

Bundesverwaltungsgericht
Tribunal administratif fédéral
Tribunale amministrativo federale
Tribunal administratif fédéral



Corte III
C-2759/2006

{T 0/2}

Sentenza del 6 giugno 2007

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

Paola Carcano, cancelliera.

G._____,

ricorrente, patrocinato da PATRONATO INAS, via G. Lanz 25, 6850 Mendrisio,

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 invalidità.

Ritenuto in fatto:

- A. G._____, cittadino italiano, nato il _____, celibe, ha lavorato in Svizzera nel settore dell'edilizia (manovale) a partire dal 1981 ed ha versato i contributi all'assicurazione per la vecchiaia, i superstiti e l'invalidità a partire da quell'anno. In data 3 febbraio 2001 è rimasto vittima di un infortunio extraprofessionale a seguito del quale ha riportato una frattura pluriframmentaria del calcagno destro. Dal punto di vista assicurativo, il caso è stato assunto dall'Istituto nazionale svizzero di assicurazione contro gli infortuni (SUVA), il quale ha corrisposto le prestazioni di legge (segnatamente: assunzione dei costi delle spese di cura, versamento delle indennità giornaliere e di un'indennità per menomazione dell'integrità, ecc.) riconoscendo una totale incapacità di lavoro fino al 9 febbraio 2003, una capacità parziale del 25% dal 10 febbraio 2003 e del 50% dal 7 marzo 2003. L'interessato è stato poi posto al beneficio di una rendita d'invalidità SUVA del 30% a partire dal 1° settembre 2004. In data 13 marzo 2002 G._____ ha formulato una richiesta tesa al conseguimento di una rendita dell'assicurazione svizzera per l'invalidità (doc. 1.20, 15.2/15.7, 52.1/52.7, 53.1/53.5, 56.1 ed estratto del conto individuale della Cassa svizzera di compensazione).
- B. Nell'ambito dell'istruttoria della domanda di rendita l'Ufficio AI del Cantone Ticino (UAI) ha acquisito i seguenti documenti:
- il questionario dell'ultimo datore di lavoro ovvero della I._____ SA di S._____ (doc. 46),
 - un rapporto medico del 13 aprile 2002 del Dott. A._____, medico dell'assicurato, che attesta un'incapacità lavorativa totale dovuta all'infortunio dal 3 febbraio 2001 (doc. 44),
 - l'incarto della SUVA (doc. 1/56) comprendente tra l'altro il rapporto medico della visita di chiusura del 19 aprile 2004 del Dott. B._____ (doc. 13.8 e 9);
 - una cospicua documentazione medica, segnatamente: una cartella clinica relativa al ricovero urgente del 3 febbraio 2001 nel reparto di ortopedia traumatologica dell'ospedale generale di zona "Moriggia-Pelascini" di Gravedona per frattura pluriframmentaria talamica del calcagno destro in ambito domestico; un foglio del registro di accettazione del 3 febbraio 2001; una scheda relativa al ricovero del 3 febbraio 2001; un elettrocardiogramma del 3 febbraio 2001; un rilevamento della temperatura corporea relativa al periodo intercorrente tra il 3 ed il 10 febbraio 2001; un consenso informato all'anestesia del 5 febbraio 2001; una richiesta di assenso all'intervento o di accertamento diagnostico; una scheda anestesiologicala del 5 febbraio 2001; un referto di un esame

ematochimico del 5 febbraio 2001; un referto di un esame della coagulazione del sangue del 5 febbraio 2001; tre referti radiografici (segnatamente del 3, del 5 e del 7 febbraio 2001); una cartella clinica del 6 febbraio 2001 relativa all'intervento chirurgico al calcagno destro; una scheda del 14 febbraio 2001; un rilevamento della temperatura corporea relativa al periodo intercorrente tra l'11 ed il 17 febbraio 2001; un esame obiettivo generale del 27 febbraio 2001; una scheda di accettazione del 5 maggio 2001 del Kantonspital Liestal; un rapporto medico provvisorio del 7 dicembre 2001 del reparto ortopedico del Kantonspital Liestal (doc. 43).

- C. L'Ufficio AI del Cantone Ticino (UAI) ha quindi sottoposto il dossier alla Dott.ssa M._____ del servizio medico regionale (SMR) che, nel suo rapporto del 24 maggio 2004, attesta una patologia prettamente post-infortunistica e segnatamente una diagnosi di "esiti da frattura pluriframmentaria calcagno destro 3 febbraio 2001, riposizione e fissazione con fili di Kirschner febbraio 2001, asportazione materiale di osteosintesi 10 febbraio 2002, stato dopo artrodesi sub-talare destra 7 dicembre 2001 per formazione di un'artrosi sub-talare, osteotomia di allungamento sotto-tallare destra con resezione laterale sottoperoneale del calcagno e allungamento del tendine d'Achille 24 settembre 2003 per impingement tibio-talare anteriore e fibulocalcanearo destro". Considerati questi disturbi, la dottoressa apprezza un'incapacità lavorativa completa e definitiva dell'assicurato nella precedente professione (manovale edile) dal mese di febbraio 2001, tuttavia lo considera completamente capace di svolgere lavori leggeri generici e prevalentemente sedentari che tengano conto del suo stato di salute, segnatamente dei limiti funzionali che conseguono allo stesso dal mese di aprile 2004 ovvero dalla visita medica di chiusura SUVA (doc. 34).
- D. In data 3 giugno 2004 l'Ufficio AI del Cantone Ticino (UAI) ha quindi comunicato all'assicurato di aver affidato il suo incarto al Servizio di integrazione (doc. 33). Nel suo rapporto del 2 settembre 2004 il Consulente per l'integrazione professionale (R._____) è giunto alla conclusione che, nel caso concreto, l'assicurato è da ritenersi inabile al 100% nell'attività abituale (manovale edile) mentre in un lavoro non qualificato leggero e prevalentemente sedentario rispettoso dei suoi limiti funzionali vi è una capacità lavorativa completa. In particolare ritiene che l'assicurato potrebbe esercitare l'attività di operaio di fabbrica. Egli ha pure operato il raffronto dei redditi giungendo alla conclusione che l'assicurato presenta un grado di invalidità del 33% (doc. 24.1 e 2 e 25.1).
- E. L'Ufficio AI del Cantone Ticino (UAI) ha aderito al parere del 24 maggio 2004 della Dott.ssa M._____ ed a quello del 2 settembre 2004 del Consulente per l'integrazione professionale e, di conseguenza, l'Ufficio dell'assicurazione per l'invalidità per gli assicurati residenti all'estero (UAIE) ha assegnato all'assicurato, con decisione del 14 ottobre 2004, una rendita intera di invalidità limitatamente al periodo 1° febbraio 2002-30

giugno 2004, dopo di che il grado invalidante è stato fissato nella misura del 33% in applicazione del metodo generale del confronto dei redditi (doc. 21.2 e 3, 22.1/3).

- F. G._____, rappresentato dal Patronato INAS-CISL Svizzera Frontalierato di Mendrisio, ha formulato in data 12 novembre 2004 tempestiva opposizione contro il suddetto provvedimento amministrativo, chiedendo in sostanza il riconoscimento del suo diritto a prestazioni assicurative (doc. 18.1 e 2). A suffragio delle sue conclusioni ha prodotto un certificato medico del 6 novembre 2004 del Dott. A._____. Ricevuta l'opposizione, l'amministrazione ha sottoposto gli atti al Dott. D._____ del servizio medico regionale (SMR), il quale alla luce della nuova documentazione medica prodotta, nel suo rapporto del 17 febbraio 2005, è giunto alla conclusione che il certificato medico del 6 novembre 2004 del Dott. A._____ riprende la diagnosi nota e fa notare che l'assicurato lamenta persistenti dolori sotto carico con gonfiore e limitazione della flessione del piede e quindi non fa che confermare le conclusioni della visita SUVA del 19 aprile 2004. Sostanzialmente pertanto ritiene che non vi siano nuovi elementi clinici o diagnostici a favore di una modifica dello stato di salute dell'assicurato (doc. 10.1). Mediante decisione su opposizione del 5 aprile 2006 l'Ufficio dell'assicurazione per l'invalidità per gli assicurati residenti all'estero (UAIE) ha accolto parzialmente l'opposizione, annullando la propria decisione del 14 ottobre 2004 e riconoscendo una rendita intera di invalidità limitatamente al periodo 1° febbraio 2002 - 31 luglio 2004, dopo di che il grado invalidante è stato fissato nella misura del 33% in applicazione del metodo generale del confronto dei redditi (doc. 3.1/3.5; 4.1 e 2; 5.1 e 2).
- G. Con tempestivo gravame del 2 maggio 2006, spedito il 9 maggio successivo, G._____, rappresentato dal Patronato INAS-CISL Svizzera Frontalierato di Mendrisio, chiede, sostanzialmente, l'annullamento del summenzionato provvedimento amministrativo e, di conseguenza, il riconoscimento del suo diritto ad una mezza rendita d'invalidità (50%) anche dopo il 31 luglio 2004. A suffragio delle sue conclusioni produce un rapporto del 31 gennaio 2005 della Schultess Klinik di Zurigo, una relazione sanitaria del 5 maggio 2006 del Dott. D1._____ ed il referto di una risonanza magnetica al calcagno destro del 2 maggio 2006 del Dott. N._____. Ricevuto il ricorso, l'amministrazione ha sottoposto nuovamente gli atti al Dott. D._____ del servizio medico regionale (SMR), il quale alla luce della nuova documentazione medica prodotta, nel suo rapporto medico dell'8 giugno 2006 è giunto alla conclusione che dal referto RM risultano le note alterazioni in stato dopo la frattura pluriframmentaria nel 2001 mentre nella valutazione del Dott. D1._____ vengono in pratica confermati i noti limiti funzionali dell'assicurato sovrapponibili segnatamente ai criteri del Consulente per l'integrazione professionale del 2 settembre 2004. In assenza di nuovi motivi ha pertanto confermato al sua precedente valutazione del 17 febbraio 2005 (doc.

10.1).

- H. L'Ufficio AI del Cantone Ticino (UAI), nel suo preavviso del 12 giugno 2006, e l'Ufficio dell'assicurazione per l'invalidità per gli assicurati residenti all'estero (UAIE), nelle sue osservazioni ricorsuali del 27 giugno 2006, propongono la reiezione dell'impugnativa con argomenti di cui si riferirà, per quanto occorra, nei considerandi che seguono.
- I. Dopo aver preso atto delle osservazioni dell'amministrazione, il Patronato INAS-CISL Svizzera Frontalierato di Mendrisio, con scritto del 21 settembre 2006, ha ribadito l'intenzione del proprio assistito di mantenere il ricorso.
- 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 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-26bis 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. 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.

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. 1ter 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 LPGGA), 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.

Ora, 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). Non spetta quindi al medico graduare l'invalidità, bensì all'amministrazione rispettivamente al giudice, tramite il raffronto dei redditi e, meglio, stabilendo il rapporto fra il reddito del lavoro che l'assicurato conseguirebbe, dopo la manifestazione dell'invalidità e dopo l'esecuzione di eventuali provvedimenti di integrazione, nell'esercizio di un'attività lucrativa, ragionevolmente esigibile da lui in condizioni normali di mercato del lavoro, e il reddito che egli avrebbe potuto conseguire se non fosse divenuto invalido (art. 16 LPGGA applicabile per il rinvio dell'art. 28 cpv. 2 LAI). 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.

6. 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).

7. Posto che G._____ è un cittadino italiano residente in Italia che ha versato contributi all'AVS/AI svizzera durante più di un anno intero in totale (cfr. estratto del conto individuale agli atti della Cassa svizzera di compensazione) e, pertanto, adempie la condizione della durata minima di contribuzione alla quale la legge subordina l'erogazione di una rendita (art. 36 cpv. 1 LAI), resta ora da stabilire se egli ha diritto ad una rendita dell'assicurazione invalidità svizzera.

8. Una rendita limitata corrisponde materialmente ad una revisione e se ne deve pertanto seguire i principi (DTF 125 V 417 consid. 2d). 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 LPGGA 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 allorché 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 se 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 tenere 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).

9. Ai fini del presente giudizio giova ricordare che per costante giurisprudenza, in ragione dell'uniformità della nozione di invalidità, occorre evitare che per il medesimo danno alla salute, le assicurazioni infortuni, militare e invalidità, giungano a degli apprezzamenti differenti in merito al tasso di invalidità. Questo perchè, anche se un assicuratore non può limitarsi a riprendere semplicemente e senza un più ampio esame il tasso di invalidità fissato da un altro assicuratore, una valutazione presa nell'ambito di una decisione cresciuta in giudicato, non può essere ignorata. Allo stesso modo, l'assicuratore dovrà lasciarsi opporre la presunzione di esattezza della valutazione dell'invalidità effettuata. Un apprezzamento divergente di quest'ultima potrà, infatti, intervenire unicamente a titolo eccezionale e solamente se sono adempite certe condizioni. In particolare, possono costituire dei motivi sufficienti per discostarsi da una tale valutazione il fatto che la stessa è fondata su un errore di diritto oppure su un apprezzamento insostenibile o che è frutto di

una transazione conclusa con l'assicurato o ancora che è fondata su delle misure d'istruzione estremamente limitate e superficiali oppure, infine, se non è assolutamente convincente o è viziata di parzialità (sentenza del Tribunale federale del 18 ottobre 2006 in inc. I 490/05 in re P.J.-P./UAIE; DTF 126 V 293 consid. 2 d.; VSI 2004 p. 185 consid. 3).

10. L'amministrazione ha riconosciuto all'assicurato, con la decisione su opposizione qui impugnata, un diritto ad una rendita intera di invalidità però limitatamente al periodo intercorrente tra il 1° febbraio 2002 ed il 31 luglio 2004, dopo di che il grado invalidante è stato fissato nella misura del 33% in applicazione del metodo generale del confronto dei redditi (cfr. doc. 3.1/3.5; 4.1 e 2; 5.1 e 2).

11. L'amministrazione ha sostanzialmente ritenuto che l'affezione invalidante dell'assicurato sia di origine esclusivamente infortunistica. La visita di chiusura del caso assicurativo del 19 aprile 2004 del Dott. B._____, medico della SUVA, aveva posto in evidenza che G._____ era portatore degli esiti dell'infortunio del 2001, ossia *“una frattura pluriframmentaria del calcagno destro il 3 febbraio 2001, riposizione e fissazione con fili di Kirschner, asportazione del materiale d'osteosintesi il 10 ottobre 2002; stato dopo artrodesi sub-talare destra con fissazione interna, trapianto autologo di osso il 7 dicembre 2001 per formazione di un'artrosi sub-talare; osteotomia d'allungamento sotto-tallare destra, con un blocco d'osso tricorticale della cresta iliaca antero-laterale. Resezione laterale sotto-peroneale del calcagno e allungamento del tendine d'Achille il 24 settembre 2003”* (doc. 13.8 e 9). Nel corso dell'istruzione la Dott.ssa M._____ del servizio medico regionale (SMR), nel suo rapporto del 24 maggio 2004, attesta una patologia prettamente postinfortunistica (e segnatamente: *“esiti da frattura pluriframmentaria calcagno destro 3 febbraio 2001, riposizione e fissazione con fili di Kirschner febbraio 2001, asportazione materiale di osteosintesi 10 febbraio 2002, stato dopo artrodesi sub-talare destra 7 dicembre 2001 per formazione di un'artrosi sub-talare, osteotomia di allungamento sotto-tallare destra con resezione laterale sottoperoneale del calcagno e allungamento del tendine d'Achille 24 settembre 2003 per impingement tibio-talare anteriore e fibulocalcaneare destro”*: doc. 34). Tale diagnosi è stata pure confermata dal Dott. D._____ del servizio medico regionale (SMR) nei suoi rapporti medici del 17 febbraio 2005 (alla luce del certificato medico del 6 novembre 2004 del Dott. A._____ prodotto dall'assicurato con l'opposizione: doc. 10.1) e dell'8 giugno 2006 (alla luce di una relazione sanitaria del 5 maggio 2006 del Dott. D1._____ e di un referto di una risonanza magnetica al calcagno destro del 2 maggio 2006 del Dott. N._____ prodotti dall'assicurato con il ricorso in esame).

Nel caso di specie il collegio giudicante non intravede ragioni che gli impediscano di far proprie le conclusioni convergenti inerenti la diagnosi a cui sono pervenuti i predetti medici nei loro rapporti del 19 aprile 2004 (doc. 13.8 e 9), del 24 maggio 2004 (doc. 34), del 17 febbraio 2005 (doc. 10.1) e dell'8 giugno 2006, ritenuto pure che dagli atti non si evince l'insorgenza di alcuna patologia extrainfortunistica nell'assicurato atta a peggiorarne il complesso patologico.

12. Dagli atti si evince che il Dott. B._____, medico della SUVA, nel suo referto inerente la visita di chiusura del caso assicurativo del 19 aprile 2004 attesta che la situazione valetudinaria del paziente è stabile ed osserva inoltre che l'assicurato può esercitare un lavoro adeguato alle sue particolari condizioni. A tal proposito evidenzia che il ricorrente è limitato soprattutto per camminare ed accovacciarsi, può sollevare e portare pesi fino all'altezza dei fianchi molto spesso (pesi da 5 a 10 kg spesso, pesi da 10 a 25 kg talvolta, oltre 25 kg mai), può sollevare molto spesso sopra l'altezza del petto pesi fino e oltre a 5 kg, può maneggiare gli attrezzi di media entità (ma non anche di pesante entità), può lavorare molto spesso sopra la testa, fare la rotazione con il corpo, stare seduto e inclinato in avanti e di rado in piedi ed inclinato in avanti, riesce di rado a lavorare inginocchiato con flessione delle ginocchia (la posizione seduta di lunga durata è esigibile molto spesso, in piedi talvolta), può talvolta camminare fino a 50 metri, di rado oltre 50 metri e non riesce più a fare lunghi tragitti (anche camminare su terreno accidentato è soltanto di rado possibile) e può talvolta salire le scale e di rado salire su scale a pioli (doc. 13.8 e 9).

Questo parere specialistico è condiviso appieno pure dalla Dott.ssa M._____ del servizio medico regionale (SMR). Nel suo rapporto del 24 maggio 2004, infatti, apprezza un'incapacità lavorativa dell'assicurato completa e definitiva nella sua precedente professione (manovale edile) dal mese di febbraio del 2001 mentre lo considera completamente capace di svolgere al 100% dal mese di aprile 2004 (e, più precisamente dalla visita medica di chiusura della SUVA) un'attività adeguata (prevalentemente da seduto) che tenga conto del suo stato di salute. All'uopo rileva una serie di limiti funzionali dell'assicurato sovrapponibile a quella poc'anzidetta fissata dal collega della SUVA (doc. 34.1 e 2).

Del medesimo avviso è pure il Consulente per l'integrazione professionale che nel suo rapporto approfondito del 2 settembre 2004 è giunto alla conclusione che, nel caso concreto, l'assicurato è da ritenersi inabile al 100% nell'attività abituale (manovale edile) mentre in un lavoro non qualificato leggero e prevalentemente sedentario rispettoso dei suoi limiti funzionali vi è una capacità lavorativa completa. In particolare egli ritiene che l'assicurato potrebbe esercitare l'attività di operaio di fabbrica (doc. 24.1 e 2 e 25.1).

Nel caso di specie, il collegio giudicante non intravede ragioni che gli impediscano di far proprie le conclusioni a cui è pervenuto il Dott. B._____, medico della SUVA. Egli infatti ha esaminato personalmente il ricorrente ed ha potuto valutare il danno alla salute lamentato dall'assicurato sulla base di accertamenti approfonditi e completi. Il rapporto medico è stato redatto con conoscenza della pregressa vicenda valetudinaria (anamnesi), è chiaro nella presentazione del contesto medico ed, infine, le conclusioni a cui giunge sono fondate. Per un'analisi più dettagliata si può rimandare a quanto precedentemente scritto nel presente considerando. Il collegio giudicante non intravede neppure ragioni che gli impediscano di far proprie le conclusioni a cui sono pervenuti la Dott.ssa M._____ del servizio medico regionale (SMR) ed il Consulente per l'integrazione professionale (R._____), ritenuto che i loro rapporti (rispettivamente del 24 maggio e del 2 settembre 2004: doc. 34.1 e 2; 24.1 e 2 e 25.1) si basano sostanzialmente sul rapporto medico del medico della SUVA ed appaiono chiari e completi giungendo a conclusioni logiche e motivate. In quest'ottica pertanto le predette relazioni mediche ossequiano ampiamente i principi posti dalla costante giurisprudenza esposti sub considerando 5. Lo stesso dicasi per i rapporti del Dott. D._____ del 17 febbraio 2005 (doc. 10.1) e dell'8 giugno 2006. Nella relazione medica del 17 febbraio 2005 egli rileva, in particolare, che il certificato medico del 6 novembre 2004 del Dott. A._____ riprende la diagnosi nota e fa notare che l'assicurato lamenta persistenti dolori sotto carico con gonfiore con limitazione della flessione del piede, e quindi non fa che confermare le conclusioni della visita SUVA del 19 aprile 2004. Sostanzialmente pertanto ritiene che non vi siano nuovi elementi clinici o diagnostici a favore di una modifica dello stato di salute. Successivamente nella sua relazione dell'8 giugno 2006 osserva che dal referto RM risultano le note alterazioni in stato dopo la frattura pluriframmentaria nel 2001 mentre nella valutazione del Dott. D1._____ vengono in pratica confermati i noti limiti funzionali dell'assicurato sovrapponibili segnatamente ai criteri del Consulente per l'integrazione professionale (R._____) del 2 settembre 2004. In assenza di nuovi motivi conferma, pertanto, la sua precedente valutazione del 17 febbraio 2005.

Sulla scorta delle considerazioni che precedono il collegio giudicante è quindi dell'avviso che G._____ non è più in grado di svolgere la sua precedente professione (manovale edile) a far tempo dal 3 febbraio del 2001 ma ritiene altresì che è idoneo ad esercitare al 100% un lavoro non qualificato leggero e prevalentemente sedentario rispettoso dei suoi limiti funzionali (ad es. quale operaio di fabbrica) a partire dal 19 aprile 2004.

13. 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 di 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.

Il Consulente per l'integrazione professionale ha tenuto conto (calcolo effettuato il 2 settembre 2004) di un salario mensile medio, privo di invalidità, conseguibile nel 2002 quale manovale edile di complessivi Fr. 50'165 annui (tredicesima mensilità inclusa) pari a Fr. 3'858.84 mensili, sulla scorta di quanto dichiarato dalla I._____ SA di S._____ (doc. 46-1/46-3). Il salario da invalido, invece, è stato calcolato riferendosi alle statistiche per il 2002, edite dall'Ufficio federale di statistica, relativa alla professione di operaio di fabbrica che il ricorrente può ancora svolgere. L'importo così ottenuto di Fr. 44'669.00 annui (tredicesima mensilità inclusa; pari a Fr. 3'436.07 mensili) è stato quindi ridotto del 10% (riduzione per attività leggera) e poi è stata applicata anche la riduzione massima del 15% consentita dalla giurisprudenza per tenere conto dei fattori personali dell'assicurato (su queste questioni: DTF 126 V 75; SVR 1999 IV n. 6 e SVR 2000 IV n. 1), giungendo così ad un reddito da invalido di Fr. 33'502.00 (tredicesima mensilità inclusa; pari a Fr. 2'577.07 mensili).

Il calcolo percentuale dell'invalidità si presenta quindi come segue:

$$\{[(50'165.00-33'502.00)\times 100] : 50'165.00\}= 33.21\%.$$

Ne consegue che G._____, svolgendo l'attività di operaio di fabbrica indicata dal Consulente per l'integrazione professionale, subirebbe un'incapacità di guadagno del 33.21% mentre continuerebbe a beneficiare di una capacità residua di guadagno dell'66.79% dal 19 aprile 2004.

14. Nel caso di specie è stato quindi accertato che G._____ è idoneo ad esercitare al 100% un'attività di tipo semplice non qualificato leggero e prevalentemente sedentario rispettoso dei suoi limiti funzionali (ad es. quale operaio di fabbrica) a partire dal 19 aprile 2004, data a far tempo dalla quale il suo stato di salute si presenta pressocchè stazionario. Per un'analisi più dettagliata si può rimandare a quanto scritto in precedenza nel considerando 12. Parimenti è stato accertato che l'assicurato, in un'attività sostitutiva quale è quella di operaio di fabbrica, subirebbe un'incapacità di guadagno del 33.21% mentre continuerebbe a beneficiare di una capacità residua di guadagno dell'66.79% sempre a partire dal 19 aprile 2004. Per un'analisi più dettagliata si può rimandare a quanto scritto in precedenza nel considerando 13.

Di conseguenza, il collegio giudicante è dell'avviso che il miglioramento

della capacità di guadagno dell'assicurato fissato al 19 aprile 2004 è durato oltre 3 mesi senza interruzione notevole, è perdurato fino al 5 aprile 2006, data della decisione su opposizione. 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). Il collegio giudicante è pure dell'avviso che è presumibile che questo miglioramento continuerà a perdurare. Pertanto ritiene che la decisione dell'UAIE di riconoscere al ricorrente una rendita intera limitatamente al periodo intercorrente il 1° febbraio 2002 ed il 31 luglio 2004 merita tutela in questa sede nella misura in cui tiene peraltro correttamente conto sia del termine di attesa di un anno prescritto dall'art. 29 cpv. 1 lett. b LAI (posto che l'assicurato ha praticamente cessato di lavorare quale autista, magazziniere e tagliatore di stoffe a partire dal 3 febbraio 2001) sia del termine di 3 mesi prescritto dall'art. art. 88 a cpv. 1 e 2 OAI (posto che è dal 19 aprile 2004 che la capacità al guadagno dell'assicurato è migliorata ed è destinata a perdurare nel tempo).

15. Sulla scorta delle considerazioni che precedono G._____ non ha dunque diritto ad una rendita dell'assicurazione svizzera per l'invalidità per il periodo successivo al 31 luglio 2004. Il ricorso deve quindi essere respinto e l'impugnata decisione confermata.
16.
 - 16.1 Poiché nella presente procedura si tratta di decidere il riconoscimento rispettivamente il rifiuto di prestazioni assicurative, non vengono prelevate spese processuali.
 - 16.2 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 5 aprile 2006 è confermata.
2. Non si prelevano spese processuali.
3. Non vengono assegnate indennità per spese ripetibili.
4. Comunicazione:
 - al rappresentante del ricorrente (atto giudiziario),
 - 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: