



Corte III
C-4852/2008
{T 0/2}

Sentenza del 24 marzo 2010

Composizione

Giudici: Francesco Parrino (presidente del collegio),
Elena Avenati-Carpani, Johannes Frölicher;
Cancelliere: Dario Croci Torti.

Parti

A._____, patrocinato dall'avvocato Gennaro Napolano,
via Ronca 24, IT-83047 Lioni,
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 24 giugno 2008)

Fatti:**A.**

A._____, cittadino italiano, nato il _____, coniugato, ha lavorato in Svizzera dal 1968 al 1969 e dal 1973 al 1981, solvendo regolari contributi all'assicurazione svizzera per la vecchiaia, i superstiti e l'invalidità durante tali periodi (doc. 4.5). Dopo il rimpatrio, ha continuato a lavorare come muratore. Dal 1991 era alle dipendenze di una impresa edile di Lioni, in ragione di 40 ore settimanali, per un salario adeguato alla sua qualifica; è rimasto assente dal lavoro per ragioni di salute dal 1° gennaio al 30 settembre 2001, ha lavorato ancora per tre mesi circa ed è stato licenziato con effetto 20 dicembre 2001 per motivi di salute (doc. 46, 47).

B.

In data 22 settembre 2006, A._____ ha formulato una domanda volta al conseguimento di una rendita dell'assicurazione svizzera per l'invalidità (doc. 5).

Il richiedente era già stato visitato il 20 aprile 2006 presso i servizi medici dell'Istituto nazionale della previdenza sociale (INPS) di Avellino (doc. 52), ove il sanitario incaricato ha evidenziato la diagnosi di *"spondilodiscoartrosi con impegno funzionale, esiti di amputazione delle ultime due falangi secondo dito mano destra, disturbo depressivo reattivo"* (mancano i fogli relativi alla valutazione). Il nominato è stato visitato presso gli stessi servizi il 29 febbraio 2008 (doc. 63), con diagnosi di *"lombosciatalgia cronica bilaterale da ernia discale a livello di L4-L5, L5-S1 con impegno medio lieve, disturbo depressivo medio-lieve"* ed tasso d'invalidità del 67%. Sono stati esibiti documenti oggettivi, segnatamente (dopo il 2000):

- la cartella clinica relativa alla degenza dall'8 al 12 marzo 2001 per esiti di amputazione II e III dito mano destra (doc. 25);
- un rapporto d'esame ortopedico del 5 febbraio 2002 (doc. 28, 29);
- altri referti concernenti cure fisiatriche e di riabilitazione (mano destra) del febbraio 2002 (doc. 30, 31);
- un breve rapporto d'esame medico-legale del Dott. De lesu del 14 ottobre 2002 attestante gli esiti dell'infortunio alla mano destra,

spondiloartrosi con discopatia di L4-L5, L5-S1, deficit motorio gomito sinistro, ulcera peptica (doc. 32);

- la cartella clinica concernente il ricovero dal 27 al 29 luglio 2003 per artroscopia al ginocchio sinistro con intervento di meniscectomia selettiva (doc. 33);

- un breve rapporto d'esame ortopedico del 19 maggio 2004 (doc. 34);

- un elettrocardiogramma del 16 giugno 2004 (doc. 35);

- esami ematochimici del maggio 2005 ed i risultati di un'ecografia dell'addome superiore del 26 maggio 2005 (doc. 37, 38):

- una dettagliata relazione di visita fisiatrica del 7 giugno 2005 (doc. 40);

- un breve rapporto di visita psichiatrica dell'USL di Avellino del 13 giugno 2005 attestante depressione maggiore reattiva a patologia organica, disturbo che causerebbe una grave compromissione della vita autonoma del paziente (doc. 41);

- una relazione di consulenza tecnica medico-legale (Dott. Rizzolo) per il Tribunale di Sant'Angelo dei Lombardi (Sezione lavoro) del 26 febbraio 2006 in merito alla vertenza dell'interessato contro l'INPS; il perito pone la nota diagnosi di spondiloartrosi con discopatie, episodi lombosciatalgici, esiti di amputazione di due dita mano destra, sindrome depressiva mediograde e ritiene il paziente invalido in misura superiore ai due terzi; la sentenza della Corte d'appello di Napoli che riconosce l'assegno ordinario d'invalidità in favore di A._____ da gennaio 2004 (doc. 42, 43 e 44);

- un'altra consulenza tecnica medico legale (Dott. Perrelli) del 1° novembre 2005 all'intenzione del Tribunale del lavoro di Napoli, nella quale si annota la diagnosi nota, di cui una sindrome reattiva di grado grave ed un'incapacità al lavoro superiore ai due terzi (doc. 50);

- una relazione d'esame neurologico INPS (mod. S. 63) del 20 febbraio 2008 (Dott. Oliviero) attestante gli esiti dell'amputazione mano destra, le ernie discali note, lombosciatalgia bilaterale, il tutto con impegno funzionale medio-lieve (doc. 62).

C.

Nella sua relazione del 21 aprile 2008, il Dott. Ribordy, medico dell'Ufficio dell'assicurazione per l'invalidità per gli assicurati residenti all'estero (UAIE), dopo aver ripreso la diagnosi riferita, ha ammesso che l'interessato non potrebbe più svolgere il suo precedente lavoro di muratore, se non in misura del 50%, ma a lui sarebbero proponibili lavori più leggeri, semplici, semisedentari, in misura completa da maggio 2004 (doc. 65).

L'amministrazione ha aderito al parere del proprio medico ed ha proceduto ad un esame comparativo dei redditi (doc. 66), dal quale è emerso che, svolgendo attività alternative in misura completa, invece di quella di muratore, il nominato subirebbe una perdita di guadagno del 35%. In questo calcolo, il salario dopo l'insorgere dell'invalidità è stato ridotto del 15% per tenere conto della situazione personale dell'assicurato (età, handicap).

Un progetto di decisione comportante il diniego di prestazioni è stato inviato all'avv. Napolano, rappresentante del richiedente (doc. 67). Questi, con scritto del 31 maggio 2008, ha ribadito la richiesta di prestazioni con decorrenza gennaio 2004. Produce, oltre a documentazione già ad atti riguardante la pensione italiana d'invalidità: un referto d'esame neurologico del 19 febbraio 2008 (Dott. Bruno) attestante cefalea muscolotensiva, somatizzazioni multiple, sindrome depressiva maggiore complicata da altri fattori morbosi, esiti dolorosi di amputazione di due dita mano destra, spondiloartrosi con interessamento radicolare e deficit di forza arti inferiori, affezioni che, globalmente, giustificherebbero il riconoscimento del diritto ad una rendita d'invalidità; un certificato medico 8 agosto 2006 del Dott. Bocchino attestante quanto già noto (doc. 67-74).

L'UAIE ha risottoposto gli atti al Dott. Ribordy, il quale, nella sua nota del 17 giugno 2008, si è riconfermato nelle sue precedenti considerazioni (doc. 76).

Mediante decisione del 24 giugno 2008, l'UAIE ha negato il diritto a prestazioni AI (doc. 77).

D.

Con il ricorso depositato il 15 luglio 2008, A._____, sempre rappresentato dall'avv. Napolano, chiede, sostanzialmente, l'annullamento del summenzionato provvedimento amministrativo e, di

conseguenza, il riconoscimento del suo diritto a prestazioni assicurative. Produce documentazione già ad atti.

Nelle sue osservazioni ricorsuali dell'8 dicembre 2008, l'UAIE propone la reiezione dell'impugnativa con argomenti di cui, per quanto occorra, si riferirà nei considerandi in diritto del presente giudizio.

E.

Dopo aver preso atto delle osservazioni dell'amministrazione e di altra documentazione di rilievo, l'avv. Napolano, con scritto del 24 dicembre 2008, ha ribadito l'intenzione del proprio assistito di mantenere il ricorso ed ha implicitamente formulato la domanda di esenzione d'anticipo delle spese giudiziarie.

L'insorgente è stato invitato a compilare l'apposito formulario per l'esenzione da tali spese ed ha restituito lo stesso il 28 gennaio 2009. Con decisione incidentale dell'11 febbraio 2009, il Tribunale amministrativo federale (TAF), visti i redditi e la sostanza dell'insorgente, ha respinto la domanda di esenzione ed ha invitato lo stesso a voler versare un anticipo di Fr. 300.-. L'interpellato ha versato un importo di Fr. 316.- il 18 febbraio 2009 e il 9 marzo successivo.

Diritto:

1.

Riservate le eccezioni di cui all'art. 32 della legge del 17 giugno 2005 sul Tribunale amministrativo federale (LTAF, RS 173.32), il Tribunale amministrativo federale giudica, in virtù dell'art. 31 LTAF, i ricorsi contro le decisioni ai sensi dell'art. 5 della legge federale del 20 dicembre 1968 sulla procedura amministrativa (PA, RS 172.021) emanate dalle autorità menzionate all'art. 33 LTAF. In particolare, le decisioni rese dall'UAIE concernenti l'assicurazione per l'invalidità possono essere portate innanzi al TAF conformemente all'art. 69 cpv. 1 lett. b della legge federale del 19 giugno 1959 sull'assicurazione per l'invalidità (LAI, RS 831.20).

2.

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

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

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

2.3 Il ricorso è tempestivo e rispetta i requisiti minimi prescritti dalla legge (art. 60 LPGA e 52 PA). L'insorgente ha versato l'anticipo delle presunte spese processuali, peraltro con un saldo in suo favore di Fr. 16.-. Il gravame è dunque ammissibile, nulla ostando all'esame del merito dello stesso.

3.

3.1 Il 1° giugno 2002 sono entrati in vigore l'Accordo tra la Confederazione svizzera, da una parte, e la Comunità europea ed i suoi Stati membri, dall'altra, sulla libera circolazione delle persone del 21 giugno 1999 (ALC, RS 0.142.112.681) ed il correlato Allegato II che regola il coordinamento dei sistemi di sicurezza sociale nonché il Regolamento (CEE) n° 1408/71 del Consiglio del 14 giugno 1971 relativo all'applicazione dei regimi di sicurezza sociale ai lavoratori subordinati, ai lavoratori autonomi e ai loro familiari che si spostano all'interno della Comunità (RS 0.831.109.268.1) come pure il corrispondente Regolamento di applicazione (Regolamento CEE n° 574/72 del Consiglio del 21 marzo 1972 relativo all'applicazione del Regolamento n° 1408/71, RS 0.831.109.268.11). Si tratta di una normativa che si applica a tutte le rendite il cui diritto sorge a far data dal 1° giugno 2002 o successivamente e che sancisce il principio della parità di trattamento tra cittadini che risiedono in uno Stato membro della Comunità europea ed i cittadini svizzeri (art. 3 e 6 del Regolamento CEE n° 1408/71).

3.2 Giusta l'art. 20 ALC, salvo disposizione contraria contenuta nell'allegato II, gli accordi bilaterali tra la Svizzera e gli Stati membri della Comunità europea in materia di sicurezza sociale vengono sospesi a decorrere dall'entrata in vigore del presente Accordo qualora il medesimo campo sia disciplinato da quest'ultimo. Nella misura in cui

l'Accordo, in particolare l'Allegato II che regola il coordinamento dei sistemi di sicurezza sociale (art. 8 ALC), non prevede disposizioni contrarie, l'organizzazione della procedura come pure l'esame delle condizioni di ottenimento di una rendita di invalidità svizzera sono regolate dal diritto interno svizzero (DTF 130 V 257 consid. 2.4).

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

4.

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

5.

Il ricorrente ha presentato la domanda di rendita il 22 settembre 2006. 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 22 settembre 2005 (ossia 12 mesi precedenti la presentazione della domanda), oppure se un diritto alla rendita sia sorto tra tale data ed il 24 giugno 2008, data dell'impugnata decisione. Il giudice delle assicurazioni sociali analizza, infatti, la legalità della decisione impugnata, in generale, secondo lo stato di fatto esistente al momento in cui la decisione in lite è stata resa (DTF 130 V 445 consid. 1.2 e 1.2.1).

6.

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

- essere invalido ai sensi della legge svizzera;
- aver versato contributi all'AVS/AI svizzera 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, l'interessato adempie la condizione della durata minima di contribuzione, alla quale la legge subordina l'erogazione di una rendita. Rimane ora da esaminare se sia invalido ai sensi di legge.

7.

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

7.2 L'assicurato ha diritto ad una rendita intera se è invalido per almeno il 70%, a tre quarti di rendita se è invalido per almeno il 60%, ad una mezza rendita se è invalido per almeno la metà e ad un quarto di rendita se è invalido per almeno il 40% (art. 28 cpv. 1 LAI; art. 28 cpv. 2 LAI a partire dal 1° gennaio 2008). In seguito all'entrata in vigore dell'Accordo bilaterale, la limitazione prevista dall'art. 28 cpv. 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 svizzero o 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 Dopo il rimpatrio, l'interessato ha lavorato come operaio nel settore edile fino al 20 dicembre 2001 facendo registrare una lunga assenza per motivi di salute dal 1° gennaio al 30 settembre dello stesso anno. Egli imputa la cessazione di questa attività alle sue condizioni di salute, come pure l'ex datore di lavoro (doc. 46, 47).

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 LPGA, applicabile per il rinvio dell'art. 28 cpv. 2 LAI (art. 28a cpv. 1 a partire dal 1° gennaio 2008), per valutare il grado d'invalidità, il reddito che l'assicurato potrebbe conseguire esercitando l'attività ragionevolmente esigibile da lui dopo la cura medica e l'eventuale esecuzione di provvedimenti d'integrazione (reddito da invalido), tenuto conto di una situazione equilibrata del mercato del lavoro, è confrontato con il reddito che egli avrebbe potuto ottenere se non fosse diventato invalido (reddito da valido). In altri termini l'assicurazione svizzera per l'invalidità risarcisce soltanto la perdita economica che deriva da un danno alla salute fisica o psichica dovuto a malattia o infortunio, non la malattia o la conseguente incapacità lavorativa (metodo generale del raffronto dei redditi; DTF 128 V 30).

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, 114 V 314 consid. 3c).

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

9.

9.1 Nel caso in esame è stata evidenziata la diagnosi di lombosciatalgia cronica bilaterale da ernia discale a livello di L4-L5 ed L5-S1 con impegno medio-lieve; disturbo depressivo medio lieve (cfr. perizia medica particolareggiata del 29 febbraio 2008). Anamnesticamente va rilevata un'amputazione delle due ultime falangi secondo dito mano destra (fine 2000). Va precisato che la patologia psichica ha subito fasi di diversa gravità. Il Dott. Bruno, autore della

relazione medica del 19 febbraio 2008, segnala anche una cefalea muscolo-tensiva con somatizzazioni multiple.

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, il secondo medico dell'INPS (doc. 63, perizia del 29 febbraio 2008) pone un tasso d'invalidità del 67% pur rilevando che il paziente è in grado di svolgere un'attività leggera, evitando lavori con umidità, calore eccessivo o freddo intenso, a turni, con frequenti flessioni e/o sollevamento di pesi eccessivi. Ideali per lui sarebbero compiti con possibilità di cambiamenti posturali, alternando la deambulazione alla stazione eretta e/o alla posizione seduta (cifre da 9 a 11). Della prima perizia particolareggiata (doc. 52), mancano le ultime pagine (9, 10) contenenti la valutazione, tuttavia anche il medico incaricato indica che l'interessato potrebbe svolgere lavori leggeri (cifra 9).

Dal canto suo, il medico dell'UAIE, Dott. Ribordy, pone un tasso d'invalidità del 50% almeno come operaio edile, ma indica che l'assicurato potrebbe svolgere senza restrizioni particolari attività leggere e/o semisedentarie. Ad atti figurano delle perizie all'intenzione di Tribunali italiani (doc. 42, 50), relative ad un vertenza fra il nominato e l'INPS, che gli riconoscono un'incapacità lavorativa in misura superiore ai due terzi.

10.2 Il collegio giudicante constata che A._____ è portatore di due patologie distinte.

Dal punto di vista ortopedico vi è un discreto impegno funzionale del rachide contratto antalgicamente con flessione limitata di un terzo e deflessione dolorosa con manovra di Lasègue appena accennata a destra; i ROT sono validi e simmetrici. Qualche problema sussiste agli arti superiori ove vengono riferite delle parestesie alla mano destra (colpita dall'infortunio del 2000) con lieve riduzione della chiusura a pugno. L'esame neurologico del 20 febbraio 2008 (doc. 62) esclude la presenza di radicolopatia ed è del tutto negativo per deficit di forza, tono e trofismo. Lo stesso specialista indica, complessivamente, un impegno funzionale medio-lieve. Vero è che il fenomeno lombosciaticale può ripresentarsi con riacutizzazioni occasionali, tuttavia tali disturbi sono emendabili con terapia farmacologica e altre forme terapeutiche mirate. Per la mano destra, come si è visto, saranno ovviamente contro-indicate attività che richiedano una particolare abilità dell'arto colpito, ma non per questo si può ritenere che l'incidente subito nel 2000 ha provocato un danno altamente debilitante.

Sotto il profilo psichiatrico la situazione è invece più complessa, di tipo labile e poco chiara nella misura in cui non è stata adeguatamente investigata. Nel 2005 (cfr. rapporto del 1° novembre, Dott. Perrelli [doc. 50] e rapporto del 13 giugno 2005 dell'USL 2 di Avellino [doc. 41]) era stata diagnosticata una depressione reattiva di tipo grave. Questa patologia veniva confermata dal Dott. Rizzolo nel suo rapporto del 25 febbraio 2006 (doc. 42). Per il seguito, l'E 213 del 20 aprile 2006 menziona unicamente un "disturbo depressivo reattivo" senza indicarne la gravità, mentre lo stesso esame del 29 febbraio 2008 accenna ad un disturbo depressivo di tipo medio-lieve (doc. 52 e 63). Tuttavia la gravità della patologia psichica torna ad essere confermata dal Dott. Bruno, neurologo, autore della relazione del 19 febbraio 2008 (doc. 69) esibita in sede di audizione. Questo medico, specialista in neurologia, segnala una depressione di tipo maggiore con risvolti patologici piuttosto gravi.

10.3 A fronte di queste divergenze e della verosimile forma severa della patologia psichiatrica, sarebbe stato opportuno ordinare una perizia specialistica al fine di chiarire la situazione. L'accertamento dei fatti è quindi incompleto.

Di regola, un rapporto psichiatrico, per avere valore probante, deve contenere l'anamnesi, l'evoluzione della malattia, lo stato attuale, la diagnosi, la prognosi, la durata ed il tipo di trattamento (con il dosaggio), la frequenza delle sedute specialistiche. In modo specifico, il rapporto stesso dovrebbe fornire delle indicazioni sullo stato psichico (aspetto, atteggiamento, orientamento spazio-temporale, conservazione della memoria, capacità di concentrazione, facoltà di comprensione, d'interpretazione e di percezione), nonché tutti quei riscontri che permettono di individuare elementi di carattere patologico ed eventuali test psichiatrici. Queste ricerche sono necessarie laddove la malattia psichica/mentale è data come la principale causa di uno stato d'invalidità.

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 sanitario di 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]).

Nella fattispecie, l'incarto non contiene alcuna perizia psichiatrica approfondita. Noto è solamente che il nominato dovrebbe trovarsi sotto cura specialistica presso l'USL 2 di Avellino (doc. 41). Ora, fatte queste considerazioni, il collegio giudicante si trova nell'impossibilità di determinare la misura dell'eventuale incapacità di lavoro e di guadagno subita dall'interessato e da quando questa invalidità esisterebbe.

11.

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

11.2 L'UAIE dovrà quindi completare l'istruttoria delucidando la situazione medica per il periodo dal dicembre 2001 (data di presunta cessazione dell'attività lucrativa) fino alla data dell'impugnata decisione (24 giugno 2008). L'UAIE emanerà poi un nuovo provvedimento impugnabile.

A tale fine il ricorrente dovrà essere sottoposto ad una perizia approfondita in psichiatria (anamnesi, stato attuale riferito in modo preciso, diagnosi, terapia seguita, prognosi e valutazione), accompagnata dagli esami essenziali (radiografie, nuovo esame ortopedico completo). L'amministrazione richiederà in particolare gli atti medici del servizio psichiatrico dove il paziente è seguito. L'incarto sarà poi inviato in esame al servizio medico dell'UAIE, il quale si pronuncerà in merito all'evoluzione dell'incapacità al lavoro fra fine 2001 ed il 24 giugno 2008, data della decisione impugnata, e da questa data in poi, nonché relativamente all'attività professionale che il ricorrente avrebbe potuto espletare nel periodo suddetto.

Se del caso, l'Autorità amministrativa effettuerà poi un'adeguata e circostanziata indagine comparativa dei redditi.

12.

12.1 Visto l'esito del ricorso, non vengono prelevate spese processuali. L'anticipo spese di Fr. 316.- viene 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, vista la memoria di ricorso e di replica, si giustifica riconoscere alla parte ricorrente un'indennità per spese ripetibili di Fr. 1'200.-, 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 24 giugno 2008, l'incarto è rinviato all'autorità inferiore perché proceda ai sensi del considerando 11 e statuisca di nuovo.

2.

Non si prelevano spese processuali. L'anticipo di Fr. 316.- versato dal ricorrente gli viene restituito.

3.

Alla parte ricorrente viene riconosciuta un'indennità per spese ripetibili di Fr. 1'200.-, la quale è posta a carico dell'autorità inferiore.

4.

Comunicazione a:

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

Il presidente del collegio:

Il cancelliere:

Francesco Parrino

Dario Croci Torti

Rimedi giuridici:

Contro la presente decisione può essere interposto ricorso in materia di diritto pubblico al Tribunale federale, Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerna, entro un termine di 30 giorni dalla sua notificazione nella misura in cui sono adempiute le condizioni di cui agli art. 82 e segg., 90 e segg. e 100 della legge sul Tribunale federale del 17 giugno 2005 (LTF, RS 173.110). Gli atti scritti devono contenere le conclusioni, i motivi e l'indicazione dei mezzi di prova ed essere firmati. La decisione impugnata e – se in possesso della parte ricorrente – i documenti indicati come mezzi di prova devono essere allegati (art. 42 LTF).

Data di spedizione: