



Corte III
C-2830/2006
{T 0/2}

Sentenza del 20 febbraio 2008

Composizione

Giudici Elena Avenati-Carpani (presidente del collegio),
Francesco Parrino, Eduard Achermann,
cancelliera Paola Carcano.

Parti

C. _____,
patrocinata dall'Avv. Lilia Lucia Petrachi, _____,
ricorrente,

contro

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

Oggetto

prestazioni dell'assicurazione invalidità.

Fatti:

A. C._____, cittadino italiano, nato il _____, coniugato dal 16 aprile 1979, ha lavorato in Svizzera nei periodi dal 1968 sino al 1970, dal 1972 sino al 1975 e dal 1986 sino al 1987 presso diversi datori di lavoro solvendo, durante tali periodi, i contributi dovuti all'assicurazione svizzera per la vecchiaia, i superstiti e l'invalidità. In Italia ha continuato a lavorare quale operaio-falegname addetto alla lavorazione del legno e relativo assemblaggio per la produzione di infissi e mobili dal 1° aprile 1993 presso la ditta "M._____ s.n.c." di G._____. Egli ha dovuto interrompere la sua attività lavorativa a partire dal 22 gennaio 2003 per motivi di salute. Da allora non ha più ripreso alcuna attività lavorativa. Dopo di che, il contratto di lavoro è stato disdetto dal datore per superamento di 210 giorni di malattia. Dal 1° aprile 2003 percepisce una pensione d'invalidità italiana di complessivi Euro 402.12 mensili. In data 27 marzo 2003, C._____ ha formulato una richiesta volta al conseguimento di una rendita dell'assicurazione svizzera per l'invalidità (doc. 1-13).

B. L'assicurato è stato visitato il 16 giugno 2003 e 16 febbraio 2005 presso i servizi medici dell'Istituto nazionale della previdenza sociale (INPS) di L._____, ove i sanitari incaricati hanno evidenziato la diagnosi di esiti di intervento chirurgico di nefrectomia radicale sx per ca renale a cellule chiare, poliposi multipla del colon, steatosi epatica, ipoacusia mista bilaterale di entità media a sx e medio-grave a dx, esiti di timpanosclerosi post-ottica a sx ed esiti di timpanoplastica a dx. ed hanno posto un tasso di invalidità parziale del 70% (doc. 20 e 48).

È stata inoltre esibita la seguente documentazione medica obiettiva: una cartella clinica relativa al ricovero dal 23 ottobre al 16 novembre 2000 presso l'Ospedale Policlinico di B._____ reparto ORL II per otite cronica (doc. 31), una cartella clinica relativa al ricovero dal 18 al 22 agosto 2002 presso il Presidio Ospedaliero di P1._____ (L._____) divisione di medicina generale per BPCO riacutizzata (doc. 32), un referto di una prova di funzionalità respiratoria del 7 novembre 2002 (doc. 33), una cartella clinica relativa al ricovero dal 7 al 25 febbraio 2003 presso lo stesso Presidio per intervento di nefrectomia radicale sx per ca renale a cellule chiare oltre a referti medici vari allegati alla stessa (doc. 14 e 34), una scintigrafia ossea (total body) del 5 maggio 2003 (doc. 41), un referto di una pancoloscopia del 23 giugno 2003 (doc. 35), una cartella clinica

relativa al ricovero dal 22 al 25 settembre 2003 presso il Presidio Ospedaliero di S._____ (L._____) per intervento di elettrofolgorazione per papillomatosi vescicale recidivante oltre a referti medici vari allegati alla stessa (doc. 36), un referto di una pancoloscopia del 15 ottobre 2003 (doc. 37), un referto radiologico del 5 febbraio 2004 (doc. 38), un referto di un esame ematochimico del 16 marzo 2004 (doc. 15), un referto di un ECG (doc. 16), un referto di un esame ecografico dell'addome superiore del 16 marzo 2004 (doc. 17), un referto di una RX-torace del 18 marzo 2004 (doc. 18), un referto di una TC cranio-torace-addome sup.-inf. (senza e con contrasto) del 31 marzo 2004 (doc. 19), un referto di una pancoloscopia del 26 aprile 2004 (doc. 39), un referto di una cistoscopia del 30 aprile 2004 (doc. 40), una scintigrafia ossea (total body) del 12 maggio 2004 (doc. 42), una cartella clinica relativa al ricovero dal 27 ottobre al 7 dicembre 2004 presso il Presidio Ospedaliero di S._____ (L._____) per poliposi multipla del colon oltre a referti medici vari allegati alla stessa (doc. 43 e 44), un certificato medico ed un referto di un esame audiometrico del 16 febbraio 2005 (doc. 45 e 46).

È stato inoltre prodotto il verbale della Commissione Medica di Prima Istanza dell'A. U.S.L. LE/2 di M2._____ (L._____) giusta il quale l'assicurato è invalido civile al 100% (doc. 47).

C. Nei suoi rapporti del 3 luglio 2004 e del 23 giugno 2005 il Dott. R._____ del servizio medico regionale (SMR), dopo aver ripreso le diagnosi sopra riferite ed analizzato il caso sotto il profilo delle malattie di lunga durata, è giunto alla conclusione che l'assicurato è da ritenersi abile al 30% nell'attività abituale (operaio di fabbrica) dal 7 febbraio 2003 (data di ospedalizzazione) rispettivamente al 100% in un'attività leggera adeguata (come, ad es, operaio non qualificato, custode, sorvegliante, magazziniere, ecc.) dal 1° giugno 2003 (tenuto conto di un periodo ragionevole di convalescenza; doc. 50 e 51).

In un calcolo comparativo dei redditi del 10 agosto 2005 (anno di riferimento: 2003), l'amministrazione ha ritenuto che l'interessato subisce una perdita di guadagno del 70% dal 7 febbraio 2003 (quale operaio di fabbrica) e del 21% dal 1° giugno 2003 nell'ambito delle predette attività sostitutive indicate dal Dott. R._____ (doc. 52).

Con decisione del 24 agosto 2005 l'UAIE ha pertanto respinto la richiesta di prestazioni di C._____ (doc. 53).

D. Quest'ultimo, regolarmente rappresentato dall'avv. Lilia Lucia Petrachi di L._____, ha formulato tempestiva opposizione in data 3 ottobre 2005, chiedendo in sostanza il riconoscimento del suo diritto a prestazioni assicurative (doc. 55). A suffragio delle sue conclusioni ha prodotto, oltre a documentazione già agli atti: un referto di un controllo endoscopico del 14 febbraio 2003 (doc. 55.17), un referto di un esame ecografico dell'addome superiore (doc. 55.16), un referto di un E.C.G. del 12 aprile 2005 (doc. 55.9), un referto di una RX-torace del 14 aprile 2005 (doc. 55.4), un referto di un esame ecografico dell'addome del 19 aprile 2005 (doc. 55.5), un referto di una scintigrafia ossea (total body) del 9 maggio 2005 (doc. 55.7), un referto di una TC cranio-torace-addome sup.-inf. (senza e con contrasto) del 13 maggio 2005 (doc. 55.6 e 55.13), un referto di una colonscopia del 21 maggio 2005 (doc. 55.8), una cartella clinica relativa al ricovero dal 9 all'11 giugno 2005 presso il Presidio Ospedaliero di S._____ (L._____) divisione di chirurgia generale per follow-up oltre a referti medici vari allegati alla stessa (doc. 55.3 e 55.10-11).

Ricevuta l'opposizione, l'UAIE ha sottoposto l'incarto al Dott. M1._____ del servizio medico regionale (SMR), il quale, alla luce della nuova documentazione prodotta, nel suo rapporto del 15 giugno 2006 (doc. 57), è giunto alla conclusione che l'assicurato presenta un'incapacità lavorativa del 100% dal 7 febbraio 2003 (data di ospedalizzazione) rispettivamente del 50% dal 9 giugno 2005 (data dell'ultimo follow-up clinico: doc. 55.3 e 55.10-11) nell'attività abituale (operaio falegname) mentre in un'attività leggera adeguata (come, ad es, operaio non qualificato, custode, sorvegliante, magazziniere, ecc.) lo considera inabile al 100% dal 7 febbraio 2003 (data di ospedalizzazione) rispettivamente abile al 100% dal 1° giugno 2003 (doc. 57).

Mediante decisione su opposizione del 20 giugno 2006, l'UAIE ha respinto la predetta opposizione e confermato nel contempo la propria decisione del 24 agosto 2005 (doc. 58).

E. Con gravame del 14 luglio 2006, spedito il medesimo giorno, interposto presso la Commissione federale AVS/AI di ricorso per le persone residenti all'estero (CFR), C._____, regolarmente

rappresentato dall'avv. Lilia Lucia Petrachi di L._____, 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, oltre a documentazione già agli atti: una scheda diabetologica, due referti di esami ematochimici segnatamente del 16 maggio e del 7 luglio 2006, due referti di esami d'endoscopia urologica segnatamente del 24 giugno 2005 e del 26 novembre 2005, tre referti di colonscopie (segnatamente del 14 febbraio 2002, del 18 novembre 2005 e dell'8 giugno 2006), i referti di due visite psichiatriche segnatamente del 20 ottobre 2003 e del 21 febbraio 2006, un referto di una prova di funzionalità respiratoria del 3 ottobre 2005, audiogrammi vari (segnatamente del: 14 settembre 2004, 5 marzo 2004, 6 ottobre 2003, aprile 2003, 17 maggio 2001) ed il rapporto di una TAC orecchio bil. del 13 novembre 1992. Infine, chiede l'esperimento di una nuova perizia medica.

F. Chiamato a pronunciarsi in merito al ricorso, l'UAIE ha sottoposto nuovamente l'incarto al Dott. M1._____, il quale, alla luce della documentazione prodotta, nel suo rapporto del 17 settembre 2006 (doc. 60) ha confermato integralmente il suo precedente parere del 15 giugno 2006 (doc. 57). Nelle sue osservazioni responsive del 30 ottobre 2006 l'UAIE propone pertanto la reiezione dell'impugnativa.

Dopo aver preso atto delle osservazioni dell'amministrazione, l'avv. Lilia Lucia Petrachi ha ribadito, con replica del 1° dicembre 2006, l'intenzione del proprio assistito di mantenere il ricorso. Nella medesima occasione ha pure prodotto, a suffragio delle sue conclusioni, una perizia medico-legale del 22 novembre 2006 del Dott. P._____.

Chiamato a pronunciarsi in merito alla replica, l'UAIE ha sottoposto nuovamente l'incarto al Dott. M1._____, il quale, alla luce della perizia medico-legale prodotta, nel suo rapporto dell'8 gennaio 2007 (doc. 62) ribadisce le proprie conclusioni. Nella sua duplice del 15 gennaio 2007 l'UAIE propone quindi nuovamente la reiezione dell'impugnativa.

Dopo aver preso atto della duplice dell'amministrazione, l'avv. Lilia Lucia Petrachi ha ribadito, con triplice del 20 febbraio 2007, l'intenzione del proprio assistito di mantenere il ricorso. Nella

medesima occasione ha pure prodotto, a suffragio delle sue conclusioni, un referto di una RX rachide in toto del 21 febbraio 2006 ed una cartella clinica relativa ad un intervento di elettrofolgorazione ambulatoriale del 19 settembre 2006 presso l'Azienda Unità Sanitaria Locale LE/2-M2._____ (L._____) oltre a referti medici vari allegati alla stessa.

Chiamato a pronunciarsi in merito alla triplica, l'UAIE ha sottoposto nuovamente l'incarto al Dott. M1._____, il quale, alla luce della nuova documentazione prodotta, nel suo rapporto del 1° aprile 2007 (doc. 64) ha confermato integralmente i suoi precedenti pareri. Nelle sue osservazioni del 19 aprile 2007 l'UAIE propone quindi nuovamente la reiezione dell'impugnativa con argomenti di cui si riferirà, per quanto occorra, nei considerandi che seguono.

G. 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) ed ha quindi comunicato in data 26 novembre 2007 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 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 (art. 6 del Regolamento CEE n° 1408/71). 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 inoltre 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 LPGGA, 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. Il ricorrente ha presentato la richiesta di rendita il 27 marzo 2003. In deroga all'art. 24 LPGGA, l'art. 48 cpv. 2 LAI precisa che, se l'assicurato si annuncia più di dodici mesi dopo la nascita del diritto, le prestazioni possono essere assegnate soltanto per i 12 mesi precedenti la richiesta. In concreto, lo scrivente Tribunale amministrativo federale (TAF) può quindi limitarsi ad esaminare se il ricorrente avesse diritto ad una rendita il 27 marzo 2002 (ossia 12 mesi precedenti la presentazione della domanda), oppure se un diritto alla rendita sia sorto tra tale data ed il 20 giugno 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).

6. Per avere diritto ad una rendita dell'assicurazione invalidità svizzera, un cittadino italiano deve adempiere cumulativamente le seguenti condizioni: 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).

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. Rimane ora da esaminare se sia invalido ai sensi di legge.

7. 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 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.

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.

8. 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).

9.

9.1 Dalla documentazione agli atti si evince che l'assicurato è affetto da "diabete mellito tipo 2, broncopatia cronica ostruttiva, neoplasia renale sinistra (carcinoma a cellule chiare), papillomatosi vescicale recidivante, diverticolosi del colon-sigma e micropoliposi del colon, depressione in trattamento psicofarmacologico ed ipoacusia bilaterale di tipo misto". Tale diagnosi è stata confermata da tutti i medici che si sono espressi in merito alla fattispecie (doc. 48, 50 e 51, 57, 60, 62 e 64). Il collegio giudicante non intravede quindi ragioni che gli impediscano di far proprie le conclusioni convergenti inerenti la diagnosi.

9.2 Tali affezioni debbono, dal profilo giuridico, essere esaminate alla luce dell'art. 29 cpv. 1 lett. b LAI. Trattasi, infatti, di malattie che, per costante giurisprudenza, sono da configurare non già di carattere permanente (cioè di natura consolidata o irreversibile), bensì patologico-labile, ossia suscettibili di migliorare o peggiorare. Ne discende che, in mancanza di uno stato di salute sufficientemente stabilizzato, è inapplicabile la prima lettera dell'art. 29 cpv. 1 LAI, per cui può entrare in considerazione solo la seconda lettera della citata norma legale, la quale prevede un termine d'attesa di un anno. Pertanto, il ricorrente può pretendere una rendita dell'assicurazione svizzera per l'invalidità solo a partire dal momento in cui ha subito, senza interruzione notevole, un'incapacità lavorativa media del 40% (rispettivamente del 50% per il periodo precedente l'entrata in vigore degli Accordi bilaterali) almeno durante un anno.

9.3 Per quanto concerne le conseguenze invalidanti, i sanitari medici dell'INPS di L._____ hanno posto, il 16 giugno 2003 e 16 febbraio 2005, un tasso di invalidità parziale del 70% (doc. 20 e 48) mentre il Dott. P._____, medico di fiducia dell'assicurato, nella sua relazione medica del 22 novembre 2006, ritiene che l'assicurato è da considerarsi un invalido civile con totale e permanente inabilità lavorativa pari al 100% e che le attuali condizioni di salute dello stesso sono incompatibili con lo svolgimento di una qualsiasi attività lavorativa anche se leggera o adattata.

Dal canto suo il Dott. R. _____ del servizio medico regionale (SMR), nei suoi rapporti del 3 luglio 2004 e del 23 giugno 2005 è giunto alla conclusione che l'assicurato è da ritenersi abile al 30% nell'attività abituale (operaio di fabbrica) dal 7 febbraio 2003 (data di ospedalizzazione) rispettivamente al 100% in un'attività leggera adeguata (come, ad es, operaio non qualificato, custode, sorvegliante, magazziniere, ecc.) dal 1° giugno 2003 (tenuto conto di un periodo ragionevole di convalescenza; doc. 50 e 51). Il Dott. M1. _____, inoltre, ha specificato nei suoi rapporti del 15 giugno e 17 settembre 2006, dell'8 gennaio e del 1° aprile 2007 che l'assicurato presenta un'incapacità lavorativa del 100% dal 7 febbraio 2003 (data di ospedalizzazione) rispettivamente del 50% dal 9 giugno 2005 (data dell'ultimo follow-up clinico: doc. 55.3 e 55.10-11) nell'attività abituale (operaio falegname) mentre in un'attività leggera adeguata (come, ad es, operaio non qualificato, custode, sorvegliante, magazziniere, ecc.) lo considera inabile al 100% dal 7 febbraio 2003 (data di ospedalizzazione) rispettivamente abile al 100% dal 1° giugno 2003 (doc. doc. 57, 60, 62 e 64). In particolare, nella sua relazione del 17 settembre 2006, ha osservato che, per quanto concerne la patologia tumorale renale, a distanza di circa 3 anni dall'intervento di nefrectomia - radicale e curativo - non si ha alcuna evidenza di progressione o recidiva; con espresso riferimento al diabete mellito tipo II, gli esami di laboratorio permettono di apprezzarne un buon equilibrio metabolico e l'assenza di attuali complicazioni cliniche secondarie; la broncopatia cronica ostruttiva rivela ai test di funzionalità respiratoria una incapacità ventilatoria ostruttiva di moderata entità; la depressione in trattamento psicofarmacologico è una diagnosi attuale e parrebbe trattarsi di una forma lieve seppur dipendente da una regolare assunzione di farmaci antidepressivi e ansiolitici per mantenere il beneficio; con espresso riferimento alla ben nota diverticolosi e micropoliposi del grosso intestino, è oggetto di numerosi controlli regolari e periodicamente si rende necessario procedere alla asportazione o alla cauterizzazione di micropolipi il cui esame istologico non ha rivelato caratteristiche maligne; la ipoacusia bilaterale è pure diagnosi già nota, sebbene ignoto è se l'assicurato sia al beneficio di protesi acustiche o meno (misura terapeutica efficace); la papillomatosi vescicale recidivante di cui il paziente è

affetto è oggetto di regolari controlli semestrali come pure all'occasione di ablazione endoscopica di micropolipi vegetanti (con le caratteristiche del carcinoma papillare); non c'è alcun documento invece che permetta di confermare la diagnosi di duodenite erosiva. Il medico dell'UAIE ha poi precisato che l'assicurato è in regolare controllo e cura per affezioni a carico dell'apparato digerente e urinario e, dal profilo clinico, la situazione è stabile e favorevole e che né il diabete né le altre affezioni sono tali da provocare una credibile importante limitazione all'esercizio di una proficua attività lavorativa. È quindi giustificata unicamente una parziale inabilità del 50% dal 9 giugno 2005 solo ed esclusivamente nella professione precedentemente svolta di falegname ma non in adeguate attività di riferimento. Il medico dell'UAIE, nella relazione dell'8 gennaio 2007, ha pure sottolineato la presenza di una importante ipoacusia bilaterale di tipo misto, l'assenza di recidiva attuale di malattia papillomatosa vescicale tale da richiedere interventi specifici, recidiva di malattia tumorale renale o di complicazioni riconducibili ad essa o alle cure chirurgiche a suo tempo subite, recidiva di micropoliposi dell'intestino o di manifestazioni infiammatorie conseguenti alla nota diverticolosi, complicazioni secondarie alla malattia metabolica (diabete mellito II) bene equilibrato con il regime terapeutico in atto, alterazioni della funzionalità polmonare di entità grave, una grave malattia depressiva non rispondente ad adeguata psicofarmacoterapia. Con espresso riferimento alla perizia medico-legale del 22 novembre 2006 del Dott. P._____ ha rilevato che essa consiste in un elenco di diagnosi (alcune delle quali prive del necessario sostegno documentale oggettivo) e non descrive quali siano i rilievi clinici patologici rilevati in base ad un esame clinico approfondito; motivi per cui le sue conclusioni possono essere condivise. Infine, nella relazione del 1° aprile 2007, il medico dell'UAIE, dopo aver richiamato integralmente le precedenti considerazioni, ha precisato, sulla scorta della nuova documentazione medica prodotta dall'assicurato in sede ricorsuale, che, per quanto attiene alla patologia urologica, l'intervento di elettrofolgorazione di un'area irregolare della vescica, effettuato in data 19 settembre 2006 a titolo prudenziale e non seguito dalla eventuale oggettivazione istopatologica dell'entità dell'anomalia, rientra nella routine di follow-up e di corretta cura dell'affezione conosciuta e che, per quanto attiene all'immagine radiografica della colonna vertebrale del 21 febbraio 2006, l'evidenza che la colonna vertebrale dell'assicurato (57enne) manifesti alterazioni artrosiche di discreta entità e segni compatibili con discopatie, non è correlato ad

alcuna limitazione funzionale clinicamente oggettivata nel recente o nel remoto passato in base alla documentazione a disposizione. Il medico dell'UAIE ha, pertanto, concluso che non è indispensabile procedere ad ulteriori indagini specialistiche.

9.4 Nel caso di specie, il collegio giudicante non intravede ragioni che gli impediscano di far proprie le conclusioni cui è pervenuto il Dott. M1._____. Egli, infatti, ha compiutamente valutato il danno alla salute lamentato dall'assicurato sulla base di accertamenti approfonditi e completi e le sue relazioni mediche sono state redatte con conoscenza della pregressa vicenda valetudinaria (anamnesi) e sono chiare nella presentazione del contesto medico ed, infine, le conclusioni a cui giungono sono logiche e motivate. In quest'ottica pertanto i predetti rapporti medici ossequiano ampiamente i principi posti dalla costante giurisprudenza esposta al considerando 8. Con particolare riferimento al rapporto del 1° aprile 2007 occorre, inoltre, rilevare che tale valutazione tiene pure conto di tutta la nuova documentazione prodotta in sede di ricorso dall'assicurato. Con espresso riferimento alla relazione medica del 22 novembre 2006 del Dott. P._____, medico di fiducia dell'assicurato, dev'essere invece rilevato che le indicazioni ivi contenute risultano essere estremamente generiche ed, in quest'ottica, non ossequiano pertanto sufficientemente i principi posti dalla costante giurisprudenza esposta al considerando 8.

9.5 Stante quanto precede il collegio giudicante ritiene quindi che l'assicurato presenta un'incapacità lavorativa del 100% dal 7 febbraio 2003 (data di ospedalizzazione) rispettivamente del 50% dal 9 giugno 2005 (data dell'ultimo follow-up clinico: doc. 55.3 e 55.10-11) nell'attività abituale (operaio falegname) mentre in un'attività leggera adeguata (come, ad es., operaio non qualificato, custode, sorvegliante, magazziniere, ecc.) è inabile al 100% dal 7 febbraio 2003 (data di ospedalizzazione) rispettivamente abile al 100% dal 1° giugno 2003 (doc. 57).

10. 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.

L'amministrazione ha tenuto conto di un salario mensile medio, privo di invalidità, conseguibile nel 2003 in Italia quale operaio-falegname di Euro 1'157.52. Sulla base dei risultati statistici dell'inchiesta ottobre 2002-2003 dell'Ufficio internazionale del lavoro di Ginevra, l'UAIE ha accertato il salario mensile medio ottenibile in attività di tipo leggero non qualificate e più precisamente:

- addetto agli stocks nel settore del commercio all'ingrosso	Euro 1'286.93;
- cassiere nel settore del commercio al dettaglio	Euro 1'181.89;
- manovale nell'editoria e industrie connesse	Euro 1'119.23;
- manovale nella costruzione di macchine	Euro 1'018.01;
- conduttore (trasporto locale di merci)	Euro 1'088.66.

Dopo di che ha deciso di non tenere conto dei primi due salari indicati poiché più elevati dell'ultimo reddito percepito dall'assicurato ed ha quindi considerato un salario mensile da invalido di Euro 1'075.30 [(Euro 1'119.23+Euro 1'018.01+ Euro 1'088.66):3] al quale ha poi applicato un correttivo del 15% consentito dalla giurisprudenza in ambito di salari statistici (DTF 126 V 75, Sozialversicherungsrecht, Rechtsprechung [SVR] 1999 IV n. 6 e SVR 2000 IV n. 1), visto l'età dell'assicurato (nel 2003: 53 anni) e che può esercitare solamente attività leggere. È così giunta ad un salario mensile medio di Euro 914.01. Il confronto fra un reddito privo di invalidità di Euro 1'157.52 ed un introito teorico dopo l'insorgenza dell'invalidità di Euro 914.01 comporta una perdita di guadagno del 21,04% [(1'157.52-914.01)x100] : 1'157.52, tasso che non comporta il riconoscimento del diritto ad una di rendita di invalidità.

11. Il ricorrente ha chiesto l'esperimento di una nuova perizia medica. In merito alla richiesta di mezzi di prova, 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, il Tribunale considera che la documentazione agli atti è sufficiente per statuire nel merito della vertenza, per cui la richiesta probatoria deve essere disattesa.

12. Visto quanto precede C._____ non ha diritto ad una rendita dell'assicurazione svizzera per l'invalidità. Il ricorso deve quindi essere respinto e l'impugnata decisione confermata.

13.

13.1 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).

13.2 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:

- rappresentante del ricorrente (raccomandata A/R),
- autorità inferiore (n. di rif. _____),
- Ufficio federale delle assicurazioni sociali.

La presidente del collegio:

La cancelliera:

Elena Avenati-Carpani

Paola Carcano

Rimedi giuridici:

Avverso questa decisione può essere inoltrato entro 30 giorni ricorso in materia di diritto pubblico al Tribunale federale, Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerna (cfr. art. 82 e ss, 90 e ss, 100 della legge federale del 17 giugno 2005 sul Tribunale federale, LTF, RS 173.110). Il gravame deve contenere le conclusioni, i motivi e l'indicazione dei mezzi di prova ed essere firmato. La decisione impugnata ed i documenti indicati come mezzi di prova devono essere allegati, se sono in possesso della parte (art. 42 LTF).

Data di spedizione: