

**Bundesverwaltungsgericht**  
**Tribunal administratif fédéral**  
**Tribunale amministrativo federale**  
**Tribunal administrativ federal**



---

Corte III  
C-2778/2006  
{T 0/2}

## **Sentenza del 30 gennaio 2008**

---

Composizione

Giudici Elena Avenati-Carpani (presidente del collegio),  
Alberto Meuli (presidente di corte), Johannes Frölicher,  
cancelliera Paola Carcano.

---

Parti

R: \_\_\_\_\_,  
ricorrente,

contro

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

---

Oggetto

prestazioni dell'assicurazione invalidità.

## **Fatti:**

A. R. \_\_\_\_\_, cittadino italiano, nato il \_\_\_\_\_, coniugato con prole, ha lavorato in Svizzera negli anni 1973 e 1978 e dal 1985 al 1996, solvendo regolari contributi all'assicurazione svizzera per la vecchiaia, i superstiti e l'invalidità (AVS/AI) durante tali periodi. Dal 1° luglio 1985 egli ha lavorato per la ditta P. \_\_\_\_\_ SA di F. \_\_\_\_\_ in qualità di autista-magazziniere fino al 22 gennaio 1991, allorquando è rimasto vittima di un incidente sul lavoro poichè nello scaricare da un mezzo di trasporto un sacco di farina del peso di 50 kg, questo si ruppe e, nel tentativo di evitare la completa perdita del suo contenuto, ha compiuto un movimento improprio riportando un trauma alla regione lombosacrale. Dal punto di vista assicurativo, il caso è stato assunto dall'assicurazione privata contro gli infortuni ELVIA, la quale ha corrisposto le prestazioni di legge ed ha poi posto l'interessato al beneficio di una rendita d'invalidità ELVIA del 50% a partire dal 1° agosto 1998 a seguito di una transazione. In data 30 marzo 1992, l'assicurato ha formulato una richiesta volta al conseguimento di una rendita dell'assicurazione svizzera per l'invalidità. L'Ufficio dell'assicurazione per l'invalidità per gli assicurati residenti all'estero (UAIE) ha assegnato a R. \_\_\_\_\_ con decisione del 27 aprile 2000, confermata con giudizi del 5 giugno 2002 della Commissione federale di ricorso in materia di AVS/AI per le persone residenti all'estero (CFR) rispettivamente del 5 marzo 2003 del Tribunale federale delle assicurazioni (TFA, ora Tribunale federale, TF), una rendita intera di invalidità limitatamente al periodo 1° gennaio 1992 - 31 agosto 1993. All'uopo l'amministrazione si è fondata su due perizie polispecialistiche, rispettivamente del 15 marzo 1993 e del 3 maggio 1999, del Z. \_\_\_\_\_ di B. \_\_\_\_\_, dalle quali traspare che l'assicurato era portatore nel 1993 di disturbo funzionale (blocco) dell'articolazione ilio-sacrale destra con conseguenti accorciamenti della muscolatura e spasmi muscolari (diagnosi principale con influo sulla capacità lavorativa) e di iniziale coxoartrosi bilaterale e reazione depressiva (diagnosi secondaria senza influo sulla capacità lavorativa) e nel 1999 di sindrome lombo-vertebrale cronica con leggera scoliosi e leggeri fenomeni degenerativi della colonna vertebrale accompagnata da dolori e leggero disturbo assimilatorio lombo-sacrale (diagnosi principale con influo sulla capacità lavorativa) e di iniziale coxoartrosi e adiposità (diagnosi secondaria senza influo sulla capacità lavorativa). Dal 1° settembre 1993

l'assicurato ha svolto l'attività di insegnante elementare e di sostegno, nonché di docente nei corsi di lingua e cultura italiana, presso la S.\_\_\_\_\_ di B.\_\_\_\_\_ fino al al 30 giugno 1996, allorquando riferisce di aver cessato la propria attività professionale per motivi di salute mentre il suo datore di lavoro dichiara di averlo licenziato per riduzione del contingente docenti. È rientrato in Italia nel 1996 (doc. 1-72, 73-122, 133-122, 123-140. 141-152, 155, 157, 162, 163, 202 e 220.3).

**B.** In data 7 luglio 2003, R.\_\_\_\_\_, ha formulato una nuova richiesta tesa al conseguimento di una rendita dell'assicurazione svizzera per l'invalidità. Nell'ambito di tale richiesta è stata esibita la seguente documentazione:

- il questionario dell'assicurato del 12 luglio 2004 (doc. 170),
- il questionario del datore di lavoro del 28 giugno 2004 (doc. 171),
- una serie di ricette mediche per svariati medicinali (doc. 172),
- un insieme di documenti medici relativi al periodo 1989-2004 (doc. 173.1-173.68),
- una cartella clinica relativa al ricovero presso l'Azienda ospedaliera presidio "M.\_\_\_\_\_" di C.\_\_\_\_\_ dal 18 al 23 aprile 2003 per broncopatia cronica ostruttiva riacutizzata e steatosi epatica oltre a referti medici vari allegati alla stessa (doc. 174),
- una perizia medica particolareggiata (modello E 213) dell'Istituto nazionale della previdenza sociale (INPS) di C.\_\_\_\_\_ del 23 gennaio 2004 giusta il quale l'assicurato risulta essere affetto da "lombo-artrosi con discopatia multipla e lieve-moderato impegno funzionale, irrilevante bronchite cronica, cervico-artrosi senza impegno funzionale, meniscopatia interna del ginocchio destro e lieve sindrome depressiva" con un grado di invalidità del 50% (doc. 175).

**C.** Nel suo rapporto del 16 settembre 2004 il Dott. R1.\_\_\_\_\_, medico dell'UAIE, ha posto la diagnosi di sindrome lombovertebrale cronica ed adiposità ed è giunto alla conclusione che l'assicurato non ha posto in luce sostanziali modifiche della sua capacità al lavoro (doc. 176 e 177).

Con decisione del 3 novembre 2004 l'UAIE ha respinto la richiesta di prestazioni di R.\_\_\_\_\_ in quanto dagli atti non risulta un'incapacità di guadagno permanente di almeno il 40% (doc. 178).

**D.** Quest'ultimo ha formulato in data 29 novembre 2004 opposizione contro il suddetto provvedimento amministrativo, chiedendo in sostanza il riconoscimento del suo diritto a prestazioni assicurative (doc. 182). A suffragio delle sue conclusioni ha prodotto la seguente documentazione medica: due certificati medici del Dott. A.\_\_\_\_\_ del 10 giugno 2003 e del 17 novembre 2004 giusta i quali è affetto da grave artrosi lombo-sacrale con discopatia L3-L4 e L4-L5 con conseguente limitazione funzionale nei movimenti di flessione-estensione del rachide, spondiloartrosi cervicale, gonalgia dx da meniscopatia mediale, bronchite cronica ostruttiva, ipertensione arteriosa, sindrome depressiva endoreattiva grave e, pertanto, la sua capacità lavorativa è ridotta di almeno il 70% (doc. 181 e 181.1) ed altra documentazione medica già agli atti (doc. 182.1-182.11).

**E.** In data 16 febbraio 2005 (doc. 186) l'Assicurazione Allianz Suisse di Zurigo ha trasmesso all'UAIE, come richiesto da quest'ultimo con scritto del 9 febbraio 2005 (doc. 185), la seguente documentazione: una decisione di innalzamento della rendita d'invalidità da fr. 1'495.-- a fr. 1'554.-- a decorrere dal 1° gennaio 2003 (doc. 186.1), una certificazione dell'Ufficio di collocamento di C.\_\_\_\_\_ (doc. 186.2), una ricetta medica del 15 novembre 2004 (doc. 186.3), un referto di una visita specialistica ambulatoriale del 20 settembre 2004 (doc. 176.4), un'attestazione medica del 15 novembre 2004 (doc. 186.5) sette certificati medici segnatamente del 17 novembre 2004, del 7 ottobre 2004, del 7 luglio 2004, del 23 aprile 2003, del 9 aprile 2003, del 25 giugno 2004 e del 23 aprile 2001 (doc. 186.6-186.12) ed una copia della decisione del 4 novembre 1998 dell'assicurazione contro gli infortuni ELVIA già agli atti (doc. 186.13).

**F.** Ricevuta l'opposizione, l'amministrazione ha sottoposto gli atti al Dott. T.\_\_\_\_\_ del Servizio medico regionale (SMR), il quale, nella sua relazione del 21 marzo 2005, ha posto in evidenza la necessità di esperire una perizia psichiatrica (doc. 205).

Mediante decisione su opposizione del 5 aprile 2005, l'UAIE ha pertanto accolto parzialmente la predetta opposizione al fine di completare l'istruttoria ed emanare una nuova decisione impugnabile (doc. 188).

**G.** In data 24 maggio 2005 l'UAIE ha quindi comunicato all'assicurato di aver dato mandato ad un medico di fiducia dell'Ambasciata Svizzera

di Roma di procedere all'esperimento di una perizia medica pluridisciplinare (doc. 190 e 191). L'Ambasciata Svizzera di Roma ha quindi incaricato il Dott. C1.\_\_\_\_\_, specialista in medicina interna, di esaminare R.\_\_\_\_\_. Il perito incaricato, dopo essersi avvalso pure dell'ausilio del Dott. E.\_\_\_\_\_ (specialista in ortopedia e traumatologia) e del Dott. A1.\_\_\_\_\_ (medico chirurgo e psicoterapeuta), nella sua relazione del 9 luglio 2005, ha evidenziato la diagnosi di quadro spondiloso cervico-lombosacrale con note di discopatia L4-L5, senza segni di compromissione neuroradicolare, meniscopatia mediale su base degenerativa a carico del ginocchio destro, piede piatto traverso piano di notevole grado, obesità, ipertensione arteriosa ben controllata ed, infine, lieve e ricorrente preoccupazione patofobica reattiva. Considerati questi disturbi, il perito è giunto alla conclusione che all'assicurato deve essere riconosciuta una incapacità lavorativa non superiore al 30% sia nell'ultimo lavoro svolto (insegnante elementare e di sostegno) sia in altre attività confacenti alle sue attitudini mentre sono ancora esigibili nella misura del 70% tutte le attività che non comportino un grande impegno fisico in termini soprattutto di sollevamento di carichi pesanti e consentano di lavorare in posizione seduta o comunque con frequenti cambiamenti di postura, quali ad es. l'attività di insegnante oppure qualsiasi altra attività di ufficio (doc. 200-202).

**H.** In data 11 luglio 2005 l'Ambasciata Svizzera di Roma ha inviato all'UAIE la seguente documentazione medica prodotta dall'assicurato in occasione della perizia (doc. 192): un referto di una visita specialistica cardiologica ed un ecocardiogramma, ambedue del 29 novembre 2004 (doc. 193), un referto di una visita specialistica cardiologica ed un ecocardiogramma, ambedue del 20 gennaio 2005 (doc. 194), un certificato medico accompagnato da una prescrizione, ambedue del 27 aprile 2005 (doc. 195 e 196), un'attestazione medica del 19 maggio 2005 (doc. 197), un referto di un ecocardiogramma del 30 maggio 2005 (doc. 198) ed un certificato medico del 22 giugno 2005 (doc. 199).

**I.** L'amministrazione ha quindi sottoposto nuovamente gli atti al Dott. T.\_\_\_\_\_, il quale, nei suoi rapporti del 18 agosto 2005, ha sostanzialmente confermato il parere del Dott. C1.\_\_\_\_\_ ed ha osservato che la capacità di lavoro dell'assicurato non ha subito sostanziali modifiche rispetto alla decisione cresciuta in giudicato del 27 aprile 2000 dell'UAIE, ha, quindi concluso che l'assicurato beneficia

ancora di una capacità lavorativa residua del 75% nell'attività di insegnante come pure in qualsiasi altra attività di ufficio (doc. 203 e 206).

Con decisione del 29 agosto 2005 l'UAIE ha pertanto respinto la richiesta di prestazioni di R.\_\_\_\_\_ in quanto dagli atti non risulta un'incapacità di guadagno permanente di almeno il 40% (doc. 207).

**J.** Quest'ultimo ha formulato in data 30 settembre 2005 opposizione contro il suddetto provvedimento amministrativo, contestando la nomina del Dott. C1.\_\_\_\_\_ quale perito e chiedendo sostanzialmente il riconoscimento del suo diritto ad una mezza rendita di invalidità dal 30 settembre 2005 (doc. 222). A suffragio delle sue conclusioni ha prodotto la seguente documentazione medica: tre certificati medici segnatamente del 2 agosto e del 16 settembre 2005 (doc. 213-215), un referto di una risonanza magnetica del ginocchio destro del 25 luglio 2005 (doc. 216), un referto di un esame radiografico lombosacrale e del rachide cervicale (doc. 217), un referto di una risonanza magnetica lombosacrale del 22 settembre 2005 (doc. 218) ed una relazione medica del 26 settembre 2005 del Dott. N.\_\_\_\_\_ (doc. 219).

**K.** Ricevuta l'opposizione, l'amministrazione ha sottoposto nuovamente gli atti al Dott. T.\_\_\_\_\_, il quale, nella sua relazione del 5 aprile 2006, ha riconfermato integralmente il parere del Dott. C1.\_\_\_\_\_ ed il proprio avviso del 18 agosto 2005, ribadendo che neppure la nuova documentazione medica prodotta ha posto in luce sostanziali modifiche della capacità di lavoro dell'assicurato (doc. 221).

Mediante decisione su opposizione dell'11 aprile 2006, l'UAIE ha, pertanto, respinto la predetta opposizione e confermato nel contempo la propria decisione del 29 agosto 2005 (doc. 222).

**L.** Con gravame del 18 maggio 2006, spedito il medesimo giorno alla Commissione federale di ricorso in materia di AVS/AI per le persone residenti all'estero (CFR), R.\_\_\_\_\_ chiede sostanzialmente l'annullamento per vizio di forma della perizia del Dott. C1.\_\_\_\_\_ del 9 luglio 2005 e l'esperimento di una perizia indipendente definitiva oltre al riconoscimento del suo diritto ad una mezza rendita d'invalidità. A suffragio delle sue conclusioni produce, oltre a documentazione già agli atti: un referto di un ecocardiogramma color doppler del 17 maggio

2006, una prescrizione di ECG bidimensionale dell'8 marzo 2006, un'attestazione medica del 23 dicembre 2005, due referti di una visita specialistica del 31 ottobre 2005 ed un certificato medico del 21 dicembre 2005.

Nella sua risposta del 31 luglio 2006 l'UAIE propone la reiezione dell'impugnativa con argomenti di cui si riferirà, per quanto occorra, nei considerandi che seguono. Dopo aver preso atto delle osservazioni dell'amministrazione, R.\_\_\_\_\_, con scritto del 23 agosto 2006, ha ribadito l'intenzione di mantenere il ricorso.

In data 1° gennaio 2007 il Tribunale amministrativo federale (TAF) ha ripreso la procedura in oggetto pendente fino al 31 dicembre 2006 davanti alla CFR. Con ordinanza del 24 luglio 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.

## **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 federale 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 dell'Unione europea che vi risiede, 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<sup>bis</sup> e 28-70), sempre che la presente legge non preveda espressamente una deroga.

Ai sensi del combinato disposto degli art. 3 lett. d<sup>bis</sup> 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) e, per il seguito, in base alle modifiche della LAI del 21 marzo 2003 in vigore dal 1° gennaio 2004 (4a revisione della LAI).

## **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<sup>ter</sup> 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 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.

**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 LPGA, 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). 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). Il punto di partenza per stabilire se il grado d'invalidità si è modificato in maniera tale da influire sul diritto alle prestazioni è costituito dall'ultima decisione che ha esaminato materialmente il diritto alla rendita (DTF 133 V pag. 108, consid. 5.4).

**5.3** Il collegio giudicante rileva preliminarmente che l'amministrazione è entrata nel merito della nuova richiesta di rendita di R.\_\_\_\_\_ e quindi, conformemente alla giurisprudenza esposta al considerando 4.2, il periodo di riferimento nell'ambito della presente vertenza è quello intercorrente tra il 27 aprile 2000 (data della decisione su opposizione che ha assegnato all'assicurato una rendita intera di invalidità limitatamente al periodo 1° gennaio 1992-31 agosto 1993, confermata con sentenze del 5 giugno 2002 della CFR e del 5 marzo 2003 del TFA: doc. 152, 155 e 157) e l'11 aprile 2006 (data della decisione su opposizione, qui avversata, con la quale l'amministrazione ha respinto la seconda richiesta di prestazioni formulata da R.\_\_\_\_\_ in data 7 luglio 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.** 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). Di conseguenza la decisione del 4 novembre 1998 (con la quale l'assicurazione privata contro gli infortuni ELVIA ha posto l'interessato al beneficio di una rendita d'invalidità ELVIA del 50% a partire dal 1° agosto 1998: doc. 186.13) non vincola il collegio giudicante poichè conclusa in base ad una transazione con l'assicurato (cfr. altresì sentenza del 5 marzo 2003, consid. 3 a pag. 5, del TFA: doc. 157).

**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; VSI 2001 p. 109).

8. Nel riconoscere inizialmente il diritto ad una rendita intera di invalidità limitatamente al periodo 1° gennaio 1992 - 31 agosto 1993, l'amministrazione si era fondata su due perizie, rispettivamente del 15 marzo 1993 e del 3 maggio 1999 (doc. 72 e 112), del Z.\_\_\_\_\_ a B.\_\_\_\_\_, dalle quali traspariva che l'assicurato era portatore nel 1993 di disturbo funzionale (blocco) dell'articolazione ilio-sacrale destra con conseguenti accorciamenti della muscolatura e spasmi muscolari (diagnosi principale con influsso sulla capacità lavorativa) e di iniziale coxoartrosi bilaterale e reazione depressiva (diagnosi secondaria senza influsso sulla capacità lavorativa) e nel 1999 di sindrome lombo-vertebrale cronica con leggera scoliosi e leggeri fenomeni degenerativi della colonna vertebrale accompagnata da dolori e leggero disturbo assimilatorio lombo-sacrale (diagnosi principale con influsso sulla capacità lavorativa) e di iniziale coxoartrosi e adiposità (diagnosi secondaria senza influsso sulla capacità lavorativa). Nel gennaio 2004 il medico dell'INPS ha attestato che l'assicurato è affetto da lombo-artrosi con discopatia multipla e lieve-moderato impegno funzionale, irrilevante bronchite cronica, cervico-artrosi senza impegno funzionale, meniscopatia interna del ginocchio destro e lieve sindrome depressiva (perizia medica particolareggiata dell'INPS del 23 gennaio 2004: doc. 175). Nel luglio 2005 il Dott. C1.\_\_\_\_\_, dopo essersi avvalso pure dell'ausilio del Dott. E.\_\_\_\_\_ e del Dott. A1.\_\_\_\_\_, ha evidenziato la diagnosi di quadro spondiloso cervico-lombosacrale con note di discopatia L4-L5, senza segni di compromissione neuroradicolare, meniscopatia mediale su base degenerativa a carico del ginocchio destro, piede piatto traverso piano di notevole grado, obesità, ipertensione arteriosa ben controllata ed, infine, lieve e ricorrente preoccupazione patofobica reattiva (relazione medica del 9 luglio 2005: doc. 200-202).

Tale diagnosi è stata confermata anche dai medici dell'UAIE, segnatamente dal Dott. R1.\_\_\_\_\_ nel suo rapporto del 16 settembre 2004 (doc. 176 e 177) e dal Dott. T.\_\_\_\_\_ nei suoi rapporti del 21 marzo, del 18 agosto 2005 e del 5 aprile 2006 (doc. 203, 205, 206 e 221).

La diagnosi rilevante ai sensi dell'incapacità lavorativa è quindi rimasta essenzialmente invariata nel corso degli anni.

## 9.

**9.1** Per quanto concerne le conseguenze invalidanti delle menzionate affezioni, il Dott. R1.\_\_\_\_\_, nel suo rapporto del 16 settembre 2004, è giunto alla conclusione che l'incapacità di lavoro dell'assicurato non subito sostanziali modifiche (doc. 176 e 177). Dal canto suo il Dott. C1.\_\_\_\_\_, nella sua relazione del 9 luglio 2005 (che ha redatto dopo essersi avvalso pure dell'ausilio di due medici specialisti: il Dott. E.\_\_\_\_\_ ed il Dott. A1.\_\_\_\_\_), è giunto alla conclusione che all'assicurato, considerati i disturbi di cui soffre, deve essere riconosciuta una incapacità lavorativa non superiore al 30% sia nell'ultimo lavoro svolto (insegnante elementare e di sostegno) sia in altre attività confacenti alle sue attitudini mentre sono ancora esigibili nella misura del 70% tutte le attività che non comportino un grande impegno fisico in termini soprattutto di sollevamento di carichi pesanti e consentano di lavorare in posizione seduta o comunque con frequenti cambiamenti di postura, quali ad es. l'attività di insegnante oppure qualsiasi altra attività di ufficio (doc. 200-202). Infine, il medico dell'UAIE, Dott. T.\_\_\_\_\_, nelle sue relazioni del 18 agosto 2005 e del 5 aprile 2006, dopo aver sostanzialmente confermato i pareri del Dott. R1.\_\_\_\_\_ e del Dott. C1.\_\_\_\_\_, ha rilevato che l'incapacità di lavoro dell'assicurato non subito sostanziali modifiche rispetto alla decisione cresciuta in giudicato del 27 aprile 2000 dell'UAIE. Nelle predette relazioni il medico di fiducia dell'UAIE osserva che il danno lamentato dall'interessato è praticamente identico da anni. In particolare, nel rapporto del 18 agosto 2005, rileva che lo psichiatra (Dott. A1.\_\_\_\_\_) è giunto chiaramente alla conclusione che l'assicurato non è affetto da alcuna malattia psichica atta ad impedire l'esercizio di un'attività lucrativa e che il Dott. C1.\_\_\_\_\_ conferma che non è subentrata alcuna incapacità lavorativa rilevante a fini del riconoscimento di un diritto ad una rendita di invalidità a far tempo dal 1992. Pertanto, il medico dell'UAIE, dopo aver avallato integralmente la conclusione del Dott. R1.\_\_\_\_\_ del 16 settembre 2004 (doc. 176 e 177), è dell'avviso che l'assicurato beneficia ancora di una capacità lavorativa residua del 75% nell'attività di insegnante come pure in qualsiasi altra attività di ufficio (doc. 203 e 206). Nel rapporto del 5 aprile 2006, inoltre, il medico dell'UAIE rileva che i nuovi documenti medici prodotti dall'assicurato in sede ricorsuale descrivono le valutazioni ortopediche e psichiatriche già menzionate nell'incarto senza discostarsene; la patologia ortopedica è stata esaminata in modo esauriente nell'ambito del referto peritale del 4 luglio 2005 del

Dott. E.\_\_\_\_\_ al quale ci si può attenere in mancanza di nuovi elementi atti a modificare la valutazione ivi contenuta; la patologia psichiatrica è stata verificata e descritta in modo esauriente dal Dott. A1.\_\_\_\_\_ e le sue conclusioni del 4 luglio 2005 possono essere confermate integralmente in mancanza di nuovi elementi atti a modificarle; infine, come peraltro indicato altresì nella perizia del 9 luglio 2005 del Dott. C1.\_\_\_\_\_, non è subentrata alcuna incapacità lavorativa rilevante a fini del riconoscimento di un diritto ad una rendita di invalidità ed i nuovi accertamenti si limitano ad evidenziare le note patologie che sono già state prese in considerazione nell'ambito delle predette valutazioni; le conclusioni non subiscono, pertanto, alcuna modifica (doc. 221).

**9.2** Nel caso di specie, il collegio giudicante non intravede ragioni che gli impediscano di far proprie le conclusioni cui sono pervenuti i Dott. C1.\_\_\_\_\_, E.\_\_\_\_\_ e A1.\_\_\_\_\_ nelle loro relazioni del 4 e del 9 luglio 2005 (doc. 200-202). Dopo aver esaminato personalmente l'assicurato e la documentazione obiettiva a disposizione, infatti, hanno redatto delle relazioni mediche, con conoscenza della progressiva vicenda valetudinaria (anamnesi), chiare nella presentazione del contesto medico ed, infine, che giungono a conclusioni logiche e motivate. Parimenti il collegio giudicante condivide le conclusioni a cui è pervenuto il Dott. T.\_\_\_\_\_, ritenuto che i suoi rapporti (rispettivamente del 18 agosto 2005 e del 5 aprile 2006: doc. 203, 206 e 221) si basano sostanzialmente sulle anzidette perizie 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. consid. 7. Con particolare riferimento al rapporto del 5 aprile 2006 del Dott. T.\_\_\_\_\_ occorre, inoltre, rilevare che tale valutazione tiene conto pure della nuova documentazione prodotta in sede di ricorso dall'assicurato. Con espresso riferimento ai certificati medici (segnatamente del 10 giugno 2003 e del 17 novembre 2004: doc. 181 e 181.1) del Dott. A.\_\_\_\_\_ come pure alla relazione medica del 26 settembre 2005 del Dott. N.\_\_\_\_\_ occorre, invece, rilevare che le indicazioni ivi contenute risultano essere estremamente generiche e pertanto non ossequiano sufficientemente i principi posti dalla costante giurisprudenza esposta al considerando 7.

**9.3** Sulla scorta delle considerazioni che precedono, il collegio giudicante giunge quindi alla conclusione che l'assicurato presenta

una capacità lavorativa residua del 70% sia nell'ultimo lavoro svolto (insegnante elementare e di sostegno) sia in altre attività confacenti alle sue attitudini (insegnante oppure qualsiasi altra attività d'ufficio). Egli, pertanto, presenta nell'attività abituale un tasso di invalidità massimo del 30% che esclude il riconoscimento del diritto alla rendita d'invalidità.

## **10.**

**10.1** Il ricorrente ha chiesto l'annullamento per vizio di forma della perizia redatta dal Dott. C1.\_\_\_\_\_ il 9 luglio 2005 e l'esperimento di una perizia indipendente definitiva.

**10.2** A proposito delle perizie mediche eseguite nell'ambito della procedura amministrativa occorre rilevare che 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; 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 sé 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 i motivi già esposti al considerando 9.2 il collegio

giudicante non intravede ragioni che gli impediscano di far proprie le conclusioni cui è pervenuto il Dott. C1. \_\_\_\_\_ nella sua relazione del 9 luglio 2005 (doc. 202).

**10.3** In merito alla richiesta di esperimento di una nuova perizia medica, va fatto presente che se l'istruttoria da effettuare d'ufficio conduce l'amministrazione o il giudice, in base ad un apprezzamento coscienzioso delle prove, alla convinzione che la probabilità di determinati fatti deve essere considerata predominante e che altri provvedimenti probatori più non potrebbero modificare il risultato, si rinuncerà ad assumere altre prove (valutazione anticipata delle prove; DTF 122 II 469 e ss., 122 III 223 e ss., 119 V 344 e ss. con riferimenti). Un tale modo di procedere non lede il diritto di essere sentito conformemente all'art. 29 cpv. 2 Cost. (Sozialversicherungsrecht, Rechtsprechung [SVR] 2001, IV, n. 10; riguardo al previgente art. 4 cpv. 1 v. Cost. cfr. DTF 124 V 94 e ss., 122 V 162 e ss. E 119 V 344 e ss. con riferimenti). In concreto, la documentazione agli atti è sufficiente per statuire nel merito della vertenza, per cui la richiesta probatoria deve essere disattesa.

**11.** Di conseguenza, il ricorso è respinto e la decisione impugnata dell'11 aprile 2006 è confermata.

**12.**

**12.1** 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).

**12.2** 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.

**2.**

Non si prelevano spese processuali.

**3.**

Non vengono assegnate indennità per spese ripetibili.

**4.**

Comunicazione a:

- ricorrente (raccomandata A/R),
- autorità inferiore (n. di rif. \_\_\_\_\_),
- 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).

Il presidente di corte:

La cancelliera:

Alberto Meuli

Paola Carcano

Data di spedizione: