

BVGer C-583/2016 vom 18. Dezember 2017

Bundesverwaltungsgericht, 2017-12-18, IT

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bvger_C-583_2016

FR: TAF C-583/2016 du 18 décembre 2017

IT: TAF C-583/2016 del 18 dicembre 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, 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), che ha altresì pagato l'acconto spese, il ricorso - interposto tempestivamente e rispettoso dei requisiti previsti dalla legge (art. 60 LPGA nonché art. 52 PA) - è pertanto ammissibile.

E. 2.1.1

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. 2.1.2

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. 2.1.3

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. 2.1.4

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. 2.1.5

Il regolamento (CE) n. 883/2004 è stato inoltre 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 (cfr. sentenza del TF 8C_580/2015 del 26 aprile 2016 consid. 4.2 con rinvii).

E. 2.2.1

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 DTF 129 V 1 consid. 1.2).

E. 2.2.2

La domanda di revisione essendo stata presentata il 26 agosto 2015 (doc. UAI 197), al caso in esame si applicano di principio le disposizioni della 6a revisione della LAI (primo pacchetto) entrate in vigore il 1° gennaio 2012 e le eventuali modifiche successive intervenute fino alla data della decisione impugnata.

E. 3

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 pronunciata, e meglio il 17° dicembre 2015. 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 consid. 3a in fine).

E. 4

Oggetto del contendere è unicamente la questione se a ragione o meno l'UAIE, con decisione del 17 dicembre 2015, non è entrato nel merito della domanda di revisione della rendita presentata da A._____ in data 26 agosto 2015. Nella misura in cui il ricorrente solleva censure relative al merito della vertenza, segnatamente sul grado di invalidità, esse sono irricevibili.

E. 4.1

In particolare l'insorgente, fondandosi sulla documentazione medica prodotta, ritiene di aver dimostrato un peggioramento del suo stato di salute sia fisico che psichico tale da limitare completamente la sua capacità lavorativa (doc. TAF 1 e allegato).

E. 4.2

L'amministrazione considera per contro, segnatamente sulla base del rapporto del SMR del 30 settembre 2015 (doc. UAI 199) e del preavviso del 1° marzo 2016 (allegato al doc. TAF 7), che non vi sono i presupposti per indagare ulteriormente, ritenuto che dalla documentazione medica allegata alla domanda di revisione non risultava una modifica rilevante del grado d'invalidità, suscettibile di modificare le conclusioni a cui essa era giunta in occasione delle precedenti procedure di revisione.

E. 5.1

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. 5.2

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).

E. 5.3

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. 6.1

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. 6.2

Giusta l'art. 87 cpv. 2 OAI (RS 831.201), se è fatta domanda di revisione, nella domanda si deve dimostrare che il grado di invalidità o di grande invalidità o il bisogno di assistenza o di aiuto dovuto all'invalidità è cambiato in misura rilevante per il diritto alle prestazioni.

E. 6.2.1

Va altresì rammentato che il grado di prova richiesto dall'art. 87 cpv. 2 OAI 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, fermo restando comunque la possibilità che la modifica invocata venga poi smentita da un più attento esame (v. sentenze del TF 9C_367/2016 del 10 agosto 2016 consid. 2.2; 9C_708/2007 dell'11 settembre 2008 consid. 2.2 e relativi riferimenti).

E. 6.2.2

La condizione di plausibilità posta dall'art. 87 cpv. 2 OAI deve permettere all'amministrazione, che ha precedentemente rifiutato una prestazione (art. 87 cpv. 3 OAI) 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). Adita con una nuova domanda, 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, 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 TF 9C_367/2016; 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. 6.3

L'art. 88a cpv. 2 OAI prevede che se la capacità al guadagno o la capacità di svolgere le mansioni consuete peggiora, se la grande invalidità si aggrava o se 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'aumento della rendita, dell'assegno per grandi invalidi o del contributo per l'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).

E. 6.4

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 TF 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 TF 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. 7.1

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 consid. 5).

E. 7.2

Il diritto a prestazioni AI dell'assicurato è stato oggetto di cinque procedure di revisione concluse il 16 gennaio 2001 (doc. UAI 33), il 3 novembre 2008 (doc. UAI 87), il 28 giugno 2011 (doc. UAI 118), il 1° aprile 2014 (doc. UAI 166) e il 24 settembre 2014 (doc. UAI 186). In quest'ultima occasione l'autorità di prime cure non è entrata nel merito della domanda. Occorre rilevare che, contrariamente alle revisioni del 16 gennaio 2001 e del 3 novembre 2008, la procedura del 1° aprile 2014 è caratterizzata da un'istruttoria piuttosto ridotta. Con rapporto finale del 27 marzo 2014 (doc. UAI 165) il dott. F. _____ si è infatti limitato a confermare la diagnosi di epatite C cronica, rinviando per l'apprezzamento alla sua relazione dell'11 dicembre 2013, in cui aveva riassunto la situazione clinica dell'interessato (doc. UAI 128). L'autorità inferiore non sembra aver esaminato integralmente la copiosa documentazione prodotta dall'interessato (doc. UAI 135-161),

limitandosi ad indicare che non evidenziava una modifica significativa dello stato di salute. Malgrado ciò lo scrivente Tribunale ritiene che i numerosi documenti medici agli atti, dettagliati e con indicazioni particolareggiate relative alle diagnosi, permettono di dedurre un quadro esaustivo ed approfondito dello stato di salute del ricorrente e delle relative conseguenze. Il periodo di riferimento nell'ambito della presente vertenza è pertanto quello intercorrente tra il 1° aprile 2014, data della comunicazione mediante la quale l'UAIE ha confermato il diritto ad un quarto di rendita di invalidità (doc. UAI 166) e il 17 dicembre 2015, data della decisione impugnata (doc. UAI 201).

E. 8.1

La nozione d'invalidità di cui all'art. 4 LAI e 8 LPGA è di carattere giuridico economico e non medico (DTF 116 V 249 consid. 1b). In base all'art. 16 LPGA, applicabile per il rinvio dell'art. 28a cpv. 1 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). 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. 8.2

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

Nel caso di specie occorre esaminare se è perlomeno plausibile che, al momento dell'emanazione della decisione impugnata (17 dicembre 2015) è intervenuta, rispetto all'aprile 2014, una notevole modifica dello stato di salute del ricorrente (o delle conseguenze dello stesso sulla capacità lucrativa) o se invece, come sostenuto dall'autorità inferiore, tale presupposto non era adempiuto.

E. 10.1

In via preliminare questo Tribunale rileva che nel marzo 1999, momento in cui è stato riconosciuto il diritto ad una mezza rendita di invalidità dal maggio 1998 (doc. UAI 14-1 a 14-3), il dott. M._____, specialista in medicina interna, aveva posto le diagnosi di "chronische Hepatitis C mit Transaminasenerhöhung seit mindestens 1995, non-responder auf Interferon-Therapie Mai bis Juli 1997, Viruspersistenz unten Amantadin Monotherapie seit April 1998 (gestoppt); depressives Zustandsbild; chronisches lumbovertebrales und cervikospindylogenes Syndrom (doc. UAI 12).

E. 10.2

In seguito era stata assegnata una rendita intera dal 1° luglio 2000 (doc. UAI 33), ridotta poi il 4 gennaio 2007 ad un quarto di rendita con effetto dal 1° giugno 2005 (doc. UAI 57).

E. 11.1

In occasione della procedura di revisione promossa dall'Ufficio AI nel dicembre 2013 (doc. UAI 131), conclusasi il 1° aprile 2014 con la conferma del diritto a un quarto di rendita (doc. UAI 166) è stata assunta agli atti diversa documentazione medica (doc. UAI 135-161).

E. 11.1.1

Da un punto di vista reumatologico la valutazione radiologica del 21 giugno 2013 mostrava fenomeni di degenerazione artrosica somatica ed interapofisaria a carico dei metameri esaminati con riduzione di ampiezza del canale vertebrale per ipertrofia dei massicci articolari e protrusione discale postero-mediale a livello L4-L5 (doc. UAI 146).

E. 11.1.2

Con rapporto del 7 ottobre 2013 riguardante una procedura di invalidità promossa in Italia (doc. UAI 160) il dott. C. _____ aveva posto le diagnosi di epatite cronica HCV correlata, cardiopatia ipertensiva in I classe NYHA e di sindrome depressiva endoreattiva media e riconosciuto a A. _____ una percentuale di invalidità del 73%.

E. 11.1.3

Nel rapporto del 3 febbraio 2014 la dott.ssa D. _____ aveva posto le diagnosi di cardiopatia ipertensiva, valvulopatia mitro-aortica in compenso farmacologico, stato ansioso depressivo ed epatopatia (doc. UAI 143).

E. 11.1.4

Con perizia del 6 febbraio 2014 (doc. UAI 161, formulario E213), redatta all'attenzione dell'UAIE, la dott.ssa E. _____ aveva posto le diagnosi di epatopatia cronica HCV correlata (ICD 5714), artrosi polidistrettuale con maggiore impegno funzionale al rachide lombare e cervicale (osteoartrosi generalizzata, ICD 7150), depressione endoreattiva di grado moderato in terapia continuativa e cardiopatia ipertensiva in insufficienza valvolare mitralica moderata e tricuspidalica lieve (ICD 402). L'esperta aveva poi indicato che le condizioni di salute erano migliorate (pag. 7) e considerato A. _____ invalido (secondo le disposizioni italiane) nella misura del 70% nella precedente attività (pag. 9), malgrado l'avesse ritenuto capace di svolgere regolarmente attività pesanti (pag. 7) e la sua precedente attività (pag. 9). Essa ha infine reputato l'interessato in grado di svolgere a tempo pieno un lavoro adeguato alle sue condizioni (pag. 9).

E. 11.2

Con rapporto finale del 27 marzo 2014 (doc. UAI 165) il dott. F. _____ ha concluso che la documentazione prodotta non permetteva di evidenziare una modifica significativa dello stato di salute, confermato la diagnosi di epatite C cronica e rinviato per le altre diagnosi e l'apprezzamento della fattispecie alla sua precedente relazione dell'11 dicembre 2013 (doc. UAI 128).

E. 12

A sostegno della procedura di revisione promossa con scritto del 7 maggio 2014 (doc. UAI 168), terminata con un rifiuto di entrare nel merito (doc. UAI 186), A. _____ ha prodotto i seguenti referti medici (doc. UAI 171-182).

E. 12.1

Il rapporto del maggio 2014 (doc. UAI 176) in cui il dott. G. _____ ha posto le diagnosi di epatite cronica da HCV, stato ansioso depressivo, lombosciatalgia a sinistra e ipertensione arteriosa (doc. UAI 176).

E. 12.2

Il rapporto radiologico del dott. B. _____ del 6 giugno 2014 (doc. UAI 171) che ha in particolare evidenziato piccole protrusioni discali posteriori mediane a livello degli spazi intersomatici C4-C5, C5-C6 e C6-C7 che improntano la banda subaracnoidea anteriore e l'immagine midollare; protrusioni discali a livello degli spazi intersomatici L2-L3, L4-L5 ed L5-S1 che improntano la banda subaracnoidea anteriore ed il sacco durale e, a livello dello spazio intersomatico L4-L5, un'ernia discale posteriore mediana e paramediana sinistra a parziale estrinsecazione intraforaminale che comprime il sacco durale e la radice L4 omolaterale.

E. 13

In occasione della procedura di revisione avviata dal ricorrente il 26 agosto 2015 (doc. UAI 197), oggetto del presente procedimento, è stata assunta agli atti diversa documentazione medica (doc. UAI 188-196).

E. 13.1

Con rapporto del 18 maggio 2015 la dott.ssa D. _____ ha posto le diagnosi di cardiopatia ipertensiva in fase dilatativa, insufficienza aortica lieve, mitralica e tricuspidalica di grado moderato con lieve ipertensione polmonare, stato ansioso depressivo ed epatopatia (doc. UAI 188).

E. 13.2

Con rapporto del 10 giugno 2015 (doc. UAI 191, formulario E213), redatto all'attenzione dell'UAIE, il dott. H. _____ ha posto le diagnosi di disturbo depressivo in trattamento (depressione nevrotica, ICD 3004), epatopatia cronica anamnestica HCV correlata, discopatia lombare a modesta incidenza funzionale (discopatia toracica o lombare, ICD 7225) e ipertensione arteriosa. L'esperto ha poi indicato che le condizioni di salute erano migliorate rispetto alla precedente visita (pag. 7) e considerato A. _____ invalido (secondo il diritto italiano) nella misura del 50% nella sua precedente attività (pag. 9), malgrado l'avesse ritenuto capace di svolgere regolarmente attività pesanti (pag. 7) e la sua precedente attività (pag. 9). (in precedenza invalido al 70%; cfr. rapporto del 6 febbraio 2014, doc. UAI 161). Egli ha infine reputato l'interessato in grado di svolgere a tempo pieno un lavoro adeguato alle sue condizioni (pag. 9). Nella presa di posizione del 30 settembre 2015 (doc. UAI 199) il dott. F. _____, limitandosi nuovamente a indicare la diagnosi di epatite C, ha sostenuto che la documentazione prodotta non apportava alcun nuovo elemento, in particolare non vi era la presenza di nuove patologie con ripercussione sulla capacità lavorativa, precisando che, al contrario, il rapporto del 10 giugno 2015 evidenziava un miglioramento dello stato di salute.

E. 14.1

In sede ricorsuale l'insorgente ha prodotto una relazione medico legale del 29 gennaio 2016 (allegato al doc. TAF 1) in cui la dott.ssa I. _____, fondandosi sulla documentazione medica consegnatagli dall'assicurato inerente il periodo giugno 2013-gennaio 2016 e in gran parte già agli atti, (riassunta da pag. 2 a pag. 4, trasmessa allo scrivente Tribunale nel settembre 2017; allegati 1-14 al doc. TAF 12), ha posto le diagnosi di cardiopatia

ipertensiva in fase dilatativa con insufficienza valvolare mitralica, tricuspide e lieve ipertensione polmonare; spondilodiscoartrosi cervicale e lombare con protrusioni discali multiple ed ernia discale L4-L5; epatopatia cronica HCV correlata e sindrome depressiva endoreattiva in trattamento farmacologico e reputato l'assicurato totalmente inabile al lavoro, segnatamente notevolmente limitato nel compiere attività fisiche che comportino un impegno anche modesto (allegato al doc. TAF 1, pagg. 4 e 6).

E. 14.2

Tale referto e la documentazione su cui esso si basa, benché, in parte (doc. 1, 2 e 13 allegati al doc. TAF 12), redatta posteriormente alla pronuncia dell'UAIE, possono essere presi in considerazione nell'ambito della presente vertenza (v. sulla questione il considerando 3 del presente giudizio).

E. 14.3

In via preliminare giova rilevare che nella presa di posizione del 30 settembre 2015 relativa alla procedura di revisione oggetto del presente procedimento (doc. UAI 199), il dott. F._____ ha dichiarato che la documentazione prodotta dall'insorgente non permetteva di evidenziare una modifica significativa dello stato di salute, segnatamente non esistevano nuove patologie con ripercussione sulla capacità lavorativa. Il medico ha tuttavia ommesso di elencare esaustivamente le diagnosi deducibili dagli atti. Il parere si fonda inoltre su un rapporto medico E 213 (del 10 giugno 2015, doc. UAI 191) contraddittorio, considerato che il perito ritiene l'assicurato abile nella sua precedente attività, tuttavia invalido al 50%. Pure il preavviso della dott.ssa L._____ del 1° marzo 2016 inoltre (allegato al doc. TAF 7), sebbene più dettagliato, non elenca integralmente tutte le diagnosi, in particolare né l'ernia discale L4-L5 (in precedenza si trattava semplicemente di una protrusione, si confrontino doc. 141 e 171) né le numerose protrusioni discali a livello lombare e cervicale sviluppatasi nel frattempo (consid. 12.1.2). Contrariamente agli atti essa attesta quindi che non esistono nuovi danni alla salute. Ne consegue che la decisione impugnata si fonda su rapporti medici lacunosi, incompleti e pertanto inconcludenti, per quanto riguarda la plausibilità di un eventuale peggioramento dello stato di salute e della capacità lavorativa dell'assicurato.

E. 14.4.1

Da un punto di vista reumatologico/neurologico con rapporto del 29 gennaio 2016 la dott.ssa I._____ ha indicato che " attualmente [il paziente] lamenta un peggioramento della patologia artrosica con dolori articolari diffusi ma soprattutto agli arti superiori ed al rachide, con parestesie e deficit di forza alla mano bilateralmente " (allegato al doc. TAF 1 pagg. 1 e 2). L'esperta ha poi dichiarato che " da alcuni anni inoltre è affetto da una patologia artrosica che interessa il rachide, con protrusioni discali multiple a livello cervicale e lombare. Per tali patologie fu riconosciuta nel 2000 una inabilità lavorativa del 100% che successivamente, in occasione di una visita di revisione, fu ridotta al 42%. Attualmente il quadro clinico si è ulteriormente aggravato, infatti, da quanto è emerso dall'esame RM effettuato nel giugno 2014, è presente un'ernia discale L4-L5 che comprime il sacco durale e la radice L4 omolaterale che si traduce, a livello funzionale, in una marcata limitazione dei movimenti del tronco e frequenti episodi di lombosciatalgia che lo costringono spesso a sottoporsi a terapie antidolorifiche per lunghi periodi "(allegato al doc. TAF 1 pag. 5).

E. 14.4.2

Secondo questa Corte la documentazione prodotta rende perlomeno plausibile un peggioramento delle condizioni di salute reumatologica/neurologica del ricorrente. La valutazione radiologica del 21 giugno 2013 evidenziava in particolare fenomeni di degenerazione artrosica somatica ed interapofisaria e veniva già segnalata l'esistenza di una protrusione discale postero-mediale a livello L4-L5 (doc. UAI 146 e supra 11.1.1). Con rapporto del 6 febbraio 2014 la dott.ssa E._____ ha posto la diagnosi di artrosi polidistrettuale con maggiore impegno funzionale al rachide lombare e cervicale (osteoartrosi generalizzata [doc. UAI 161 e supra 11.1.4]). L'esame RM del 6 giugno 2014 evidenziava per contro la presenza di un'ernia discale L4-L5 che comprime il sacco durale e la radice L4 omolaterale con conseguenti frequenti episodi di lombosciatalgia. Esso indicava inoltre anche l'esistenza di numerose protrusioni discali a livello C4-C5, C5-C6, C6-C7 e L2-L3, L3-L4 e L5-S1 (doc. UAI 171 e supra 12.1.2). In conclusione, la problematica al rachide (sia lombare che cervicale) appare peggiorata a seguito della comparsa di un'ernia discale L4-L5 (in precedenza trattavasi unicamente di una protrusione), così come in generale della patologia artrosica con dolori articolari diffusi e conseguenti limitazioni funzionali (del rachide, dei movimenti del tronco, dell'elevazione delle spalle) e frequenti episodi di lombosciatalgia. In simili circostanze, accertata la plausibilità del peggioramento, perlomeno della situazione di salute reumatologica/neurologica, l'UAIE avrebbe dovuto verificare, tramite i necessari accertamenti medici, se la modifica si era realmente verificata con il grado di verosimiglianza preponderante valido nelle assicurazioni sociali, e quali erano le conseguenze sulla capacità lavorativa e sul grado di invalidità, entrando nel merito della domanda.

E. 14.5.1

Per quanto attiene alle patologie cardiache nel rapporto del 29 gennaio 2016 la dott.ssa I._____ ha indicato che " da alcuni anni inoltre il sig. A._____ è affetto da una cardiopatia ipertensiva che attualmente è in fase dilatativa. Dall'esame ecografico effettuato a gennaio 2016 (rapporto della dott.ssa D._____ del 4 gennaio 2016, allegato 1 al doc. TAF 12, testo dello scrivente) è emersa inoltre una lieve insufficienza della valvola tricuspide e della mitralica con lieve ipertensione polmonare. Il sig. A._____ lamenta infatti l'insorgenza di dispnea per sforzi anche lievi, per cui è limitato notevolmente nel compiere attività fisiche che comportino un impegno anche modesto " (allegato al doc. TAF 1 pagg. 1, 5 e 6).

E. 14.5.2

Le valutazioni e le diagnosi poste dalla perita (cfr. anche supra 14.1) ricalcano per l'essenziale quelle risultanti in particolare dai rapporti del dott. C._____ del 7 ottobre 2013 (" cardiopatia ipertensiva in I classe NYHA ", doc. UAI 160 e supra 11.1.2) e della dott.ssa D._____ del 3 febbraio 2014 (" cardiopatia ipertensiva, valvulopatia mitro-aortica ", doc. UAI 143 e supra 11.1.3), dalla perizia del 6 febbraio 2014 della dott.ssa E._____ (" cardiopatia ipertensiva in insufficienza valvolare mitralica moderata e tricuspideale lieve ", doc. UAI 161 e supra 11.1.4), nonché dai rapporti del 18 maggio 2015 della dott.ssa D._____ (" cardiopatia ipertensiva in fase dilatativa, insufficienza aortica lieve, mitralica e tricuspideale di grado moderato con lieve ipertensione polmonare ", doc. UAI 188, supra 13.1.1) e del dott. H._____ del 10 giugno 2015 (" ipertensione arteriosa ", doc. UAI 191, supra 13.1.2).

E. 14.6

Infine dagli atti di causa emerge che lo stato di salute sia dal punto di vista epatico che psichiatrico è stabile e sostanzialmente immutato da parecchi anni. Del resto le valutazioni in questi ambiti non sono state espressamente contestate dall'insorgente.

E. 14.7

A titolo abbondanziale giova rilevare che l'asserito miglioramento dello stato di salute attestato sia nella perizia della dott.ssa E._____ del 6 febbraio 2014 (doc. UAI 161) che nel rapporto del dott. H._____ del 10 giugno 2015 (doc. UAI 191), formulato in maniera generica e non oggettivo concretamente, non trova riscontro negli atti di causa. Inoltre esso sembra riferirsi unicamente all'ultima attività svolta dall'insorgente e riguarda comunque un grado di invalidità superiore al quarto (incapacità lavorativa del 70%, rispettivamente 50%). I rapporti infine non indicano tutte le diagnosi e traggono conclusioni contrarie agli atti; essi risultano pertanto incompleti ed inaffidabili.

E. 14.8

Alla luce di quanto appena esposto emerge che la decisione impugnata, che viola il diritto federale, dev'essere annullata. Gli atti di causa vanno pertanto rinviati all'UAIE affinché entri nel merito della domanda di revisione del 2 luglio 2015. Occorre in particolare che l'autorità di prime cure approfondisca dal profilo medico se il peggioramento dello stato di salute reso plausibile dall'assicurata si è verificato o meno. L'istruttoria presuppone pertanto l'esecuzione di una perizia pluridisciplinare (reumatologica/neurologica, psichiatrica e cardiologica). Alla luce delle risultanze istruttorie l'UAIE procederà poi ad un confronto dei redditi determinanti sulla base delle possibili attività sostitutive adeguate e si pronuncerà nuovamente sul grado di invalidità di A._____.

E. 15.1

Visto l'esito della procedura non si prelevano spese processuali (art. 63 cpv. 1 PA). L'anticipo spese, di fr. 400.-, versato dall'insorgente il 3 marzo 2016 (doc. TAF 5) verrà restituito al ricorrente.

E. 15.2

Ritenuto che l'insorgente è rappresentato in questa sede 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 sulle tasse e sulle spese ripetibili nelle cause dinanzi al Tribunale amministrativo federale del 21 febbraio 2008 [TS-TAF, RS 173.320.2]; cfr. pure DTF 132 V 215 consid. 6.2 secondo cui la parte che ha presentato ricorso in materia d'assegnazione o rifiuto di prestazioni assicurative è reputata vincente, dal profilo delle ripetibili, anche se la causa è rinviata all'amministrazione per complemento istruttorio e nuova decisione). La stessa, in assenza di una nota dettagliata, è fissata d'ufficio (art. 14 cpv. 2 TS-TAF) in 1'000 franchi, tenuto conto che il ricorrente è vincente e del lavoro effettivo ed utile svolto dal suo patrocinatore. L'indennità per ripetibili è posta a carico dell'UAIE.