



Corte III
C-7039/2009
{T 0/2}

Sentenza del 20 luglio 2010

Composizione

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

Parti

A. _____,
patrocinato dall'avv. Ylenia Baretta,
SwissLegal Lardi & Partner, Reichsgasse 65, Casella
postale 474, 7002 Coira,
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 per l'invalidità (decisione
dell'8 ottobre 2009).

Fatti:**A.**

A._____, cittadino italiano, nato il _____, coniugato con prole, ha lavorato in Svizzera dal 1973 al 1975, dal 1977 al 1980 e dal 1982 al 2002, solvendo regolari contributi all'assicurazione svizzera per la vecchiaia, i superstiti e l'invalidità (AVS/AI), durante tale periodo (doc. 22). Ha lavorato da ultimo come macchinista del settore edile/minerario (tunnel); è rimasto assente dal lavoro per problemi di salute dal 30 settembre 2002 (doc. 46). In seguito ai persistenti problemi alla schiena, in data 29 luglio 2003, ha formulato una prima domanda volta al conseguimento di una rendita dell'assicurazione svizzera per l'invalidità. L'indagine medica relativa a questo caso aveva posto in evidenza che il richiedente era portatore di una sindrome radicolare spondilogenica, condrosi di L3/4, spondiloartrosi ed ernia discale L4/5 con restringimento foraminale della radice di L4 bilateralmente ed L5 spinale bilateralmente, spondiloartrosi ed ernia discale di L5/S1 bilateralmente con restringimento della radice di L5 a destra foraminale e S1 a destra spinale (cfr. perizia del Dott. Spring e collaboratori del 6 febbraio 2003, Klinik Valens, doc. 34 e seguenti nonché il rapporto dei Prof. Renella e Dott. Freuler del 2 ottobre 2003, doc. 50; rapporti del medico curante in Svizzera Dott. Lafranchi). L'indagine economica (doc. 61, 62) ha posto in luce che l'assicurato non avrebbe più potuto riprendere il precedente lavoro di macchinista edile, ma a lui restavano accessibili attività di tipo leggero e/o semisedentario, in misura completa. Ne scaturiva una perdita di guadagno del 34,22% (con riduzione del reddito dopo l'invalidità del 15% per motivi personali). Con decisione del 4 maggio 2005, l'Ufficio dell'assicurazione per l'invalidità del Cantone dei Grigioni ha respinto la domanda di rendita (doc. 68). Questo provvedimento è stato confermato dallo stesso Ufficio con decisione su opposizione dell'8 giugno 2006 (doc. 80).

B.

In data 11 giugno 2008, A._____ ha formulato una seconda domanda volta al conseguimento di prestazioni AI (doc. 94). Competente per esaminare la pratica, vista la definitiva residenza in Italia dell'assicurato, è divenuto l'Ufficio dell'assicurazione per l'invalidità per gli assicurati residenti all'estero (UAIE).

Dal questionario per l'assicurato si evince che l'interessato ha cessato il lavoro il 29 settembre 2002 (doc. 102).

Il richiedente è stato visitato il 10 settembre 2008 presso i servizi medici dell'Istituto nazionale della previdenza sociale (INPS) di Sondrio, ove il sanitario incaricato ha evidenziato la diagnosi di lombosciatalgia destra cronica in soggetto con documentate discopatie multiple lombosacrali ed ha posto un tasso d'invalidità dell'80% (doc. 99). Sono stati esibiti altri documenti, segnatamente:

- un certificato medico del Dott. Chirico del 13 agosto 2008 attestante quanto noto (doc. 100);

- un relazione sanitaria 13 marzo 2008 (doc. 105) del Dott. Benini, specialista in ortopedia, Coira (Klinikgut) all'intenzione del Dott. Lanfranchi (medico curante in Svizzera), il quale lascia al paziente il compito di effettuare, in Italia, determinati esami strumentali (radiologici);

- un referto radiologico del rachide lombosacrale del 4 aprile 2008 (doc. 106); i risultati di una risonanza magnetica (RM) della colonna lombosacrale dell'8 aprile 2008 (doc. 107);

- una breve relazione del Dott. Benini del 25/26 aprile 2008, il quale, sulla base degli esami ordinati, ribadisce che il paziente non è più in grado di svolgere il precedente lavoro di autista di mezzi dell'edilizia e consiglia di riconoscere una mezza rendita AI (doc. 92).

C.

L'incarto è stato trasmesso per esame alla Dott.ssa de la Rue, del Servizio medico regionale (SMR) "Rhône" dell'UAIE, la quale, nella sua relazione del 15 gennaio 2009, ha affermato che, come in precedenza, l'interessato sarebbe del tutto inabile nelle attività del settore edile, mentre sarebbe ancora in grado di svolgere, al cento per cento, attività di ripiego leggere a partire dal 25 aprile 2008, data della visita presso il Dott. Benini (doc. 109).

Sulla scorta di questo parere, l'amministrazione ha rifatto il calcolo comparativo dei redditi (doc. 110), dal quale ne è scaturita una perdita di guadagno del 34,4% (ammessa una deduzione del 15% per fattori personali dal reddito dopo l'invalidità).

Con progetto di decisione del 12 febbraio 2009, l'amministrazione ha disposto il rigetto della domanda di rendita (doc. 111).

Rappresentato dal Patronato INAS, l'assicurato si è opposto a tale progetto proponendo di ammettere un tasso d'invalidità del 50% (doc. 114).

Ricevute le osservazioni, l'amministrazione ha risottoposto gli atti alla Dott.ssa de la Rue (relazione del 28 maggio 2009, doc. 116), la quale si è riconfermata nelle sue precedenti considerazioni, ossia un'invalidità del 100% dal 25 gennaio 2003 (come macchinista) e dello 0% (in attività di sostituzione) dal 26 aprile 2008. La stessa è stata invitata a volersi esprimere in merito all'evoluzione dell'invalidità dopo il 4 febbraio 2005, data della prima decisione cresciuta in giudicato (doc. 118, 119). Nella risposta del 17 luglio 2009, il medico ha riferito che l'interessato sarebbe totalmente incapace di lavorare come come macchinista dal 25 gennaio 2003; in attività di ripiego, l'incapacità sarebbe del 70% dal 25 giugno 2003 al 25 maggio 2004, dello 0% dal 25 maggio 2004 al 7 dicembre 2005, del 70% dal 7 dicembre 2005 al 26 aprile 2008 e dello 0% dal 26 aprile 2008 (doc. 120).

A pronunciarsi è stato chiamato il Dott. Croisier, del SMR, il quale, nella sua nota del 24 settembre 2009, controfirmata anche dalla Dott.ssa de la Rue, ha riconfermato il rapporto del 28 maggio 2009 (doc. 125).

Facendo difetto un'invalidità di grado pensionabile, mediante decisione dell'8 ottobre 2009, l'UAIE ha respinto la richiesta di prestazioni assicurative (doc. 126).

D.

Con il ricorso depositato l'11 novembre 2009, A._____, rappresentato dall'avv. Ylenia Baretta di Coira, chiede, sostanzialmente, l'annullamento del summenzionato provvedimento amministrativo e, di conseguenza, il riconoscimento del diritto alla rendita intera AI dal 23 luglio 2003, rispettivamente dall'11 giugno 2008. In via subordinata chiede l'allestimento di una perizia medica. Domanda inoltre di beneficiare del patrocinio gratuito.

E.

Con decisione incidentale del 30 marzo 2010, dopo aver esaminato gli atti a suffragio, il TAF ha respinto la domanda di assistenza giudiziaria.

L'importo di Fr. 300.-, corrispondente alle presunte spese processuali è stato quindi versato il 12 aprile 2010.

F.

Nel merito, nelle sue osservazioni ricorsuali del 24 marzo 2010, l'UAIE ha proposto la reiezione del ricorso con argomenti di cui, per quanto occorra, si riferirà nei considerandi in diritto del presente giudizio.

Dopo avere preso visione della risposta dell'UAIE, con atto del 27 aprile 2010, l'insorgente ha dichiarato mantenere il ricorso facendo valere che la Dott.ssa de la Rue non ha effettuato alcuna visita medica e che l'amministrazione non ha tenuto in debito conto né il parere del medico dell'INPS che attesta un inequivocabile peggioramento della capacità di lavoro del paziente, né di quello del Dott. Benini che propone di ammettere un'incapacità di lavoro residua del 40%.

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'interessato ha versato l'anticipo corrispondente alle presunte spese processuali di Fr. 300.-, entro il termine impartito. 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.

4.1 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 130 V 445 consid. 1.2).

4.2 Il periodo di cognizione giudiziaria dello scrivente Tribunale amministrativo federale si estende fino all'8 ottobre 2009, 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 citata).

5.

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 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 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.

6.

Qualora una prima richiesta di rendita sia stata negata perché il grado d'invalidità era insufficiente o perché l'invalido poteva provvedere a se stesso, una nuova domanda è riesaminata soltanto se l'assicurato rende verosimile che il grado d'invalidità si è modificato in misura rilevante per il diritto alle prestazioni (art. 87 cpv. 2 e 3 dell'ordinanza sull'assicurazione per l'invalidità del 17 gennaio 1961 [OAI, RS 831.201]). Se non è il caso, l'amministrazione non entra nel merito della richiesta (DTF 109 V 114 consid. 2a). Se l'amministrazione entra nel merito della nuova domanda deve esaminare la fattispecie da un punto di vista materiale e, in particolare, verificare se la modifica del grado d'invalidità resa verosimile dall'assicurato si è effettivamente realizzata (DTF 109 V 115). In tal caso applicherà, per analogia, le disposizioni sulla revisione di rendite in corso (art. 17 cpv. 1 LPGA, art. 87 segg. OAI, Jurisprudence et pratique administrative [Pratique VSI] 1999 pag. 8, DTF 117 V 198).

In concreto, l'UAIE ha emanato una prima decisione (su opposizione) negativa l'8 giugno 2006. Con decisione dell'8 ottobre 2009 ha in seguito respinto una seconda domanda di rendita presentata l'11 giugno 2008. Ne consegue che il periodo di riferimento per giudicare se è intervenuta una modifica rilevante del grado d'invalidità, può essere limitato dall'8 giugno 2006 all'8 ottobre 2009.

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. 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 svizzero o dell'UE e vi risiede.

7.3 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).

7.4 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 LPGA). L'incapacità al guadagno è definita all'art. 7 LPGA 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 LPGA).

8.

8.1 Per quanto risulta dagli atti, l'interessato non ha più lavorato dopo il settembre 2002 (doc. 102).

8.2 La nozione d'invalidità di cui all'art. 4 LAI e 8 LPGA 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. 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; DTF 128 V 30).

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

8.3 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 destra cronica in soggetto con documentate discopatie multiple lombo-sacrali (cfr. perizia medica particolareggiata del 10 settembre 2008; rapporti del Dott. Benini del 13 marzo e 26 aprile 2008; doc. 92, 99, 105).

9.2 Per quanto concerne le conseguenze invalidanti delle menzionate affezioni, il servizio medico dell'INPS (perizia del 10 settembre 2008) pone un tasso d'invalidità dell'80%. Il medico incaricato rileva che le condizioni di salute sono peggiorate rispetto ad una precedente visita

del 18 novembre 2005 (doc. 99, cifra 8; cfr. anche doc. 76, perizia medica particolareggiata, cifre 11.7 ed 11.8). Dal canto loro, i medici dell'UAIE (Dott.ri de la Rue e Croisier) negano il peggioramento della condizioni di salute e della capacità al lavoro dell'assicurato.

9.3 I pareri dei medici dell'UAIE, segnatamente per quel che concerne le date di decorrenza dell'incapacità lavorativa, non sono del tutto comprensibili né motivati. Facendo riferimento al rapporto del 14 luglio 2009 della Dott.ssa de la Rue, non è attendibile che lo stato di salute dell'interessato sia prima peggiorato il 7 dicembre 2005, al punto che l'interessato non poteva esercitare alcuna attività lucrativa, e poi migliorato il 26 aprile 2008. Questa evoluzione non è spiegata dai medici consultati dall'UAIE, né risulta dalla documentazione medica agli atti. Si deve pertanto ritenere che i loro rapporti non adempiono, nella fattispecie, i requisiti minimi richiesti per un parere sanitario già menzionati al consid. 8.3.

9.4 A prescindere dalla carenza di motivazione dei rapporti del servizio medico dell'UAIE, la nuova domanda, sulla quale l'amministrazione è entrata nel merito, è stata istruita in modo insufficiente. Va ricordato che quando l'Ufficio AI decide di entrare sul merito di una domanda di rendita, inoltrata dopo che una prima era stata respinta, non spetta più all'assicurato fornire la prova che il grado d'invalidità si è modificato in misura rilevante per il diritto alle prestazioni (art. 87 OAI), ma incombe all'amministrazione di riunire gli atti necessari alla valutazione della pratica, riservato il dovere di collaborare dell'interessato (art. 43 LPGA e 69 OAI, vedi anche DTF 130 V 71 consid. 2.2 con i rif.).

L'istruttoria nella fattispecie è carente da più punti di vista. I documenti ad atti non sono recenti: il certificato medico del Dott. Chirico è dell'agosto 2008 ed è molto vago; l'E 213 è del settembre successivo (doc. 100, 99); i referti del Dott. Benini risalgono a marzo/aprile 2008 (doc. 88, 92) come pure i referti oggettivi (doc. 106, 107). In casu la domanda di rendita è stata inoltrata l'11 giugno 2008 e la decisione impugnata è stata emanata nell'ottobre 2009. Il diritto alla rendita potrebbe quindi sorgere dal 1° dicembre 2008 (6 mesi dopo la presentazione della seconda domanda). L'amministrazione era inoltre tenuta ad esaminare la situazione di fatto fino alla data della decisione impugnata. Ora, i documenti ad atti non concernono il periodo durante il quale l'interessato potrebbe avere diritto a una rendita d'invalidità.

I documenti prodotti sono inoltre incompleti e mancano, in modo particolare, viste le patologie denunciate, un esame ortopedico come pure un esame neurologico. Un'istruttoria complementare si giustifica anche perché la perizia E 213 del 10 settembre 2008 menziona che le condizioni di salute dell'interessato sono peggiorate rispetto a quanto era stato constatato in precedenza con la perizia E 213 del 7 dicembre 2005.

9.5 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 dopo l'8 giugno 2006, data della decisione su opposizione cresciuta in giudicato, fino all'8 ottobre 2009, data dell'impugnata decisione.

10.

10.1 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.

10.2 L'UAIE dovrà quindi completare l'istruttoria delucidando la situazione medica per il periodo dal l'8 giugno 2006 (data della decisione su opposizione relativa alla prima domanda di rendita) fino alla data dell'impugnata decisione (8 ottobre 2009) e da questa data in poi. L'UAIE emanerà poi un nuovo provvedimento impugnabile.

A tale fine il ricorrente dovrà essere sottoposto ad una perizia approfondita in neurologia/ortopedia ed a tutti quegli esami oggettivi che il caso richiede.

L'incarto sarà poi inviato in esame al servizio medico dell'UAIE, il quale si pronuncerà in merito all'evoluzione dell'incapacità al lavoro fra il giugno 2006 e l'8 ottobre 2009, data della decisione impugnata, nonché in merito all'attività professionale che il ricorrente avrebbe potuto espletare nel periodo suddetto. Se del caso, l'Autorità amministrativa effettuerà poi un'adeguata e circostanziata indagine comparativa dei redditi.

11.

11.1 Visto l'esito del ricorso, non vengono prelevate spese processuali. L'anticipo delle spese processuali di Fr. 300.-, versato dall'insorgente il 12 aprile 2010, gli viene restituito.

11.2 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, viste la memoria ricorsuale e la replica, si giustifica riconoscere alla parte ricorrente un'indennità per spese ripetibili di Fr. 2'000.-, 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 dell'8 ottobre 2009, l'incarto è rinviato all'autorità inferiore perché proceda ai sensi del considerando 10 e statuisca di nuovo.

2.

Non si prelevano spese processuali. L'anticipo di Fr. 300.-, versato dall'insorgente il 12 aprile 2010, gli viene restituito.

3.

Alla parte ricorrente viene riconosciuta un'indennità per spese ripetibili di Fr. 2'000.-, la quale è posta a carico dell'autorità inferiore.

4.

Comunicazione a:

- rappresentante del ricorrente (atto giudiziario)
- 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 rispettate 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: