



Corte III
C-8782/2010

Sentenza del 25 novembre 2011

Composizione

Giudici: Francesco Parrino (presidente del collegio),
Beat Weber, Madeleine Hirsig-Vouilloz;
Cancelliere: Dario Croci Torti.

Parti

A. _____, rappresentato dal Patronato INAS,
via G. Lanz 25, 6850 Mendrisio,
ricorrente,

Contro

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

Oggetto

assicurazione invalidità (decisione del 22 novembre 2010).

Fatti:**A.**

A. _____, cittadino italiano, nato il _____, ha lavorato in Svizzera nel 1970 e dal 1974 al 2009 solvendo regolari contributi all'assicurazione svizzera per la vecchiaia, i superstiti e l'invalidità durante tali periodi (doc. 70-1). Dal 1974 è alle dipendenze di una ditta metallurgica della zona di confine in qualità di stampatore di bulloni di acciaio, in ragione di 43 ore settimanali. Per problemi di salute, il dipendente è rimasto assente dal lavoro dal 7 al 14 maggio, dal 18 al 23 maggio 2007, dal 5 giugno 2007 al 15 marzo 2008; ha poi ripreso il lavoro il 17 marzo 2008 e non si è più presentato al lavoro dal 14 aprile 2009 (doc. 54-1). Nel dicembre 2007 è stato operato per un'ernia discale. Al rientro in fabbrica (17 marzo 2008) è stato assegnato a funzione più leggera (senza riduzione di salario) di capoturno specialmente addetto all'istruzione dei nuovi assunti (per l'iter professionale vedi anche doc. 82-8). In data 24 luglio 2009, il nominato ha formulato una domanda volta al conseguimento di una prestazione dell'assicurazione svizzera per l'invalidità (doc. 43-1).

B.

L'Ufficio AI del Cantone Ticino, competente per esaminare sul merito la richiesta, ha disposto una visita peritale al Servizio di accertamento medico dell'AI (SAM) di Bellinzona (doc. 72-1).

L'assicurato è stato visitato il 27 gennaio, il 23 ed il 25 marzo, nonché il 9 aprile 2010 al SAM di Bellinzona. Egli è stato sottoposto a visite specialistiche in reumatologia (Dott. Badaracco), endocrinologia (Dott. Cattaneo), infettivologia (Dott. Mombelli), psichiatria (Dott.ssa Castra). I medici incaricati hanno sostanzialmente rilevato (dettaglio nella parte in diritto) la diagnosi di sindrome lombospondilogenica cronica in esiti di ernia discale L5-S1 del 2007, reazione da disadattamento; esiti di resezione di tumore endocrino epatico nel maggio 2009, pregressa epatite B HBs positiva attualmente silente. I medici del SAM hanno ritenuto che il paziente presenta un'incapacità di lavoro del 20% dovuta essenzialmente a motivi psichiatrici. Egli può comunque svolgere attività di sostituzione rispettose di certi limiti funzionali di natura ortopedica (porto pesi, posture, marcia, ecc.) in misura completa, come l'ultimo lavoro di sostituzione (capoturno addetto in particolare all'istruzione dei nuovi assunti). Nel precedente lavoro (stampatore di bulloni) vi sarebbe un'incapacità di lavoro del 25% per motivi ortopedici (presenza al cento per cento,

rendimento ridotto del 25%) non cumulabile con l'invalidità di origine psichiatrica (doc. 82-1).

Sono stati esibiti altri documenti oggettivi, segnatamente:

- una perizia medica particolareggiata eseguita a cura dei servizi medici dell'Istituto nazionale della previdenza sociale di Como, ove si attesta la diagnosi di carcinoma epatico secondario, diverticolosi diffusa del colon, esiti chirurgici di ernia discale L4-L5 e si pone un tasso d'invalidità del 75% (doc. 67-1);

- una relazione 20 agosto 2007 del Dott. Heitmann per la Cassa malati Cristiano sociale (doc. 1-1);

- diversi rapporti concernenti l'intervento di ernia discale L4-L5 (dicembre 2007) e successivi controlli (doc. 2-1);

- l'estratto di cartella clinica relativa all'intervento di resezione del tumore epatico nel maggio 2009 (doc. 1-1);

- la lettera di dimissione ospedaliera relativa al ricovero dal 23 al 29 maggio 2009 per tumore epatico resecato (doc. 10-1) e di nuovo ricovero dal 4 al 7 giugno 2009 per accertamenti gastroenterologici (doc. 11-1);

- i risultati di una tomoscintografia globale corporea del 31 luglio 2009 e di una visita oncologica del 28 settembre 2009 (doc. 14-1 e 15-1);

- una lettera di dimissione ospedaliera per il ricovero dal 16 febbraio al 2 marzo 2010 per relaparatomia esplorativa con risultati negativi per segni di neoplasia (doc. 17-1);

- i risultati di altri esami specialistici precedenti la visita al SAM come un'ecografia dell'addome superiore del 25 febbraio 2008, un referto tomografico assiale computerizzato (TAC) dell'addome completo del 3 marzo 2008 ed un altro stesso esame del 14 ottobre 2008; i risultati di una risonanza magnetica (RM) dell'addome superiore del 25 marzo 2009; altri referti TAC collo, torace, addome del 15 ottobre 2009; i risultati di un'ecografia addome superiore del 30 gennaio 2010 (doc. 6-1 a 52-1).

C.

L'incarto è stato sottoposto in esame al Dott. Cermesoni, del Servizio medico regionale (SMR) dell'AI del Cantone Ticino, il quale, nella sua relazione del 19 maggio 2010, sulla scorta dell'indagine del SAM, ha

ammesso un'incapacità di lavoro come stampatore nel settore industriale metallurgico del 100% dal maggio 2007 al marzo 2008 e del 25% da aprile 2008; come insegnante in stamperia (settore metallurgico) del 100% da maggio 2007 a marzo 2008 dello zero per cento da aprile 2008 e del 20% da ottobre 2008 (doc. 92).

Il caso è stato sottoposto in esame al Consulente in integrazione professionale (CIP), il quale, nel suo rapporto del 2 settembre 2010, ha ritenuto che l'assicurato poteva riprendere al 75% il suo lavoro nel settore industriale o all'80% il compito di insegnante in stamperia. In attività sostitutive, svolte in misura dell'80%, egli subirebbe una perdita di guadagno del 34% (doc. 92, 93). In questo calcolo, il salario dopo l'invalidità è stato ridotto dell'11% per tenere conto della situazione personale dell'assicurato.

Con progetto di decisione del 20 settembre 2010, l'Ufficio AI cantonale ha disposto la reiezione della domanda di prestazioni per il motivo che l'assicurato potrebbe riprendere il suo lavoro nel settore industriale subendo una perdita di guadagno del 25% (doc. 94).

L'interpellato ha risposto il 18 ottobre 2010 per il tramite del Patronato INAS di Mendrisio (doc. 96-1) facendo presente la gravità delle patologie ortopedica e oncologica. Egli sottolinea l'estrema difficoltà di svolgere anche attività semileggere ed insiste sulla deduzione da effettuarsi nel calcolo comparativo dei redditi per il fattore età e la scarsa scolarizzazione. Produce una RM della colonna in toto del 14 ottobre 2010 (doc. 96-3, Dott.ssa Facchinetti).

L'Ufficio AI cantonale ha trasmesso l'incarto al Dott. Cermesoni, il quale, nel rapporto del 27 ottobre 2010, si è riconfermato nelle sue precedenti considerazioni (doc. 99). Nel frattempo l'INAS ha inviato ulteriore documentazione medica, segnatamente una relazione sanitaria non datata a cura del Dott. Calcagnile, specialista in medicina dermosifilopatica, il quale ha sostanzialmente rilevato la nota diagnosi: dal punto di vista internistico egli rileva anche una diverticolosi del colon destro e dal punto di vista psichiatrico egli pone la diagnosi di disturbo generalizzato d'ansia con reazione da disadattamento e sindrome da burn out (doc. 102-3). Esibisce inoltre una scintigrafia total body del 4 novembre 2010 ed un certificato del Dott. Del Bo, ortopedico, del 21 ottobre 2010 (doc. 102-9).

L'incarto è stato risottoposto in esame al Dott. Cermesoni che, nel rapporto del 16 novembre 2010, ha chiesto di sottoporre i recenti atti medici al SAM, ciò che l'Ufficio AI ha fatto lo stesso giorno (doc. 104 e 105).

Nel frattempo, tuttavia, mediante decisione del 22 novembre 2010, l'Ufficio dell'assicurazione per l'invalidità per gli assicurati residenti all'estero (UAIE, competente per emanare provvedimenti per gli assicurati non residenti in Svizzera, ha respinto la richiesta di prestazioni (doc. 109).

Il 30 novembre 2010 il SAM ha risposto alla richiesta di valutazione dal Dott. Cermesoni di cui sopra. I medici hanno rilevato che la perizia del Dott. Calcagnile, come pure la documentazione allegata (scintigrafia), non apporterebbe novità di rilievo rispetto a quanto già accertato da quell'istituto nella primavera del 2010 (doc. 110). Il Dott. Cermesoni ha preso atto il 6 dicembre 2010 di tale risposta e confermato la sua precedente valutazione del 27 ottobre 2010 (doc. 111).

D.

Con il ricorso depositato il 23 dicembre 2010, A._____, sempre rappresentato dal Patronato INAS, chiede, sostanzialmente, l'annullamento del summenzionato provvedimento amministrativo e il riconoscimento del suo diritto alla rendita intera AI. A suffragio delle sue conclusioni produce di nuovo la perizia del Dott. Calcagnile e la RM del 14 ottobre 2010 della colonna in toto. Esibisce inoltre una dichiarazione dell'ex datore di lavoro che, a sue spese, ha disposto una visita medica oncologica in Svizzera che sarà prodotta nel prosieguo. Il datore di lavoro conferma l'assoluta incapacità lavorativa dell'ex dipendente.

Come annunciato, l'interessato produce la perizia oncologica allestita presso l'Istituto oncologico della Svizzera italiana (IOSI-EOC), a cura del Dott. Sanna in data 19 gennaio 2011. L'esperto di parte insiste sulla presenza di una sindrome frustra da tumore neuroendocrino con sintomi sub-clinici correlati alla neoplasia. A suo parere, la perizia del SAM sarebbe insufficiente per quel che riguarda la valutazione delle ripercussioni del tumore. Una scintigrafia del novembre 2010 conferma la presenza-persistenza di una verosimile neoplasia endocrina. In queste circostanze la malattia tumorale ancora attiva condizionerebbe la capacità di lavoro dell'interessato.

E.

Ricevuto il ricorso, l'amministrazione ha sottoposto gli atti al Dott. Erba,

del proprio servizio medico, il quale ha reinterpellato il SAM. Con relazione del 4 marzo 2011, i Dott.ri El Shater e Pianezzi del SAM, dopo aver discusso le osservazioni del Dott. Sanna, hanno ritenuto che la situazione valetudinaria, a prescindere da elementi diagnostici rimasti ancora incerti, è quella esposta nella loro relazione dell'11 maggio 2010. Il parere è stato risottoposto al Dott. Erba, il quale, nel rapporto dell'11 marzo 2011, ha condiviso le osservazioni dei medici del SAM. Nella risposta di causa del 19 aprile 2011, l'Ufficio AI cantonale propone la reiezione del ricorso. Alle stesse conclusioni si associa l'UAIE nella risposta del 27 aprile 2011.

F.

Dopo aver preso atto delle osservazioni delle rispettive amministrazioni, il Patronato INAS, con scritto del 4 luglio 2011, ha ribadito l'intenzione del proprio assistito di mantenere il ricorso. Ha prodotto una relazione di visita oncologica del 9 giugno 2011 attestante la diagnosi di tumore neuroendocrino G1 del pancreas.

Ricevuta la replica, l'amministrazione ha sottoposto gli atti al Dott. Erba, il quale, nella nota del 26 luglio 2011, ha affermato che dalla documentazione prodotta non risulta una sostanziale modifica dello stato di salute dell'assicurato. Duplicando in data 27 luglio e 9 agosto 2011, l'Ufficio AI cantonale e l'UAIE ripropongono la reiezione del ricorso. Copia delle dupliche è stata inviata alla parte ricorrente.

Con decisione incidentale del 12 agosto 2011, il Tribunale amministrativo federale (TAF) ha invitato la parte ricorrente a versare un anticipo di Fr. 400.-, corrispondente alle presunte spese processuali. Detto anticipo è stato regolarmente versato il 23 agosto 2011.

Diritto:

1.

1.1. Riservate le eccezioni di cui all'art. 32 della legge del 17 giugno 2005 sul Tribunale amministrativo federale (LTAF, RS 173.32), il Tribunale amministrativo federale (TAF) giudica, in virtù dell'art. 31 LTAF, i ricorsi contro le decisioni ai sensi dell'art. 5 della legge federale del 20 dicembre 1968 sulla procedura amministrativa (PA, RS 172.021) emanate dalle autorità menzionate all'art. 33 LTAF. In particolare, le decisioni rese dall'UAIE possono essere portate innanzi 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).

1.2. Va precisato che nella specie l'Ufficio AI cantonale è competente per trattare l'esame della richiesta di prestazioni, mentre l'autorità inferiore è competente per notificare l'impugnata decisione (art. 40 cpv. 2 dell'ordinanza del 17 gennaio 1961 sull'assicurazione per l'invalidità [OAI, RS 831.201]).

2.

2.1. In virtù dell'art. 3 lett. d^{bis} PA la procedura in materia di assicurazioni sociali non è disciplinata dalla PA nella misura in cui è applicabile la legge federale del 6 ottobre 2000 sulla parte generale del diritto delle assicurazioni sociali (LPGA, RS 830.1). Giusta l'art. 1 LAI le disposizioni della LPGA sono applicabili all'assicurazione per l'invalidità (art. 1a-26^{bis} e 28-70), sempre che la presente legge non preveda espressamente una deroga.

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

2.3. Il ricorso è tempestivo e rispetta i requisiti minimi prescritti dalla legge (art. 60 LPGA e 52 PA). L'interessato ha versato l'anticipo delle presunte spese processuali nella misura di Fr. 400.-. 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 precisato che, a partire dal 1° gennaio 2008, la presente procedura è retta dalla LAI nel suo tenore modificato il 6 ottobre 2006 (5ª 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.

Il periodo di cognizione giudiziaria dello scrivente Tribunale amministrativo federale si estende fino al 22 novembre 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 136 V 24 consid. 4.3 con i rinvii).

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

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

6.

6.1. 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.

6.2. L'art. 28 cpv. 1 LAI stabilisce che l'assicurato ha diritto ad una rendita alle seguenti condizioni: a. la sua capacità di guadagno o la sua capacità di svolgere le mansioni consuete non può essere ristabilita, mantenuta o migliorata mediante provvedimenti d'integrazione ragionevolmente esigibili; b. ha avuto un'incapacità di lavoro (art. 6 LPGA) almeno del 40% in media durante un anno senza notevole interruzione; e c. al termine di questo anno è invalido almeno al 40%. Tuttavia, il diritto alla rendita nasce al più presto dopo 6 mesi dalla data in cui l'assicurato ha rivendicato il diritto alle prestazioni conformemente all'art. 29 cpv. 1 LPGA, ma al più presto a partire dal mese seguente il compimento dei 18 anni (art. 29 cpv. 1 LAI).

6.3. L'assicurato ha diritto ad una rendita intera se è invalido per almeno il 70%, a tre quarti di rendita se è invalido per almeno il 60%, ad una mezza rendita se è invalido per almeno la metà e ad un quarto di rendita se è invalido per almeno il 40% (art. 28 cpv. 2 LAI). In seguito all'entrata in vigore dell'Accordo bilaterale, la limitazione prevista dall'art. 29 cpv. 4 LAI, secondo il quale le rendite per un grado d'invalidità inferiore al 50% sono versate solo ad assicurati che sono domiciliati e dimorano abitualmente in Svizzera (art. 13 LPGA), non è più applicabile quando l'assicurato è cittadino dell'UE e vi risiede (DTF 130 V 253 consid. 2.3).

6.4. 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).

7.

7.1. A. _____ ha lavorato nel nostro Paese nel 1970 e poi a partire da marzo 1974 continuativamente. Era alle dipendenze, come frontaliere, di una ditta metallurgica di Stabio come stampatore di bulloni. Per motivi di salute, sostanzialmente di natura ortopedica, è rimasto assente dal lavoro dal 5 giugno 2007 al 15 marzo 2008. Ha poi ripreso il lavoro il 17 marzo 2008 in un altro settore (più leggero), ossia quale capoturno addetto alla formazione dei nuovi assunti senza diminuzione di salario (cfr. doc. 82-8). Poi, a causa della patologia oncologica, ha smesso di lavorare il 14 aprile 2009 (doc. 54-4). Da quanto precede, ne consegue che almeno fino a quest'ultima data l'interessato non ha mai subito un'invalidità ai sensi di legge, l'assenza dal lavoro del 2007/2008 non avendo raggiunto il livello di un anno almeno.

Occorre quindi esaminare se esiste un'invalidità ai sensi di legge dopo il 14 aprile 2009, ossia da quando ha definitivamente cessato il lavoro.

7.2. La nozione d'invalidità di cui all'art. 4 LAI e 8 LPGGA è di carattere giuridico economico, non medico (DTF 116 V 249 consid. 1b). In base all'art. 16 LPGGA, applicabile per il rinvio dell'art. art. 28a cpv. 1 LAI, per valutare il grado d'invalidità, il reddito che l'assicurato potrebbe conseguire esercitando l'attività ragionevolmente esigibile da lui dopo la cura medica e l'eventuale esecuzione di provvedimenti d'integrazione (reddito da invalido), tenuto conto di una situazione equilibrata del mercato del lavoro, è confrontato con il reddito che egli avrebbe potuto

ottenere se non fosse diventato invalido (reddito da valido). In altri termini l'assicurazione svizzera per l'invalidità risarcisce soltanto la perdita economica che deriva da un danno alla salute fisica o psichica dovuto a malattia o infortunio, non la malattia o la conseguente incapacità lavorativa.

7.3. 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).

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

8.

Nella fattispecie, l'interessato soffre di sindrome lombospondilogenica cronica con stato dopo intervento chirurgico di ernia discale L5-S1 il 13 dicembre 2007, alterazioni della statica dorso lombare, reazione da disadattamento; esiti di resezione di tumore neoendocrino epatico ben differenziato di 2 cm il 4 maggio 2009, pregressa epatite B HBs negativa, anti HBs positiva non attive (perizia del SAM dell'11 maggio 2010 in esito a visite del 27 gennaio, 23, 25 marzo e 9 aprile 2010). La situazione diagnostica ha comunque subito un'evoluzione. Per il persistere di disturbi addominali (cfr. segnatamente la perizia del Dott. Calcagnile, pag. 4-5), il 16 febbraio 2010 il paziente veniva sottoposto ad una relaparatomia esplorativa che non evidenziava alcuna recidiva tumorale. Tuttavia, una nuova scintigrafia total body del 4 novembre 2010 ha rilevato un tessuto patologico nella regione cefalo-pancreatica (doc. 102-11). Il rapporto del Dott. Sanna, oncologo, del 19 gennaio 2011, non fa stato di una ripresa della patologia tumorale epatico/pancreatica e non pone in evidenza ulteriori affezioni correlate, mentre un referto clinico-

ospedaliero del 9 giugno 2011 riferisce la presenza di un tumore neuroendocrino G1 del pancreas. Dal punto di vista ortopedico la situazione ha pure subito un'evoluzione: un RMN del 7 ottobre 2010 pone in evidenza fenomeni degenerativi a livello cervicale da C4 a C7 (cfr. perizia del Dott. Calcagnile pag. 5 e soprattutto rapporto radiologico della Dott.ssa Facchinetti del 14 ottobre 2010, doc. 96-3), nonché un peggioramento della situazione a livello lombare. Dal punto di vista psichiatrico il nominato, secondo la Dott.ssa castra, soffre di una reazione da disadattamento (ICD 10, F 43-22) a partenza dalla diagnosi tumorale dell'ottobre 2008 cui reagisce con destabilizzazione emotiva.

9.

9.1. Per quanto concerne le conseguenze invalidanti delle menzionate affezioni, il SAM di Bellinzona, a conclusione della perizia rassegnata l'11 maggio 2010, ritiene che il paziente sarebbe ancora in grado di svolgere il precedente lavoro di operaio addetto allo stampaggio dei bulloni in misura del 75%. Vi è un'incapacità del 20% generale (qualsiasi attività) di origine psichiatrica (non cumulabile con la precedente). In attività di sostituzione non vi sono limitazioni di origine ortopedica e/o oncologica (capacità 100%), ma permane l'incapacità del 20% di natura psichiatrica. Il medico dell'INPS nella perizia medica particolareggiata del 16 ottobre 2009 aveva posto un tasso d'invalidità del 75% pur rilevando che il paziente era in grado di svolgere lavori leggeri ed adeguati alle sue condizioni (doc. 67 cifre 9 e 11) per 4-5 ore giornaliere. Il Dott. Calcagnile, autore della perizia esibita in sede di audizione (e poi di ricorso) considera il proprio paziente totalmente invalido a qualsiasi lavoro. Il Dott. Sanna, oncologo, autore della relazione 19 gennaio 2011, ritiene che i sintomi della malattia oncologica, attiva e sintomatica, condiziona dal punto di vista psicofisico qualsiasi attività prolungata professionale e non.

9.2. Di regola una perizia richiesta dall'UAI cantonale (in casu un servizio di accertamento medico specifico dell'assicurazione per l'invalidità, SAM) 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 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 (DTF 137 V 210 consid. 4.4.1.4).

9.3.

9.3.1. Dal punto di vista reumatologico il Dott. Badaracco (del SAM) considera il paziente del tutto abile al lavoro iniziato alla ripresa dell'attività nella primavera del 2008, dopo la lunga assenza per l'intervento di ernia discale. Si tratta di un lavoro di insegnante per i nuovi assunti nella ditta metallurgica. Il reumatologo aggiunge che nel precedente lavoro di stampatore di bulloni il paziente può ancora lavorare a tempo pieno ma con un rendimento ridotto del 25%, rispettando le regole dell'ergonomia della schiena, evitando di sollevare e trasportare pesi superiori a 15 kg e comunque in modo non eccessivamente ripetitivo nel corso della giornata; sono inoltre da evitare i movimenti eccessivamente ripetitivi di flessione/estensione o rotazione del tronco. Il Dott. Badaracco ha descritto in dettaglio quali lavori il paziente può ancora fare e quali invece deve evitare nella tabella in calce alla sua relazione del 24 marzo 2010 (doc. 82-21 e seg.). Ora, se si confronta tale tabella con le mansioni del lavoratore indicate alla cifra 3 del questionario del datore di lavoro (doc. 54), si evince che il dipendente (prima della ripresa del lavoro del 17 marzo 2008) non assumeva incarichi estremamente pesanti. Va comunque rilevato che, in ogni caso, l'interessato ha dimostrato con comportamento concludente, al rientro al

lavoro dopo la lunga assenza del 2007/2008, ossia dal marzo 2008, di saper svolgere un altro lavoro, più adeguato, al cento per cento senza diminuzione di salario rispetto al precedente. Pertanto, dal punto di vista ortopedico, si può ammettere l'esistenza di un'invalidità del 25% (lavoro a tempo completo, rendimento ridotto) nel precedente lavoro di stampatore e del 100% in attività di sostituzione come quella dimostrata da marzo 2008.

Pertanto, il problema dell'invalidità si trasferisce alle altre due importanti patologie, ossia quella oncologica e quella psichiatrica.

9.3.2. Ora, nel marzo 2010, ossia a quasi un anno dall'intervento di resezione del tumore neuroendocrino al fegato (4 maggio 2009), il Dott. Cattaneo, endocrinologo del SAM, ha considerato il paziente guarito dalla patologia oncologica, senza un quadro clinico sospetto per sindrome carcinoide oppure complicanze post-chirurgiche. L'esperto non ritiene quindi una rilevante limitazione della capacità lavorativa quale operaio e manovale. Tuttavia, il Dott. Cattaneo considera il paziente, al momento della visita, inabile al lavoro al 100% per dolori addominali ed astenia ma stima tale inabilità come temporanea, di tipo post-chirurgico, il paziente essendo stato sottoposto nel febbraio 2010 ad una relaparatomia di tipo esplorativo la quale è stata negativa per l'esistenza di processo tumorale in loco (passaggio testa-processo uncinato del pancreas). Il controllo scintigrafico del 10 novembre 2010 (total body) ha confermato la presenza di un tessuto patologico nella regione cefalo-pancreatica (verso il processo uncinato) con reperto un poco più evidente rispetto ad analoga indagine del 2009 (doc. 102). Poi, il referto del 9 giugno 2011 prodotto in sede di replica (doc. TAF 10) attesta un tumore neuroendocrino G1 del pancreas.

Vero è che sul problema oncologico si sono pronunciati i Dott.ri Calcagnile (cfr. considerazioni conclusive, primo paragrafo) e Sanna (cfr. suo referto pag. 3/4). I loro pareri, comunque, sebbene attestino che la patologia tumorale è sintomatologicamente in fase attiva, sono meno rilevanti di quelli del Dott. Cattaneo poiché non sembra che la patologia in atto sia, tutto sommato, invalidante. Del resto le perizie del Dott. Calcagnile e Sanna sono state sottoposte ai medici del SAM che, nel loro rapporto del 4 marzo 2011 hanno avuto modo di confermare le loro precedenti valutazioni dell'11 maggio e 30 novembre 2010.

9.3.3. Sotto il profilo infettivologo (Dott. Mombelli del SAM), l'epatite B, diagnosticata nel 2007, è priva di conseguenze debilitanti. Attualmente

non sussiste alcuna epatite attiva e non vi è danno epatico di tipo infettivo (a parte gli esiti della resezione del maggio 2009 e della relaparatomia del febbraio 2010). Questa epatite silente non provoca disturbi, ha una prognosi eccellente e non è in relazione con il tumore neuroendocrino del fegato resecato nel maggio 2009. Questa patologia non ha nessun influsso sulla capacità lavorativa.

9.3.4. Riassumendo, quindi, non sembra a questo collegio giudicante che si debba mettere in dubbio la valutazione del SAM per quel che attiene al giudizio conclusivo in materia di ortopedia, oncologia ed infettivologia. Certo, la patologia tumorale deve essere considerata grave. Tuttavia, il concetto d'invalidità è di carattere economico e non medico (cfr. consid. 7.2). Non è tanto la malattia in quanto tale che è oggetto di indennizzo da parte della LAI, ma piuttosto le conseguenze di questa sulla capacità di lavoro e di guadagno del richiedente di prestazioni.

9.4.

9.4.1. Infine, sotto il profilo psichiatrico la Dott.ssa Castra del SAM considera che la diagnosi di tumore epatico abbia destabilizzato il paziente che ha sviluppato una reazione da disadattamento a partire dall'ottobre 2008 (diagnosi del tumore epatico) con la comparsa di ansia, depressione, apatia, astenia (dovuta questa anche alla patologia somatica). La specialista ritiene che questa fenomenologia comporti una diminuzione della capacità di lavoro del 20% intesa come scarso rendimento in un tempo di lavoro normale (cfr. il referto d'esame del Dott. Badaracco). Si nota comunque che A. _____ ha lavorato a tempo pieno fino al 13 aprile 2009.

9.4.2. Per quanto emerge dall'indagine presso il SAM, la problematica psichiatrica è quella che dà origine al tasso d'invalidità del 20% ammesso. Si tratta quindi della patologia più rilevante ai fini della valutazione finale. A mente di questo Tribunale, l'indagine in questo senso non è stata compiuta in modo corretto. Infatti, il Dott. Calcagnile (doc. 102-3) aveva segnalato, sotto il profilo psichiatrico, un disturbo generalizzato d'ansia con reazione da disadattamento. Egli precisava che il paziente ha sviluppato una vera e propria "burn-out syndrome" caratterizzata da un complesso di sintomi psichici (e somatici) derivati soprattutto da insoddisfazione per la propria sfera lavorativa, da disturbi dell'emotività e somatizzazioni varie. La presenza di sintomi disemotivi, continua il Dott. Calcagnile, che inducono apatia, difficoltà di concentrazione, demotivazione e perdita di empatia non sono compatibili

con il proposto cambio della mansione lavorativa in qualità di istruttore dei nuovi assunti, nella misura in cui tale nuova mansione comportava un carico di responsabilità non indifferente ed un sovraccarico di attenzione e concentrazione per istruire gli allievi in un lavoro non facile ed insidioso. Il Dott. Calcagnile spiega in modo convincente che la presenza di sintomi adenodistonici ascrivibile sia alla neoplasia che ai sintomi da somatizzazione inducono spiacevoli sensazioni che rendono ancora più penose le sensazioni dolorifiche indotte da altri fattori. Per l'esperto di parte, l'attuale terapia volta alla gestione del disturbo d'ansia non ha alcun effetto.

Pertanto, a differenza di quanto sostenuto dalla Dott.ssa Castra, il problema psichico di A._____ non era solo dato ed originato (temporalmente) dalla diagnosi di tumore epatopancreatico dell'ottobre 2008 e dalla circostanza, segnatamente, che una cugina dello stesso sia deceduta per tumore, ma anche da altri influssi forse ancora più importanti. L'analisi della Dott.ssa Castra sembra piuttosto incentrata sull'aspetto di relazione/causa fra la diagnosi di tumore e la patologia psichica in atto.

9.4.3. Ora, il Dott. Cermesoni dell'UAI-TI ha sottoposto la perizia del Dott. Calcagnile al SAM di Bellinzona, senza specificare che sotto il profilo psichiatrico, alla luce delle osservazioni dell'esperto di parte, occorreva di nuovo interpellare la Dott.ssa Castra. Il SAM ha risposto il 30 novembre 2010 tramite due medici (la direttrice Dott.ssa El Shater, specialista in medicina interna ed il Dott. Pianezzi, specialista in medicina interna) che non si sono occupati del caso in esame sotto un profilo specialistico (doc. 110). Tale modo di procedere non è tutelabile (cfr. sulla specializzazione dei medici chiamati a dare una valutazione in ambito AI: SVR 2009 IV n. 56 consid. 4.3.1). Va inoltre osservato che i vari pareri espressi dal Dott. Erba in merito alla patologia psichiatrica non sono sufficientemente motivati.

10.

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

In queste circostanze è necessario accogliere parzialmente il ricorso, annullare la decisione impugnata e rinviare l'incanto all'UAIE, affinché emani una nuova decisione. Certo, l'art. 61 cpv. 1 PA permette solo

eccezionalmente di ricorrere ad una tale procedura. Nel caso concreto, l'applicazione dell'eccezione prevista è tuttavia giustificata se si considera l'istruttoria incompleta e l'ampiezza delle informazioni da raccogliere (DTF 137 V 210 consid. 4.4.1.4).

10.2. L'UAIE dovrà quindi completare l'istruttoria delucidando la situazione medica per il periodo dall'aprile 2009 (cessazione definitiva dell'attività) fino alla data dell'impugnata decisione (22 novembre 2010) e da questa data in poi. L'UAIE emanerà poi un nuovo provvedimento impugnabile. A tale fine l'amministrazione dovrà in particolare interpellare di nuovo la Dott.ssa Castra e sottoporle il caso con le osservazioni del Dott. Calcagnile. Se del caso, l'amministrazione effettuerà poi un'indagine comparativa dei redditi.

11.

11.1. Visto l'esito del ricorso, non vengono prelevate spese processuali e l'anticipo spese versato dal ricorrente, di Fr. 400.-, 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, vista la memoria di ricorso, di replica e la documentazione esibita, si giustifica riconoscere alla parte ricorrente un'indennità per spese ripetibili di Fr. 900.-, 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 22 novembre 2010, la causa è rinviata all'autorità inferiore perché proceda ai sensi del considerando 10 e statuisca di nuovo.

2.

Non si prelevano spese processuali. L'anticipo di Fr. 400.- versato dal ricorrente gli viene restituito.

3.

Alla parte ricorrente viene riconosciuta un'indennità per spese ripetibili di Fr. 900.-, la quale è posta a carico dell'autorità inferiore.

4.

Comunicazione a:

- rappresentante del ricorrente (atto giudiziario)
- autorità inferiore (n. di rif. ; raccomandata)
- Ufficio federale delle assicurazioni sociali, Berna (raccomandata)

I rimedi giuridici sono menzionati alla pagina seguente.

Il presidente del collegio:

Il cancelliere:

Francesco Parrino

Dario Croci Torti

Rimedi giuridici:

Contro la presente decisione può essere interposto ricorso in materia di diritto pubblico al Tribunale federale, Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerna, entro un termine di 30 giorni dalla sua notificazione nella misura in cui sono adempiute le condizioni di cui agli art. 72 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: