

Bundesverwaltungsgericht
Tribunal administratif fédéral
Tribunale amministrativo federale
Tribunal administrativ federal



Corte III
C-2648/2006

{T 0/2}

Sentenza del 24 maggio 2007

Composizione: Elena Avenati-Carpani (presidente del collegio), Eduard Achermann e Stefan Mesmer, giudici,

Paola Carcano, cancelliera.

G._____, ricorrente, patrocinato da PATRONATO ITACO, Via Mario Lanza 38, IT-83100 Avellino,

contro

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

concernente

prestazioni dell'assicurazione per l'invalidità.

Ritenuto in fatto:

- A. G._____, cittadino italiano, nato il _____, coniugato con prole, ha lavorato in Svizzera nel settore dell'edilizia a partire dal 1978 ed ha versato i contributi all'assicurazione per la vecchiaia, i superstiti e l'invalidità a partire da quell'anno (doc. 1, 1.1 e 7). In data 17 luglio 1992 egli è rimasto vittima di un incidente sul lavoro riportando un grave trauma alla mano ed all'avambraccio destro, rimasti incastrati in una betoniera in movimento. In particolare, ha subito delle lesioni tendinee multiple, un'importante perdita di sostanza muscolare e l'offesa parziale del nervo mediano del polso. Dal punto di vista assicurativo, il caso è stato assunto dall'Istituto nazionale svizzero di assicurazione contro gli infortuni (INSAI/SUVA), il quale ha corrisposto le prestazioni di legge riconoscendo una totale incapacità di lavoro fino al 30 settembre 1996. L'interessato è stato poi posto al beneficio di una rendita d'invalidità SUVA del 50% a partire dal 1° ottobre 1996 (doc. 111).
- B. La Cassa di compensazione "Entrepreneurs", mediante decisione del 13 ottobre 1993, ha erogato in favore di G._____ una rendita intera dell'assicurazione svizzera per l'invalidità a decorrere dal 1° luglio 1993 (doc. 41, 42 e 43). Una prima procedura di revisione del diritto alla rendita è stata promossa nel corso del 1994 (doc. 45), nell'ambito della quale l'assicurato ha seguito uno stage d'osservazione professionale, con diritto alle indennità giornaliere dell'assicurazione per l'invalidità. Nel rapporto del 1° dicembre 1994 (doc. 65), il consulente incaricato ha escluso che, per il momento, potessero essere previste delle misure di riclassamento professionale. Il diritto alla rendita intera è stato, pertanto, confermato con comunicazione del 6 dicembre 1994 (doc. 68). Un'ulteriore procedura di revisione, promossa nel corso del 1995 (doc. 71), non ha posto in luce sostanziali mutamenti della capacità di lavoro dell'assicurato, per cui il diritto all'intera prestazione è stato nuovamente confermato in data 23 luglio 1996 (doc. 109). Sulla scorta della decisione della SUVA del 13 marzo 1997 (doc. 111), l'UAI ha avviato, nel corso del 1999, una nuova procedura di revisione (doc. 115), che tuttavia non ha potuto essere portata a termine poichè l'assicurato alla fine del mese di maggio dell'anno 2000 è rimpatriato in Italia. I pagamenti delle prestazioni sono stati ripresi, per competenza, dall'Ufficio dell'assicurazione per l'invalidità per gli assicurati residenti all'estero (UAIE) a decorrere dal 1° giugno 2000 (doc. 120).

- C. Nel corso del mese di dicembre del 2000, l'UAIE ha promosso una procedura di revisione del diritto alla rendita (doc. 124). L'interessato è stato visitato il 29 gennaio 2001 presso i servizi medici dell'Istituto nazionale della previdenza sociale (INPS) di Avellino, ove il sanitario incaricato (Dott. C._____) ha evidenziato la diagnosi di esiti di grave lesione traumatica con limitazione funzionale della mano ed ha posto un tasso d'invalidità del 55% sia per l'ultimo lavoro svolto sia in merito a qualsiasi altra attività confacente all'assicurato (doc. 126). Con progetto di decisione del 30 ottobre 2001 (doc. 137), l'UAIE ha pertanto comunicato all'assicurato l'intenzione di disporre la riduzione del diritto alla rendita della metà. Successivamente l'interessato ha prodotto diversa documentazione medica, insistendo sulla totale incapacità di poter utilizzare la mano destra (doc. 140-142). Nel suo rapporto del 10 gennaio 2002 (doc. 144), il Dott. J._____, medico dell'UAIE, ha ritenuto che non vi fossero motivi per modificare il summenzionato progetto di decisione, posto che l'assicurato soffre precipuamente di un'invalidità post-infortunistica. Mediante decisione del 7 marzo 2002, cresciuta incontestata in giudicato, l'UAIE ha pertanto ridotto della metà la rendita dell'assicurato con effetto a partire dal 1° maggio 2002 (doc. 146).
- D. In data 15 luglio 2002, G._____ ha formulato una domanda di revisione postulando il ripristino del suo diritto alla rendita intera (doc. 149). Dopo aver esperito un'indagine medica, l'UAIE ha respinto tale richiesta con decisione del 5 agosto 2003, ritenendo che i nuovi accertamenti non ponevano in luce alcun peggioramento della capacità di lavoro dell'assicurato (doc. 172). Contro il predetto provvedimento amministrativo, G._____, regolarmente rappresentato dal Patronato ITACO, ha formulato in data 4 settembre 2003 tempestiva opposizione, chiedendo in sostanza il ripristino del suo diritto alla rendita intera (doc. 173). A suffragio delle sue conclusioni ha prodotto una certificazione medico-legale allestita il 3 giugno 2003 dal Dott. D._____ nella quale vengono evidenziate alcune patologie post-infortunistiche (doc. 173.2). Ricevuta l'opposizione, l'amministrazione ha sottoposto nuovamente gli atti al Dott. J._____, medico dell'UAIE, il quale ha integralmente confermato il suo precedente parere del 10 gennaio 2002 (doc. 144). Mediante decisione su opposizione del 3 novembre 2003, l'UAIE ha, pertanto, respinto l'opposizione e confermato nel contempo la propria decisione del 5 agosto 2003 (doc. 177). Contro il predetto provvedimento amministrativo, l'assicurato ha presentato in data 3 dicembre 2003 tempestivo gravame alla Commissione federale AVS/AI di ricorso per le persone residenti all'estero (CFR). Nelle sue osservazioni ricorsuali del 22 gennaio 2004, l'UAIE ha proposto la reiezione dell'impugnativa mentre il ricorrente, con scritto del 29 marzo 2004, ha ribadito la sua intenzione di mantenere il ricorso, segnatamente producendo una relazione medica allestita il 27 marzo 2004 dal Dott. E._____, nella quale vengono evidenziate alcune

patologie extra-infortunistiche, quali discopatie multiple cervicali, periartrite scapolo-omerale sinistra, gonartrosi bilaterale, ernia discale C5-C6 (doc. 201). Nel corso di un ulteriore scambio di allegati, le parti si sono riconfermate nelle loro precedenti prese di posizioni. Nel suo giudizio del 23 agosto 2004, la CFR ha rilevato come fossero state evidenziate, anche oggettivamente, delle affezioni extra-infortunistiche e che, pertanto, occorreva approfondire l'indagine medica. Di conseguenza, il ricorso è stato accolto e l'incarto rinviato all'amministrazione affinché fossero espletati dei nuovi accertamenti sanitari (doc. 202).

- E. L'amministrazione ha quindi completato l'istruttoria, in particolare assumendo agli atti la seguente documentazione:
- un rapporto di consulenza ortopedica del Dott. D._____ del 4 febbraio 2005 (doc. 212);
 - una relazione di visita cardiologica del Dott. D1._____ del 4 febbraio 2005 (doc. 213);
 - un elettrocardiogramma del 4 febbraio 2005 (doc. 214);
 - una relazione d'esame neuropsichiatrico del 28 febbraio 2005 attestante un disturbo d'ansia generalizzato (doc. 215);
 - una perizia medica particolareggiata allestita il 3 marzo 2005 dal sanitario incaricato (Dott. A._____) dell'Istituto nazionale della previdenza sociale (INPS) di Avellino, che ha evidenziato la diagnosi di "gravi esiti di sfacelo traumatico arto superiore destro con grave compromissione della funzionalità della mano e lesioni dei tendini e dei nervi periferici; riferita cervicobrachialgia da discopatie multiple cervicali, segni di periartrite scapolo-omerale bilaterale, lieve ipertensione arteriosa, obesità" (doc. 216).
- F. Nel suo rapporto del 1° giugno 2005, il Dott. T._____ del Servizio medico regionale (SMR), dopo aver ripreso la diagnosi sopra riferita ed analizzato la nuova documentazione medica assunta, è giunto alla conclusione che successivamente al 7 marzo 2002 (data dell'ultima decisione dell'UAIE), le condizioni di salute e le capacità di lavoro dell'interessato non avrebbero subito alcun cambiamento, rispettivamente peggioramento, di rilievo (doc. 219). Mediante decisione del 17 giugno 2005, l'UAIE ha pertanto confermato il diritto dell'assicurato ad una mezza rendita (doc. 221). G._____, regolarmente rappresentato dal Patronato ITACO, ha formulato tempestiva opposizione in data 12 luglio 2005 (doc. 222). Nulla ha prodotto a suffragio delle sue conclusioni. Mediante decisione su opposizione del 15 dicembre 2005, l'UAIE ha pertanto respinto la predetta opposizione e confermato nel contempo la propria decisione del 17 giugno 2005 (doc. 223).

- G. Con tempestivo gravame del 2 febbraio 2006, G._____, rappresentato dal Patronato ITACO, chiede, sostanzialmente, l'annullamento del summenzionato provvedimento amministrativo e, di conseguenza, il ripristino del suo diritto alla rendita intera. A suffragio delle sue conclusioni produce una cartella clinica relativa alla degenza ospedaliera dall'8 al 13 settembre 2005 per ipertensione arteriosa ed obesità, oltre a referti medici vari allegati alla stessa (cfr. anche scritto 19 maggio 2006).
- H. Ricevuta l'impugnativa, l'amministrazione ha sottoposto nuovamente gli atti al Dott. T._____ del Servizio medico regionale (SMR), il quale, nella sua relazione del 21 giugno 2006 (doc. 225), dopo aver analizzato la nuova documentazione medica prodotta dall'assicurato, ha confermato integralmente il suo precedente parere del 1° giugno 2005 (doc. 219), in particolare ritenendo nuovamente che la situazione valetudinaria dell'assicurato non avrebbe subito sostanziali mutamenti successivamente al 7 marzo 2002. L'interessato, infatti, sarebbe ancora in grado di svolgere attività che non necessitano un utilizzo accresciuto dell'arto superiore destro al cento per cento, come peraltro già ritenuto anche dal collega Dott. J._____ nel suo rapporto del 29 settembre 2003 (doc. 176). Nelle sue osservazioni ricorsuali del 5 luglio 2006, l'UAIE propone pertanto la reiezione dell'impugnativa con argomenti di cui, per quanto occorra, si riferirà nei considerandi di diritto del presente giudizio.
- I. Dopo aver preso atto delle osservazioni dell'amministrazione, il Patronato ITACO, con scritto del 19 luglio 2006, ha ribadito l'intenzione del proprio assistito di mantenere l'impugnativa.
- J. In data 12 aprile 2007 il Tribunale amministrativo federale ha comunicato alle parti la composizione del collegio giudicante. Entro il termine impartito non sono state presentate istanze di ricusa.

Considerando in diritto:

- 1.
- 1.1 I ricorsi pendenti presso le Commissioni federali di ricorso o d'arbitrato o presso i servizi di ricorso dei dipartimenti il 1° gennaio 2007 sono trattati dal Tribunale amministrativo federale nella misura in cui è competente. È applicabile il nuovo diritto di procedura (cfr. art. 53 cpv. 2 Legge sul Tribunale amministrativo federale del 17 giugno 2005 [LTAF, RS 173.32]).

- 1.2 In virtù dell'art. 31 LTAF, questo tribunale giudica i ricorsi contro le decisioni ai sensi dell'art. 5 della Legge federale sulla procedura amministrativa del 20 dicembre 1968 (PA, RS 172.021) emanate dalle autorità menzionate agli art. 33 e 34 LTAF, riservate le eccezioni di cui all'art. 32 LTAF. In particolare, le decisioni rese dall'Ufficio AI per gli assicurati residenti all'estero (UAIE) concernenti l'assicurazione per l'invalidità possono essere portate innanzi al TAF conformemente all'art. 69 cpv. 1 lett. b della Legge federale su l'assicurazione per l'invalidità del 19 giugno 1959 (LAI, RS 831.20).
2.
 - 2.1 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). Trattasi 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).
 - 2.2 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.
 - 2.3 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.

- 2.4 Per costante giurisprudenza l'ottenimento di una pensione straniera di invalidità non pregiudica l'apprezzamento di un'invalidità secondo il diritto svizzero (ATFA causa I 435/02 consid. 2 del 2 febbraio 2003; Revue à l'attention des caisses de compensations (RCC) 1989 p. 330). Alla stessa maniera, dopo l'entrata in vigore dell'ALC, il grado di invalidità di un assicurato che pretende una rendita dell'assicurazione-invalidità svizzera è determinato esclusivamente secondo il diritto svizzero (DTF 130 V 257 consid. 2.4).
3. Il 1° gennaio 2003 è entrata in vigore la legge federale sulla parte generale del diritto delle assicurazioni sociali del 6 ottobre 2000 (LPGA, RS 830.1) che ha portato alcune modifiche legislative, in particolare procedurali, anche nell'ambito dell'assicurazione per l'invalidità. Secondo l'art. 2 LPGA le disposizioni di questa legge sono applicabili alle assicurazioni sociali disciplinate dalla legislazione federale, se e per quanto le singole leggi sulle assicurazioni sociali lo prevedano. Inoltre, l'art. 1 LAI stabilisce che 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.

Ai sensi del combinato disposto degli art. 3 lett. d^{bis} PA e 1 cpv. 1 LAI, la procedura in materia di assicurazioni sociali è disciplinata, di principio, dalla LPGA. 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.

Il ricorso appare tempestivo ed ossequioso dei requisiti minimi prescritti dalla legge (art. 60 LPGA e 52 PA). Il gravame è dunque ricevibile, nulla ostando all'esame del merito dello stesso.

4. Ai fini del presente giudizio occorre preliminarmente precisare, con particolare riferimento al diritto materiale, che, dal profilo temporale, sono determinanti, di principio, le norme materiali in vigore al momento della realizzazione dello stato di fatto che deve essere valutato giuridicamente o che produce conseguenze giuridiche (DTF 129 V 1, 127 V 467 consid. 1, 121 V 366 consid. 1b) e che, di regola, il giudice delle assicurazioni sociali si basa, ai fini dell'esame della vertenza, sui fatti che si sono realizzati fino al momento della decisione contestata (DTF 121 V 366 consid. 1b). Trattandosi nel caso in esame di eventuali prestazioni riferite sia ad un periodo antecedente che posteriore al 1° gennaio 2003, occorre distinguere, dal punto di vista del diritto materiale applicabile, i periodi prima e dopo l'introduzione della LPGA, ritenuto tuttavia che le nuove norme (LPGA) non hanno apportato dal punto di vista materiale alcuna sostanziale modifica riguardo ai concetti di incapacità al lavoro, d'incapacità al guadagno, d'invalidità, di raffronto dei redditi e di revisione, e che le nozioni precedentemente sviluppate dalla giurisprudenza

rimangono tuttora valide (DTF 130 V 343). Di conseguenza, conformemente al riportato principio dell'applicazione del diritto in vigore al momento in cui sorge il diritto alla prestazione, l'esame relativo all'eventuale insorgenza di un diritto ad una rendita dell'assicurazione per l'invalidità del ricorrente per il periodo fino al 31 dicembre 2002, rispettivamente fino al 31 dicembre 2003, si basa sul diritto in vigore all'epoca (DTF 130 V 329 consid. 2.5 e 445).

Parimenti le modifiche della LAI del 21 marzo 2003, in vigore dal 1° gennaio 2004 (4^a revisione della LAI), sono applicabili solo a partire da tale data.

5.

- 5.1 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 mentre il cpv. 2 della stessa norma stabilisce che l'invalidità è considerata insorgere quando, per natura e gravità, motiva il diritto alla singola prestazione.

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). Va ricordato che fino al 31 dicembre 2003, la LAI prevedeva il diritto al quarto di rendita con un tasso d'invalidità del 40% almeno, alla mezza rendita con un tasso d'invalidità del 50% almeno ed alla rendita intera con un tasso d'invalidità dei due terzi (66.67%). In seguito all'entrata in vigore dell'Accordo bilaterale, la limitazione prevista dall'art. 28 cpv. 1^{ter} 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.

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.

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; 110 V 275, 105 V 207). In base all'art. 16 LPGA, applicabile per il rinvio dell'art. 28 cpv. 2 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, 104 V 136; *Jurisprudence et pratique administrative [Pratique VSI] 2000 p. 84*). La documentazione medica costituisce un importante elemento di giudizio per determinare quali lavori siano ancora ragionevolmente esigibili dall'assicurato, ma non spetta al medico graduare l'invalidità dell'assicurato (DTF 114 V 314, 105 V 158).

- 5.2 Se il grado d'invalidità del beneficiario della rendita subisce una modifica, che incide in modo rilevante sul diritto alla rendita, questa sarà, per il futuro, aumentata o ridotta proporzionalmente o soppressa, d'ufficio o su richiesta (art. 17 cpv. 1 LPGA corrispondente materialmente al precedente ed abolito art. 41 LAI).

La revisione avviene d'ufficio quando, in previsione di una possibile modificazione importante del grado d'invalidità o di grande invalidità, è stato stabilito un termine nel momento dell'erogazione della rendita o dell'assegno per grandi invalidi, o allorchè si conoscono fatti o si ordinano provvedimenti che possono provocare una notevole modificazione del grado d'invalidità o della grande invalidità. Invece, se è stata inoltrata domanda di revisione, nella domanda si deve dimostrare che il grado d'invalidità o d'incapacità dell'invalido a provvedere a sè stesso è modificato in misura rilevante per il diritto alle prestazioni (art. 87 cpv. 2 e 3 dell'Ordinanza federale su l'assicurazione per l'invalidità del 17 gennaio 1961: OAI, RS 831.201).

Se la capacità al guadagno dell'assicurato migliora, v'è motivo di ammettere che il cambiamento determinante sopprime, all'occorrenza, tutto o parte del diritto a prestazioni dal momento in cui si può supporre che il miglioramento constatato perduri. Lo si deve in ogni caso tenere in considerazione allorchè è durato tre mesi, senza interruzione notevole, e che presumibilmente continuerà a durare. Analogamente, in caso di aggravamento dell'incapacità al guadagno, occorre tener conto del cambiamento determinante il diritto a prestazioni, non appena esso perdura da tre mesi senza interruzione notevole (art. 88 a cpv. 1 e 2 OAI).

La costante giurisprudenza ha stabilito che le rendite AI sono soggette a revisione non solo in caso di modifica rilevante dello stato di salute che ha un influsso sull'attività lucrativa, ma anche quando lo stato di salute è rimasto invariato, se le sue conseguenze sulla capacità di guadagno hanno subito un cambiamento importante (DTF 113 V 275, consid. 1a, 109 V 116 consid. 3 b, 105 V 30; RCC 1989 p. 323, consid. 2a). Affinchè sia possibile la revisione di una rendita AI è dunque necessario che le condizioni cliniche e/o economiche dell'assicurato abbiano subito una modifica, tale da influire sulla perdita di guadagno. D'altra parte la modifica deve essere notevole, non tanto da un punto di vista astratto, ma piuttosto in relazione con l'art. 28 cpv. 1 LAI. In ogni caso la revisione della rendita è possibile unicamente se, posteriormente alla pronuncia della decisione iniziale, la situazione invalidante è effettivamente mutata. Non basta invece che una situazione, rimasta sostanzialmente invariata, sia giudicata in modo diverso (RCC 1987 p. 38 consid. 1a e 1985 pag. 336).

Per stabilire in concreto se vi è motivo di revisione, da un punto di vista temporale vanno in particolare paragonati i fatti esistenti al momento della decisione formale iniziale con quelli esistenti nell'istante all'epoca della pronuncia del provvedimento litigioso. Decisioni intercalari confermantici quella iniziale non sono quindi di rilievo come base di paragone. Rilevanti sono unicamente le decisioni intercalari che modificano la rendita corrente sulla base di una nuova valutazione del grado d'invalidità (DTF 133 V pag. 108, 130 V 71, 125 V 369 consid. 2 con riferimenti, 109 V 262, 105 V 30).

- 5.3 Conformemente alla giurisprudenza esposta sub. consid. 5.2, e come peraltro correttamente ammesso dall'amministrazione, il periodo di riferimento nell'ambito della presente vertenza è quello intercorrente tra il 7 marzo 2002 (data della decisione, cresciuta incontestata in giudicato, mediante la quale l'UAIE ha ridotto della metà la rendita dell'assicurato con effetto a partire dal 1° maggio 2002: doc. 146) ed il 15 dicembre 2005 (data della decisione su opposizione, qui avversata, che ha confermato il diritto dell'assicurato solo ed esclusivamente ad una mezza rendita: doc. 223). 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.

- 6.1 Il Tribunale deve esaminare in maniera obiettiva tutti i mezzi di prova, indipendentemente dalla loro provenienza, e poi decidere se i documenti messi a disposizione permettono di giungere ad un giudizio attendibile sulle pretese giuridiche litigiose (DTF 125 V 352 consid. 3a).

6.2 Per costante giurisprudenza le certificazioni mediche possono costituire importanti elementi d'apprezzamento del danno invalidante, allorchè 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). Perchè 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). A proposito delle perizie mediche eseguite nell'ambito della procedura amministrativa il Tribunale federale ha già avuto modo di evidenziare che, nell'ipotesi in cui sono state eseguite da medici specializzati riconosciuti, hanno forza probatoria piena, se giungono a conclusioni logiche e sono state realizzate sulla base di accertamenti approfonditi, fintanto che indizi concreti non inducono a ritenerle inaffidabili (DTF 123 V 176, 122 V 161, 104 V 212). Secondo il Tribunale federale i centri medici di accertamento dell'AI non possono essere considerati parte in causa, nel senso che sussiste un vincolo per cui l'istituto sarebbe obbligato a tenere in particolare considerazione gli interessi specifici dell'assicurazione invalidità (DTF 123 V 178; *Jurisprudence et pratique administrative [Pratique VSI] 2001 pag. 110*). Nell'ambito del libero apprezzamento delle prove è in linea di principio consentito all'amministrazione e al giudice fondare la propria decisione su basi di giudizio interne all'istituto assicuratore. Per quanto riguarda l'imparzialità e l'attendibilità di simili prove, devono tuttavia essere poste delle esigenze severe (DTF 122 V 157). In DTF 125 V 351 il Tribunale federale ha ribadito che ai rapporti allestiti da medici alle dipendenze di un'assicurazione deve essere riconosciuto pieno valore probante, a condizione che essi si rivelino essere concludenti, compiutamente motivati, di per sè scevri di contraddizioni e, infine, non devono sussistere degli indizi che facciano dubitare della loro attendibilità (DTF 125 V 352). Il solo fatto che il medico consultato si trovi in un rapporto di dipendenza con l'assicuratore, non permette già di metterne in dubbio l'oggettività e l'imparzialità. Devono piuttosto esistere delle particolari circostanze che permettano di ritenere come oggettivamente fondati i sospetti circa la parzialità dell'apprezzamento (DTF 125 V 354). Per quel che riguarda i rapporti concernenti il medico curante, secondo la generale esperienza della vita, il giudice deve tenere conto del fatto che, alla luce del rapporto di fiducia esistente con il paziente, il medico curante attesterà, in caso di dubbio, in favore del suo paziente (DTF 125 V 353; *Pratique VSI 2001 p. 109*).

7.

7.1 Nel corso della revisione in esame, la CFR aveva rilevato nel suo giudizio del 23 agosto 2004 che il complesso patologico affliggente l'assicurato poteva aver subito, a quella data, una variazione negativa dovuta all'insorgenza di alcune patologie extra-infortunistiche. Di conseguenza aveva ritenuto che occorresse approfondire l'indagine medica per stabilire in che misura fosse eventualmente peggiorata la situazione valetudinaria dell'assicurato e per calcolarne gli effetti sulla capacità di guadagno. Pertanto aveva rinviato l'incarto all'amministrazione affinché fossero espletati dei nuovi accertamenti sanitari (doc. 202).

7.2 Dalla documentazione medica prodotta conformemente a quanto richiesto dalla CFR, si evince che l'assicurato, oltre ai gravi esiti di sfacelo traumatico arto superiore destro con importante compromissione della funzionalità della mano e lesioni dei tendini e dei nervi periferici riconducibili all'infortunio del 17 luglio 1992, è affetto da "riferita" cervicobrachialgia da discopatie multiple cervicali e da "segni" di periartrite scapolomero bilaterale (doc. 216). Egli soffre pure di un disturbo d'ansia generalizzato trattato farmacologicamente (doc. 215) e di ipertensione arteriosa di grado lieve e non complicata per la quale assume dei farmaci nonché di un grado d'obesità significativo.

Il Dott. T._____, medico dell'UAIE ha redatto due rapporti medici sull'assicurato: il primo in data 1° giugno 2005 (doc. 219) ed il secondo in data 21 giugno 2006 (doc. 225) ovvero successivamente alla produzione da parte del ricorrente di una cartella clinica relativa alla degenza ospedaliera dall'8 al 13 settembre 2005 per ipertensione arteriosa ed obesità oltre a referti medici vari allegati al gravame in questione.

Nella relazione medica del 1° giugno 2005 egli rileva, in particolare, che il rapporto di consulenza ortopedica del Dott. D._____ del 4 febbraio 2005 (doc. 212) attesta (oltre alle note affezioni infortunistiche di cui soffre l'assicurato già evidenziate nella certificazione medico-legale del Dott. D._____ ricevuto dall'UAIE il 26 agosto 2002: doc. 163), una forma di periartrite bilaterale delle spalle e delle discopatie cervicali multiple che, a suo avviso, comportano dei disturbi funzionali lievi. A questo proposito evidenzia pure che non è dato sapere con esattezza quando sono comparse queste affezioni extra-infortunistiche nel paziente. Per quanto poi attiene alla relazione d'esame neuropsichiatrico del 28 febbraio 2005 (doc. 215), rileva che il paziente è affetto da un disturbo d'ansia generalizzato che non assurge il valore di una malattia psichiatrica significativa e che quindi non incide sulle capacità al lavoro dell'assicurato. Infine, per quanto concerne l'aspetto cardiologico del paziente, rileva che l'elettrocardiogramma del 4 febbraio 2005 è nella norma e che la leggera ipertensione arteriosa (140/100) come pure l'obesità sono tali da non assurgere il valore di patologia (doc. 213 e 214). In conclusione rileva che le leggere affezioni di cui soffre l'assicurato alle spalle ed al collo non

comportano alcun impedimento mentre il disturbo d'ansia generalizzato è irrilevante da un punto di vista funzionale. Infine ritiene dunque che non appare nè provato nè verosimile che successivamente al 7 marzo 2002 sia intervenuto un cambiamento sostanziale, rispettivamente un peggioramento, nello stato di salute dell'assicurato.

Successivamente nella sua relazione del 21 giugno 2006 egli rileva, in particolare, con riferimento all'ospedalizzazione dall'8 al 13 settembre 2006 per ipertensione arteriosa ed obesità, che l'assicurato assume dei medicinali e che l'ipertensione arteriosa è trattata con successo posto che oscilla tra 130/80 e 110/70. Con riferimento all'ingrossamento del volume del cuore, osserva inoltre che gli esami non evidenziano alcuna patologia (cosiddetta cardiomegalia) e che verosimilmente è da ricondurre ad un adattamento fisiologico all'ipertensione arteriosa trattata farmacologicamente oppure ad una variante normale; l'elettrocardiogramma risulta essere assolutamente nella norma. Dopo aver pertanto confermato integralmente il suo precedente parere del 1° giugno 2005 egli conclude precisando che l'aspetto cardiovascolare del paziente non appare assolutamente peggiorato dal 7 marzo 2002 alla luce della nuova documentazione medica allegata dallo stesso al gravame in oggetto e che, pertanto, ritiene che l'assicurato (senza utilizzare la mano destra) potrebbe svolgere al 100% delle attività sostitutive leggere ed adeguate alle particolari condizioni in un settore che non richiede una particolare formazione quali, ad es.: addetto alla ricezione, custode di parcheggio, cassiere presso un distributore di benzina, addetto alla distribuzione della posta all'intero di un'impresa oppure all'archiviazione di atti (cfr. altresì il rapporto richiamato del collega Dott. J._____ del 29 settembre 2003: doc. 176).

Nel caso di specie, il collegio giudicante non intravede ragioni che gli impediscano di far proprie le conclusioni cui è pervenuto il Dott. T._____. Egli, infatti, ha compiutamente valutato il danno alla salute lamentato dall'assicurato sulla base di accertamenti approfonditi e completi ed le sue relazioni mediche sono state redatte con conoscenza della pregressa vicenda valetudinaria (anamnesi) e sono chiare nella presentazione del contesto medico ed, infine, le conclusioni a cui giungono sono logiche e motivate. Per un'analisi più dettagliata si può rimandare a quanto scritto in precedenza nel presente considerando. Con particolare riferimento poi alla valutazione medica del 21 giugno 2006 dev'essere inoltre rilevato che è la più recente agli atti e che quindi è anche l'unica a tenere conto pure della nuova documentazione prodotta in sede ricorsuale dall'assicurato. In quest'ottica pertanto i predetti rapporti ossequiano ampiamente i principi posti dalla costante giurisprudenza esposta sub. consid. 6.

7.3 Stante quando sopra esposto il collegio giudicante è dell'avviso che lo stato di salute dell'assicurato tra il 7 marzo 2002 ed il 15 dicembre 2005 non si è modificato in modo notevole e che, nelle predette condizioni, l'interessato non è più in grado di svolgere la sua precedente professione di capo cantiere a far tempo dal 17 luglio 1992, ossia dal giorno dell'infortunio, ma ritiene pure che egli avrebbe potuto svolgere al 100% delle attività sostitutive leggere ed adeguate alle particolari condizioni in un settore che non richiede una particolare formazione (quali ad es.: addetto alla ricezione, custode di parcheggio, cassiere presso un distributore di benzina, addetto alla distribuzione della posta all'intero di un'impresa oppure all'archiviazione di atti) nel periodo di riferimento. Di conseguenza, accertato che lo stato di salute dell'assicurato non ha subito una modifica rilevante e che le conseguenze dello stesso sulla sua capacità di guadagno non hanno subito un cambiamento notevole nel periodo di riferimento del presente giudizio, il ricorso deve essere respinto e l'impugnata decisione confermata.

8.

8.1 Poiché nella presente procedura si tratta di decidere il riconoscimento rispettivamente il rifiuto di prestazioni assicurative, non vengono prelevate spese processuali.

8.2 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, visto l'esito del gravame, non vengono assegnate indennità per spese ripetibili.

Per questi motivi il Tribunale amministrativo federale pronuncia:

1. Il ricorso è respinto e la decisione impugnata del 15 dicembre 2005 è confermata.
2. Non si prelevano spese processuali.
3. Non vengono assegnate indennità per spese ripetibili.
4. Comunicazione:
 - al rappresentante del ricorrente (raccomandata A/R),
 - all'autorità inferiore (Ref-Nr. _____),
 - all'Ufficio federale delle assicurazioni sociali.

Rimedi di diritto:

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

La presidente del collegio:

La cancelliera:

Elena Avenati-Carpani

Paola Carcano

Data di spedizione: