

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



Corte III  
C-2872/2006

{T 0/2}

## **Sentenza del 17 luglio 2007**

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

Paola Carcano, cancelliera.

**S.**\_\_\_\_\_,  
ricorrente, patrocinato dall'avv. Odilia De Blasi, Via Cerrate Casale 4, IT-73100  
Lecce,

**contro**

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

concernente  
**prestazioni dell'assicurazione invalidità.**

**Ritenuto in fatto:**

- A. S.\_\_\_\_\_, cittadino italiano, nato il \_\_\_\_\_, coniugato con prole, ha lavorato in Svizzera dal 1964 al 1980 e dal 1985 al 2002, solvendo regolari contributi all'assicurazione svizzera per la vecchiaia, i superstiti e l'invalidità (AVS/AI) durante tale periodo. Dal 1986 egli ha lavorato per la ditta B.\_\_\_\_\_ AG di E.\_\_\_\_\_ (Zurigo) in qualità di lattoniere ausiliario in ragione di 44 ore settimanali fino al 30 giugno 2002, allorquando ha rassegnato le dimissioni per rimpatriare. A far tempo dal 1° gennaio 2001 percepisce una pensione d'invalidità italiana di complessivi Euro 115.79 mensili (doc. 1-15, 17 e 90).
- B. In data 11 luglio 2002, S.\_\_\_\_\_ ha formulato una richiesta volta al conseguimento di una rendita dell'assicurazione svizzera per l'invalidità (doc. 1-15 e 17). L'assicurato è stato visitato il 16 ottobre 2002 presso i servizi medici dell'Istituto nazionale della previdenza sociale (INPS) di Casarano (Lecce), ove il sanitario incaricato (Dott. A.\_\_\_\_\_) ha evidenziato la diagnosi di epatite cronica HCV correlata, accertata con biopsia in gastroduodenite, diabete mellito, poliartrosi con impegno funzionale ed ha posto un tasso di invalidità parziale del 70% (doc. 58). Nel suo rapporto del 7 luglio 2003 il Dott. E.\_\_\_\_\_, medico dell'Ufficio dell'assicurazione per l'invalidità per gli assicurati residenti all'estero (UAIE), dopo aver ripreso la diagnosi sopra riferita ed analizzato il caso sotto il profilo delle malattie di lunga durata, è giunto alla conclusione che l'assicurato non avrebbe mai subito un'incapacità al lavoro di livello pensionabile (doc. 59 e 60). Con decisione del 10 ottobre 2003 l'UAIE ha pertanto respinto la richiesta di prestazioni di S.\_\_\_\_\_ (doc. 67). Quest'ultimo, regolarmente rappresentato dal Patronato ENCAL di Patù, ha formulato in data 30 ottobre 2003 tempestiva opposizione contro il suddetto provvedimento amministrativo, chiedendo in sostanza il riconoscimento del suo diritto a prestazioni assicurative. Nulla ha prodotto a suffragio delle sue conclusioni (doc. 68). Ricevuta l'opposizione, l'amministrazione ha sottoposto gli atti al Dott. C.\_\_\_\_\_, del proprio servizio medico, il quale, nel suo rapporto del 24 novembre 2003, ha sostanzialmente condiviso il parere del Dott. E.\_\_\_\_\_, osservando che anche nell'ipotesi in cui le condizioni di salute dell'assicurato fossero peggiorate dopo il rimpatrio, egli conserverebbe comunque una capacità di lavoro nell'ambito della sua precedente attività, trattandosi di patologie emendabili e passeggere. Tuttavia, annota il medico in questione, in attività sostitutive, di tipo leggero e/o sedentario, la capacità al lavoro di S.\_\_\_\_\_ permane intatta (doc. 73). In un calcolo comparativo dei redditi del 5 gennaio 2004, l'amministrazione ha ritenuto che nell'ambito di attività sostitutive l'interessato subirebbe una perdita di guadagno del 47.44% a partire dal 2002. In tale calcolo, il salario da invalido è stato ulteriormente

ridotto del 15% per tenere conto della situazione personale dell'assicurato (età ed handicap: doc. 74). L'UAIE ha quindi nuovamente sottoposto gli atti al Dott. C.\_\_\_\_\_, il quale, nel suo rapporto del 21 gennaio 2004 ha ribadito che l'assicurato potrebbe svolgere il precedente lavoro di aiuto lattoniere in misura dell'80% almeno (doc. 76). Mediante decisione su opposizione del 16 febbraio 2004, l'UAIE ha pertanto respinto l'opposizione dell'assicurato ed ha confermato la decisione del 10 ottobre 2003 (doc. 77). Con sentenza del 26 luglio 2004, confermata in data 29 agosto 2005 dal Tribunale federale delle assicurazioni (TFA; dal 1° gennaio 2007 Tribunale federale, TF), la Commissione federale di ricorso in materia d'assicurazione per la vecchiaia, i superstiti e l'invalidità per le persone residenti all'estero (CFR), adita dall'assicurato, ha confermato la predetta decisione su opposizione (doc. 80 e 89).

- C. In data 12 settembre 2005, S.\_\_\_\_\_ ha formulato una nuova richiesta tesa al conseguimento di una rendita dell'assicurazione svizzera per l'invalidità (doc. 90-96).
- D. L'assicurato è stato visitato il 4 novembre 2005 presso i servizi medici dell'Istituto nazionale della previdenza sociale (INPS) di Casarano (Lecce), ove il sanitario incaricato (Dott. G.\_\_\_\_\_) ha evidenziato la diagnosi di epatite cronica HCV correlata in trattamento con interferone e ribavirina, spondiloartrosi diffusa, diabete mellito tipo II controllato da dietoterapia e BPCO ed ha posto un tasso di invalidità parziale del 80% per l'ultimo lavoro svolto (operaio edile). Per contro egli non si è pronunciato in merito al grado di invalidità in qualsiasi altra attività confacente all'assicurato (doc. 108). Il tutto sulla base della seguente nuova documentazione medica obiettiva prodotta: vari certificati medici (segnatamente del 17 giugno 2004, del 9 marzo 2005, del 10 marzo 2005 e del 17 settembre 2005: doc. 97-100 e 106), un referto di una radiografia lombosacrale del 12 aprile 2005 (doc. 101), un referto di una visita specialistica del 26 luglio 2005 (doc. 102), una scheda relativa ad un trattamento di fiosiokinesiterapia dal 22 luglio al 2 agosto 2005 (103 e 103.1), un test epatico del 6 agosto 2005 (doc. 104), una scheda di segnalazione per i farmaci prescrittibili del 16 agosto 2005 (doc. 105) ed un referto di una visita specialistica del 6 settembre 2005 (doc. 107).
- E. L'incarto è stato quindi sottoposto in esame al Dott. P.\_\_\_\_\_ del Servizio medico regionale (SMR), il quale, nel suo rapporto dell'8 marzo 2006, ha affermato che l'assicurato non ha posto in luce sostanziali mutamenti della sua capacità al lavoro (doc. 110).

Con decisione del 17 marzo 2006 l'Ufficio dell'assicurazione per l'invalidità per gli assicurati residenti all'estero (UAIE) ha quindi comunicato a S.\_\_\_\_\_ di non poter esaminare la richiesta di rendita presentata il 12 settembre 2005 in quanto egli non ha reso plausibile una modifica rilevante del suo grado di invalidità (doc. 111).

- F. Quest'ultimo, regolarmente rappresentato dal Patronato Encal di Patù, ha formulato in data 10 aprile 2006 tempestiva opposizione contro il suddetto provvedimento amministrativo, chiedendo in sostanza il riconoscimento del suo diritto a prestazioni assicurative (doc. 112). A suffragio delle sue conclusioni ha prodotto un referto di una radiografia lombosacrale del 18 aprile 2006 (doc. 113) ed un referto di una radiografia della mano dx (...) del 22 aprile 2006 (doc. 114).

Ricevuta l'opposizione, l'amministrazione ha sottoposto nuovamente gli atti al Dott. P.\_\_\_\_\_ del Servizio medico regionale (SMR), il quale, nella sua relazione del 12 luglio 2006, ha ribadito che l'assicurato non ha posto in luce sostanziali mutamenti della sua capacità al lavoro (doc. 116).

Mediante decisione su opposizione del 28 luglio 2006, l'UAIE ha pertanto respinto la predetta opposizione e confermato nel contempo la propria decisione del 17 marzo 2006 (doc. 117).

- G. Con tempestivo gravame del 16 agosto 2006, consegnato alla Posta il 18 agosto successivo, S.\_\_\_\_\_, regolarmente rappresentato dall'avv. Odilia De Blasi, 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 ad alcuni documenti già agli atti, una ricetta per cura farmacologica in relazione con uno stato ansioso-depressivo con tratti ossessivi rilasciata il 24 maggio 2006 dal dipartimento di salute mentale dell'USL LE/2 di Maglie (Lecce).
- H. Nella sua risposta del 4 ottobre 2006 l'UAIE propone 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, l'avv. Odilia De Blasi, con scritto del 6 novembre 2006, ha ribadito l'intenzione del proprio assistito di mantenere il ricorso.
- J. 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).
- K. In data 19 giugno 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 Riservate le eccezioni di cui all'art. 32 della Legge sul Tribunale amministrativo federale del 17 giugno 2005 (LTAF, RS 173.32), il Tribunale amministrativo federale giudica, in virtù dell'art. 31 LTAF, 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. In particolare, le decisioni rese dall'Ufficio dell'assicurazione per l'invalidità per gli assicurati residenti all'estero (UAIE) concernenti l'assicurazione per l'invalidità possono essere portate innanzi al TAF conformemente all'art. 69 cpv. 1 lett. b della Legge federale su l'assicurazione per l'invalidità del 19 giugno 1959 (LAI, RS 831.20).
  - 1.2 I ricorsi pendenti presso le Commissioni federali di ricorso o d'arbitrato o presso i servizi di ricorso dei dipartimenti il 1° gennaio 2007 sono trattati dal Tribunale amministrativo federale nella misura in cui è competente. È applicabile il nuovo diritto di procedura (cfr. art. 53 cpv. 2 della Legge sul Tribunale amministrativo federale del 17 giugno 2005 [LTAF, RS 173.32]).
  - 1.3 In virtù dell'art. 3 lett. d<sup>bis</sup> PA la procedura in materia di assicurazioni sociali non è disciplinata dalla PA nella misura in cui è applicabile la legge federale sulla parte generale del diritto delle assicurazioni sociali del 6 ottobre 2000 (LPGA, RS 830.1). Giusta l'art. 1 LAI 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.
  - 1.4 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.
  - 1.5 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.
2. 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 2004, giova ricordare che le modifiche della LAI del 21 marzo 2003, in vigore dal 1° gennaio 2004 (4<sup>a</sup> revisione della LAI), sono applicabili solo a partire da tale data.

### 3.

- 3.1 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).
- 3.2 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.
- 3.3 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.
- 3.4 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 di assicurazione-invalidità svizzera è determinato esclusivamente secondo il diritto svizzero (DTF 130 V 257 consid. 2.4).

#### 4.

- 4.1 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 LPGGA 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 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 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.

- 4.2 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). La costante giurisprudenza ha stabilito che per giudicare se vi sono indizi sufficienti per ritenere verosimile una modifica rilevante del grado d'invalidità si deve tenere conto del lasso di tempo intercorso tra la decisione precedente e quella che rifiuta di entrare in materia sulla domanda di revisione: gli indizi devono essere più circostanziati quando questo lasso di tempo è breve (Sozialversicherungsrecht, Rechtsprechung [SVR] 2002 IV n. 10 consid. 1c/aa non pubblicato in DTF 127 V 294). 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 altresì che le rendite d'invalidità sono soggette a revisione non solo in caso di modifica rilevante dello stato di salute che ha un influsso sull'attività lucrativa, ma anche quando lo stato di salute è rimasto invariato, se le sue conseguenze sulla capacità di guadagno hanno subito un cambiamento importante (DTF 113 V 275, consid. 1a, 109 V 116 consid. 3 b, 105 V 30; RCC 1989 p. 323, consid. 2a). Affinché sia possibile la revisione di una rendita d'invalidità è dunque necessario che le condizioni cliniche e/o economiche dell'assicurato abbiano subito una modifica, tale da influire sulla perdita di guadagno. D'altra parte la modifica deve essere notevole, non tanto da un punto di vista astratto, ma piuttosto in relazione con l'art. 28 cpv. 1 LAI. In ogni caso la revisione della rendita è possibile unicamente se, posteriormente alla pronuncia della decisione iniziale, la situazione invalidante è effettivamente mutata. Non basta invece che una situazione, rimasta sostanzialmente invariata, sia giudicata in modo diverso (RCC 1987 p. 38 consid. 1a e 1985 pag. 336).

5. Il collegio giudicante rileva preliminarmente che, nonostante il tenore della decisione su opposizione del 28 luglio 2006, l'amministrazione è entrata nel merito della nuova richiesta di rendita di S.\_\_\_\_\_, rendendo quindi superflua l'esame della questione se essa aveva, a ragione o a torto, dichiarato la nuova domanda di prestazioni dell'assicurato irricevibile (DTF 109 V 114 consid. 1b). Conformemente alla giurisprudenza esposta al considerando 4.2, pertanto, il periodo di riferimento nell'ambito della presente vertenza è quello intercorrente tra il 16 febbraio 2004 (data della decisione su opposizione che ha respinto la prima richiesta di prestazioni dell'11 luglio 2002, confermata con sentenze del 26 luglio 2004 della CFR e del 29 agosto 2005 del TFA: doc. 77, 80 e 89) ed il 28 luglio 2006 (data della decisione su opposizione, qui avversata, con la quale l'amministrazione ha comunicato a S.\_\_\_\_\_ di non poter esaminare la richiesta di rendita del 12 settembre 2005). 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. 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. Nel rifiutare inizialmente il riconoscimento di un diritto alla rendita d'invalidità, l'amministrazione si era fondata su di una documentazione medica dalla quale traspariva che l'assicurato era portatore di epatite cronica HCV correlata, accertata con biopsia in gastroduodenite, diabete mellito e poliartrrosi con impegno funzionale (perizia medica

particolareggiata dell'INPS del 16 ottobre 2002: doc. 58). Nel novembre 2005 il medico dell'INPS ha attestato che l'assicurato è affetto da epatite cronica HCV correlata in trattamento con interferone e ribavirina, spondiloartrosi diffusa, diabete mellito tipo II controllato da dietoterapia e BPCO (perizia medica particolareggiata dell'INPS del 4 novembre 2005: doc. 108).

Tale diagnosi è stata confermata anche dai medici dell'UAIE, segnatamente dal Dott. E. \_\_\_\_\_ nel suo rapporto del 7 luglio 2003 (doc. 59 e 60), dal Dott. C. \_\_\_\_\_ nei suoi rapporti del 24 novembre 2003 e del 21 gennaio 2004 (doc. 73 e 76) e dal Dott. P. \_\_\_\_\_ nelle sue relazioni dell'8 marzo 2006 e del 12 luglio 2006 (doc. 110 e 116).

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

## 8.

- 8.1 Per quanto concerne le conseguenze invalidanti delle menzionate affezioni, il medico dell'UAIE, Dott. P. \_\_\_\_\_, nelle sue relazioni dell'8 marzo 2006 e del 12 luglio 2006 ritiene che l'assicurato non ha posto in luce sostanziali mutamenti della sua capacità al lavoro (doc. 110 e 116). 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 dell'8 marzo 2006, rileva che dalla documentazione medica su cui si era fondata l'amministrazione inizialmente nel rifiutare il riconoscimento di un diritto alla rendita d'invalidità traspariva che l'assicurato era affetto da una patologia osteoarticolare compatibile con la sua età e da un'affezione epatica diagnosticata nel 1996, ambedue senza influsso sulla sua capacità lavorativa. Con espresso riferimento alla nuova richiesta di rendita presentata dall'assicurato il medico in questione precisa che, a parte un formulario E 213 del 4 novembre 2005 ed un breve referto di una visita reumatologica del 6 settembre 2005 attestante le note cervicalgie, la rimanente documentazione risale ad una data anteriore alla sentenza del 29 agosto 2005 del TF. In tale documentazione è confermata la nota diagnosi ed è attestato che l'epatite è ora trattata farmacologicamente con degli anti-virali. La malattia è pertanto progredita, ciò che tuttavia non comporta necessariamente un'incapacità lavorativa. Ritiene pertanto che l'assicurato non ha posto in luce sostanziali mutamenti della capacità al lavoro (doc. 110). Alla medesima conclusione giunge pure nel rapporto del 12 luglio 2006 (doc. 116), alla luce della nuova documentazione medica prodotta dal ricorrente in sede di opposizione. Infatti il referto della radiografia della mano dx del 22 aprile 2006 (pressochè illeggibile) attesterebbe una forma di artrosi (doc. 114) mentre il referto della radiografia lombosacrale del 18 aprile 2006 (doc. 113), seppur maggiormente dettagliato, è di fatto sovrapponibile a quello del 12 aprile 2005 (doc. 101), già preso in considerazione nell'ambito della decisione del 17 marzo 2006 (doc. 111).

- 8.2 Nel caso di specie, il collegio giudicante non intravede ragioni che gli impediscano di far proprie le conclusioni cui è pervenuto il Dott. P.\_\_\_\_\_ nei suoi rapporti dell'8 marzo 2006 e del 12 luglio 2006 (doc. 110 e 116). Dopo aver compiutamente esaminato la documentazione obiettiva messa a disposizione dall'assicurato, infatti, il medico in questione ha redatto delle relazioni mediche, con conoscenza della pregressa vicenda valetudinaria (anamnesi), chiare nella presentazione del contesto medico ed, infine, che giungono a conclusioni logiche e motivate. Le predette relazioni mediche ossequiano ampiamente i principi posti dalla costante giurisprudenza esposta al considerando 6. Con particolare riferimento al rapporto del 12 luglio 2006 occorre, inoltre, rilevare che tale valutazione tiene conto pure della nuova documentazione prodotta in sede d'opposizione dall'assicurato. Per quanto concerne il certificato medico del 2 marzo 2004 del Dott. A1.\_\_\_\_\_ (giusta il quale l'assicurato è affetto da alcuni anni da una sindrome ansiosa-depressiva trattata farmacologicamente con antidepressivi ed ansiolitici) come pure la ricetta rilasciata il 24 maggio 2006 dal dipartimento di salute mentale dell'USL LE/2 di Maglie in relazione ad uno stato ansioso-depressivo con tratti ossessivi allegata al gravame in oggetto occorre rilevare che dette indicazioni risultano essere estremamente generiche, nella misura in cui non forniscono la benchè minima indicazione in merito ad una eventuale incidenza invalidante dell'asserita patologia oltre che incomplete, nella misura in cui si riferiscono ad una situazione già esistente da anni che non trova riscontro, rispettivamente, viene ampiamente relativizzata dall'ulteriore documentazione agli atti. Così, tanto la Commissione italiana per l'accertamento dell'invalidità nel suo referto del 29 settembre 2003 quanto il medico dell'INPS (Dott. A.\_\_\_\_\_) nel 2002 (che pur ha rilevato un lieve stato ansioso) ed il collega (Dott. G.\_\_\_\_\_) nel 2005 (che pur ha rilevato una depressione del tono dell'umore), non hanno ritenuto necessario formulare e riprendere una diagnosi specifica di natura psichiatrica. In quest'ottica pertanto il certificato medico del 2 marzo 2004 del Dott. A1.\_\_\_\_\_ non ossequia sufficientemente i principi posti dalla costante giurisprudenza esposta al considerando 6.
9. Stante quanto precede l'assicurato non ha reso plausibile un sostanziale peggioramento della sua capacità al lavoro. Il ricorso è pertanto respinto e la decisione impugnata del 28 luglio 2006 è confermata con motivazione sostituita ritenuto che il grado di invalidità non si è modificato in modo rilevante per il diritto alle prestazioni.
10. Non si prelevano spese (art. 69 cpv. 2 LAI nella versione in vigore fino al 30 giugno 2006). Non vengono accordate ripetibili (art. 64 cpv. 1 PA a contrario).

**Per questi motivi, il Tribunale amministrativo federale pronuncia:**

1. Il ricorso è respinto e la decisione impugnata del 28 luglio 2006 è confermata con motivazione sostituita ai sensi dei considerandi.
2. Non si prelevano spese processuali.
3. Non vengono assegnate indennità per spese ripetibili.
4. Comunicazione:
  - alla rappresentante del ricorrente (raccomandata A/R),
  - all'autorità inferiore (n. di rif. \_\_\_\_\_),
  - all'Ufficio federale delle assicurazioni sociali.

**Rimedi di diritto:**

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

La presidente del collegio:

La cancelliera:

Elena Avenati-Carpani

Paola Carcano

Data di spedizione: