



Corte III
C-4781/2010

Sentenza del 21 settembre 2011

Composizione

Giudici: Francesco Parrino (presidente del collegio),
Vito Valenti, Madeleine Hirsig-Vouilloz;
Cancelliere: Dario Croci Torti

Parti

A. _____, rappresentato dal Patronato INAS, Via della
Posta, 6600 Locarno
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 1° giugno 2010.

Fatti:**A.**

A._____, cittadino italiano, nato il , ha lavorato in Svizzera dal 1979 nel settore della costruzione; dal 1997 ha lavorato come custode con varie mansioni presso una scuola privata luganese fino al 1° luglio 2004, quando è stato licenziato a causa della riorganizzazione dell'Istituto.

In data 3 ottobre 2005, il nominato ha presentato una domanda volta al conseguimento di prestazioni dell'assicurazione svizzera per l'invalidità. L'indagine relativa a questo caso aveva posto in evidenza che il nominato era portatore di una sindrome lombovertebrale cronica in anomalia di transizione lombosacrale con lombarizzazione di S1, minime alterazioni degenerative della lombare, esiti di pancreatite acuta, ipertensione arteriosa. Nell'ambito di questa domanda di prestazioni ed in esito al parere del Consulente in integrazione professionale (CIP), l'Ufficio AI del Cantone Ticino ha disposto un accertamento professionale, ciò che è avvenuto dal 26 febbraio al 27 marzo 2007. L'accertamento ha potuto indicare che il periziando avrebbe potuto reinserirsi in determinate attività leggere ed a determinate condizioni (ricezionista, custode, ecc.). Il CIP ha calcolato una perdita di guadagno del 18% in un'attività da svolgere all'80% con una riduzione del reddito da invalido di un ulteriore 20% per motivi personali (età, handicap). L'amministrazione ha disposto la reiezione della domanda di rendita e, dopo la procedura di audizione, che ha permesso all'assicurato di esprimersi e produrre nuova documentazione sanitaria, con decisione del 1° aprile 2008, ha respinto la domanda di rendita.

L'interessato ha impugnato il suddetto provvedimento amministrativo innanzi questo Tribunale facendo valere, oltre alla nota diagnosi, anche l'insorgere di una patologia psichiatrica (già evidenziata in sede d'audizione).

Nel giudizio del 23 settembre 2009, il Tribunale amministrativo federale ha parzialmente accolto l'impugnativa ed ha rinviato gli atti all'autorità inferiore per nuovi accertamenti sanitari. Il Tribunale ha constatato che un'evoluzione negativa delle condizioni di salute dell'assicurato non poteva essere esclusa e che era necessario aggiornare la documentazione agli atti.

B.

Nella nota del 4 gennaio 2010, il medico dell'Ufficio AI cantonale (Dott. Lurati), ha disposto una visita al SAM di Bellinzona. L'indagine è stata eseguita il 1°, 4, 8 e 10 febbraio 2010, con visite specialistiche in reumatologia (Dott. Mariotti), neurologia (Dott. Bonetti) e psichiatria (Dott. Lazzarini). Nel rapporto del 24 marzo successivo gli esperti incaricati hanno evidenziato (dettaglio nella parte in diritto) la sostanziale diagnosi invalidante di coxartrosi secondaria in stato dopo morbo di Perthes all'anca sinistra, sindrome lombo vertebrale plurisetoriale, periartropatia omero scapolare tendinopatia spalla sinistra, sindrome depressiva ricorrente; e come diagnosi senza influenza sulla capacità di lavoro una meralgia parestetica femorale destra, cervicalgia, tendenza a sviluppo di reumatismi delle parti molli, modica ipoacusia, dislipidemia, sovrappeso. I sanitari del SAM hanno ritenuto che in attività sostitutive l'interessato presenta una capacità di lavoro del 100% da marzo 2005 e del 70% da ottobre 2007 a determinate condizioni di porto carico, posizioni, marcia, ecc.

C.

L'incarto è stato sottoposto in esame al Dott. Lurati, dell'Ufficio AI cantonale, il quale, nella relazione del 29 marzo 2010, ha condiviso diagnosi e valutazioni del SAM.

Quindi, la pratica è stata trasmessa al CIP, il quale, nella relazione del 1° aprile 2010, ha calcolato una perdita di guadagno del 34%, posto un salario precedente l'invalidità di Fr. 59'979.- (valori del 2008) e dopo l'insorgenza dell'invalidità in attività leggere e/o semisedentarie ugualmente di Fr. 59'979.-. Il guadagno teorico dopo l'insorgenza dell'invalidità è stato ridotto del 5% per tenere conto della situazione personale dell'assicurato (handicap, età), ciò che porta il reddito teorico dopo l'invalidità (attività al 70%) a Fr. 39'886.-. Con progetto di decisione dell'8 aprile 2010, l'Ufficio AI cantonale ha disposto la reiezione della domanda di rendita.

Con le osservazioni del 21 aprile 2010, il Patronato INAS di Locarno, regolare rappresentante di A._____, si è opposto a tale progetto facendo presente la scarsa proponibilità delle attività sostitutive indicate nel rapporto del CIP. La parte ricorrente ha avuto modo di prendere visione dell'intero incarto ed il 19 maggio 2010 ha proposto delle osservazioni complete precisando che nuovi accertamenti sanitari erano in corso.

Mediante decisione del 1° giugno 2010, l'Ufficio dell'assicurazione per l'invalidità per gli assicurati residenti all'estero (UAIE), ha respinto la domanda di rendita.

D.

Con il ricorso depositato il 2 luglio 2010, A._____, sempre rappresentato dal Patronato INAS, chiede, sostanzialmente, l'annullamento del summenzionato provvedimento amministrativo e, di conseguenza, il riconoscimento del suo diritto a prestazioni assicurative. Critica in particolare nella forma e nel merito la perizia del SAM (in particolare quella neurologica) e produce recenti risultati di esami medici. Chiede un termine suppletorio per inviare ulteriore documentazione sanitaria.

Il termine suppletorio è stato concesso con ordinanza del TAF del 6 luglio 2010 e scadente il 15 settembre successivo. L'interpellato non ha prodotto quanto indicato nel ricorso. Con ordinanza del 22 settembre 2010, il TAF ha invitato le autorità inferiori a prendere posizione in merito al ricorso.

E.

Ricevuta l'impugnativa, l'Ufficio AI del Cantone Ticino ha sottoposto gli atti al Dott. Erba, del proprio servizio medico, il quale, nel suo rapporto del 1° ottobre 2010, ha affermato che la documentazione esibita dall'insorgente in ambito ricorsuale non ha oggettivato alcuna modifica dello stato di salute generale dell'assicurato.

Nella sua risposta di causa del 12 ottobre 2010, l'Ufficio AI ticinese propone dunque la reiezione del gravame. Alle stesse conclusioni si associa l'UAIE nella sua risposta del 18 ottobre 2010.

F.

In data 26 ottobre 2010, il TAF ha invitato il ricorrente a presentare una replica alle osservazioni delle rispettive amministrazioni (con allegati). Tuttavia, nel frattempo, in data 20 ottobre 2010, il Patronato INAS ha inviato al TAF diversa documentazione sanitaria (plico giunto al TAF il 26 ottobre 2010). L'insorgente conferma implicitamente le conclusioni ricorsuali e, segnatamente, produce: un rapporto d'esame neurologico di data non precisata (Dott. Clerici); un altro rapporto d'esame neurologico del 7 luglio 2010 (Dott. Clerici); un rapporto d'esame reumatologico (Dott.ssa Balzarini) del 28 maggio 2010; un rapporto d'esame reumatologico del 24 agosto 2010 (Dott. Broggin); i risultati di un esame

neurofisiologico (Dott. Clerici) del 4 agosto 2010; altri esami ematochimici.

G.

Con decisione incidentale del 3 febbraio 2011, la parte ricorrente è stata invitata a versare alla cassa del Tribunale un anticipo di Fr. 400.-, corrispondente alle presunte spese processuali. Detto anticipo è stato versato il 2 marzo 2011.

H.

Intanto, ricevuta la replica e la relativa documentazione, l'Ufficio AI cantonale ha risottoposto gli atti al Dott. Erba, il quale, nel rapporto del 28 aprile 2011, ha affermato che la documentazione esibita non pone in evidenza un peggioramento delle condizioni di salute e della situazione valetudinaria dell'assicurato. Dal punto di vista neurologico gli esami confermano la presenza di difetti delle sensibilità a livello laterale della coscia destra, privi di influenza debilitante.

Duplicando in data 8 giugno 2011, l'Ufficio AI cantonale ha riproposto la reiezione dell'impugnativa. Alle stesse conclusioni si è associato l'UAIE nella sua duplice del 14 giugno 2011. Questi atti sono stati inviati per conoscenza al patronato INAS con ordinanza del 21 giugno 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 concernenti l'assicurazione per l'invalidità possono essere portate innanzi al TAF conformemente all'art. 69 cpv. 1 lett. b della legge federale del 19 giugno 1959 sull'assicurazione per l'invalidità (LAI, RS 831.20).

2.

2.1. In virtù dell'art. 3 lett. d^{bis} PA la procedura in materia di assicurazioni sociali non è disciplinata dalla PA nella misura in cui è applicabile la legge

federale del 6 ottobre 2000 sulla parte generale del diritto delle assicurazioni sociali (LPGA, RS 830.1). Giusta l'art. 1 LAI le disposizioni della LPGA sono applicabili all'assicurazione per l'invalidità (art. 1a-26^{bis} e 28-70), sempre che la presente legge non preveda espressamente una deroga.

2.2. Secondo l'art. 59 LPGA ha diritto di ricorrere chiunque è toccato dalla decisione o dalla decisione su opposizione ed ha un interesse degno di protezione al suo annullamento o alla sua modificazione. Queste condizioni sono adempiute nella specie.

2.3. Il ricorso è tempestivo e rispetta i requisiti minimi prescritti dalla legge (art. 60 LPGA e 52 PA). L'insorgente ha versato l'anticipo di Fr. 400.-, corrispondente alle presunte spese processuali, entro il termine stabilito. 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 (DTF 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 domanda di rendita il 3 ottobre 2005. In deroga all'art. 24 LPGa, l'art. 48 cpv. 2 LAI (nel suo tenore in vigore fino al 31 dicembre 2007) precisa che, se l'assicurato si annuncia più di dodici mesi dopo la nascita del diritto, le prestazioni possono essere assegnate soltanto per i 12 mesi precedenti la richiesta. In concreto, lo scrivente Tribunale amministrativo federale può quindi limitarsi ad esaminare se il ricorrente avesse diritto ad una rendita il 3 ottobre 2004 (ossia 12 mesi precedenti la presentazione della domanda), oppure se un diritto alla rendita sia sorto tra tale data ed il 1° giugno 2010, 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 per un anno (art. 36 LAI nel tenore in vigore fino al 31 dicembre 2007). A partire dal 1° gennaio 2008, è tuttavia necessario avere versato contributi durante almeno 3 anni (art. 36 LAI nel tenore modificato il 6 ottobre 2006). A tal fine è possibile prendere in considerazione anche i contributi versati ad un'assicurazione sociale assimilata di uno Stato membro dell'Unione europea (UE) o dell'Associazione europea di libero scambio (AELS), a condizione che almeno un anno di contributi sia registrato all'AVS/AI svizzera (FF 2005 p. 4065; art. 45 del regolamento 1408/71).

Nella specie, il ricorrente ha versato contributi all'AVS/AI svizzera per un periodo superiore ai tre 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'assicurato ha diritto ad una rendita intera se è invalido per almeno il 70%, a tre quarti di rendita se è invalido per almeno il 60%, ad una mezza rendita se è invalido per almeno la metà e ad un quarto di rendita se è invalido per almeno il 40% (art. 28 cpv. 1 LAI; art. 28 cpv. 2 LAI a partire dal 1° gennaio 2008). In seguito all'entrata in vigore dell'Accordo bilaterale, la limitazione prevista dall'art. 28 cpv. 1^{ter} LAI (art. 29 cpv. 4 a partire dal 1° gennaio 2008), secondo il quale le rendite per un grado d'invalidità inferiore al 50% sono versate solo ad assicurati che sono domiciliati e dimorano abitualmente in Svizzera (art. 13 LPGA), non è più applicabile quando l'assicurato è cittadino dell'UE e vi risiede.

7.3. Il diritto alla rendita, secondo l'art. 29 cpv. 1 LAI, nasce, al più presto, nel momento in cui l'assicurato presenta un'incapacità permanente di guadagno pari almeno al 40% (lettera a), oppure quando egli è stato per un anno e senza notevoli interruzioni, incapace al lavoro per almeno il 40% in media (lettera b). La prima lettera si applica allorché lo stato di salute dell'assicurato si è stabilizzato; la seconda se lo stato di salute è labile, vale a dire suscettibile di evolvere verso un miglioramento od un

peggioramento (DTF 121 V 264, 111 V 21 consid. 2b). A partire dal 1° gennaio 2008, l'art. 28 cpv. 1 LAI stabilisce che l'assicurato ha diritto ad una rendita alle seguenti condizioni: a. la sua capacità di guadagno o la sua capacità di svolgere le mansioni consuete non può essere ristabilita, mantenuta o migliorata mediante provvedimenti d'integrazione ragionevolmente esigibili; b. ha avuto un'incapacità di lavoro (art. 6 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 obiettivamente superabile (art. 7 cpv. 2 LPGGA nel suo nuovo tenore dal 1° gennaio 2008).

8.

8.1. A. _____ non ha più lavorato dopo il 1° luglio 2004.

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. 28 cpv. 2 LAI (art. 28a cpv. 1 a partire dal 1° gennaio 2008), per valutare il grado d'invalidità, il reddito che l'assicurato potrebbe conseguire esercitando l'attività ragionevolmente esigibile da lui dopo la cura medica e l'eventuale esecuzione di provvedimenti d'integrazione (reddito da invalido), tenuto conto di una situazione equilibrata del mercato del lavoro, è confrontato con il reddito che egli avrebbe potuto ottenere se non fosse diventato invalido (reddito da valido). In altri termini l'assicurazione svizzera per l'invalidità risarcisce soltanto la perdita economica che deriva da un danno alla salute fisica o psichica dovuto a malattia o infortunio, non la

malattia o la conseguente incapacità lavorativa (metodo generale del raffronto dei redditi).

8.3. In carenza di documentazione economica, la documentazione medica costituisce un importante elemento di giudizio per determinare quali lavori siano ancora esigibili dall'assicurato, ma non spetta al medico graduare il tasso d'invalidità dell'assicurato (DTF 114 V 314). Infatti, per costante giurisprudenza le certificazioni mediche possono costituire importanti elementi d'apprezzamento del danno invalidante, allorché permettono di valutare l'incapacità lavorativa e di guadagno dell'interessato in un'attività da lui ragionevolmente esigibile (DTF 115 V 134 consid. 2).

Inoltre, perché un rapporto medico abbia valore probatorio è determinante che esso valuti ed esamini in maniera completa i punti litigiosi, si fondi su degli esami approfonditi, prenda conto di tutte le affezioni di cui si lamenta l'assicurato, sia stabilito in piena conoscenza dei suoi antecedenti (anamnesi) e sia chiaro nell'esposizione delle correlazioni mediche o nell'apprezzamento della situazione medica; le conclusioni dell'esperto devono inoltre essere motivate (DTF 125 V 352 e 122 V 160).

9.

9.1. Nel caso in esame questo collegio giudicante, per quanto concerne la diagnosi, può riferirsi a quanto esposto dai medici del SAM di Bellinzona. Tale indagine è stata disposta dall'amministrazione in esito alla sentenza di questo Tribunale dell'amministrazione federale del 23 settembre 2009. A. _____ è stato visitato al SAM nel febbraio 2010 con visite specialistiche in reumatologia (Dott. Mariotti), neurologia (Dott. Bonetti) e psichiatria (Dott. Lazzarini). Nella loro relazione del 24 marzo 2010, i medici del SAM hanno rilevato:

Diagnosi con influenza sulla capacità lavorativa:

Coxartrosi secondaria in stato dopo morbo di Perthes all'anca sinistra; sindrome lombo vertebrale con componente spondilogeno bilaterale su alterazioni statiche con leggera scoliosi destro convessa al passaggio lombare, ma anche disturbo di assimilazione lombosacrale simmetrico, con lombalizzazione di S1, presenza di alterazioni degenerative plurisegmentali a carattere spondiloso iperostotico; periartropatia omeroscapolare tendinopatia della spalla sinistra con iniziale artrosi acromioclavicolare nonché restringimento dello spazio subacromiale con acromio prominente;

sindrome depressiva ricorrente, episodio attuale di media entità (ICD-10F33.0).

Diagnosi senza influenza sulla capacità lavorativa:

meralgia parestetica destra su irritazione del nervo cutaneo laterale del femore a livello della spina iliaca anteriore e superiore; cervicalgie; tendenza allo sviluppo di un reumatismo della parti molli; modica soggettiva ipoacusia bilaterale di origine neurosensoriale; ipertensione arteriosa nota e trattata dal 2006 circa; dislipidemia non trattata, parametri infiammatori (VES, PCR) alterati; sovrappeso corporeo (BMI 27%).

9.2. Giova ricordare che le affezioni in oggetto debbono, dal profilo giuridico, essere esaminate alla luce dell'art. 29 cpv. 1 lett. b LAI (nella versione in vigore fino al 31 dicembre 2007). Trattasi, infatti, di malattie che, per costante giurisprudenza, sono da configurare non già di carattere permanente (cioè di natura consolidata o irreversibile), bensì patologico-labile, ossia suscettibili di migliorare o peggiorare.

Ne discende che, in mancanza di uno stato di salute sufficientemente stabilizzato, è inapplicabile la prima lettera dell'art. 29 cpv. 1 LAI, per cui può entrare in considerazione solo la seconda lettera della citata norma legale, la quale prevede un termine d'attesa di un anno. Pertanto, il ricorrente potrebbe pretendere una rendita dell'assicurazione svizzera per l'invalidità solo a partire dal momento in cui ha subito, senza interruzione notevole, un'incapacità lavorativa media del 40% almeno durante un anno.

10.

10.1. Per quanto concerne le conseguenze invalidanti delle menzionate affezioni, l'Ufficio AI del Cantone Ticino si è rimesso alle risultanze mediche del SAM.

10.2. Al proposito, va rilevato che una perizia richiesta dall'UAI cantonale (in casu un servizio di accertamento medico specifico dell'assicurazione per l'invalidità) non può essere scartata adducendo che si tratta di un referto di parte (DTF 136 V 376 consid. 4, vedi anche sentenza del Tribunale federale 9C_189/2011 dell'8 luglio 2011 consid. 3.2). Infatti, la legge attribuisce all'amministrazione il compito di istruire le domande di rendita, procurandosi gli atti necessari, in particolare circa lo stato di salute, l'attività, la capacità di lavoro e l'idoneità all'integrazione dei richiedenti. A tale scopo possono essere domandati rapporti e informazioni, ordinate perizie, eseguiti sopralluoghi e consultati specialisti

dell'aiuto pubblico o privato agli invalidi (art. 69 cpv. 2 OAI). Determinante è la circostanza che la perizia del servizio di accertamento medico rispetti tutti i principi concernenti la valutazione medica dell'invalidità. Infatti, per quanto concerne il valore probatorio d'un rapporto medico va in particolare accertato se il rapporto è completo per quanto riguarda i temi sollevati, se si riferisce ad esami approfonditi, se tiene conto delle censure del paziente, se è stato redatto con conoscenza della pregressa vicenda valetudinaria (anamnesi), se è chiaro nella presentazione del contesto medico e, infine, se le conclusioni a cui giunge sono fondate. Elemento determinante dal profilo probatorio non è in linea di principio l'origine del mezzo di prova né la designazione del materiale probatorio quale rapporto o di perizia, bensì il suo contenuto (DTF 125 V 352 consid. 3a; 122 V 160 consid. 1c). In una recente giurisprudenza il Tribunale federale ha tra l'altro precisato che quando in opposizione ad un accertamento di un servizio medico specifico dell'AI viene presentata una perizia che contraddice in modo scientifico ed esauriente quanto espresso dalla precedente indagine sia in ambito diagnostico che nelle conclusioni, ed il giudice non è in grado di decidere quali fra le due può essere condivisa, è lecito far allestire una perizia giudiziaria indipendente e conclusiva (sentenza del Tribunale federale 9C_243/2010 del 28 giugno 2011 consid. 4.4.1.4).

10.3.

10.3.1. Nella fattispecie, per quanto riguarda la patologia psichiatrica va rilevato che il nominato è in cura presso uno specialista locale dal 2007. Sono stati diagnosticati sindrome depressiva ricorrente ed episodi meno significativi nell'ambito di un disturbo della personalità. Il paziente segue una terapia regolare non massiccia con un antidepressivo e, in caso di bisogno, un normale ansiolitico (attacchi di panico). Dopo avere studiato la parte anamnestica, il Dott. Lazzarini, del SAM, ha confermato che non v'è alcun sospetto per una patologia psichiatrica di tipo maggiore od una sintomatologia depressiva grave, come nessuna deviazione della struttura della personalità. Il quadro depressivo obbiettivato è in parte reattivo alla sintomatologia algica fisiologica, ma riveste anche un significato rivendicativo e non è certamente di entità tale da giustificare un'incapacità lavorativa superiore al 30%. Questa incapacità si giustifica a partire dal mese di ottobre 2007 (inizio della presa a carico psichiatrica), in precedenza l'interessato avrebbe potuto svolgere un'attività leggera al 100%.

10.3.2. Sotto il profilo neurologico, dopo aver preso atto dell'ampia refertazione oggettiva proveniente da Istituti sanitari italiani, i medici del SAM hanno potuto escludere la presenza di turbe neurologiche maggiori. Lo stato clinico neurologico evidenzia unicamente una zona d'ipe-estesia-disestesia sulla faccia anterolaterale della coscia destra nel territorio d'innervazione del nervo cutaneo laterale del femore. Dal lato neurologico, a parte la meralgia parestetica destra, il paziente non presenta deficit oggettivabili ed è pertanto da considerare abile al 100% in qualsiasi attività professionale. Pure i documenti specialistici esibiti in sede di replica (Dott. Clerici) confermano la presenza delle turbe menzionate che non sono tuttavia determinanti dal punto di vista valetudinario (cfr. rapporto del Dott. Erba del 28 aprile 2011).

10.3.3. Dal lato reumatologico, il Dott. Mariotti spiega come siano rilevanti le alterazioni degenerative secondarie dopo un probabile morbo di Perthes all'anca sinistra, con sviluppo di una coxartrosi. Il quadro clinico presenta pure una sindrome lombospondilogenica nell'ambito di alterazioni statiche e degenerative della colonna vertebrale. Vi è poi la problematica alla spalla sinistra in un contesto di periartropatia omero scapolare tendinopatica. Il paziente è limitato in attività lavorative da svolgersi prevalentemente in piedi, inginocchiato o dovendosi piegare ripetutamente. Il paziente è inoltre limitato nelle svolgere attività lavorative in terreni impervi, nel salire e scendere le scale, nell'effettuare ripetutamente tragitti in salita in discesa, nel sollevare pesi superiori a 20 kg, nell'effettuare movimenti di rotazione e di flessione del tronco. Il paziente è pure limitato in attività lavorativa da svolgersi in posizione prevalentemente seduta per più di un'ora; è necessario che l'interessato possa cambiare sovente posizione. Altre limitazioni sono presenti alla spalla sinistra, in particolare se dovesse svolgere lavori al disopra dell'orizzontale, tenere oggetti per un periodo prolungato sopra l'orizzontale o eseguire lavori ripetitivi con il braccio sinistro utilizzando il braccio con la forza e contro resistenza. In attività che tengano conto delle limitazioni descritte il paziente sarebbe abile in misura completa. La refertazione prodotta in sede di ricorso e di replica (Dott.ssa Balzarini) non apporta novità che permettano di sovvertire la valutazione del SAM.

10.3.4. Per il resto, A. _____ si presenta in buone condizioni generali di salute, ogni altro organo ed apparato essendo indenne da patologie. Sostanzialmente, l'interpellato non ha prodotto, né in sede di audizione e/o ricorso documentazione che possa veramente sovvertire gli esiti della perizia del SAM, la quale, secondo questo collegio giudicante, appare del tutto condivisibile.

10.4. Dal canto suo, i medici dell'Ufficio AI cantonale riprendono e condividono le valutazioni del SAM (cfr. rapporti del Dott. Lurati del 29 marzo 2010 e del Dott. Erba del 1° ottobre 2010 e 28 aprile 2011). A loro parere, l'incapacità di lavoro è soprattutto dovuta alla patologia psichica, che giustifica un'inabilità del 30% dall'ottobre 2007 (come avanzato dal Dott. Lazzarini del SAM), mentre le altre patologie sono ininfluenti nell'ambito di una attività leggera e adeguata allo stato di salute dell'interessato.

10.5. Il collegio giudicante, sulla scorta del parere del SAM e dei medici dell'Ufficio AI, ritiene pertanto che A._____, per tutto il periodo da esaminare, non avrebbe più potuto svolgere un'attività nel settore della manovalanza edile e come uomo tuttofare in un complesso scolastico. A lui sarebbero comunque stati proponibili, al 100%, a partire da novembre 2004, ma solo al 70% a partire da ottobre 2007, attività di ripiego leggere e/o semisedentarie, ripetitive, non qualificate quali quella di operaio addetto al controllo di macchine di produzione automatica, operaio addetto all'imballaggio di piccoli oggetti, portiere d'albergo, addetto alla ricezione in portinerie di ditte, fattorino in ditta privata; custode di museo o di parcheggio, aiuto magazziniere od altre ancora più specifiche come indicato nel rapporto del CIP del 1° aprile 2010.

Secondo un principio generale del diritto delle assicurazioni sociali, ogni assicurato ha l'obbligo di ridurre il danno conseguente la sua invalidità. In virtù di tale obbligo, l'assicurato deve intraprendere tutto quanto sia ragionevolmente esigibile per ovviare nel modo migliore possibile alle conseguenze della sua invalidità, segnatamente mettendo a profitto la sua residua capacità lavorativa se necessario in una nuova professione (DTF 123 V 88 consid. 4c e 113 V 28 consid. 4a e sentenze ivi citate).

È vero che durante la sua carriera professionale l'insorgente ha svolto principalmente l'attività di manovale edile e manovale generico in una scuola. Si può tuttavia ritenere che, visto il genere d'attività sostitutive in esame e la natura delle sue affezioni, un adattamento del posto di lavoro alle condizioni di salute del ricorrente non risulta necessario rispettivamente è di semplice realizzazione. Questo Tribunale osserva pure che allo stesso si presenta un ventaglio relativamente ampio di professioni possibili (e sufficientemente specificate) in diversi settori, con mansioni semplici e ripetitive, che non richiedono necessariamente la messa in atto di particolari misure di reintegrazione professionale.

11.

11.1. L'invalidità è determinata stabilendo il rapporto fra il reddito del lavoro che l'assicurato conseguirebbe, dopo la manifestazione dell'invalidità e dopo l'esecuzione d'eventuali provvedimenti d'integrazione, nell'esercizio di un'attività lucrativa, ragionevolmente esigibile da lui in condizioni normali del mercato del lavoro, e il reddito che potrebbe conseguire se non fosse diventato invalido (art. 16 LPGGA). Occorre pertanto esaminare se, nell'ambito di attività di sostituzione, l'insorgente presenti un'incapacità di guadagno di rilievo.

11.2.

11.2.1. Di regola, è ritenuto reddito senza invalidità il salario realmente percepito prima dell'insorgere del danno alla salute, aggiornato al momento determinante per il calcolo dell'invalidità e adeguato all'evoluzione dei salari nominali del settore interessato (tra gli altri VSI 2000 p. 310). Nella fattispecie, l'amministrazione ha tuttavia considerato (vedi calcolo effettuato il 1° aprile 2010) quale reddito prima dell'invalidità un salario statistico di Fr. 59'979.- (dati dell'Ufficio federale della statistica, tabella TA1, valori 2008).

11.2.2. La parte ricorrente non contesta questo importo. Va comunque rilevato che il salario effettivamente percepito nel 2004 dall'interessato (pari a Fr. 3'683.- mensili, più gratifica) è sensibilmente inferiore al salario statistico ritenuto dall'amministrazione, e questo anche dopo un'eventuale indicizzazione. La scelta di ricorrere a un salario statistico è quindi favorevole al ricorrente. Questa soluzione si può giustificare nella fattispecie nella misura in cui, come spiegato dall'Ufficio AI cantonale nel rapporto del 1° aprile 2010, il ricorrente ha lasciato la ditta in seguito una riorganizzazione e ad ogni modo non avrebbe potuto continuare la sua attività.

11.2.3. Di principio il salario prima dell'invalidità va fino alla data dell'insorgere di un diritto alla rendita d'invalidità, cioè fino a quando le condizioni di salute possono essere considerate come stabilizzate (DTF 128 V 174 e 129 V 222). Ci si deve quindi basare sui dati del 2005, ossia un anno dopo la cessazione dell'attività lucrativa. Ne consegue che il reddito da valido nel 2005 sarebbe di Fr. 57'805.- (vedi anche doc. 92-1).

11.3.

11.3.1. Quale reddito da invalido si riterrà ugualmente quello statistico per il 2005 pari a Fr. 57'805.-. Per un'attività svolta al 70% questo corrisponde a un importo di Fr. 40'463.50.

11.3.2. Questo introito teorico può essere ridotto per tenere conto dei fattori personali dell'assicurato (DTF 126 V 75), quali età, handicap. L'amministrazione ha operato una deduzione complessiva del 5%. In proposito deve essere precisato che nell'ambito dell'applicazione di tale riduzione per fattori personali, l'amministrazione gode di un'ampia autonomia di giudizio che il giudice può rivedere soli in casi particolari. Il giudice delle assicurazioni sociali non può, senza motivo pertinente, sostituire il proprio apprezzamento a quello dell'amministrazione. Se lo fa, deve motivare in modo appropriato che una diversa valutazione s'impone. Inoltre, la deduzione non va effettuata automaticamente, ma solo se nel singolo caso sussistono elementi che lascino presagire che la persona assicurata, a causa di una o più di queste circostanze, ben difficilmente riuscirà a sfruttare la sua capacità di lavoro (DTF 137 V 71 consid. 5.2).

11.3.3. In un precedente calcolo svolto il 9 luglio 2007, il CIP, procedendo ad un esame comparativo dei redditi, aveva applicato una riduzione del 20%. L'amministrazione non aveva motivato tale tasso di riduzione, limitandosi a rinviare ad una sentenza del Tribunale cantonale delle assicurazioni del 15 novembre 2006 in una vertenza fra l'assicurato e la Cassa d'assicurazione contro le malattie Swica. Peraltro il Tribunale cantonale aveva applicato in quell'occasione una riduzione del 15% (doc. 36-33). Ora, a mente di questo collegio, le deduzioni operate dall'Ufficio AI nel calcolo del 9 luglio 2007 o dal Tribunale cantonale con sentenza del 15 novembre 2006 non possono essere riprese automaticamente nel nuovo calcolo della perdita di guadagno. Infatti queste deduzioni si basavano su una fattispecie diversa. Ad esempio, il Tribunale cantonale si era fondato sul fatto che l'attività di sostituzione fosse esigibile all'80% e non al 70% come ritenuto nella presente procedura. Conformemente alla giurisprudenza sopracitata (DTF 126 V 75), la deduzione del salario statistico da invalido deve permettere di avvicinarsi il più possibile al salario che l'interessato potrebbe effettivamente percepire da invalido: quindi è necessario procedere a una nuova valutazione della riduzione del salario da invalido ogni qualvolta che si procede ad un raffronto dei redditi.

Nel suo rapporto del 1° aprile 2008, l'Ufficio AI cantonale ha esaminato per quali motivi si giustifica ora una riduzione del 5%. Il CIP ha osservato che non sono sempre ammesse riduzioni per motivi legati a limitazioni funzionali e riduzione del rendimento, tali elementi essendo già ampiamente considerati nell'analisi medica; come neppure sarebbe applicabile una riduzione per età ed anni di servizio, nazionalità o permesso di soggiorno; non ci si trova neppure in presenza di un caso di salario precedente l'invalidità notevolmente inferiore alla media statistica nazionale. Questa analisi non è in contraddizione con la più recente giurisprudenza del Tribunale federale che definisce i criteri per stabilire quando una riduzione del salario da invalido si giustifica (tra gli altri sentenze 9C_474/2010 consid. 3.2 e 9C_40/2011 del 1° aprile 2011 consid. 2.3). Tenuto conto del riserbo di cui deve dare prova lo scrivente Tribunale, la deduzione del 5% operata dall'Ufficio AI cantonale può quindi essere confermata.

11.4. Ne consegue che, riducendo il salario statistico da invalido di Fr. 57'805.- del 5%, si ottiene un importo di Fr. 38'440.32 (attività svolta al 70%).

Il confronto fra un reddito privo d'invalidità di Fr. 57'805.- ed un introito teorico dopo l'insorgenza dell'invalidità di Fr. 38'440.32.-, causa una perdita di guadagno del 33.50%, tasso che esclude il riconoscimento del diritto ad un quarto di rendita dell'assicurazione svizzera per l'invalidità. Il grado d'invalidità non cambia neppure se si dovessero aggiornare il salario senza invalidità e quello da invalido fino al 2007 per tenere conto del fatto che l'aggravamento è insorto nell'ottobre 2007.

In queste circostanze il ricorso deve essere respinto e l'impugnata decisione confermata.

12.

12.1. Le spese processuali, ammontanti a Fr. 400.-, sono poste a carico del ricorrente e vengono compensate con l'anticipo versato.

12.2. Visto l'esito del ricorso, non vengono riconosciute indennità per spese ripetibili. Per quel che concerne l'UAIE, le autorità federali non hanno diritto ad un'indennità a titolo di ripetibili (art. 7 cpv. 3 del regolamento del 21 febbraio 2008 sulla tasse e sulle spese ripetibili nelle cause dinanzi al Tribunale amministrativo federale [TS-TAF, RS 173.320.2]).

Per questi motivi, il Tribunale amministrativo federale pronuncia:

1.

Il ricorso è respinto.

2.

Le spese processuali, di Fr. 400.-, sono poste a carico del ricorrente e sono computate con l'anticipo spese già versato.

3.

Non vengono riconosciute indennità per spese ripetibili.

4.

Comunicazione a:

- Rappresentante del ricorrente (atto giudiziario)
- 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 (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: