

Bundesverwaltungsgericht
Tribunal administratif fédéral
Tribunale amministrativo federale
Tribunal administratif fédéral



Corte III
C-2715/2006

{T 0/2}

Sentenza del 5 settembre 2007

Composizione: Elena Avenati-Carpani (presidente del collegio), Franziska Schneider ed Eduard Achermann, giudici

Paola Carcano, cancelliera.

L._____,
ricorrente, patrocinato dall'avv. Vincenzo Giordano, Via Tripoli 157, IT-73100
Botrugno,

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,

concernente
prestazioni dell'assicurazione invalidità.

Ritenuto in fatto:

- A. L._____, cittadino italiano, nato il _____, coniugato, ha lavorato in Svizzera dal 1969 al 1993 quale operaio solvendo, durante tali periodi, i contributi dovuti all'assicurazione svizzera per la vecchiaia, i superstiti e l'invalidità. Dopo il rimpatrio ha continuato a svolgere un'attività lucrativa quale operaio installatore nell'ambito del montaggio e dello smontaggio delle luminarie per le feste civili e religiose fino al 31 dicembre 2001, allorquando è stato licenziato (doc. 5, 6, 7, 26 e 27).
- B. Una prima richiesta volta al conseguimento di una rendita dell'assicurazione svizzera per l'invalidità presentata da L._____ in data 5 novembre 1998 è stata respinta dall'Ufficio dell'assicurazione per l'invalidità per gli assicurati residenti all'estero (UAIE) con decisione del 12 ottobre 2000 cresciuta in giudicato. In quell'occasione egli è stato visitato il 7 settembre 1999 presso i servizi medici dell'Istituto nazionale della previdenza sociale (INPS) di Lecce, ove il sanitario incaricato ha evidenziato la diagnosi di pregressa amputazione traumatica del V dito della mano destra con funzionalità delle residue (...) ed ha considerato l'assicurato parzialmente inabile nell'ultimo lavoro svolto (tuttavia senza indicarne la percentuale) rispettivamente totalmente abile in un'attività sostitutiva, è pure stata prodotta la documentazione concernente un infortunio sul lavoro subito il 5 dicembre 1996 ed a seguito del quale l'Istituto nazionale per l'assicurazione contro gli infortuni sul lavoro (INAIL) ha accordato una rendita d'inabilità permanente del 35% (doc. 1-17).
- C. In data 23 ottobre 2003, L._____ ha formulato una seconda richiesta volta al conseguimento di una rendita dell'assicurazione svizzera per l'invalidità (doc. 21 e rispettivi allegati). La seguente documentazione medica obiettiva è stata prodotta: una cartella clinica relativa al ricovero del 26 ottobre 2002 presso il reparto di nefrologia e dialisi dell'azienda ospedaliera "V. Fazzi" di Lecce; un cartellino di dimissioni del 23 dicembre 2002 relativi al ricovero presso il reparto di nefrologia e dialisi dell'azienda ospedaliera "V. Fazzi" di Lecce per vasculite, insufficienza respiratoria ed insufficienza renale; un cartellino di dimissioni del 25 gennaio 2003 relativo al ricovero per bronchite in soggetto con vasculite anca positiva; due cartellini di dimissioni del 1° marzo 2003 relativi al ricovero per insufficienza renale in soggetto con vasculite anca positiva e per glomerulonefrite di tipo membranoso (biopsia renale); una cartella clinica del 22 febbraio 2003 relativa al ricovero presso il reparto di nefrologia e dialisi dell'azienda ospedaliera "V. Fazzi" di Lecce per glomerulonefrite (II-III stadio), oltre a referti medici vari allegati alla stessa; una scheda diabetologica del 1° aprile 2003; una relazione di dimissione del 22 marzo 2003 relativa al ricovero presso il reparto di nefrologia e dialisi dell'azienda

ospedaliera "V. Fazzi" di Lecce per vasculite anca positiva e diabete mellito (doc. 29-34).

- D. Nel suo rapporto di dicembre 2004, il Dott. A. _____, medico dell'UAIE, dopo aver ripreso la diagnosi posta dal medico dell'INPS ed analizzato il caso sotto il profilo delle malattie di lunga durata, rileva che non è dato sapere alcunchè in merito al decorso ed alla dinamica della vasculite di cui è affetto l'assicurato e che, di conseguenza, non è possibile determinare gli effetti della patologia in questione sulla capacità di lavoro dell'assicurato posto che potrebbero rivestire una rilevanza lieve come pure significativa (doc. 35). In data 16 dicembre 2004 l'UAIE ha pertanto richiesto all'INPS dell'ulteriore documentazione medica (doc. 37) ed agli atti sono stati così assunti: un certificato del 17 febbraio 2005 rilasciato dall'azienda unità sanitaria locale (USL) LE/2 attestante il ricovero dell'assicurato nel reparto di nefrologia dal 17 al 22 marzo 2003 per vasculite sistemica, insufficienza renale cronica e diabete sterorideo; una perizia particolareggiata del 21 febbraio 2005 ove il sanitario incaricato dell'INPS (Dott. N. _____) ha evidenziato la diagnosi di glomerulonefrite cronica di tipo membranoso in soggetto con vasculite anca positiva con insufficienza ventilatoria ostruttiva di lieve entità ed ha posto un tasso di invalidità parziale dell'assicurato del 70% nell'ultimo lavoro svolto; per contro egli non si è pronunciato in merito a qualsiasi altra attività confacente all'assicurato; un referto ematochimico ed un referto di un esame chimico fisico delle urine del 22 febbraio 2005; un referto del 16 marzo 2005 relativo ad una prova di funzionalità ventilatoria ed attestante un quadro funzionale ventilatorio caratterizzato da una forma di insufficienza ventilatoria di tipo ostruttivo di discreta entità; un referto relativo ad una emogasanalisi arteriosa rilasciato il 16 marzo 2005 dal servizio di fisiopatologia respiratoria attestante una forma di ipossiemia arteriosa a riposo con desaturazione ossiemoglobinica; un referto del 22 marzo 2005 relativo ad una prova di funzionalità ventilatoria ed attestante una forma di insufficienza ventilatoria ostruttiva di lieve entità; un certificato medico rilasciato il 7 aprile 2005 dal reparto di nefrologia e dialisi dell'azienda ospedaliera "V. Fazzi" di Lecce attestante che l'assicurato è affetto da varie patologie (insufficienza respiratoria cronica con insufficienza ventilatoria di tipo ostruttivo ed ipossiemia arteriosa a riposo; glomerulonefrite di tipo membranoso, biopsia renale, in soggetto con vasculite anca positiva, con danno renale di entità medio-grave; diabete mellito) ed è in trattamento dal mese di febbraio 2003 con terapia immunosoppressiva (doc. 39 e 45).

- E. Nel suo rapporto del 4 agosto 2005, il Dott. A._____, dopo aver ripreso la diagnosi sopra riferita richiamando altresì il suo precedente rapporto del mese di dicembre del 2004 (doc. 35) e dopo aver analizzato il caso sotto il profilo delle malattie di lunga durata, ha ritenuto che l'assicurato, nonostante la malattia cronica di cui è affetto e la terapia immunosoppressiva a cui è sottoposto, è limitato unicamente nell'assolvimento di attività pesanti (doc. 47).

Con decisione dell'8 agosto 2005 l'Ufficio dell'assicurazione per l'invalidità per gli assicurati residenti all'estero (UAIE) ha pertanto respinto anche la seconda richiesta di prestazioni di L._____ (doc. 48).

- F. Quest'ultimo ha formulato in data 9 settembre 2005 tempestiva opposizione contro il suddetto provvedimento amministrativo, chiedendo in sostanza il riconoscimento del suo diritto a prestazioni assicurative (doc. 49). Nulla ha prodotto a suffragio delle sue conclusioni.

Mediante decisione su opposizione del 21 febbraio 2006, l'UAIE ha respinto la predetta opposizione e confermato nel contempo la propria decisione dell'8 agosto 2005 (doc. 50).

- G. Con tempestivo gravame consegnato alla Posta il 4 aprile 2006, L._____, regolarmente rappresentato dall'avv. Vincenzo Giordano, chiede, sostanzialmente, l'annullamento del summenzionato provvedimento amministrativo e, di conseguenza, il riconoscimento del suo diritto a prestazioni assicurative. A suffragio delle sue conclusioni produce una cartella ambulatoriale del 16 marzo 2006 attestante una lesione traumatica meniscomediale accompagnata da una degenerazione del menisco laterale del ginocchio sinistro in soggetto con vasculite sistemica ed una certificazione rilasciata il 18 marzo 2006 dal reparto di nefrologia e dialisi dell'azienda ospedaliera "V. Fazzi" di Lecce attestante che l'assicurato è affetto da varie patologie (glomerulonefrite di tipo membranoso in soggetto con vasculite e da insufficienza renale cronica di grado moderato) ed esegue periodici controlli specialistici ambulatoriali.

Ricevuta l'impugnativa, l'amministrazione ha sottoposto gli atti al Dott. T._____ del Servizio medico regionale (SMR), il quale, nella sua relazione del 20 giugno 2006 considera l'interessato, alla luce della nuova documentazione prodotta, abile al 100% nella sua attività lavorativa precedentemente svolta di operaio installatore di luminarie (doc. 54).

Nella sua risposta del 7 luglio 2006 l'UAIE propone pertanto la reiezione dell'impugnativa con argomenti di cui si riferirà, per quanto occorra, nei considerandi che seguono.

- H. Dopo aver preso atto delle osservazioni dell'amministrazione, L._____, con scritto del 21 agosto 2006, ha prodotto una relazione medico-legale sul suo stato di salute redatta dal Dott. R._____ giusta la quale egli non è più in grado di svolgere lavori leggeri e/o semipesanti a tempo pieno.

Ricevuta l'anzidetta relazione medico-legale, l'amministrazione ha sottoposto nuovamente gli atti al Dott. T._____, il quale, nella sua relazione del 15 settembre 2006, conferma il suo precedente parere del 20 giugno 2006 (doc. 54) come pure quello espresso dal collega Dott. A._____ nel rapporto del 4 agosto 2005 (doc. 47), segnatamente considerando l'interessato abile al 100% nella sua attività lavorativa precedentemente svolta di operaio installatore di luminarie (doc. 56).

Nella sua duplice del 21 settembre 2006 l'UAIE propone pertanto la riezione dell'impugnativa con argomenti di cui si riferirà, per quanto occorra, nei considerandi che seguono.

Dopo aver preso atto delle osservazioni dell'amministrazione, l'avv. Vincenzo Giordano, con replica del 23 ottobre 2006, ha ribadito l'intenzione del proprio assistito di mantenere il ricorso.

- I. In data 1° gennaio 2007 il Tribunale amministrativo federale (TAF) ha ripreso la procedura in oggetto pendente fino al 31 dicembre 2006 davanti alla Commissione federale di ricorso in materia di AVS/AI per le persone residenti all'estero (CFR).

Il Tribunale amministrativo federale ha quindi comunicato in data 16 aprile 2007 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 della 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 dell'assicurazione per l'invalidità 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 sull'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 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 è 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 Per avere diritto ad una rendita dell'assicurazione invalidità svizzera, un cittadino italiano deve cumulativamente essere invalido ai sensi della legge svizzera ed aver versato contributi all'AVS/AI svizzera durante un anno intero almeno (art. 36 cpv. 1 LAI).

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.

Il diritto alla rendita, secondo l'art. 29 cpv. 1 LAI, nasce, al più presto, nel momento in cui l'assicurato presenta un'incapacità permanente di guadagno pari almeno al 40% (lettera a), oppure quando egli è stato per un anno e senza notevoli interruzioni, incapace al lavoro per almeno il 40 % in media (lettera b). La prima lettera si applica allorché lo stato di salute dell'assicurato si è stabilizzato; la seconda se lo stato di salute è labile, vale a dire suscettibile di evolvere verso un miglioramento od un peggioramento (DTF 121 V 264, 111 V 21 consid. 2b).

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.

- 5.2 Qualora una prima richiesta di rendita sia stata negata perché il grado di 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 di invalidità si 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 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 ed, in particolare, verificare se la modifica del grado di 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 LPGGA, art. 87ss. OAI, Jurisprudence et pratique administrative [Pratique VSI] 1999 pag. 8, DTF 117 V 198).

La costante giurisprudenza ha stabilito che le rendite d'invalidità 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). Affinché sia possibile la revisione di una rendita d'invalidità 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).

- 6.1 Conformemente alla giurisprudenza esposta al considerando 5.2, il periodo di riferimento nell'ambito della presente vertenza è quello intercorrente tra il 12 ottobre 2000 (data della decisione su opposizione che ha respinto la prima richiesta di prestazioni inoltrata il 5 novembre 1998) ed il 21 febbraio 2006 (data della decisione su opposizione, qui avversata, che ha respinto la seconda domanda di prestazioni inoltrata il 23 ottobre 2003). Il Tribunale 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).
- 6.2 Ai fini del presente giudizio occorre inoltre precisare che, per costante giurisprudenza, i fatti accaduti posteriormente (e che hanno modificato la situazione valetudinaria dell'assicurato) devono di regola formare oggetto di un nuovo procedimento amministrativo (DTF 129 V 4 consid. 1.2, DTF 127 V 467 consid. 1 e DTF 121 V 366 consid. 1b). Eccezionalmente, il giudice delle assicurazioni sociali può anche tener conto, per motivi d'economia procedurale, dei fatti intervenuti posteriormente, a condizione che questi ultimi siano stabiliti in modo sufficientemente preciso e nella misura in cui essi siano strettamente legati all'oggetto della causa e siano suscettibili di facilitare l'accertamento delle circostanze rilevanti (DTF 105 V 161 consid. 2d, DTF 103 V 53 consid. 1, DTF 99 V 101 consid. 4; RCC 1980 pag. 263, RCC 1974 pag. 192 consid. 4, RCC 1970 pag. 582 consid. 3). In questo contesto occorre quindi tenere conto altresì della certificazione rilasciata il 18 marzo 2006 dal reparto di nefrologia e dialisi dell'azienda ospedaliera "V. Fazzi" di Lecce nella misura in cui attesta le già note patologie di cui è affetto l'assicurato ma non anche della cartella ambulatoriale del 16 marzo 2006 nella misura in cui attesta una nuova affezione (lesione traumatica meniscomediale accompagnata da una degenerazione del menisco laterale del ginocchio sinistro).
7. Il giudice delle assicurazioni sociali 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). Per costante giurisprudenza le certificazioni mediche possono costituire importanti elementi d'apprezzamento del danno invalidante, allorché permettono di valutare l'incapacità lavorativa e di guadagno dell'interessato in un'attività da lui ragionevolmente esigibile (DTF 115 V 134 consid. 2, 114 V 314 consid. 3c). 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). 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; Jurisprudence et pratique administrative [Pratique VSI] 2001 p. 109).

8.

8.1 Posto che il ricorrente ha versato contributi all'AVS/AI svizzera durante più di un anno intero in totale e pertanto adempie la condizione della durata minima di contribuzione alla quale la legge subordina l'erogazione di una rendita (doc. 7), dev'essere innanzitutto accertato se lo stato di salute dell'assicurato ha subito una modifica rilevante tra il 12 ottobre 2000 ed il 21 febbraio 2006.

8.2 Dalla documentazione agli atti si evince che l'assicurato, al momento in cui è stata respinta la prima richiesta volta al conseguimento di una rendita dell'assicurazione svizzera per l'invalidità con decisione del 12 ottobre 2000 dell'UAIE cresciuta in giudicato, era affetto da una patologia esclusivamente postinfortunistica, riconducibile segnatamente all'infortunio che aveva subito il 5 dicembre 1996 ed a seguito del quale aveva riportato l'amputazione del V dito della mano destra (doc. 1-17). Dalla documentazione agli atti si evince altresì che l'assicurato, tra il 12 ottobre 2000 ed il 21 febbraio 2006 (data della decisione su opposizione qui avversata), ha sviluppato pure delle patologie extra-infortunistiche. In particolare risulta essere affetto da glomerulonefrite cronica di tipo membranoso, da insufficienza renale cronica, da vasculite anca positiva, da insufficienza respiratoria cronica con insufficienza di tipo ostruttivo ed ipossiemia arteriosa a riposo ed, infine, da diabete mellito (cfr. perizia medica particolareggiata dell'INPS del 21 febbraio 2005: doc. 40; certificato medico del 7 aprile 2005 dal reparto di nefrologia e dialisi dell'azienda ospedaliera "V. Fazzi" di Lecce: doc. 44; certificazione rilasciata del 18 marzo 2006 del reparto di nefrologia e dialisi dell'azienda ospedaliera "V. Fazzi" di Lecce allegata al gravame in oggetto).

Tali diagnosi sono confermate altresì dal Dott. A._____ (medico dell'UAIE) nei suoi rapporti di dicembre 2004 (doc. 35) e del 4 agosto 2005 (doc. 47), dal Dott. R._____ nella relazione medico-legale che ha redatto sullo stato di salute dell'assicurato (prodotta da quest'ultimo con scritto del 21 agosto 2006) e dal Dott. T._____ del Servizio medico regionale (SMR) nelle sue relazioni del 20 giugno e del 15 settembre 2006 (doc. 54 e 56).

- 8.3 Stante quanto precede il collegio giudicante è dell'avviso che, nel periodo di riferimento, il quadro diagnostico di L._____ si è ampliato.
- 9.
- 9.1 Di conseguenza, rimane ora da esaminare, se nel periodo di riferimento le conseguenze del predetto stato di salute sulla capacità di guadagno dell'assicurato hanno subito un cambiamento notevole di carattere invalidante.
- 9.2 Dalla documentazione agli atti si evince che, nonostante l'amputazione del V dito della mano destra che l'assicurato aveva riportato a seguito dell'infortunio subito il 5 dicembre 1996, era stato ritenuto ancora esigibile nel 1999 l'esercizio di un'attività lucrativa che avrebbe permesso all'assicurato di realizzare più della metà del guadagno ottenuto anteriormente (doc. 13-17). Per quanto concerne le conseguenze invalidanti delle patologie di cui è affetto l'assicurato, il sanitario incaricato (Dott. N._____) ha posto, nella sua relazione del 21 febbraio 2005, un tasso di invalidità parziale dell'assicurato del 70% nell'ultimo lavoro svolto; per contro egli non si è pronunciato in merito a qualsiasi altra attività confacente all'assicurato (doc. 40). Dal canto suo, il medico dell'UAIE, Dott. A._____, nelle sue relazioni di dicembre 2004 e del 4 agosto 2005 ritiene che l'assicurato, nonostante la malattia cronica di cui è affetto e la terapia immunosoppressiva a cui è sottoposto, è limitato unicamente nell'assolvimento di attività pesanti (doc. 35 e 47). Il medico dell'UAIE, in particolare, nel suo rapporto del 4 agosto 2005, rileva che dalla documentazione medica agli atti emerge che l'assicurato è affetto da glomerulonefrite cronica trattata con terapia immunosoppressiva a seguito della quale ha sviluppato una forma di diabete steroideo, che la funzione renale è leggermente limitata, che il valore della proteinuria si è leggermente innalzato, che l'assicurato non soffre di anemia mentre è affetto da un lieve disturbo ventilatorio ostruttivo. Inoltre egli rileva che nel modello 213 è descritto uno stato di salute normale ed, in ogni caso, migliorato: in particolare, non figura alcun disturbo funzionale agli arti inferiori e risulta che l'assicurato è dimagrito di 5 kg (ora pesa 66 kg), ciò che dovrebbe avere esclusivamente un effetto positivo sul suo stato di salute. Motivi per cui, a suo avviso, non è dimostrato che l'assicurato abbia subito un'incapacità di lavoro di lunga durata. Inoltre il collega Dott. T._____, nelle sue relazioni del 20 giugno e del 15 settembre 2006, ritiene che l'assicurato non ha posto in luce sostanziali mutamenti della sua capacità al lavoro (doc. 54 e 56). Nelle predette relazioni il medico di fiducia dell'UAIE considera comunque l'interessato abile al 100% nella sua attività lavorativa precedentemente svolta di operaio installatore di luminarie. In particolare, nel rapporto del 20 giugno 2006, rileva che la documentazione medica allegata al ricorso conferma le note patologie (la glomerulonefrite, la vasculite ed un leggero disturbo respiratorio), che non vengono evidenziati nuovi elementi e che non viene menzionato alcun impedimento funzionale. Aggiunge, inoltre, che vi è un sospetto di una lesione traumatica del menisco mediale sinistro e che è indicata

un'esplorazione chirurgica, ma che trattasi di un nuovo elemento (risalente al mese di marzo del 2006) e che la prognosi non è chiara e non vi è alcun indizio che si tratti di una malattia di lunga durata. Pertanto, a suo avviso, la nuova documentazione medica prodotta, non è atta ad influire sulle precedenti valutazioni effettuate dal collega, Dott. A._____, mentre la forma di meniscopatia è una patologia nuova e quindi posteriore che, peraltro, non costituisce molto verosimilmente un impedimento permanente. Egli è pertanto dell'avviso che le patologie di cui è affetto l'assicurato non incidono sulla sua capacità di lavoro che permane completa. Con espresso riferimento, poi, alla relazione medico-legale redatta dal Dott. R._____ versata agli atti con scritto del 21 agosto 2006, il medico di fiducia dell'UAIE, nel rapporto del 15 settembre 2006, osserva che il medico dell'assicurato descrive le note anamnesi e diagnosi, che menziona un grave impedimento della mano destra con deficit di presa contrariamente a quanto attestato in modo esauriente nel modello E-213 del 7 settembre 1999 e neppure menzionato nella documentazione del ricorso in oggetto e che, in ogni caso, non gli ha impedito di esercitare dopo il 1996 la sua attività lavorativa, che la nota glomerulonefrite membranosa ha condotto ad una insufficienza renale moderata (come attestato negli ultimi referti ospedalieri) e, quindi, non provoca alcuna colica renale e che finora il disturbo respiratorio è stato descritto come lieve e non vi è alcun referto medico agli atti che attesta il contrario. A suo avviso, pertanto, l'interpretazione e i dati inerenti i limiti funzionali non sono credibili e non corrispondono ai precedenti accertamenti, motivo per cui la relazione del Dott. R._____ non contiene alcun nuovo elemento obiettivo atto a modificare la precedente valutazione del 20 giugno 2006, rispettivamente del 4 agosto 2005.

- 9.3 Per quanto concerne le patologie extra-infortunistiche di cui soffre l'assicurato, dalla documentazione agli atti si evince che, allo stadio attuale la glomerulonefrite cronica di tipo membranoso (malattia infiammatoria progressiva) è accompagnata da una forma di insufficienza renale cronica di grado moderato che comporta un costante trattamento terapeutico ma non ha ancora raggiunto livelli tali da richiedere la dialisi. Anche la vasculite all'anca è una malattia di matrice infiammatoria che può essere trattata farmacologicamente. L'insufficienza respiratoria cronica con insufficienza di tipo ostruttivo ed ipossiemia arteriosa a riposo sono di grado lieve/medio mentre il diabete mellito è trattabile farmacologicamente. Non appare trascurabile la terapia immunosoppressiva a cui si sottopone l'assicurato dal 2003. Essa, infatti, è in grado di attenuare la inappropriata risposta del sistema immunitario responsabile della nefrite e della vasculite ma, nel contempo, determina una riduzione considerevole delle difese immunitarie, motivo per cui l'assicurato risulta essere esposto ad un maggiore rischio di infezioni. Infine egli si sottopone pure a controlli specialistici ambulatoriali periodici. Il collegio giudicante è quindi dell'avviso che pretendere che l'assicurato potesse continuare ad esercitare nel periodo di riferimento nella misura del

100% (come sostenuto dall'UAIE) un lavoro pesante, qual è invero quello di operaio installatore nell'ambito del montaggio e dello smontaggio delle luminarie per le feste civili e religiose, appare difficilmente sostenibile alla luce di quanto esposto al considerando 8.2 (tenuto conto altresì del grave deficit di presa e di pinza della mano destra riconducibile alla pregressa amputazione traumatica del V dito). Dalla documentazione agli atti si evince tuttavia che il suo quadro fisico generale risulta essere discreto nella misura in cui beneficia di: uno stato di nutrizione buono (peso 66 kg per 153 cm di altezza), una pressione a riposo nella norma (130/75), condizioni psichiche buone, movimenti (forza e tono muscolare) e andatura normali (perizia medica particolareggiata dell'INPS del 21 febbraio 2005: doc. 40). Il collegio giudicante è quindi dell'avviso che, nel periodo di riferimento, L._____ non era più in grado di svolgere la sua precedente attività di operaio installatore nell'ambito del montaggio e dello smontaggio delle luminarie per le feste civili e religiose, ma ritiene altresì che avrebbe potuto comunque svolgere al 100% delle attività sostitutive leggere ed adeguate alle sue condizioni fisiche in un settore che non richiede una particolare formazione come, ad esempio, quello del commercio in generale o al dettaglio.

- 9.4 L'invalidità è determinata stabilendo il rapporto fra il reddito del lavoro che l'assicurato conseguirebbe, dopo la manifestazione dell'invalidità e dopo l'esecuzione d'eventuali provvedimenti d'integrazione, nell'esercizio di un'attività lucrativa, ragionevolmente esigibile da lui in condizioni normali del mercato del lavoro, e il reddito che potrebbe conseguire se non fosse diventato invalido.

Sulla base delle statistiche pubblicate dall'Ufficio federale di statistica sulla struttura dei salari 2004 (tabella TA 1, valori nazionali, settore privato, categoria 4, maschile) il salario mensile medio, privo di invalidità, conseguibile nel 2004 quale operaio generico (attività equiparabile alla professione precedentemente svolta dall'assicurato quale operaio installatore nell'ambito del montaggio e dello smontaggio delle luminarie per le feste civili e religiose) è di Fr. 4'588.--. Viceversa il salario mensile medio ottenibile nel medesimo periodo in attività di tipo leggero non qualificate sono i seguenti:

- venditore nell'ambito del commercio in generale Fr. 4'672.--;
- cassiere nell'ambito del commercio al dettaglio Fr. 4'280.--.

Al fine di procedere al confronto dei redditi, e conformemente alla giurisprudenza del Tribunale federale, deve essere considerato, quale

reddito da invalido, un importo corrispondente alla media dei salari relativi alle professioni sostitutive (DTF 124 V 321) e, quindi, un introito mensile di Fr. 4'476.-- $[(4'672.-- + 4'280):2]$. Anche applicando una riduzione adeguata del 20% consentita dalla giurisprudenza per tenere conto dei fattori personali dell'assicurato (DTF 126 V 75), giungendo così ad un introito teorico mensile, dopo l'insorgenza dell'invalidità, di Fr. 3'580.80, il confronto fra un reddito privo di invalidità di Fr. 4'588.-- ed un introito teorico mensile, dopo l'insorgenza dell'invalidità, di Fr. 3'580.80 comporterebbe una perdita di guadagno del 21.95% $\{[(4'588.00 - 3'580.80) \times 100] : 4'588.00\}$, tasso che esclude il riconoscimento del diritto alla rendita d'invalidità.

- 9.5 Stante quanto precede il collegio giudicante è dell'avviso che nel periodo di riferimento le conseguenze del predetto stato di salute sulla capacità di guadagno dell'assicurato non hanno subito un cambiamento notevole di carattere invalidante.
10. L._____ non ha dunque diritto ad una rendita dell'assicurazione svizzera per l'invalidità. Il ricorso deve quindi essere respinto e l'impugnata decisione confermata.
- 11.
- 11.1 Poiché nella presente procedura si tratta di decidere il riconoscimento rispettivamente il rifiuto di prestazioni assicurative, non vengono prelevate spese processuali (art. 69 cpv. 2 LAI nella versione in vigore fino al 30 giugno 2006).
- 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, 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 21 febbraio 2006 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 (n. di rif. _____),
 - 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: