità inferiore (n. di rif. ; raccomandata)
- Ufficio federale delle assicurazioni sociali, Berna (raccomandata)

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. 72 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: