

BVGer C-3196/2017 vom 4. Mai 2017

Bundesverwaltungsgericht, 2017-05-04, IT

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bvger_C-3196_2017

FR: TAF C-3196/2017 du 4 mai 2017

IT: TAF C-3196/2017 del 4 maggio 2017

Regeste

Diritto alla rendita

Erwägungen

E. 1.1

Il Tribunale amministrativo federale esamina d'ufficio e con piena cognizione la sua competenza (art. 31 e segg. LTAF) rispettivamente l'ammissibilità dei gravami che gli vengono sottoposti (DTF 133 I 185 consid. 2 e relativi riferimenti).

E. 1.2

Riservate le eccezioni - non realizzate nel caso di specie - di cui all'art. 32 LTAF, questo Tribunale giudica, in virtù dell'art. 31 LTAF in combinazione con l'art. 33 lett. d LTAF e l'art. 69 cpv. 1 lett. b LAI (RS 831.20), i ricorsi contro le decisioni, ai sensi dell'art. 5 PA, rese dall'Ufficio dell'assicurazione per l'invalidità per le persone residenti all'estero (UAIE).

E. 1.3

In virtù dell'art. 3 lett. dbis PA, la procedura in materia di assicurazioni sociali non è disciplinata dalla PA nella misura in cui è applicabile la LPGGA (RS 830.1). Giusta l'art. 1 cpv. 1 LAI, le disposizioni della LPGGA sono applicabili all'assicurazione per l'invalidità (art. 1a-26bis e 28-70), sempre che la LAI non deroghi alla LPGGA.

E. 1.4

Presentato da una parte direttamente toccata dalla decisione e avente un interesse degno di protezione al suo annullamento o alla sua modifica (art. 59 LPGGA e art. 48 cpv. 1 PA), il ricorso è stato interposto tempestivamente (art. 60 LPGGA e art. 50 cpv. 1 PA) e rispetta i requisiti previsti dalla legge (art. 52 PA). Esso è pertanto ammissibile.

E. 2.1

Il ricorrente è cittadino di uno Stato membro della Comunità europea, per cui è applicabile, di principio, l'ALC (RS 0.142.112.681).

E. 2.2

L'allegato II è stato modificato con effetto dal 1° aprile 2012 (Decisione 1/2012 del Comitato misto del 31 marzo 2012; RU 2012 2345). Nella sua nuova versione esso prevede in particolare che le parti contraenti applicano tra di loro, nel campo del coordinamento dei sistemi di sicurezza sociale, gli atti giuridici di cui alla sezione A dello stesso allegato, comprese eventuali loro modifiche o altre regole equivalenti ad essi (art. 1 ch. 1) ed assimila la Svizzera, a questo scopo, ad uno Stato membro dell'Unione europea (art. 1 ch. 2).

E. 2.3

Gli atti giuridici riportati nella sezione A dell'allegato II sono, in particolare, il regolamento (CE) n. 883/2004 del Parlamento europeo e del Consiglio del 29 aprile 2004 (RS 0.831.109.268.1) relativo al coordinamento dei sistemi di sicurezza sociale, con le relative modifiche, e il regolamento (CE) n. 987/2009 del Parlamento europeo e del Consiglio del 16 settembre 2009 (RS 0.831.109.268.11) che stabilisce le modalità di applicazione del regolamento (CE) n. 883/2004, nonché il regolamento (CEE) n. 1408/71 del Consiglio del 14 giugno 1971 (RU 2004 121, 2008 4219 4237, 2009 4831) 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, con le relative modifiche, e il regolamento (CEE) n. 574/72 del Consiglio del 21 marzo 1972 (RU 2005 3909, 2008 4273, 2009 621 4845) che stabilisce le modalità di applicazione del regolamento (CEE) n. 1408/71, con le relative modifiche, entrambi applicabili tra la Svizzera e gli Stati membri fino al 31 marzo 2012 e quando vi si fa riferimento nel regolamento (CE) n. 883/2004 o nel regolamento (CE) n. 987/2009 oppure quando si tratta di casi verificatisi in passato.

E. 2.4

Giova altresì rilevare che il regolamento (CE) n. 883/2004 è stato ulteriormente modificato dal regolamento (CE) n. 465/2012 del Parlamento europeo e del Consiglio del 22 maggio 2012, ripreso dalla Svizzera a decorrere dal 1° gennaio 2015 (sentenza del TF 8C_580/2015 del 26 aprile 2016 consid. 4.2 e relativi riferimenti).

E. 2.5

Secondo l'art. 4 del regolamento (CE) n. 883/2004, salvo quanto diversamente previsto dallo stesso, le persone ad esso soggette godono delle medesime prestazioni e sottostanno agli stessi obblighi di cui alla legislazione di ciascuno Stato membro, alle stesse condizioni dei cittadini di tale Stato. Ciò premesso, nella misura in cui l'ALC e, in particolare, il suo allegato II, non prevede disposizioni contrarie, l'organizzazione della procedura, come pure l'esame delle condizioni di ottenimento di una rendita d'invalidità svizzera, sono regolate dal diritto interno svizzero (DTF 130 V 253 consid. 2.4).

E. 3.1

Dal profilo temporale sono applicabili le disposizioni in vigore al momento della realizzazione dello stato di fatto che deve essere valutato giuridicamente o che produce conseguenze giuridiche (DTF 136 V 24 consid. 4.3; 130 V 445 consid. 1.2 e relativi riferimenti; 129 V 1 consid. 1.2). La domanda di una rendita AI essendo stata presentata il 23 gennaio 2015, al caso in esame si applicano di principio le disposizioni della 6a revisione della LAI entrate in vigore il 1° gennaio 2012.

E. 3.2

Il ricorrente, come già menzionato, ha presentato la domanda di rendita il 23 gennaio 2015 (cfr. anche preavviso dell'Ufficio dell'assicurazione per l'invalidità del Cantone C. _____ del 16 ottobre 2017 [allegato al doc. TAF 11]). L'art. 29 LAI prevede che il diritto alla rendita nasce al più presto dopo sei mesi dalla data in cui l'assicurato ha rivendicato il diritto alle prestazioni conformemente all'art. 29 cpv. 1 LPG (riservate altresì le condizioni dell'art. 28 cpv. 1 LAI [cfr. consid. 4.4 del presente giudizio]). L'art. 30 LAI statuisce altresì che il diritto alla rendita AI si estingue con l'inizio del diritto a una rendita di vecchiaia dell'assicurazione svizzera per la vecchiaia (il 1° marzo 2018 [l'insorgente avendo compiuto i 65 anni il {...}]). Giova altresì rilevare che il potere cognitivo di questo Tribunale è delimitato dalla data della decisione impugnata (in casu il 4 maggio 2017). Il giudice delle

assicurazioni sociali esamina infatti la decisione impugnata sulla base della situazione di fatto esistente al momento in cui essa è stata resa (DTF 136 V 24 consid. 4.3). Tiene tuttavia conto dei fatti verificatisi dopo tale data quando essi possano imporsi quali elementi d'accertamento retrospettivo della situazione anteriore alla decisione stessa (DTF 129 V 1 consid. 1.2; 121 V 362 consid. 1b), in altri termini se gli stessi sono strettamente connessi all'oggetto litigioso e se sono suscettibili di influire sull'apprezzamento del giudice al momento in cui detta decisione litigiosa è stata resa (sentenze del TF 8C_278/2011 del 26 luglio 2011 consid. 5.5 nonché 9C_116/2010 del 20 aprile 2010 consid. 3.2.2; DTF 118 V 200 consid. 3a in fine).

E. 4.1

L'invalidità ai sensi della LPGA e della LAI è l'incapacità al guadagno totale o parziale presumibilmente permanente o di lunga durata che può essere conseguente ad infermità congenita, malattia o infortunio (art. 8 LPGA e art. 4 cpv. 1 LAI).

E. 4.2

Secondo l'art. 7 LPGA, è considerata incapacità al guadagno la 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. In caso d'incapacità al lavoro di lunga durata, possono essere prese in considerazione anche le mansioni esigibili in un'altra professione o campo d'attività (art. 6 LPGA).

E. 4.3

Giusta l'art. 28 cpv. 2 LAI, l'assicurato ha diritto ad un quarto di rendita se è invalido per almeno il 40%, ad una mezza rendita se è invalido per almeno la metà, a tre quarti di rendita se è invalido per almeno il 60% e ad una rendita intera se è invalido per almeno il 70%.

E. 4.4

L'art. 28 cpv. 1 LAI prevede che l'assicurato ha diritto a una rendita se la sua capacità al guadagno o la sua capacità di svolgere le mansioni consuete non può essere ristabilita, mantenuta o migliorata mediante provvedimenti d'integrazione ragionevolmente esigibili (lettera a), ha avuto un'incapacità al lavoro (art. 6 LPGA) almeno del 40% in media durante un anno senza notevole interruzione (lettera b) e al termine di questo anno è invalido (art. 8 LPGA) almeno al 40% (lettera c).

E. 4.5

La nozione d'invalidità di cui all'art. 4 LAI e 8 LPGA è un concetto di carattere economico-giuridico e non medico (sentenze del TF 9C_318/2014 del 10 settembre 2014 consid. 3.1 e 8C_636/2010 del 17 gennaio 2011 consid. 3 e relativi riferimenti). In base all'art. 16 LPGA, applicabile per il rinvio dell'art. 28 cpv. 2 LAI, per valutare il grado d'invalidità, il reddito che l'assicurato potrebbe conseguire esercitando l'attività ragionevolmente esigibile da lui dopo la cura medica e l'eventuale esecuzione di provvedimenti d'integrazione (reddito da invalido), tenuto conto di una situazione equilibrata del mercato del lavoro, è confrontato con il reddito che egli avrebbe potuto ottenere se non fosse diventato invalido (reddito da valido; metodo generale del raffronto dei redditi).

E. 4.6

L'assicurazione svizzera per l'invalidità risarcisce pertanto, e di principio, 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.

E. 5

Per quanto attiene alle regole che reggono la procedura di nuova domanda di rendita, va rilevato che qualora, nell'ambito di una prima domanda, la rendita sia stata negata perché il grado d'invalidità era insufficiente, una nuova domanda è riesaminata soltanto se l'assicurato rende verosimile che il grado d'invalidità si è modificato in misura rilevante per il diritto alle prestazioni (art. 87 cpv. 2 e 3 OAI [RS 831.201]). Per valutare questo aspetto occorre confrontare la situazione al momento della nuova decisione (in concreto al 4 maggio 2017) con quella esistente al momento dell'ultima decisione cresciuta in giudicato (nel caso concreto al 15 ottobre 2013) che è stata oggetto di un esame materiale del diritto alla rendita dopo contestuale accertamento pertinente dei fatti, apprezzamento delle prove e determinazione del grado d'invalidità (DTF 130 V 108 e 130 V 71 consid. 3.2.3). La verosimiglianza richiesta dall'art. 87 cpv. 3 OAI non è la verosimiglianza preponderante altrimenti valida nel diritto delle assicurazioni sociali. Il grado della prova dell'art. 87 cpv. 3 OAI è attenuato in quanto non è necessario che l'amministrazione raggiunga il convincimento, nel senso di una prova piena, che rispetto all'ultima decisione cresciuta in giudicato sia effettivamente subentrata una modifica rilevante. Basta piuttosto che sussistano almeno certi indizi a favore della circostanza invocata, fermo restando comunque la possibilità che la modifica invocata venga poi smentita da un più attento esame successivo (sentenza del TF 9C_68/2007 del 19 ottobre 2007 consid. 4.4 con riferimenti). Adita con una nuova domanda, l'amministrazione comincerà con l'esaminare se le allegazioni dell'assicurato sono, in maniera generale, plausibili. Se ciò non dovesse essere il caso, potrà di principio liquidare l'istanza senza ulteriori indagini con un rifiuto di entrata nel merito. A tal proposito occorre precisare che quanto più breve è il tempo trascorso dalla decisione precedente, tanto più rigorosamente l'amministrazione apprezzerà la plausibilità delle allegazioni dell'assicurato. Su questo aspetto, l'amministrazione dispone di un certo potere d'apprezzamento che il giudice è di principio tenuto a rispettare (sentenza del TF 9C_667/2010 del 28 aprile 2011 consid. 2.1 e 2.2 nonché relativi riferimenti). Peraltro, allorquando l'autorità inferiore è entrata nel merito di una domanda di rendita il giudice non ha da esaminare la legittimità di siffatta entrata nel merito (DTF 133 V 108 consid. 5.2 e 109 V 108 consid. 2b).

E. 6.1

Dal momento che è entrata nel merito della seconda domanda di rendita d'invalidità presentata dal ricorrente, all'autorità inferiore incombeva, in analogia ad una revisione ai sensi dell'art. 17 LPGGA, di esaminare se tra la situazione esistente al momento dell'ultima decisione cresciuta in giudicato che è stata oggetto di un esame materiale del diritto alla rendita, nel caso concreto al 15 ottobre 2013, e la situazione al momento della nuova decisione qui impugnata, in concreto al 4 maggio 2017, è intervenuta una modifica significativa del grado d'invalidità (sentenze del TF 9C_421/2014 del 21 luglio 2014 consid. 3 e 9C_418/2010 del 29 agosto 2011 consid. 4.2 e 4.3).

E. 6.2

Secondo l'art. 17 LPGGA, se il grado d'invalidità del beneficiario della rendita subisce una notevole modificazione, per il futuro la rendita è aumentata o ridotta proporzionalmente o

soppressa, d'ufficio o su richiesta. Il cpv. 2 della stessa norma prevede che ogni altra prestazione durevole accordata in virtù di una disposizione formalmente passata in giudicato è, d'ufficio o su richiesta, aumentata, diminuita o soppressa se le condizioni che l'hanno giustificata hanno subito una notevole modificazione.

E. 6.3

L'art. 88a cpv. 1 OAI prevede che se la capacità al guadagno dell'assicurato o la capacità di svolgere le mansioni consuete migliora oppure se la grande invalidità o il bisogno di assistenza o di aiuto dovuto all'invalidità si riduce, il cambiamento va considerato ai fini della riduzione o della soppressione 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 allorché è durato tre mesi, senza interruzione notevole, e che presumibilmente continuerà a durare.

E. 6.4

Costituisce motivo di revisione della rendita d'invalidità ogni modifica rilevante delle circostanze di fatto suscettibile d'influire sul grado di invalidità e, quindi, sul diritto alla rendita. Ne consegue che la rendita può essere soggetta a revisione non soltanto in caso di modifica significativa dello stato di salute, ma anche quando detto stato è rimasto invariato, ma le sue conseguenze sulla capacità di guadagno hanno subito un cambiamento significativo (DTF 130 V 343 consid. 3.5).

E. 7.1

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. Affinché il giudizio medico acquisti valore di prova rilevante, esso deve essere completo in merito ai temi sollevati, deve fondarsi, in piena conoscenza della pregressa situazione valetudinaria (anamnesi), su esami approfonditi e tenere conto delle censure sollevate dal paziente, per poi giungere in maniera chiara a fondate, logiche e motivate deduzioni. Peraltro, per stabilire se un rapporto medico ha valore di prova non è determinante né la sua origine né la sua denominazione - ad esempio quale perizia o rapporto - ma il suo contenuto (DTF 140 V 356 consid. 3.1; 125 V 351 consid. 3).

E. 7.2

Secondo costante giurisprudenza, i referti affidati dagli organi dell'amministrazione a medici esterni oppure a un servizio specializzato indipendente che fondano le proprie conclusioni su esami e osservazioni approfondite, dopo avere preso conoscenza dell'incarto, e che giungono a risultati concludenti, dispongono di forza probatoria piena, a meno che non vi siano indizi concreti atti a mettere in dubbio la loro affidabilità (DTF 137 V 210 consid. 6.2.4; 134 V 231 consid. 5.1 e relativi riferimenti; 125 V 351 [sul valore probatorio attribuito ai rapporti interni del servizio medico, cfr. DTF 135 V 254 consid. 3.3 e 3.4]).

E. 7.3

Per quel che riguarda le perizie di parte, esse contengono considerazioni specialistiche che possono contribuire ad accertare i fatti, da un punto di vista medico. Malgrado esse non abbiano lo stesso valore probatorio di una perizia giudiziaria, il giudice deve valutare se questi referti medici sono atti a mettere in discussione la perizia giudiziaria oppure quella ordinata dall'amministrazione. Giova altresì rilevare come debba essere considerato con la

necessaria prudenza l'avviso dei medici curanti, i quali possono tendere a pronunciarsi in favore del proprio paziente a dipendenza dei particolari legami che essi hanno con gli stessi (DTF 125 V 351 consid. 3b e relativi riferimenti).

E. 7.4

In presenza di rapporti medici contraddittori il giudice non può evadere la vertenza senza valutare l'intero materiale e indicare i motivi per cui egli si fonda su un rapporto piuttosto che su un altro. Al riguardo va tuttavia precisato che non si può pretendere dal giudice che raffronti i diversi pareri medici e parimenti esponga correttamente da un punto di vista medico, come farebbe un perito, i punti in cui si evidenziano delle carenze e quale sia l'opinione più adeguata (sentenza del TF 8C_556/2010 del 24 gennaio 2011 consid. 7.2 e relativi riferimenti).

E. 8

Nel caso di specie si pone la questione di sapere se vi sia stato, o meno, un peggioramento dello stato di salute del ricorrente tra il 15 ottobre 2013 e il 4 maggio 2017 che giustifichi l'erogazione di una rendita AI. Siffatta questione può però essere decisa solo nella misura in cui l'accertamento dei fatti possa considerarsi sufficiente a tal fine.

E. 8.1

Nel caso in esame, per quanto emerge dalle carte processuali al loro stato attuale e per i motivi indicati di seguito, non è tuttavia possibile determinarsi con il necessario grado della verosimiglianza preponderante sulle affezioni di cui soffre il ricorrente rispettivamente sulla loro incidenza sulla residua capacità lavorativa (più genericamente sulla sussistenza di un peggioramento dello stato di salute successivamente al 15 ottobre 2013 e fino alla data della decisione impugnata).

E. 8.2

Nella perizia pluridisciplinare del 16 luglio 2012 del SAM (doc. A 86) - fondata sul consulto cardiologico del dott. D._____, sul consulto pneumologico del dott. E._____, e sul consulto psichiatrico della dott.ssa F._____ (perizia su cui era sostanzialmente fondata la decisione dell'UAIE del 15 ottobre 2013) - era stato indicato che l'assicurato presentava una cardiopatia ipertensiva secondaria a fibrillazione atriale in buon compenso cardiocircolatorio con ripristinata funzione ventricolare sinistra. Il medesimo lamentava una dispnea allo sforzo classificabile come NYHA I-II. L'esame clinico confermava la presenza di una sindrome delle apnee da sonno di tipo ostruttivo di grado moderato. Le preoccupazioni per lo stato di salute, le difficoltà nello svolgimento delle attività quotidiane, il diminuito senso dell'autonomia, la perdita del lavoro ed i problemi a livello finanziario avevano altresì determinato una condizione di vita sfavorevole e di disagio emotivo. L'assicurato conservava dei buoni rapporti familiari, dei contatti con amici, usciva per delle passeggiate e delle piccole spese. Non erano ravvisabili una compromissione del funzionamento familiare od una perdita di integrazione sociale e potevano essere esclusi una comorbidità psichiatrica, un disturbo dell'umore, d'ansia o di personalità. Dal profilo pneumologico e dal profilo psichiatrico, l'assicurato era totalmente abile al lavoro. Dal profilo cardiologico, il medesimo presentava, da metà maggio 2011, un'incapacità lavorativa del 100% nell'attività di muratore, ma una capacità al lavoro del 100% in un'attività confacente allo stato di salute.

E. 8.3

Nell'ambito della nuova domanda di rendita, nella perizia psichiatrica del 3 febbraio 2017 (doc. A 196; perizia su cui è basata l'impugnata decisione del 4 maggio 2017), la dott.ssa B._____ ha rilevato che l'anamnesi, la valutazione ed il decorso clinico permettono di concordare con la diagnosi posta dalla psichiatra curante dott.ssa G._____ di una sindrome da disadattamento reattiva all'impossibilità di svolgere l'abituale attività lavorativa ed al venir meno della possibilità di prepensionamento e delle possibilità lavorative che l'assicurato aveva cercato di costruire. Il quadro clinico appare di lieve entità e non ha intaccato la strutturazione della giornata, i contatti e le relazioni sociali, nonostante il disagio rispetto alla propria situazione lavorativo-economica. Non sono ravvisabili deficit cognitivi, che vengono invece percepiti soggettivamente dall'assicurato in condizioni di maggior carico. Secondo la dottoressa, la differenza riscontrata rispetto alla valutazione della psichiatra curante del maggio 2016 (stato clinico con sub-deflessione timica, abulia, apatia, anedonia, astenia, anergia, difficoltà a concentrarsi e a mantenere l'attenzione, disturbi del sonno) risiede nel fatto che il potenziamento della dose dell'antidepressivo ha migliorato la situazione clinica. La valutazione peritale non ha evidenziato un influsso del disturbo da disadattamento sulla capacità lavorativa dall'ottobre 2014, data del primo consulto con la psichiatra curante. La dott.ssa B._____ ha ritenuto che l'assicurato presenta una completa capacità al lavoro in un posto di lavoro tranquillo, in cui possa svolgere mansioni semplici e ripetitive, dove non debba svolgere più mansioni contemporaneamente e dove l'orario di lavoro non sia suddiviso in turni, soprattutto notturni a causa delle problematiche legate al ritmo sonno/veglia. Sussiste una completa capacità al lavoro anche nell'attività di muratore, attività che non è però più possibile a causa delle problematiche somatiche. Il medico SMR, nella sua presa di posizione del 16 febbraio 2017 (doc. A 197), ha poi indicato che - valutato il disturbo da disadattamento come non influente sulla capacità lavorativa dell'assicurato (nella perizia psichiatrica del 3 febbraio 2017) - si poteva attestare che "dalla globale documentazione medica agli atti, non emerge alcun nuovo elemento medico che non sia già stato considerato e valutato. Si conferma uno stato di salute stazionario".

E. 8.4

A prescindere dal fatto che alla perizia psichiatrica del 3 febbraio 2017 si sarebbe potuto attribuire pieno valore probatorio (nella misura in cui rispondente ai criteri giurisprudenziali richiesti), giova tuttavia rilevare che se i fatti determinanti per il diritto alla rendita si sono modificati a tal punto da lasciar apparire una modifica dello stato di salute dell'assicurato suscettibile di incidere in procedura di revisione, o di nuova domanda di rendita, sulla residua capacità lavorativa - come nel caso di specie perlomeno dal profilo psichico (ma come si vedrà di seguito anche in altri ambiti) - il grado d'invalidità deve essere stabilito nuovamente, e liberamente, sulla base di fatti accertati in maniera corretta e completa, dunque senza vincoli a precedenti valutazioni dell'invalidità (DTF 141 V 9 e relativi riferimenti). Giova altresì ancora rammentare che, secondo una costante giurisprudenza del Tribunale federale, in presenza di affezioni fisiche e psichiche non è sufficiente un esame mediante perizie isolate, ma occorre - di principio imprescindibilmente ("unabdingbar") - effettuare una perizia interdisciplinare (sentenza del TF 9C_235/2013 del 10 settembre 2013 consid. 3.2 con rinvii [segnatamente alla DTF 137 I 327 consid. 7.3] e sentenza del TAF C- 6647/2017 del 2 luglio 2019 consid. 7.3). Basti qui ancora rilevare che anche dal profilo pneumologico, e contrariamente a quanto ritenuto dal medico SMR, la situazione non è rimasta stazionaria, dal momento che se la perizia pneumologica del 30 maggio 2012 diagnosticava una sindrome delle apnee da sonno di grado moderato (doc. A 86), dal

rapporto pneumologico del 14 luglio 2015 risulta che il ricorrente è affetto da sindrome delle apnee del sonno di grado severo e che il medesimo è stato ricoverato dal 7 al 14 luglio "per valutazione clinico-funzionale" (doc. A 162). Il rapporto di esame pneumologico del 10 gennaio 2016 fa certo stato di un "tracciato (dell'esame) indicativo di buon controllo della patologia del sonno" (doc. A 165), ma il rapporto di visita pneumologica del 19 gennaio 2016 conclude poi che "il paziente riferisce negli ultimi 15 giorni importante sonnolenza al risveglio" (doc. A 165). Stante queste premesse e le incertezze in merito allo stato di salute effettivo del ricorrente anche dal profilo pneumologico (nel periodo intercorrente tra il 15 ottobre 2013 e la data della decisione impugnata), non era comunque consentito rinunciare, neppure eccezionalmente (e nella misura in cui ciò sia effettivamente possibile), ad una perizia interdisciplinare. Inoltre, nel rapporto dell'ottobre 2016 della dott.ssa H. _____ (doc. A 191), medico curante del ricorrente, è stata pure posta la diagnosi di epatopatia, affezione che il medico SMR non ha citato nelle affezioni, con o senza ripercussioni sulla capacità lavorativa, di cui alle sue prese di posizione del 2 dicembre 2016 e 16 febbraio 2017 e dunque neppure esaminato. Infine, anche dal profilo cardiologico sussiste qualche incertezza sull'evoluzione nel tempo delle affezioni di cui soffre il ricorrente, considerato che nella perizia cardiologica dell'11 maggio 2012 era indicato che il paziente lamentava una dispnea allo sforzo classificabile come NYHA I-II (doc. A 86), mentre nel referto di esame cardiaco del 17 marzo 2015 si riferisce di un paziente dispnoico durante l'esercizio (esame ergometrico) anche a basso carico di lavoro (classe NYHA III; doc. A 161) ed in quello del 22 febbraio 2016 una dispnea da sforzo NYHA II (doc. A 167). L'autorità inferiore non ha poi verificato se dalla data della perizia cardiologica del 2012 alla data della decisione impugnata vi sia stato un nuovo sviluppo di fibrillazione tachicardica, che già secondo i periti di allora avrebbe comunque giustificato un nuovo esame cardiologico (doc. A 86 pag. 317 n. 3). Infine, e come rettamente rilevato dal ricorrente, dalle carte processuali risulta che da settembre 2015 (doc. A 179) beneficia in Italia di un assegno ordinario d'invalidità, ciò che costituisce un'ulteriore indizio di una modifica rilevante dello stato di salute del ricorrente intervenuta dopo il 15 ottobre 2013 che si oppone alla rinuncia d'effettuare una perizia interdisciplinare. Peraltro, non risulta neppure che il medico SMR, dott. I. _____, sia uno specialista degli ambiti che non sono stati oggetto, nell'ambito della nuova domanda di rendita del ricorrente del 23 gennaio 2015, di un approfondimento peritale interdisciplinare. Da questo profilo non è peraltro sufficiente che detto medico SMR, nei rapporti del 2 dicembre 2016 (doc. A 193) e del 16 febbraio 2017 (doc. A 197), si limiti ad esporre, peraltro in modo impreciso ed incompleto, le patologie somatiche di cui è affetto il ricorrente ed a rilevare genericamente che "dalla globale documentazione medica agli atti, non emerge (in tale ambito) alcun nuovo elemento medico che non sia già stato considerato e valutato. Si conferma uno stato di salute stazionario". Non soccorre l'autorità inferiore nemmeno la generica ed imprecisa annotazione del medico SMR, dott. J. _____, del 26 settembre 2017 (allegata alla risposta al ricorso), in cui si afferma che la funzione cardiaca dell'interessato è stabile. Peraltro, neppure tale medico SMR risulta essere uno specialista degli ambiti che non sono stati oggetto di una perizia interdisciplinare nel contesto della domanda di rendita in esame. In conclusione, nel caso di specie, non si poteva rinunciare - a 5 anni di distanza dall'effettuazione della perizia pluridisciplinare del luglio 2012 - ad ordinare una nuova perizia interdisciplinare sulle affezioni fisiche e psichiche di cui soffre il ricorrente prima di pronunciarsi sulla nuova domanda di rendita dell'insorgente.

E. 8.5

Per sovrabbondanza, può essere ancora rilevato che non risulta altresì dalle carte processuali che l'autorità inferiore, pur essendo entrata nel merito della nuova domanda di rendita del ricorrente del 23 gennaio 2015, abbia poi effettuato un nuovo raffronto dei redditi prima di concludere al rigetto della nuova domanda. Ha invece fatto semplicemente riferimento alla precedente valutazione del 2013 (peraltro già corretta da questo Tribunale nella sentenza C-6337/2013 del 18 dicembre 2015 considerando 11 [in particolare 11.4]).

E. 9

Da quanto esposto, discende che la decisione impugnata, fondata su un insufficiente accertamento dei fatti giuridicamente rilevanti, viola il diritto federale ed incorre nell'annullamento.

E. 10.1

Quando il Tribunale amministrativo federale annulla una decisione, esso può sostituirsi all'autorità inferiore e giudicare direttamente nel merito o rinviare la causa, con istruzioni vincolanti, all'autorità inferiore per un nuovo giudizio (cfr. sentenza del TAF C-6647/2017 consid. 9.1). In particolare, esso si sostituirà all'autorità inferiore se gli atti sono completi e comunque sufficienti a statuire sull'applicazione del diritto federale (ibidem con rinvii). Tale non è il caso nella presente fattispecie per i motivi precedentemente indicati.

E. 10.2

Gli atti di causa sono pertanto rinviati all'autorità inferiore affinché la stessa proceda a completare l'accertamento dei fatti giuridicamente e a emanare una nuova decisione. L'autorità inferiore dovrà in particolare far effettuare una perizia interdisciplinare in cardiologia, pneumologia, psichiatria ed internistica, da svolgersi in Svizzera, non essendo sufficiente, come già indicato, esaminare le affezioni di cui soffre un assicurato mediante perizie isolate (cfr. consid. 8.4 del presente giudizio con rinvii) nonché ogni ulteriore esame che pure l'evoluzione nel tempo dello stato di salute del ricorrente dovesse ancora rendere necessario (eventualmente dal profilo delle problematiche lombo-vertebrali [cfr. risonanza magnetica del 14 luglio 2017 {allegato al doc. TAF 8}] e rapporto di visita ortopedica del 14 dicembre 2017 {allegato al doc. TAF 12; indicata la presenza di formazioni erniarie L4-L5, L5-S1}). Per il resto, e a seconda del risultato della citata istruttoria complementare, l'UAIE dovrà pronunciarsi pure sulla sfruttabilità di un'(eventuale) residua capacità lavorativa medico-teorica nonché, a seconda del risultato di tale esame, effettuare un confronto dei redditi determinanti sulla base delle possibili attività sostitutive adeguate ritenute.

E. 10.3

Peraltro, stante le premesse, nulla - neppure la più recente giurisprudenza del Tribunale federale di cui a DTF 137 V 210 (cfr. segnatamente il consid. 4.4.1.4) - si oppone al rinvio della causa all'autorità inferiore per completamento dell'istruttoria. In effetti, in assenza dei citati accertamenti complementari non era, né è, possibile determinarsi con cognizione di causa, ed il necessario grado della verosimiglianza preponderante, sullo stato di salute del ricorrente e sull'incidenza delle affezioni di cui soffre sulla residua capacità lavorativa. In particolare, un rinvio all'autorità inferiore si giustifica, dal profilo delle garanzie procedurali (in particolare quello della doppia istanza con piena cognizione) nei casi in cui, come nella fattispecie, è richiesto un accertamento peritale interdisciplinare in ambiti che non sono stati (o comunque insufficientemente) chiariti nella procedura di prima istanza, ma che lo avrebbero dovuto essere prima dell'emanazione della decisione litigiosa, gli elementi per

dovere agire in tal senso essendo già presenti agli atti di causa (DTF 137 V 210 consid. 4.4.1.4 [cfr., in particolare, anche il consid. 8.4 del presente giudizio]). Peraltro, il Tribunale federale ha già avuto modo pure di precisare che in virtù dell'art. 43 LPGGA nonché degli art. 12 e 13 PA e dell'art. 19 PA in relazione con l'art. 40 PCF (RS 273), il Tribunale accerta, con la collaborazione delle parti, i fatti determinanti per la soluzione della controversia, assume le prove necessarie e le valuta liberamente. Secondo giurisprudenza, se il giudice ritiene che i fatti non sono sufficientemente delucidati, può, peraltro non senza qualche limitazione (cfr. DTF 137 V 210 consid. 4.4.1.4), sia rinviare la causa all'amministrazione per completamento dell'istruzione sia procedere lui medesimo a tale istruzione complementare. Un rinvio all'amministrazione che ha per scopo di completare l'accertamento dei fatti non viola né i principi della semplicità e della celerità né il principio inquisitorio. In particolare, un siffatto rinvio appare in generale siccome giustificato se l'amministrazione ha proceduto ad una constatazione dei fatti sommaria nella speranza che in caso di ricorso sarebbe poi stato il Tribunale ad effettuare i necessari accertamenti fattuali (sentenza del TF 9C_162/2007 del 3 aprile 2008 consid. 2.3 con rinvii; cfr. pure sentenza del TAF C-3038/2016 del 2 aprile 2019 consid. 12).

E. 10.4

Occorre peraltro rilevare che nell'ambito dell'accertamento ancora da esperire dall'autorità inferiore, a seguito del rinvio degli atti di causa, non sussiste l'eventualità di una nuova decisione dell'UAIE a detrimento del ricorrente (cfr., sulla questione, DTF 137 V 314 consid. 3.2.4) dal momento che nella decisione impugnata del 4 maggio 2017 l'autorità inferiore ha considerato che l'insorgente non ha subito un'incapacità lavorativa di livello pensionabile, perlomeno fino alla data della decisione impugnata (che costituisce il limite della cognizione temporale di questo Tribunale nel caso di specie), ed ha respinto la domanda del medesimo volta all'ottenimento di una rendita dell'assicurazione svizzera per l'invalidità. Non era pertanto necessario conferire al ricorrente la facoltà di ritirare il proprio gravame.

E. 11.1

Visto l'esito della causa, non sono prelevate delle spese processuali (art. 63 PA). L'anticipo equivalente alle presunte spese processuali di fr. 800.-, versato il 4 settembre 2017, sarà restituito al ricorrente allorquando la presente sentenza sarà cresciuta in giudicato.

E. 11.2

Si giustifica altresì l'attribuzione di un'indennità a titolo di spese ripetibili (art. 64 PA in combinazione con gli art. 7 e segg. del regolamento del 21 febbraio 2008 sulle tasse e sulle spese ripetibili nelle cause dinanzi al Tribunale amministrativo federale [TS-TAF, RS 173.320.2]). La stessa, in assenza di una nota dettagliata, è fissata d'ufficio (art. 14 cpv. 2 TS-TAF) in fr. 1'000.-, tenuto conto del lavoro utile e necessario svolto dal rappresentante del ricorrente. L'indennità per ripetibili è posta a carico dell'UAIE. (dispositivo alla pagina seguente)