

BVGer C-3936/2015 vom 24. Januar 2017

Bundesverwaltungsgericht, 2017-01-24, IT

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bvger_C-3936_2015

FR: TAF C-3936/2015 du 24 janvier 2017

IT: TAF C-3936/2015 del 24 gennaio 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 AI per le persone residenti all'estero.

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 LPGA (RS 830.1). Giusta l'art. 1 cpv. 1 LAI, le disposizioni della LPGA sono applicabili all'assicurazione per l'invalidità (art. 1a-26bis e 28-70), sempre che la LAI non deroghi alla LPGA.

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 LPGA), il ricorso - interposto tempestivamente e rispettoso dei requisiti previsti dalla legge (art. 60 LPGA nonché art. 52 PA) - è pertanto ammissibile.

E. 2

Oggetto del contendere è unicamente la questione se a ragione o meno l'amministrazione, con decisione del 26 maggio 2015, non è entrata nel merito della domanda di revisione della rendita presentata dall'assicurato in data 10 febbraio 2015 (doc. 166-168). Egli ritiene che la documentazione medica trasmessa attesti un peggioramento dello stato di salute, mentre l'amministrazione ritiene che la situazione è rimasta pressoché invariata.

E. 3.1

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. 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 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. 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.

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 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. 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 DTF 130 V 445 consid. 1.2).

E. 4.2

In concreto la domanda di revisione è stata presentata il 25/31 maggio 2013 (art. 88bis cpv. 1 lett. a OAI, doc. 90). Al caso in esame si applicano pertanto le disposizioni della 6a revisione della LAI (primo pacchetto), entrate in vigore il 1° gennaio 2012 e le disposizioni della LPGA vigenti a tale data.

E. 5.1

Il potere cognitivo di questo Tribunale è delimitato dalla data della decisione impugnata, in quanto il giudice delle assicurazioni sociali esamina il provvedimento 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 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. 5.2

Il ricorrente, come già menzionato, ha presentato la domanda di revisione il 10 febbraio 2015 (doc. 166). Il periodo di cognizione giudiziaria del Tribunale amministrativo federale si estende fino al 26 maggio 2015 (doc. 177), data dalla decisione impugnata (si confronti pure DTF 130 V 64 per quanto attiene alle decisioni di non entrata nel merito di una nuova domanda di rendita).

E. 6.1

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 4 cpv. 1 LAI). 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. 6.2

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. 6.3

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. 6.4

La nozione d'invalidità di cui all'art. 4 LAI e 8 LPGA è un concetto di carattere economico-giuridico e non medico (DTF 116 V 246 consid. 1b e 110 V 273; v. pure sentenze del TF 8C_636/2010 del 17 gennaio 2011 consid. 3 e 9C_529/2008 del 18 maggio 2009). 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. 7.1

Secondo l'art. 17 LPGA, 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. 7.2

Secondo la giurisprudenza del Tribunale federale, 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. Per conseguenza, 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 (sentenza del Tribunale federale I 870/05 del 2 maggio 2007; DTF 130 V 343 consid. 3.5). Peraltro, per procedere alla revisione di una rendita d'invalidità occorre che il grado d'invalidità abbia subito una notevole modifica (art. 17 cpv. 1 LPGA). A differenza di quanto prescritto dall'art. 17 cpv. 2 LPGA per le altre prestazioni durevoli, l'art. 17 cpv. 1 LPGA non esige in relazione alla revisione di una rendita d'invalidità una modifica notevole dello stato di fatto, ma (solo) una modifica notevole del grado d'invalidità. Questa modifica può risiedere sia in un cambiamento dello stato di salute sia in una modifica della componente lucrativa (DTF 133 V 545 consid. 6.1-6.3). Anche una modifica di poco conto nello stato di fatto determinante può così dare luogo a una revisione di una rendita dell'assicurazione per l'invalidità se tale modifica determina un superamento (per eccesso o per difetto) di un valore limite (DTF 133 V 545 consid. 6.3). In tale evenienza i parametri di calcolo dell'invalidità, compresi gli aspetti parziali del diritto alla rendita (quali sono segnatamente la determinazione del reddito con e senza invalidità), possono essere ridefiniti facendo capo alle regole applicabili al momento del nuovo esame (cfr. sentenza del Tribunale federale 9C_696/2007 consid. 5.1 e relativi riferimenti). Irrilevante è invece, una diversa valutazione di una fattispecie restata sostanzialmente immutata (DTF 112 V 371 consid. 2b).

E. 7.3

Giusta l'art. 87 cpv. 2 OAI, se è fatta domanda di revisione, nella domanda si deve dimostrare che il grado di invalidità o di grande invalidità o il volume dell'assistenza dovuta all'invalidità è modificato in misura rilevante per il diritto alle prestazioni.

E. 7.3.1

Il grado di prova richiesto dall'art. 87 cpv. 2 OAI (nel tenore in vigore dal 1 gennaio 2012, RU 2011 5679) è attenuato in quanto non è necessario che l'amministrazione raggiunga il convincimento, nel senso della verosimiglianza preponderante, che rispetto all'ultima decisione cresciuta in giudicato sia effettivamente subentrata una modifica rilevante. Basta piuttosto che sussistano almeno indizi plausibili a favore della circostanza invocata, ferma restando comunque la possibilità che la modifica invocata venga poi smentita da un più attento esame (v. sentenza del Tribunale federale 9C_708/2007 dell'11 settembre 2008 consid. 2.2 e relativi riferimenti).

E. 7.3.2

La condizione di verosimiglianza posta dall'art. 87 cpv. 2 OAI deve permettere all'amministrazione, che ha precedentemente rifiutato una prestazione o comunque una sua revisione con provvedimento cresciuto in giudicato, di scartare senza ulteriori esami nuove domande con le quali l'assicurato si limita a ripetere gli stessi argomenti, senza allegare una modifica di fatti determinanti (DTF 125 V 410 consid. 2b). In caso di nuova domanda o istanza di revisione, l'amministrazione deve esaminare se le allegazioni dell'assicurato sono, in maniera generale, plausibili, in altri termini se l'assicurato ha reso plausibile, e non verosimile nel senso della probabilità preponderante, una modifica significativa del suo stato di salute, suscettibile d'incidere sulla sua capacità lavorativa rispettivamente sul grado d'invalidità, rispetto a quella precedentemente ritenuta. Se ciò non è il caso, l'autorità competente può liquidare l'istanza senza ulteriori indagini con una decisione di non entrata nel merito. A tal proposito, occorre precisare che quanto più breve è il lasso di tempo trascorso dalla decisione precedente, tanto più rigorosamente l'amministrazione apprezzerà la plausibilità delle allegazioni dell'assicurato. Su questo aspetto, essa dispone di un certo margine di apprezzamento che il giudice è di principio tenuto a rispettare (v. sentenze del Tribunale federale 9C_708/2007 dell'11 settembre 2008 consid. 2.3 e relativi riferimenti, 9C_860/2007 del 10 dicembre 2008 consid. 5 e I 52/03 del 16 gennaio 2004 consid. 3).

E. 7.4

L'art. 88a cpv. 2 OAI (nel tenore in vigore dal 1° gennaio 2012, RU 2011 5679) prevede che se la capacità al guadagno o la capacità di svolgere le mansioni consuete peggiora, se la grande invalidità si aggrava o il bisogno di assistenza o di aiuto dovuto all'invalidità aumenta, il cambiamento va tenuto in considerazione non appena è durato tre mesi, senza interruzione notevole. L'art. 29 bis è applicabile per analogia. L'aumento della rendita, dell'assegno per grandi invalidi o del contributo per assistenza avviene al più presto se l'assicurato ha chiesto la revisione a partire dal mese in cui la domanda è stata inoltrata (art. 88bis cpv. 1 lett. a OAI, nel tenore in vigore dal 1° gennaio 2012, RU 2011 5679).

E. 8.1

Al fine di accertare se il grado di invalidità si è modificato in maniera tale da influire sul diritto alle prestazioni, si deve confrontare, da un lato, la situazione di fatto relativa all'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, e, dall'altro lato, la situazione di fatto vigente all'epoca del provvedimento litigioso (sentenza del Tribunale federale I 759/06 del 5 settembre 2007; DTF 133 V 108).

E. 8.2

Nel caso in esame il periodo di riferimento è quello intercorrente tra il 24 maggio 2013, data della decisione dell'UAIE, confermata da questo Tribunale con sentenza C-3466/13, mediante la quale è stata confermato il diritto alla mezza rendita AI ed il 26 maggio 2015, data della decisione impugnata. Nell'ambito della procedura conclusasi con giudizio del TAF del 24 settembre 2014 è stato accertato che da un punto di vista somatico, la situazione esistente al momento della decisione del 10 dicembre 2008, era immutata, mentre era insorta una patologia psichiatrica che provocava una riduzione della capacità lavorativa del 20%, da integrare tuttavia nell'incapacità lavorativa per motivi fisici.

E. 9.1

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 e fondata, 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 125 V 351 consid. 3a).

E. 9.2

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. 9.3

Non va infine dimenticato che se vi sono dei 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 Tribunale federale I 166/03 del 30 giugno 2004 consid. 3.3).

E. 10.1

Questo Tribunale rileva che la sostituzione di una rendita intera con una mezza rendita intervenuta nel 2008 si era fondata sulla perizia medica allestita dal SAM nel maggio 2007 (doc. 62 in toto). I sanitari avevano in particolare evidenziato la diagnosi (con influenza sulla capacità di lavoro) di (riassunto) esiti di encefalopatia da toxoplasmosi cerebrale con due crisi epilettiche nel 2002 e 2008, infezione cronica da HIV nota dal 2001 con toxoplasmosi cerebrale in trattamento con Trizivir, sindrome lombovertebrale, rispettivamente lombospondilogeno in stato dopo due interventi di discectomia L4-L5 a sinistra nel 1999 ed L5-S1 a destra nel 2004, sindrome da attrito sottoacromiale più marcata alla spalla destra con componente tendinea flogistica. Era inoltre presente una patologia senza influsso sulla capacità di lavoro consistente in uno stato dopo epatite cronica C, esiti di trattamento antivirale di detta patologia epatica, ipertensione arteriosa non trattata. A causa dei disturbi a livello ortopedico, neurologico ed infettivo i periti avevano valutato al 70% il grado d'inabilità lavorativa dell'interessato nella sua precedente funzione di operaio imballatore, mentre ritenevano che in attività meglio adeguate il grado di capacità lavorativa del paziente raggiungeva il 50% (ridotto rendimento sull'arco dell'intera giornata). Tale situazione era stata confermata nell'ambito della revisione avviata nel 2012 e terminata con la sentenza del TAF C-3466/13 succitata.

E. 10.2

Nel corso della revisione del 2012 alla precedente diagnosi, confermata, come detto, in quanto non erano stati evidenziati mutamenti delle patologie principali (ortopedica, infettiva e neurologica), è stata posta la diagnosi di sindrome mista ansioso-depressiva (ICD

10F41.2) con una ripercussione sulla capacità di lavoro del 20% non cumulabile con la valutazione dell'incidenza delle patologie somatiche di cui sopra (doc. 141).

E. 11.1

A suffragio della domanda di revisione in esame l'interessato si è limitato a produrre un rapporto di medicina interna del 9 marzo 2015 a firma Dott.ri C. _____ e D. _____ dell'Ospedale N. _____ di Varese ed un rapporto del medico curante non datato, ma situabile dopo il 6 febbraio 2015 (doc. 166), senza addurre concretamente in cosa sarebbe consistito il peggioramento dello stato di salute. In un secondo tempo l'interessato ha prodotto i risultati di un'ecografia muscolo-tendinea della spalla destra del 20 marzo 2015 (doc. 168 pag.3). Ora, il primo rapporto nemmeno indica la diagnosi completa, limitandosi ad elencare fatti anamnestici ampiamenti conosciuti, ricordando principalmente la patologia da HIV e gli interventi di ernia discale lombare, nonché la sindrome ansio-depressiva; viene altresì precisata la terapia in atto. Per il resto, all'esame obiettivo non vengono segnalati particolari problemi atti a far pensare ad un eventuale peggioramento del quadro patologico: "paziente vigile, lucido collaborante; soggettivamente depresso, toni cardiaci validi, ritmici, normofrequenti (...), linfadenopatia palpabili al collo, non dolenti; (...); addome trattabile, non dolente, né dolorabile alla palpazione (...), non segni di peritonismo, non segni indiretti di ipertensione portale, non soffi addominali, non soffi carotidei auscultabili, non xantelasma né xantom tendinei, non arco corneale, non edemi declivi. L'esame in parola non fa stato di eventuali urgenti provvedimenti da assumere a causa dello stato di salute del paziente, ma, anzi, sembra rilevare una situazione clinica statica non bisognosa di ulteriori cure se non quelle già in atto. In effetti in ordine alla dislipidemia ("condizione clinica nella quale sono presenti nel sangue elevate concentrazioni di lipidi") acquisita, accertata nel corso dell'esame, va rilevato che il medico ha ritenuto il profilo lipidico discretamente controllato, pur in assenza di terapia e di una dieta non controllata e ha rinunciato ad introdurre l'assunzione di statina. Nel rapporto non viene espresso infine alcun giudizio sul grado d'incapacità al lavoro del paziente.

E. 11.2

Il referto del Dott. E. _____, si limita dal canto suo ad un elenco cronologico anamnestico (dal 1995) fino al 2013. Il medico curante rileva l'ultima visita psichiatrica facente stato della nota sindrome ansioso-depressiva, accertata dai medici del CPAS nella precedente procedura di revisione, senza indicare alcuna limitazione della capacità lavorativa. Sia in relazione alla nuova TAC lombosacrale del 2015 che al nuovo referto ecografico muscolo-tendineo del 20 marzo 2015 non viene attestata alcuna limitazione della capacità lavorativa.

E. 11.3

Questi tre atti sono stati sottoposti al Dott. F. _____, il quale (doc. 169), ha evidenziato che l'attuale documentazione radiologica, peraltro priva di correlata descrizione clinica, evidenzia una problematica ben nota di tipo degenerativo a livello lombare e della spalla destra. Gli atti non sono pertanto sufficienti per comprovare una sostanziale modifica dello stato di salute con influsso sulla residua capacità lavorativa.

E. 11.4

In sede di audizione, A. _____ si è limitato a esibire nuovamente i due referti oggettivi sopra menzionati e la TAC lombosacrale del 6 febbraio 2015 (già riferita per esteso nel rapporto del Dott. E. _____), così come un breve rapporto di visita fisiatrica del aprile

2015 (doc. 171). Il Dott. F._____ ha rilevato come anche questa nuova documentazione non sia sufficiente per dimostrare un peggioramento della condizioni di salute e valetudinarie dell'interessato.

E. 11.5

Infine, in sede ricorsuale, l'interessato ha prodotto copia di un precedente certificato del Dott. E._____ e un nuovo breve certificato del medesimo medico del 16 giugno 2015 non apportante alcuna novità (doc. TAF 1, allegato D). Nel proprio rapporto il medico curante ribadisce infatti le note diagnosi. In sede di replica, l'interessato ha prodotto due Rx colonna cervicale e mano sinistra, atti che sono stati esaminati dal Dott. F._____, il quale ha dichiarato che la documentazione non mostra una sostanziale modifica dello stato di salute.

E. 11.6

Da quanto precede risulta che se è vero che l'assicurato ha prodotto alcuni documenti sanitari recenti, è altrettanto vero che, malgrado vengano indicate nuove patologie quali ad esempio la dislipidimia e manifestazioni artrosiche a livello cervicale, non vi è nessun atto di rilievo che renda plausibile un aggravamento delle condizioni di salute tale da incidere sulla capacità lavorativa. Trattasi in concreto di referti oggettivi non apportanti nulla di nuovo in tal senso, oppure succinti e ripetitivi certificati del medico curante, che ribadisce diagnosi già note nel 2008 e nel 2013 o, infine, poco significanti rapporti di terapie fisiatriche. In nessun atto - ad eccezione del certificato medico del dottor E._____ del 16 giugno 2015, che tuttavia va considerato una valutazione diversa di una situazione rimasta uguale considerate le diagnosi poste - viene quantificata l'incapacità lavorativa dell'assicurato né i motivi che giustificerebbero un suo peggioramento.

E. 11.7

In simili condizioni, come indicato dal Dott. F._____ dell'UAI, non vi è nulla che possa sovvertire e nemmeno scalfire la perizia effettuata al SAM nel 2007 né tantomeno l'indagine psichiatrica effettuata dal CPAS alla fine del 2012. Gli atti non impongono quindi ulteriori accertamenti da parte dell'UAIE.

E. 11.8

In virtù di quanto sopra esposto si deve concludere che il ricorrente non ha reso plausibile che è subentrata, rispetto al 2007/2012, una modifica del suo stato di salute suscettibile di giustificare l'entrata nel merito della sua domanda di revisione del 10 febbraio 2015. La decisione impugnata può quindi essere tutelata, mentre il ricorso, manifestamente infondato va respinto.

E. 12

Il giudice dell'istruzione, anteriormente o posteriormente ad uno scambio di scritti, decide quale giudice unico, con motivazione sommaria, i ricorsi manifestamente infondati (art. 85bis cpv. 3 LAVS in combinazione con l'art. 69 cpv. 2 LAI). Nel caso concreto il gravame, in considerazione fra l'altro degli scarsi documenti presentati e delle generiche argomentazioni addotte, deve ritenersi siccome manifestamente infondato. La presente sentenza può pertanto essere risolta a giudice unico.

E. 13.1

Le spese processuali, ammontanti a fr. 400.-, sono poste a carico del ricorrente e vengono compensate con l'anticipo già fornito l'8 luglio 2015.

E. 13.2

Visto l'esito del ricorso, non vengono riconosciute indennità per spese ripetibili (art. 64 PA a contrario). Le autorità federali non hanno diritto ad indennità a titolo di ripetibili (art. 7 cpv. 3 TS_TAF).

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