

BVGer C-3466/2013 vom 24. September 2014

Bundesverwaltungsgericht, 2014-09-24, IT

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bvger_C-3466_2013

FR: TAF C-3466/2013 du 24 septembre 2014

IT: TAF C-3466/2013 del 24 settembre 2014

Regeste

Diritto alla rendita

Erwägungen

E. 2.1

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 legge federale del 6 ottobre 2000 sulla parte generale del diritto delle assicurazioni sociali (LPGA, RS 830.1). Giusta l'art. 1 LAI le disposizioni della LPGA sono applicabili all'assicurazione per l'invalidità (art. 1a-26bis e 28-70), sempre che la presente legge non preveda espressamente una deroga.

E. 2.2

Secondo l'art. 59 LPGA (e l'art. 48 PA in relazione con l'art. 37 LTAF) 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.

E. 2.3

Il ricorso è tempestivo e rispetta i requisiti minimi prescritti dalla legge (art. 60 LPGA e 52 PA in relazione con l'art. 37 LTAF). L'interessato ha versato l'anticipo spese processuali richiesto entro il termine impartito. Il gravame è dunque ammissibile, nulla ostando all'esame del merito dello stesso.

E. 3.1

Il ricorrente è cittadino di uno Stato membro della Comunità europea, per cui è applicabile, di principio, l'Accordo sulla libera circolazione delle persone, del 21 giugno 1999, fra la Confederazione svizzera, da una parte, e la Comunità europea ed i suoi Stati membri, dall'altra, entrato in vigore il 1° giugno 2002 (ALC, RS 0142.112.681), in particolare il suo allegato II relativo al coordinamento dei sistemi di sicurezza sociale. Secondo l'art. 20 ALC, salvo disposizione contraria contenuta nell'allegato II, gli accordi bilaterali fra la Svizzera e gli Stati membri della Comunità europea in materia di sicurezza sociale sono sospesi con l'entrata in vigore dell'Accordo, qualora il medesimo campo sia disciplinato da quest'ultimo.

E. 3.2

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 che le parti contraenti applicano tra di loro, nel campo del coordinamento dei sistemi di sicurezza sociale, gli atti giuridici riferiti nella sezione A dello stesso allegato, comprese eventuali loro modifiche o altre regole equivalenti ad essi (art. 1 ch. 1), assimila la Svizzera,

a questo scopo, ad uno Stato membro dell'Unione europea (UE; art. 1 ch. 2), e stabilisce, ai fini dell'applicazione delle disposizioni dello stesso allegato, la necessità di tenere in debita considerazione gli atti giuridici dell'UE riferiti nella sezione B (art. 2 ch. 1) e di prendere atto di quelli menzionati alla sezione C (art. 2 ch. 2).

E. 3.3

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. Gli atti giuridici elencati nella sezione B dell'allegato II rappresentano diverse decisioni della Commissione amministrativa per il coordinamento dei sistemi di sicurezza sociale, mentre quelli esposti nella sezione C corrispondono a due raccomandazioni della stessa commissione. L'allegato II è peraltro completato da un protocollo, che ne costituisce parte integrante (art. 3 ch.2), in cui sono stipulate regole speciali riguardo all'assicurazione contro la disoccupazione, agli assegni per grandi invalidi e alla previdenza professionale per la vecchiaia, i superstiti e l'invalidità.

E. 3.4

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 detto, 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. 4.1

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 e 130 V 445 consid. 1.2 e relativi riferimenti nonché 129 V 1 consid. 1.2). Se è intervenuto un cambiamento delle norme legislative nel corso del periodo sottoposto ad esame giudiziario, il diritto eventuale alle prestazioni si determina tuttavia secondo le vecchie disposizioni per il periodo anteriore e secondo le nuove a partire della loro entrata in vigore (applicazione pro rata temporis; DTF 130 V 445).

E. 4.2

L'aumento della rendita avviene al più presto, se l'assicurato ha chiesto la revisione, a partire dal mese in cui la domanda è stata inoltrata, mentre se la revisione ha luogo d'ufficio, a partire dal mese in cui è stata prevista (art. 88bis cpv. 1 lett. a e b). La riduzione o la soppressione della rendita è messa in atto, il più presto, il primo giorno del secondo mese che segue la notifica della decisione (art. 88bis cpv. 2 lett. a).

E. 4.3

A. _____ ha presentato domanda di revisione nel maggio 2012 (consid. F). La 6a revisione della LAI, entrata in vigore il 1° gennaio 2012 è pertanto applicabile in concreto.

E. 5

Giova altresì rilevare che il potere cognitivo di questo Tribunale è delimitato dalla data della decisione impugnata. 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 (DTF131 V 9 consid. 1). 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 e 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 (cfr. sentenza 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. 6.1

In base all'art. 8 LPGa è considerata invalidità l'incapacità al guadagno totale o parziale presumibilmente permanente o di lunga durata. L'art. 4 LAI precisa che l'invalidità può essere conseguente ad infermità congenita, malattia o infortunio; il cpv. 2 della stessa norma stabilisce che l'invalidità è considerata insorgere quando, per natura e gravità, motiva il diritto alla singola prestazione.

E. 6.2

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. 2 LAI). In seguito all'entrata in vigore dell'Accordo bilaterale, la limitazione prevista dall'art. 29 cpv. 4 LAI, secondo il quale le rendite per un grado d'invalidità inferiore al 50% sono versate solo ad assicurati che sono domiciliati e dimorano abitualmente in Svizzera (art. 13 LPGa), non è più applicabile quando l'assicurato è cittadino svizzero o dell'UE.

E. 6.3

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

E. 6.4

Per incapacità al lavoro s'intende qualsiasi incapacità, totale o parziale, derivante da un danno alla salute fisica, mentale o psichica di compiere un lavoro ragionevolmente esigibile

nella professione o nel campo di attività abituale. In caso d'incapacità al lavoro di lunga durata possono essere prese in considerazione anche le mansioni esigibili in un'altra professione o campo d'attività (art. 6 LPGA). L'incapacità al guadagno è definita all'art. 7 LPGA e consiste nella perdita, totale o parziale, della possibilità di guadagno sul mercato del lavoro equilibrato che entra in considerazione, provocata da un danno alla salute fisica, mentale o psichica e che perdura dopo aver sottoposto l'assicurato alle cure ed alle misure d'integrazione ragionevolmente esigibili. Per valutare la presenza di un'incapacità al guadagno sono considerate esclusivamente le conseguenze del danno alla salute; inoltre, sussiste un'incapacità al guadagno soltanto se essa non è obiettivamente superabile.

E. 7

Oggetto del contendere è la questione se A. _____ ha diritto ad una rendita intera in sostituzione della mezza rendita di cui già beneficia.

E. 7.1

Il ricorrente sostiene, alla luce della documentazione in suo possesso, di essere inabile al lavoro al 100% e altresì di soffrire di una sindrome mista ansioso depressiva (F 41.2) per cui è in cura dal 2012. A suo dire questa problematica influisce su un quadro clinico già complicato.

E. 7.2

L'Ufficio AI dal canto suo ammette il peggioramento dello stato di salute riscontrato nella perizia eseguita dal CPAS, ma sostiene che l'inabilità lavorativa provocata da detto peggioramento si sovrappone a quella precedentemente fissata nel 50% in attività adeguate (doc. B allegato doc. TAF 1).

E. 8.1

Giusta l'art. 17 cpv. 1 LPGA, se il grado d'invalidità del beneficiario delle rendite subisce una notevole modificazione, per il futuro la rendita è aumentata o ridotta proporzionalmente oppure soppressa, d'ufficio o su richiesta.

E. 8.2

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 allorché è durato tre mesi, senza interruzione notevole, e che presumibilmente continuerà a durare (art. 88a cpv. 1 OAI). Se la capacità al guadagno o la capacità di svolgere mansioni consuete peggiora, occorre tenere conto del cambiamento determinante il diritto a prestazioni non appena esso perdura da tre mesi senza interruzione notevole (art. 88a cpv. 2 OAI).

E. 8.3

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). La semplice valutazione diversa di circostanze di fatto che sono rimaste sostanzialmente invariate non giustifica una revisione ai sensi dell'art. 17 LPGA (DTF 112 V 372 consid. 2b e 390 consid. 1b, RCC 1987 p. 36, SVR 2004 IV n. 5 consid. 3.3.3).

L'istituto della revisione non deve costituire una base legale che possa giustificare un riesame senza condizioni del diritto alla rendita (cfr. anche: Rudolf Ruedi, Die Verfügungsanpassung als verfahrensrechtliche Grundfigur namentlich von Invalidenrentenrevisionen, in: Schaffhauser/Schlauri, Die Revision von Dauerleistungen in der Sozialversicherung, San Gallo, 1999, p. 15).

E. 8.4

Al fine di giudicare se sussistono indizi sufficienti per ritenere verosimile una modifica rilevante del grado d'invalidità, si deve considerare il periodo tra la decisione iniziale e quella che pronuncia la revisione. Il punto di partenza per la valutazione di una modifica del grado di invalidità suscettivo di incidere notevolmente sul diritto alla prestazione costituisce in particolare, dal profilo temporale, l'ultima decisione cresciuta in giudicato che è stata oggetto di un esame materiale del diritto alla rendita dopo contestuale accertamento pertinente dei fatti, apprezzamento delle prove e confronto dei redditi (DTF 133 V 108, 114 consid. 5.4) Nell'ambito della presente vertenza il periodo di riferimento è pertanto quello intercorrente tra la decisione del 10 dicembre 2008 (consid. E), con cui l'UAIE ha sostituito il diritto alla rendita intera AI con una mezza rendita a far tempo dal 1° febbraio 2009 ed il 24 maggio 2013 data della decisione impugnata.

E. 9.1

Per quanto risulta dagli atti, l'interessato non ha più lavorato dopo il 2 maggio 2005 (doc. 35).

E. 9.2

La nozione d'invalidità di cui all'art. 4 LAI e 8 LPGGA è di carattere giuridico economico e non medico (DTF 116 V 249 consid. 1b). In base all'art. 16 LPGGA, applicabile per il rinvio dell'art. art. 28a cpv. 1, 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). 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 (metodo generale del raffronto dei redditi).

E. 9.3

In assenza di documentazione economica, la documentazione medica costituisce un importante elemento di giudizio per determinare quali lavori siano ancora esigibili dall'assicurato, ma non spetta al medico graduare il grado d'invalidità dell'assicurato (DTF 114 V 314). Infatti, 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).

E. 9.4

Quanto alla valenza probatoria di un rapporto medico, determinante, secondo la giurisprudenza, è che i punti litigiosi importanti siano stati oggetto di uno studio approfondito, che il rapporto si fondi su esami completi, che consideri parimenti le censure espresse, che sia stato approntato in piena conoscenza dell'incarto (anamnesi), che la

descrizione del contesto medico sia chiara e che le conclusioni del perito siano ben motivate. Determinante quindi per stabilire se un rapporto medico ha valore di prova non è tanto né l'origine del mezzo di prova, né la denominazione, ad esempio, quale perizia o rapporto (sentenza del TF 8C_153/2007 del 7 maggio 2008; DTF 125 V 351 consid. 3a pag. 352; 122 V 157 consid. 1c pag. 160; Hans-Jakob Mosimann, Zum Stellenwert ärztlicher Beurteilungen, in: Aktuelles im Sozialversicherungsrecht, Zurigo 2001, pag. 266). Nella sentenza pubblicata in VSI 2001 pag. 106 segg. la Corte ha però ritenuto conforme al principio del libero apprezzamento delle prove (art. 40 PC e art. 19 PA, art. 95 cpv. 2, art. 113 e 132 vOG) definire delle direttive in relazione alla valutazione di determinate forme di rapporti e perizie.

E. 9.5

Una valutazione medica completa, comprensibile e concludente che, considerata a sé stante in occasione di un'unica (prima) valutazione del diritto alla rendita, andrebbe ritenuta probante, non assurge a prova attendibile in caso di revisione, se non attesta in modo sufficiente in che modo rispettivamente in che misura ha avuto luogo un effettivo cambiamento nello stato di salute. Sono tuttavia riservati i casi evidenti (SVR 2012 IV n. 18 pag. 81 consid. 4.2). Dalla perizia deve quindi emergere chiaramente che i fatti con cui viene motivata la modifica sono nuovi o che i fatti preesistenti si sono modificati sostanzialmente per quanto riguarda la loro natura rispettivamente la loro entità. L'accertamento di una modifica dei fatti è in particolare sufficientemente comprovata se i periti descrivono quali aspetti concreti nell'evoluzione della malattia e nell'andamento dell'incapacità lavorativa hanno condotto alla nuova valutazione diagnostica e alla stima dell'entità dei disturbi. Le summenzionate esigenze devono trovare riscontro nel tenore delle domande poste al perito (sentenza del TF 9C_158/2012 del 5 aprile 2013; SVR 2012 IV n. 18 pag. 81 consid. 4.3).

E. 10.1.1

Al momento in cui la rendita intera AI venne sostituita con una mezza rendita (consid. D), l'autorità amministrativa si era fondata su di una documentazione medica dalla quale traspariva che l'interessato presentava una diagnosi con influenza sulla capacità di lavoro di: esiti di encefalopatia da toxoplasmosi cerebrale con due crisi epilettiche (2002, 2006) a partenza focale con generalizzazione secondaria; infezione cronica da HIV nota dal 2001 in stato da toxoplasmosi cerebrale, attualmente viremia completamente soppressa e CD4 a 433 sotto trattamento con Trizivir; sindrome lombo vertebrale rispettivamente lombospondilogeno in presenza di stato dopo interventi di discectomia L4-L5 a sinistra nel 1999, L5-S1 a destra nel 2004; sindrome di attrito sottoacromiale più marcata alla spalla destra con componente tendinea flogistica senza indizi clinici per insufficienza di rilievo della cuffia dei rotatori. Veniva espressa una diagnosi senza influenza sulla capacità di lavoro di: stato dopo epatite cronica C del genotipo 3 guarita dopo terapia antivirale con interferone e ribavirina somministrati per un anno dal febbraio 2005 al febbraio 2006, senza segni di cirrosi alla biopsia del fegato nel 2004; viremia assente anche nei mesi dopo la fine della terapia antivirale; sonografia addominale normale, senza alterazioni morfologiche del fegato o splenomegalia; ipertensione arteriosa non trattata (cfr. perizia del SAM dell'8 ottobre 2007, doc. 62).

E. 10.1.2

A proposito delle conseguenze dello stato di salute i periti hanno attestato una capacità di lavoro limitata al 30% nell'ultima attività d'imballatore in industria tessile e del 50% in attività più adeguata (leggera, ergonomica, in assenza di carichi gravosi, consid. D).

E. 10.2.1

Al momento della domanda di revisione in esame, secondo il medico dell'Ufficio AI Dott. C. _____ (doc. 127), la richiesta accompagnata, in un secondo momento, da una RM lombosacrale del 26 gennaio 2012 (doc. 124-2), non poneva in evidenza né un peggioramento della situazione ortopedica, né di quella relativa alla problematica dell'HIV o della toxoplasmosi. La risonanza magnetica confermava infatti una situazione invariata rispetto ad un esame analogo del 12 settembre 2008. Nel corso della procedura di domanda di revisione non sono stati prodotti documenti che attestino una modifica sostanziale del quadro patologico (diagnosi) delle tre problematiche menzionate. Il dottor B. _____, chirurgo e medico curante dell'interessato ha infatti addotto, nel proprio rapporto dettagliato del 21 giugno 2012, che il paziente appare in discrete condizioni generali, nonostante accusi lombalgie recidivanti (doc. 126).

E. 10.2.2

Come sottolinea tuttavia il Dott. C. _____, il medico curante non aveva avanzato un peggioramento dello stato di salute dal punto di vista clinico, tuttavia la situazione psichiatrica prestava sufficienti ragioni per procedere ad una maggiore chiarificazione - all'assicurato era stata prescritta una visita specialistica (doc. 126 in fine) - per cui il consulente medico dell'Ufficio AI cantonale ha chiesto una verifica peritale.

E. 10.2.3

A. _____ è così stato visitato in due occasioni al CPAS di Bellinzona nel gennaio 2013. I medici incaricati hanno chiaramente esposto la diagnosi con ripercussioni invalidanti di sindrome mista ansioso-depressiva (ICD 10 F 41.2). Questa diagnosi collima con quella espressa dalla specialista psichiatra italiana Dott.ssa D. _____ nel suo referto (conosciuto dalle specialiste del CPAS) del 21 dicembre 2012 (doc. 141-11). Questa precisa diagnosi (F 41.2) è stata confermata dalla menzionata psichiatra l'8 aprile 2013. Pertanto, almeno fino alla data dell'impugnata decisione, 24 maggio 2013 (doc. 146-9), è quella che costituisce la base di discussione, sia delle specialiste del CPAS che della menzionata dottoressa italiana. Le sanitarie del CPAS hanno confrontato la situazione esistente nel 2007/2008, ove non veniva espressa una vera e propria diagnosi psichiatrica, con quella attuale. Rispetto alla precedente perizia psichiatrica del 2007 (effettuata al SAM, cfr. doc. 62 in toto e 62/37 in particolare) la situazione è peggiorata con la comparsa del quadro diagnostico sopra riferito ed in precedenza praticamente assente. Le perite descrivono del paziente tono, umore, affettività, idee, morale, interessi, comportamenti, stato d'animo in particolare in conseguenze delle malattie somatiche. Nel complesso tutti questi elementi sono normali o leggermente compromessi e, a tratti, piuttosto compromessi. In conclusione gli accertamenti psicologici eseguiti, hanno permesso di evidenziare la nota diagnosi la quale è generalmente posta quando i sintomi dell'ansia e della depressione sono contemporaneamente presenti, ma né gli uni né gli altri sono così evidenti da giustificare una diagnosi se considerati separatamente. Il quadro clinico non è dunque severo e non giustifica diagnosi più importanti. Nel dettaglio si rileva come il paziente non presenti significative alterazioni di attenzione e concentrazione, né dell'immagine personale; egli conserva una buona integrazione sociale, ha ottimi rapporti con i familiari, coltiva hobby,

mentre i disturbi sono piuttosto legati ad un tono dell'umore lievemente deflesso (...) un'affettività lievemente coartata, una lieve riduzione della quota energetica e della spinta volitiva, un lieve stato ansioso ed disturbi del sonno.

E. 10.3

Le psichiatre ritengono che la patologia in corso giustifichi un'incapacità di lavoro generale del 20% (rendimento ridotto, orario pieno). Le stesse precisano che, valutando le risorse residue, si giudica che la riduzione della capacità lavorativa dovuta a motivi psichici vada integrata e non sommata a quella legata alla malattie fisiche.

E. 10.4

Nel rapporto finale SMR del 15 febbraio 2013 il Dott. C. _____ riprende e condivide diagnosi e valutazione espresse dai medici del CPAS. Egli riassume come la sintomatologia psichica abbia subito un peggioramento rispetto alla situazione presente nel 2007/2008, mentre stando ai documenti relativi alle affezioni somatiche prodotti in questa procedura di domanda di revisione, la situazione è rimasta immutata. L'unico referto autenticamente oggettivo, ossia la RM della colonna lombare del 26 gennaio 2012, depone, esso stesso, per un quadro in sostanza invariato rispetto alla situazione precedente, mentre un breve referto neurochirurgico del 12 marzo 2012 (doc. 124-3) asserisce un peggioramento senza tuttavia indicarne i motivi.

E. 10.5

La certificazione della Dott.ssa D. _____, psichiatra di fiducia del ricorrente, nel referto del 21 dicembre 2012 (doc. 141-11) non si esprime sull'incidenza debilitante della diagnosi posta, limitandosi ad affermare che la terapia in corso ha evidenziato un compenso psicopatologico solo parziale. Il referto successivo dell'8 aprile 2013 (doc. 146-9) osserva unicamente che l'insorgenza della sintomatologia ed il protrarsi della stessa influiscono negativamente su un quadro clinico già complicato dalle malattie somatiche, senza tuttavia quantificare concretamente l'eventuale limitazione.

E. 10.6

Un'attenzione particolare può essere portata al certificato della psichiatra datato 20 settembre 2013, che aggiorna la diagnosi che evolve verso un disturbo dell'adattamento cronico con ansia ed umore depresso (F 43.22 secondo ICD 10) e che causerebbe una sostanziale compromissione delle capacità relazionali e lavorative (doc. H allegato doc. TAF 7). Esso, pur apportando un aggiornamento diagnostico, esula tuttavia, come il rapporto del Dott. H. _____ (consid. 10.7) dal periodo di cognizione giudiziaria. Come già spiegato al considerando 5, per lo scrivente Tribunale è determinante lo stato di fatto esistente fino alla data dell'impugnata decisione: esami e documenti medici stilati dopo questa data, di regola, non possono essere presi in considerazione. È vero che la giurisprudenza ha ammesso che il giudice della assicurazioni sociali può tenere conto dei fatti verificatisi dopo la data in questione quali essi possono imporsi quali elementi di accertamento retrospettivo della situazione anteriore alla decisione stessa (DTF 121 V 366 consid. 1b, 116 V 248 consid. 1a). Questa condizione, trovandoci peraltro in una procedura di revisione di una rendita in corso, non è tuttavia adempiuta nella specie, poiché la stessa specialista, nei suoi due precedenti referti, attesta chiaramente una situazione che collima con quanto accertato presso il CPAS. Un'eventuale evoluzione, ancora da provare e da esaminare in merito alle conseguenze valetudinarie, è avvenuta dopo il 24 maggio 2013, data dell'impugnata decisione e potrebbe costituire la base di una nuova domanda di

revisione.

E. 10.7

Altri referti medici sono stati esibiti dal ricorrente (cfr. procedura di audizione) ed un rapporto del Dott. H. _____ del 6 giugno 2013, internista, Lugano, nonché l'ecografia delle spalle e la TAC cervicale dell'8 luglio 2013. Ora, tutti questi referti, sono stati esaminati, rispettivamente dai Dott.ri C. _____ e G. _____, in sede di audizione e poi, in sede di risposta al ricorso, dal Dott. I. _____ (allegato doc. TAF 6). Queste certificazioni non apportano, secondo i medici, fondamentali novità dal punto di vista diagnostico, segnalando problematiche già conosciute da tempo.

E. 11

Dal tenore degli atti medici succitati emerge che lo stato di salute dell'assicurato è peggiorato da un punto di vista psichiatrico, fatto del resto ammesso dall'amministrazione, mentre risulta stabile per quanto riguarda le affezioni somatiche, già esistenti al momento della precedente revisione della rendita. Il peggioramento accennato dal dottor Alessandro non è motivato e non trova riscontro in altri atti medici (doc. 124/3), neppure di parte (si confronti il summenzionato rapporto dettagliato del dottor B. _____, doc. 126). Per quanto riguarda in particolare il danno alla salute psichiatrico nella decisione impugnata l'UAIE attesta che la documentazione specialistica acquisita all'incanto, in particolare la perizia del CPAS, oggettiva la modifica intervenuta e conferma la diagnosi posta dal medico curante (doc. 141 p. 8; si confronti anche il rapporto finale SMR del 15 febbraio 2013, doc. 143 p. 3). Al riguardo le perite precisano che l'inabilità lavorativa del 20% riconducibile alla sindrome mista ansioso depressiva risale al luglio 2012, data della presa a carico da parte della specialista (si confronti anche doc. 126) e che "rispetto alla precedente perizia psichiatrica del 2007 si registra la presenza di sintomi sia dell'aspetto ansioso che di quello depressivo; questi risultano evidenti sia dall'esame psichico che dal resoconto soggettivo dell'assicurato" (doc. 141 pag. 7- 9). Dalla perizia del SAM dell'8 ottobre 2007 non emerge infatti alcuna diagnosi psichiatrica, malgrado alcuni segni di disadattamento che allora non giustificavano alcuna riduzione della capacità lavorativa (doc. 62 pag. 15/16). Secondo l'amministrazione tuttavia tale modifica non esplica alcuna conseguenza sulla capacità lavorativa residua dell'assicurato, in quanto "l'inabilità data dal peggioramento riscontrato si sovrappone all'incapacità del 50% in attività adeguate già definita a suo tempo" (doc. B allegato doc. TAF 1). L'UAI si fonda in particolare sulle conclusioni delle perite del CPAS, le quali hanno precisato che "si tratta di un quadro clinico non severo e tale da non giustificare diagnosi più importanti". A proposito della capacità lavorativa le perite hanno attestato che "si giustifica una riduzione della capacità lavorativa del 20% (rendimento ridotto, orario pieno) per l'ultima e altre attività per quanto riguarda motivi strettamente psichiatrici. Valutando le risorse residue si giudica che la riduzione della capacità lavorativa dovuta a motivi psichiatrici vada integrata e non sommata a quella legata alle patologie fisiche". Tali conclusioni sono state confermate integralmente dal medico dell'UAI (doc. 143).

E. 12

A quanto sopra esposto può essere prestata adesione in quanto il referto del CPAS adempie i presupposti previsti dalla giurisprudenza federale in materia di fedefacenza delle perizie mediche. In particolare da un lato si fonda su esami completi, attesta in modo sufficiente le modifiche intervenute dopo l'allestimento della perizia del SAM, si confronta con i rapporti

medici agli atti, in particolare con quelli prodotti dal ricorrente (doc. 141 pag. 7) e dall'altro le conclusioni, in particolare a proposito della capacità lavorativa residua e dell'influenza di quest'ultima sulla capacità lavorativa già esistente e rimasta invariata per motivi somatici, sono debitamente motivate e pertanto convincenti. In effetti l'integrazione della capacità lavorativa residua in ambito psichiatrico in quella relativa ai disturbi somatici appare giustificata sia dal quadro clinico non severo, che emerge dai rilevamenti peritali, sia dalle risorse residue, che le perite hanno potuto verificare durante l'allestimento della perizia (si confronti in particolare p. 8). Del resto pure il dottor B. _____ attesta una capacità di concentrazione, comprensione, adeguamento e caricabilità non limitata (doc. 135 pag. 5). In proposito va rilevato che secondo il Tribunale federale il grado di incapacità lavorativa complessivo va stabilito in base ad una valutazione globale, un semplice cumulo dei gradi essendo inammissibile (sentenza del TF 9C_295/2013 del 20 giugno 2013 consid. 4.4). Inoltre, sempre secondo l'Alta Corte, la questione di sapere se i singoli gradi di inabilità lavorativa vanno sommati, e, se del caso, in quale misura, è una problematica squisitamente medica, che, di principio, il giudice non rimette in discussione (sentenza del TF 9C_400/2011 del 20 marzo 2012 che rinvia alla sentenza del Tribunale federale delle assicurazioni I 338/01 del 4 settembre 2001, pubblicata in RDAT I-2002 n. 72 pag. 485 consid. 2b; anche sentenza 9C_721/2012 del 24 ottobre 2012 consid. 4.2). Inoltre non vi sono documenti medici nell'incarto atti a mettere in discussione la conclusione succitata. La psichiatra curante si è infatti limitata a indicare che "l'insorgenza della sintomatologia ed il protrarsi della stessa influiscono negativamente su un quadro clinico già complicato dalle malattie somatiche", senza tuttavia precisare quali sarebbero le conseguenze sulla capacità lavorativa (doc. 146/9). Il curante inoltre non ha mai addotto in nessun certificato i motivi per cui un cumulo dei gradi sarebbe auspicabile (si confronti anche doc. H allegato doc. TAF 7). Lo stesso vale per il certificato del dottor H. _____ - che non dispone tra l'altro della specializzazione in psichiatria - secondo cui la sindrome ansioso-depressiva impedisce al paziente di svolgere qualsiasi attività lavorativa. Secondo i periti infine una reintroduzione rapida del mondo del lavoro non potrebbe che favorire l'assicurato, provocando una remissione della sintomatologia, in quanto il permanere nella situazione attuale di inattività potrebbe provocare una cronicizzazione (doc. 141 p. 9). Visto quanto sopra la perizia del tutto convincente del CPAS e le conclusioni del medico dell'UAI vanno pertanto poste alla base del presente giudizio.

E. 13

Poiché quindi, malgrado il peggioramento dello stato di salute da un punto di vista psichiatrico, né la documentazione esibita dall'interessato, né l'istruttoria complementare promossa dall'autorità inferiore, hanno documentato con il grado della verosimiglianza valido nelle assicurazioni sociali, anche un peggioramento dell'incapacità di lavoro di A. _____, non può essere intervenuta alcuna modifica rilevante del grado d'invalidità, atta a giustificare una revisione della rendita. In queste circostanze, il ricorso, in quanto infondato, è respinto e la decisione impugnata va confermata. 14.1 Visto l'esito del ricorso le spese processuali, di fr. 400.-, sono poste a carico del ricorrente e sono compensate con l'anticipo già fornito. 14.2 Per quel che concerne l'UAIE, le autorità federali non hanno diritto ad un'indennità a titolo di ripetibili (art. 7 cpv. 3 del regolamento del 21 febbraio 2008 sulle tasse e sulle spese ripetibili nella cause dinanzi al tribunale amministrativo federale [TS-TAF, RS 173.320.2]).

Export aus OpenCaseLaw (CC0). Verbindlich ist allein der vom erlassenden Gericht veröffentlichte Originaltext. Quellen-URL siehe oben.