

Bundesverwaltungsgericht
Tribunal administratif fédéral
Tribunale amministrativo federale
Tribunal administrativ federal



Corte III
C-2952/2006

{T 0/2}

Sentenza del 10 luglio 2007

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

Paola Carcano, cancelliera.

C._____

ricorrente, patrocinato dall'avv. Luigi Potenza, Via Roma 291, IT-73054 Presicce,

contro

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

concernente
prestazioni dell'assicurazione invalidità.

Ritenuto in fatto:

- A. Mediante decisione del 24 luglio 1991, la Cassa di compensazione del Cantone Berna, in esito a delibera della Commissione AI di tale Cantone, ha erogato in favore di C._____, cittadino italiano, nato il _____, coniugato con prole, una rendita intera ordinaria semplice dell'assicurazione svizzera per l'invalidità con rendite complete in favore dei familiari a decorrere dal 1° maggio 1991 (doc. 33). L'indagine medica relativa aveva posto in evidenza che l'assicurato era portatore di "persistierende Lumbalgie bei bekannter Discushernie L4/L5 rechts, mit chronischer Verspannung der thoraco-lumbalen Wirbersaulenmuskulatur (cfr. perizia del Dott. J._____, specialista in ortopedia, Berna, del 13 giugno 1990: doc. 12). Nel dicembre 1991, C._____ ha annunciato il rimpatrio ed i pagamenti delle prestazioni sono stati ripresi, per competenza, dalla Cassa svizzera di compensazione (CSC), Ginevra, dal 1° febbraio 1992.
- B. Nel marzo 1992, la Cassa di compensazione ha avviato la prevista procedura di revisione durante la quale è stata accertata la diagnosi di "ernia discale L4-L5 con lombosciatalgia consensuale senza segni di compromissione neuroradicolare, stato ansioso depressivo" e di "ulcera peptica e probabile presenza di calcolosi in sede colecistica" (cfr. perizia del Dott. T._____, specialista in medicina interna, Roma, dell'11 luglio 1992: doc. 43; perizia del Dott. R._____, medico chirurgo, Acquarica del Capo, del 12 luglio 1993: doc. 54). Al termine della procedura di revisione la CSC ha soppresso, con decisione dell'11 agosto 1993, la rendita d'invalidità in oggetto con effetto dal 1° ottobre successivo. Il gravame tempestivamente interposto dall'assicurato il 27 agosto 1993, è stato accolto dalla Commissione federale di ricorso in materia di AVS/AI per le persone residenti all'estero (CFR), con giudizio del 9 agosto 1994 (doc. 65). A seguito di quest'ultimo, la Cassa svizzera di compensazione ha completato l'istruttoria assumendo agli atti una perizia medica del Dott. J._____ del 31 gennaio 1995 attestante che l'assicurato era portatore delle stesse patologie a lui già note dal 1990 (doc. 71). L'Ufficio dell'assicurazione per l'invalidità per gli assicurati residenti all'estero (UAIE), divenuto competente nel frattempo, ha quindi sottoposto l'incarto al proprio medico, Dott. M._____, il quale, nel suo rapporto 30 marzo 1995 ha attestato una diagnosi di "sindrome vertebrogena lombare cronica con persistente sintomatologia lombosciatalgica destra; ernia discale L4/L5; sintomatologia dolorosa terapiareistente e ipoacusia". Considerati questi disturbi, il medico dell'UAIE ha ritenuto un'incapacità lavorativa completa dell'assicurato nella precedente professione (gessatore), tuttavia lo ha considerato abile nella misura di almeno il 50% in attività sostitutive

dall'11 luglio 1992 (doc. 85). Mediante decisione del 29 agosto 1995, cresciuta incontestata in giudicato, l'Ufficio dell'assicurazione per l'invalidità per gli assicurati residenti all'estero (UAIE) ha, pertanto, erogato in favore dell'assicurato una mezza rendita ordinaria semplice dell'assicurazione svizzera per l'invalidità con rendite complete in favore dei familiari a decorrere dal 1° ottobre 1993 (doc. 91).

- C. Nel dicembre 1997, l'Ufficio dell'assicurazione per l'invalidità per gli assicurati residenti all'estero (UAIE) ha avviato una nuova procedura di revisione (doc. 93) durante la quale è stata accertata la diagnosi di "lombosciatalgia dx con discreto impegno funzionale in soggetto con ernia discale L4/L5 dx TAC accertata; lieve nevrosi ansiosa-depressiva reattiva" (cfr. modello E 213 dell'8 maggio 1998: doc. 105). Al termine della procedura di revisione l'UAIE ha comunicato all'assicurato, con scritto del 19 novembre 1998, che, dagli accertamenti effettuati, il suo grado di invalidità non risultava essere modificato, motivo per cui è stato confermato il diritto alle prestazioni precedentemente assegnate (doc. 107).
- D. Nel giugno 2002, l'UAIE ha avviato un'ulteriore procedura di revisione (doc.108), al termine della quale ha comunicato all'assicurato, con scritto del 14 agosto 2002, che, dagli accertamenti effettuati, il suo grado di invalidità non risultava essere modificato in misura rilevante, motivo per cui è stato confermato il diritto alle prestazioni precedentemente assegnate (doc.112).
- E. In data 31 marzo 2003, C._____, regolarmente rappresentato dal Centro Consulenze di Berna, ha formulato una domanda di revisione postulando un aumento della rendita in quanto impossibilitato da tempo a svolgere qualsiasi attività lavorativa dato che il suo stato di salute è notevolmente peggiorato (doc. 113). A suffragio delle sue conclusioni ha prodotto una cartella clinica relativa al ricovero del 9 gennaio 2003 presso l'ospedale di Vergato (Bologna) per stenosi del canale vertebrale a livello L4/L5 con claudicatio neurologica, oltre a referti medici vari allegati alla stessa (doc. 115). L'UAIE ha quindi sottoposto il dossier al proprio medico, Dott. M._____, il quale, nel suo rapporto 29 aprile 2003 ha attestato una diagnosi di "sindrome dolorosa lombovertebrale; stenosi del canale vertebrale a livello L4/L5 con claudicatio neurogena; periodiche esacerbazioni e periodici ricoveri per adeguate cure". Considerati questi disturbi, il medico dell'UAIE, tenuto conto altresì che l'affezione spondilogenica di cui il paziente soffre ha andamento oscillante con fasi di esacerbazioni, ha ritenuto opportuno mantenere la precedente valutazione della residua capacità lavorativa, ovvero 50%, in mancanza di nuovi elementi a sostegno di un persistente e credibile notevole peggioramento (doc. 116). Mediante progetto di decisione del 21 maggio 2003 (doc. 117), confermato con decisione del 23 luglio 2003, l'UAIE ha, pertanto, comunicato all'assicurato di non poter esaminare la domanda di revisione

in quanto dalla documentazione medica prodotta non risultava una modifica rilevante del grado di invalidità (doc. 118).

- F. Nel settembre 2005, l'UAIE ha avviato una nuova procedura di revisione (doc. 121) durante la quale è stata accertata la diagnosi di "insufficienza lombare di grado medio in soggetto con stenosi lombare e discopatia multipla, sindrome ansiosa depressiva". In quest'occasione il sanitario incaricato (Dott. G._____) dell'Istituto nazionale della previdenza sociale (INPS) di Casarano (Lecce) ha posto un tasso di invalidità parziale del 60% per l'ultimo lavoro svolto, mentre ha considerato l'assicurato abile a svolgere a tempo pieno una qualsiasi altra attività leggera adeguata alle sue condizioni (cfr. modello E 213 del 12 gennaio 2006: doc. 141). L'UAIE ha quindi sottoposto l'incarto al medico del suo servizio, Dott. W._____, il quale, nel suo rapporto del 22 giugno 2006 ha attestato che lo stato dell'assicurato è stazionario sia da un punto di vista ortopedico sia da un punto di vista neurologico (doc. 143).

Mediante decisione del 21 agosto 2006, l'UAIE ha, pertanto, confermato il diritto dell'assicurato ad una mezza rendita (doc. 146).

- G. Con tempestivo gravame del 26 settembre 2006, consegnato alla Posta il 30 settembre successivo, C._____, regolarmente rappresentato dall'avv. Luigi Potenza, chiede, sostanzialmente, l'annullamento del summenzionato provvedimento amministrativo e, di conseguenza, il riconoscimento del suo diritto ad una rendita d'invalidità intera. A suffragio delle sue conclusioni produce due referti di visita neurologica della Dott.ssa P._____, del 4 aprile e del 20 giugno 2006.
- H. Ricevuta l'impugnativa, l'amministrazione ha sottoposto nuovamente gli atti al Dott. W._____, il quale, alla luce della nuova documentazione prodotta, ha confermato nel suo rapporto del 14 dicembre 2006 che lo stato dell'assicurato è stazionario ed ha fissato un tasso di invalidità del 100% dell'interessato quale gessatore a partire dal 1995, tuttavia continuando a considerarlo abile al 50% in attività lucrative sostitutive adeguate fisicamente meno impegnative quali, ad esempio, corriere, custode di parcheggi, venditore di biglietti e magazziniere limitatamente ai lavori leggeri (doc. 148).

In un calcolo comparativo dei redditi del 10 gennaio 2007, l'amministrazione ha ritenuto che, nell'ambito di attività sostitutive adeguate e leggere, l'interessato subirebbe una perdita di guadagno del 64,31% (doc. 149).

Nelle sue osservazioni ricorsuali del 18 gennaio 2007 l'UAIE propone l'accoglimento parziale dell'impugnativa e quindi il riconoscimento del diritto dell'assicurato a tre quarti di rendita dal 1° agosto 2005 con argomenti di cui si riferirà, per quanto occorra, nei considerandi che

seguono.

- I. Dopo aver preso atto delle osservazioni dell'amministrazione e di altra documentazione di rilievo, l'avv. Luigi Potenza, con scritto del 6 marzo 2007, ha comunicato che C._____ non intende aderire alla proposta dell'UAIE ed ha pertanto ribadito l'intenzione del proprio assistito di mantenere il ricorso avente per oggetto la richiesta di riconoscimento di una rendita d'invalidità intera.

- J. In data 16 aprile 2007 il Tribunale amministrativo federale ha comunicato alle parti la composizione del collegio giudicante. Entro il termine impartito non sono state presentate istanze di ricusa.

Considerando in diritto:

- 1.
 - 1.1 I ricorsi pendenti presso le Commissioni federali di ricorso o d'arbitrato o presso i servizi di ricorso dei dipartimenti il 1° gennaio 2007 sono trattati dal Tribunale amministrativo federale nella misura in cui è competente. È applicabile il nuovo diritto di procedura (cfr. art. 53 cpv. 2 della Legge sul Tribunale amministrativo federale del 17 giugno 2005 [LTAF, RS 173.32]).

 - 1.2 In virtù dell'art. 31 LTAF, questo tribunale giudica i ricorsi contro le decisioni ai sensi dell'art. 5 della Legge federale sulla procedura amministrativa del 20 dicembre 1968 (PA, RS 172.021) emanate dalle autorità menzionate agli art. 33 e 34 LTAF, riservate le eccezioni di cui all'art. 32 LTAF. In particolare, le decisioni rese dall'Ufficio 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. Il 1° gennaio 2003 è entrata in vigore la legge federale sulla parte generale del diritto delle assicurazioni sociali del 6 ottobre 2000 (LPGA, RS 830.1) che ha portato alcune modifiche legislative anche nell'ambito dell'assicurazione per l'invalidità. Secondo l'art. 2 LPGA le disposizioni di questa legge sono applicabili alle assicurazioni sociali disciplinate dalla legislazione federale, se e per quanto le singole leggi sulle assicurazioni sociali lo prevedano. Inoltre, l'art. 1 LAI stabilisce che le disposizioni della LPGA sono applicabili all'assicurazione per l'invalidità (art. 1a-26^{bis} e 28-70), sempre che la presente legge non preveda espressamente una deroga.

Ai sensi del combinato disposto degli art. 3 lett. d^{bis} PA e 1 cpv. 1 LAI, la procedura in materia di assicurazioni sociali è disciplinata, di principio, dalla LPGA. Secondo l'art. 59 LPGA ha diritto di ricorrere chiunque è toccato dalla decisione o dalla decisione su opposizione ed ha un interesse degno di protezione al suo annullamento o alla sua modificazione. Queste condizioni sono adempiute nella specie.

Il ricorso è tempestivo ed ossequioso dei requisiti minimi prescritti dalla legge (art. 60 LPGA e 52 PA). Il gravame è dunque ricevibile, nulla ostando all'esame del merito dello stesso.

3. Ai fini del presente giudizio occorre preliminarmente precisare, con particolare riferimento al diritto materiale, che, dal profilo temporale, sono determinanti, di principio, le norme materiali in vigore al momento della realizzazione dello stato di fatto che deve essere valutato giuridicamente o che produce conseguenze giuridiche (DTF 129 V 1, 127 V 467 consid. 1, 121 V 366 consid. 1b) e che, di regola, il giudice delle assicurazioni sociali si basa, ai fini dell'esame della vertenza, sui fatti che si sono realizzati fino al momento della decisione contestata (DTF 121 V 366 consid. 1b). Trattandosi nel caso in esame di eventuali prestazioni riferite sia ad un periodo antecedente che posteriore al 1° gennaio 2003, occorre distinguere, dal punto di vista del diritto materiale applicabile, i periodi prima e dopo l'introduzione della LPGA, ritenuto tuttavia che le nuove norme (LPGA) non hanno apportato dal punto di vista materiale alcuna sostanziale modifica riguardo ai concetti di incapacità al lavoro, d'incapacità al guadagno, d'invalidità, di raffronto dei redditi e di revisione, e che le nozioni precedentemente sviluppate dalla giurisprudenza rimangono tuttora valide (DTF 130 V 343). Di conseguenza, conformemente al riportato principio dell'applicazione del diritto in vigore al momento in cui sorge il diritto alla prestazione, l'esame relativo all'eventuale insorgenza di un diritto ad una rendita dell'assicurazione per l'invalidità del ricorrente per il periodo fino al 31 dicembre 2002, rispettivamente fino al 31 dicembre 2003, si basa sul diritto in vigore all'epoca (DTF 130 V 329 consid. 2.5 e 445).

Parimenti le modifiche della LAI del 21 marzo 2003, in vigore dal 1° gennaio 2004 (4^a revisione della LAI), sono applicabili solo a partire da tale data.

4.
 - 4.1 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 nonchè 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).

- 4.2 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.
- 4.3 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.
- 4.4 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).
5.
 - 5.1 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; il cpv. 2 della stessa norma stabilisce che l'invalidità è considerata insorgere quando, per natura e gravità, motiva il diritto alla singola prestazione.

L'assicurato ha diritto ad una rendita intera se è invalido per almeno il 70%, a tre quarti di rendita se è invalido per almeno il 60%, ad una mezza rendita se è invalido per almeno la metà e ad un quarto di rendita se è invalido per almeno il 40% (art. 28 cpv. 1 LAI). Va ricordato che fino al 31 dicembre 2003, la LAI prevedeva il diritto al quarto di rendita con un tasso d'invalidità del 40% almeno, alla mezza rendita con un tasso d'invalidità del 50% almeno ed alla rendita intera con un tasso d'invalidità dei due terzi (66.67%). In seguito all'entrata in vigore dell'Accordo bilaterale, la limitazione prevista dall'art. 28 cpv. 1^{ter} LAI, secondo il quale le rendite per un grado d'invalidità inferiore al 50% sono versate solo ad assicurati che sono domiciliati e dimorano abitualmente in Svizzera (art. 13 LPGGA), non è più applicabile quando l'assicurato è cittadino dell'UE e vi risiede.

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

Per incapacità al lavoro s'intende qualsiasi incapacità, totale o parziale, derivante da un danno alla salute fisica, mentale o psichica di compiere un lavoro ragionevolmente esigibile nella professione o nel campo di attività abituale. In caso d'incapacità al lavoro di lunga durata possono essere prese in considerazione anche le mansioni esigibili in un'altra professione o campo d'attività (art. 6 LPGGA). L'incapacità al guadagno è definita all'art. 7 LPGGA e consiste nella perdita, totale o parziale, della possibilità di guadagno sul mercato del lavoro equilibrato che entra in considerazione, provocata da un danno alla salute fisica, mentale o psichica e che perdura dopo aver sottoposto l'assicurato alle cure ed alle misure d'integrazione ragionevolmente esigibili.

Ora, la nozione d'invalidità di cui all'art. 4 LAI e 8 LPGGA è di carattere giuridico economico, non medico (DTF 116 V 249 consid. 1b). Non spetta quindi al medico graduare l'invalidità, bensì all'amministrazione rispettivamente al giudice, tramite il raffronto dei redditi e, meglio, stabilendo il rapporto fra il reddito del lavoro che l'assicurato conseguirebbe, dopo la manifestazione dell'invalidità e dopo l'esecuzione di eventuali provvedimenti di integrazione, nell'esercizio di un'attività lucrativa, ragionevolmente esigibile da lui in condizioni normali di mercato del lavoro, e il reddito che egli avrebbe potuto conseguire se non fosse divenuto invalido (art. 16 LPGGA applicabile per il rinvio dell'art. 28 cpv. 2 LAI). In altri termini l'assicurazione svizzera per l'invalidità risarcisce

soltanto la perdita economica che deriva da un danno alla salute fisica o psichica dovuto a malattia o infortunio, non la malattia o la conseguente incapacità lavorativa.

- 5.2 Se il grado d'invalidità del beneficiario della rendita subisce una modifica, che incide in modo rilevante sul diritto alla rendita, questa sarà, per il futuro, aumentata o ridotta proporzionalmente o soppressa, d'ufficio o su richiesta (art. 17 cpv. 1 LPGA corrispondente materialmente al precedente ed abolito art. 41 LAI).

La revisione avviene d'ufficio quando, in previsione di una possibile modificazione importante del grado d'invalidità o di grande invalidità, è stato stabilito un termine nel momento dell'erogazione della rendita o dell'assegno per grandi invalidi, o allorchè si conoscono fatti o si ordinano provvedimenti che possono provocare una notevole modificazione del grado d'invalidità o della grande invalidità. Invece, se è stata inoltrata domanda di revisione, nella domanda si deve dimostrare che il grado d'invalidità o d'incapacità dell'invalido a provvedere a sè stesso è modificato in misura rilevante per il diritto alle prestazioni (art. 87 cpv. 2 e 3 dell'Ordinanza federale su l'assicurazione per l'invalidità del 17 gennaio 1961: OAI, RS 831.201).

Se la capacità al guadagno dell'assicurato migliora, v'è motivo di ammettere che il cambiamento determinante sopprime, all'occorrenza, tutto o parte del diritto a prestazioni dal momento in cui si può supporre che il miglioramento constatato perduri. Lo si deve in ogni caso tenere in considerazione allorchè è durato tre mesi, senza interruzione notevole, e che presumibilmente continuerà a durare. Analogamente, in caso di aggravamento dell'incapacità al guadagno, occorre tener conto del cambiamento determinante il diritto a prestazioni, non appena esso perdura da tre mesi senza interruzione notevole (art. 88 a cpv. 1 e 2 OAI).

La costante giurisprudenza ha stabilito che le rendite 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). Affinchè 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).

- 5.3 Per stabilire in concreto se vi è motivo di revisione, da un punto di vista temporale vanno in particolare paragonati i fatti esistenti al momento della decisione formale iniziale con quelli esistenti nell'istante all'epoca della pronuncia del provvedimento litigioso. Decisioni intercalari confermantici quella iniziale non sono quindi di rilievo come base di paragone. Rilevanti sono unicamente le decisioni intercalari che modificano la rendita corrente sulla base di una nuova valutazione del grado d'invalidità (DTF 133 V pag. 108, 130 V 71, 125 V 369 consid. 2 con riferimenti, 109 V 262, 105 V 30).
- 5.4 Conformemente alla giurisprudenza esposta al considerando 5 il periodo di riferimento nell'ambito della presente vertenza è quello intercorrente tra il 29 agosto 1995 (data in cui l'UAIE ha erogato in favore dell'assicurato una mezza rendita: doc. 91) ed il 21 agosto 2006 (data della decisione, qui avversata, che ha confermato il diritto dell'assicurato solo ed esclusivamente ad una mezza rendita: doc. 146). 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). Dev'essere pertanto accertato se, nel predetto periodo di riferimento, lo stato di salute dell'assicurato ha subito una modifica rilevante rispettivamente se le conseguenze del suo stato di salute sulla capacità di guadagno hanno subito un cambiamento notevole.
- 6.
- 6.1 Il Tribunale 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).
- 6.2 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). A proposito delle perizie mediche eseguite nell'ambito della procedura amministrativa 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; *Jurisprudence et pratique administrative* [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 sè 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 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; *Pratique VSI* 2001 p. 109).

7.

- 7.1 Dalla documentazione agli atti si evince che l'assicurato è affetto nel 1995 da sindrome vertebrogena lombare cronica con persistente sintomatologia lombosciatalgica destra, da ernia discale L4/L5, da sintomatologia dolorosa terapiareistente e da ipoacusia (cfr. rapporto 30 marzo 1995 del Dott. M._____: doc. 85). Tale diagnosi è rimasta pressochè immutata negli anni, ad eccezione di una lieve forma di nevrosi ansiosa-depressiva reattiva. Nel gennaio 2006 il medico dell'INPS (doc. 141) diagnostica un'insufficienza lombare di grado medio, da stenosi lombare ed una sindrome ansiosa depressiva a cui è andata ad aggiungersi una forma di discopatia multipla. L'assicurato risulta essere pure affetto da ipoacusia di tipo neurosensoriale, bilaterale e simmetrica, di media entità e da rinofaringite catarrale cronica trattabile, se del caso, farmacologicamente.

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

7.2 Nel 2006 il sanitario incaricato (Dott. G._____) dell'Istituto nazionale della previdenza sociale (INPS) di Casarano (Lecce) ha posto un tasso di invalidità parziale dell'assicurato del 60% per l'ultimo lavoro svolto, mentre lo ha considerato abile a svolgere a tempo pieno una qualsiasi altra attività leggera adeguata alle sue condizioni (cfr. modello E 213 del 12 gennaio 2006: doc. 141). Considerato che la sindrome dolorosa spondilogenica lombare con componente irritativa radicolare di cui è affetto l'assicurato ha andamento oscillante con fasi di esacerbazioni (cfr. rapporto 29 aprile 2003 del Dott. M._____: doc. 116), lo stato di salute del ricorrente attestato nelle perizie mediche particolareggiate dell'INPS dell'8 maggio 1998 e del 12 gennaio 2006 (doc. 105 e 141) come pure nei rapporti del 22 giugno e del 14 dicembre 2006 del Dott. W.____ (doc. 143 e 148) risulta stazionario e compatibile con l'assolvimento di lavori leggeri. Con particolare riferimento al rapporto del 14 dicembre 2006 del Dott. W.____ occorre rilevare che tale valutazione tiene conto pure della nuova documentazione prodotta in sede ricorsuale dall'assicurato. In essa il medico di fiducia dell'UAIE osserva, in particolare, che il danno lamentato dall'interessato è praticamente identico da anni e che la patologia ortopedica di cui è affetto è obiettivamente documentata ma pure stabile da anni. Rileva inoltre che nel modello E 213 del 12 gennaio 2006 è descritta un'andatura normale (ivi non figurano cedimenti neurologici, che neppure sono stati constatati in passato), che il Dott. T1.____ (specialista in ortopedia dell'INPS) nel suo referto del 15 febbraio 2006 (doc. 139), attesta una deambulazione precauzionale con un significativo indebolimento della muscolatura degli arti inferiori e che la Dott.ssa P.____ (specialista in neurologia) nei suoi certificati medici del 4 aprile e 20 giugno 2006 allegati al gravame in oggetto non attesta dei cedimenti neurologici agli arti inferiori. Per quanto espressamente riguarda la sintomatologia della sindrome depressiva, osserva che non assume un carattere rilevante, che in passato neppure è stata psicofarmacologicamente trattata e che attualmente non è probabilmente necessario alcun trattamento. La Dott.ssa P.____ stessa ritiene che vi è stato un miglioramento. Il Dott. W.____ osserva altresì che il Dott. M.____ attesta da anni la diagnosi di stenosi del canale vertebrale senza tuttavia apprezzare dei cedimenti neurologici clinicamente rilevanti quale conseguenza della diagnosticata stenosi e che l'ultima TAC eseguita (risalente al 15 gennaio 2003: doc. 115) non evidenzia nulla del genere ma conferma le note patologie ortopediche. Riassumendo ritiene che nel caso concreto non vi siano indicazioni tali da dimostrare un cambiamento rilevante dello stato di salute dell'interessato sia da un punto di vista generale sia da un punto di vista particolare con specifico riferimento alla colonna vertebrale. Giunge così alla conclusione che l'assicurato è inabile al 100% nella precedente professione (gessatore) mentre è ancora abile nella misura di almeno il 50% in attività lucrative sostitutive adeguate

fisicamente meno impegnative quali, ad esempio, corriere, custode di parcheggi, venditore di biglietti e magazziniere limitatamente ai lavori leggeri dal 1995 (doc. 148).

Nel caso di specie, il collegio giudicante non intravede ragioni che gli impediscano di far proprie le conclusioni cui è pervenuto il Dott. W._____ nei suoi rapporti del 22 giugno ed, in particolare, del 14 dicembre 2006. Dopo aver compiutamente valutato il danno alla salute lamentato dall'assicurato sulla base della documentazione obiettiva messa a disposizione dalla stesso, 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 sub. consid. 6.

7.3 Stante quanto precede il collegio giudicante è dell'avviso che l'assicurato è inabile al 100% nella precedente professione (gessatore) mentre è ancora abile nella misura di almeno il 50% in attività lucrative sostitutive adeguate fisicamente meno impegnative. L'asserita claudicatio neurologica, che di principio ha andamento oscillante e può essere trattata farmacologicamente, non giustifica una riduzione dell'esigibilità in un'attività sostitutiva.

8.

8.1 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 lucrative, ragionevolmente esigibile da lui in condizioni normali del mercato del lavoro, e il reddito che potrebbe conseguire se non fosse diventato invalido.

8.2 L'amministrazione ha tenuto conto (calcolo effettuato il 10 gennaio 2007) di un salario mensile medio, privo di invalidità, conseguibile nel 2004 in Italia quale gessatore di Euro 1'638.--. Sulla base dei risultati statistici dell'inchiesta ottobre 2003-2004 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:

- magazziniere	Euro 1'327.40;
- cassiere nel commercio al dettaglio	Euro 1'216.89;
- operaio generico di stamperia	Euro 1'147.71.

Dopo di che ha considerato, conformemente ai dettami della giurisprudenza consolidata (DTF 124 V 321), quale salario mensile da invalido un importo corrispondente alla media dei salari relativi alle

professioni sostitutive e, quindi, un introito mensile di Euro 1'230.67 al quale ha poi applicato, conformemente ai dettami della giurisprudenza consolidata in ambito di salari statistici (DTF 126 V 75, Sozialversicherungsrecht, Rechtsprechung [SVR] 1999 IV n. 6 e SVR 2000 IV n. 1), un correttivo del 5%, dato che l'assicurato ha già una certa età (nel 2004: 50 anni), è stato inattivo per un determinato periodo, e può esercitare solamente attività leggere a tempo ridotto. È così giunta ad un salario mensile medio di Euro 1'169.13 (attività svolta al 100%) pari a Euro 584.57 (attività al 50%). Il confronto fra un reddito privo di invalidità di Euro 1'638.-- ed un introito teorico dopo l'insorgenza dell'invalidità di Euro 584.57 comporta una perdita di guadagno del 64,31 % $\{[(1'638.00 - 584.57) \times 100] : 1'638.00\}$. Ne consegue che C._____, svolgendo delle attività lucrative sostitutive adeguate fisicamente meno impegnative al 50%, subirebbe un'incapacità di guadagno del 64.31% mentre continuerebbe a beneficiare di una capacità residua di guadagno dell'35.69% (doc. 149).

9. Considerato che con la 4^a revisione della LAI entrata in vigore il 1° gennaio 2004 un tasso di invalidità del 64% comporta il riconoscimento del diritto a tre quarti della rendita d'invalidità (cfr. consid. 3) e che giusta l'art. 88^{bis} cpv. 1 lettera b OAI l'aumento della rendita avviene al più presto dal mese in cui la revisione se ha luogo d'ufficio è stata prevista (nel caso di specie, nel corso del mese di agosto 2005: doc. 119), accoglie parzialmente il ricorso (come peraltro correttamente proposto dall'UAIE nelle sue osservazioni ricorsuali del 18 gennaio 2007) e riforma parzialmente la decisione impugnata nel senso che C._____ ha diritto a tre quarti della rendita d'invalidità a partire dal 1° agosto 2005.
10. Visto l'esito del ricorso non vengono percepite spese processuali.

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, alla parte ricorrente è assegnata un'indennità per spese ripetibili di Fr. 500.-- a carico dell'Ufficio dell'assicurazione per l'invalidità per gli assicurati residenti all'estero.

Per questi motivi, il Tribunale amministrativo federale pronuncia:

1. Il ricorso è parzialmente accolto e la decisione impugnata parzialmente riformata nel senso che C._____ ha diritto a tre quarti della rendita di invalidità a partire dal 1° agosto 2005.
2. Gli atti sono rinviati all'Ufficio dell'assicurazione per l'invalidità per gli assicurati residenti all'estero perchè calcoli il montante delle prestazioni spettanti al ricorrente e versi i relativi arretrati.
3. Non si percepiscono spese processuali.
4. Alla parte ricorrente è riconosciuta un'indennità per spese ripetibili di Fr. 500.--, la quale viene posta a carico dell'Ufficio dell'assicurazione per l'invalidità per gli assicurati residenti all'estero
5. Comunicazione:
 - all'avv. Luigi Potenza (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: