

# **BVGer C-6221/2011 vom 19. Oktober 2011**

Bundesverwaltungsgericht, 2011-10-19, IT

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bvger\\_C-6221\\_2011](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bvger_C-6221_2011)

FR: TAF C-6221/2011 du 19 octobre 2011

IT: TAF C-6221/2011 del 19 ottobre 2011

## **Regeste**

Revisione della rendita

## **Erwägungen**

### **E. 1.1**

Il Tribunale amministrativo federale esamina d'ufficio e con piena cognizione la sua competenza (art. 31 e segg. della legge del 17 giugno 2005 sul Tribunale amministrativo federale [LTAF, RS 173.32]), 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 della legge federale del 19 giugno 1959 sull'assicurazione per l'invalidità (LAI, RS 831.20), i ricorsi contro le decisioni, ai sensi dell'art. 5 della legge federale del 20 dicembre 1968 sulla procedura amministrativa (PA, RS 172.021), 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 legge federale del 6 ottobre 2000 sulla parte generale del diritto delle assicurazioni sociali (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 nella misura in cui chiede l'annullamento della decisione impugnata (di non entrata nel merito della sua domanda di revisione del 14 luglio 2011). La causa verte, in effetti, sulla questione di sapere se l'UAIE abbia a ragione, o a torto, rifiutato di esaminare nel merito la domanda di revisione della rendita presentata dal ricorrente. Per contro, non compete a questo Tribunale di statuire anche sul merito della domanda di revisione. Nella misura in cui è chiesto più o altro che la semplice entrata nel merito, nel caso concreto il riesame della pratica, il ricorso è pertanto inammissibile (cfr. DTF 117 V 121 consid. 1 e DTF 116 V 265 consid. 2a).

### **E. 2.1**

Il 1° giugno 2002 sono entrati in vigore l'Accordo tra la Confederazione svizzera e la Comunità europea ed i suoi Stati membri sulla libera circolazione delle persone del 21 giugno 1999 (ALC, RS 0.142.112.681) ed il relativo Allegato II che regola il coordinamento dei sistemi di sicurezza sociale, nonché il Regolamento (CEE) n. 1408/71 del Consiglio del 14 giugno 1971 relativo all'applicazione dei regimi di sicurezza sociale ai lavoratori subordinati, ai lavoratori autonomi e ai loro familiari che si spostano all'interno della Comunità (RS 0.831.109.268.1), che si applica a tutte le rendite il cui diritto sorge a far data dal 1° giugno 2002 o successivamente e si sostituisce a qualsiasi convenzione di sicurezza sociale che vincoli due o più Stati (art. 6 Regolamento), come pure il Regolamento (CEE) n. 574/72 del Consiglio del 21 marzo 1972 relativo all'applicazione del Regolamento n. 1408/71 (RS 0.831.109.268.11). L'art. 3 del regolamento (CEE) n. 1408/71 sancisce il principio della parità di trattamento tra cittadini che risiedono in uno Stato membro della Comunità europea ed i cittadini svizzeri.

### **E. 2.2**

Giusta l'art. 20 ALC, salvo disposizione contraria contenuta nell'allegato II, gli accordi bilaterali tra la Svizzera e gli Stati membri della Comunità europea in materia di sicurezza sociale vengono sospesi a decorrere dall'entrata in vigore del presente Accordo qualora il medesimo campo sia disciplinato da quest'ultimo. Nella misura in cui l'Accordo, in particolare l'Allegato II che regola il coordinamento dei sistemi di sicurezza sociale (art. 8 ALC), non prevede disposizioni contrarie, l'organizzazione della procedura come pure l'esame delle condizioni di ottenimento di una rendita di invalidità svizzera sono regolate dal diritto interno svizzero.

### **E. 2.3**

L'art. 80a LAI, nella versione in vigore fino al 31 marzo 2012, sancisce espressamente l'applicabilità nella presente procedura, trattandosi di un cittadino che risiede nell'Unione europea, dell'ALC e dei Regolamenti (CEE) n. 1408/71 del Consiglio del 14 giugno 1971 e (CEE) n. 574/72 del Consiglio del 21 marzo 1972 relativo all'applicazione del Regolamento n. 1408/71. I nuovi Regolamenti (CE) n. 883/2004 e n. 987/2009 relativi al coordinamento dei sistemi di sicurezza sociale, entrati in vigore il 1° aprile 2012 nei rapporti tra la Svizzera e gli Stati membri dell'Unione Europea e che sostituiscono i Regolamenti (CEE) n. 1408/71 e (CEE) n. 574/72, non sono altresì applicabili al caso concreto.

### **E. 2.4**

Per costante giurisprudenza, l'ottenimento di una pensione straniera d'invalidità non pregiudica l'apprezzamento di un'invalidità secondo il diritto svizzero (v. sentenza del Tribunale federale I 435/02 del 4 febbraio 2003 consid. 2). Anche in seguito all'entrata in vigore dell'ALC, il grado d'invalidità di un assicurato che pretende una rendita dell'assicurazione svizzera è determinato esclusivamente secondo il diritto svizzero (DTF 130 V 253 consid. 2.4).

### **E. 3.1**

Secondo l'art. 2 LPGa, le disposizioni della legge stessa sono applicabili alle assicurazioni sociali disciplinate dalla legislazione federale, se e per quanto le singole leggi sulle assicurazioni sociali lo prevedano.

### **E. 3.2**

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 relativi riferimenti nonché DTF 129 V 1 consid. 1.2). La nuova domanda di revisione essendo stata presentata il 14 luglio 2011, al caso in esame si applicano di principio le disposizioni della 5a revisione della LAI entrate in vigore il 1° gennaio 2008 (cfr. sentenza del Tribunale federale 8C\_249/2010 del 1° giugno 2009; v. anche la sentenza del Tribunale amministrativo federale C-71/2010 del 25 giugno 2012). Al caso di specie, non sono per contro applicabili le disposizioni della 6a revisione della LAI (primo pacchetto) che sono entrate in vigore il 1° gennaio 2012 (FF 2010 1603).

#### **E. 4.1**

L'invalidità ai sensi della LPGA e della LAI è l'incapacità al guadagno totale o parziale presumibilmente permanente o di lunga durata che può essere conseguente ad infermità congenita, malattia o infortunio (art. 8 LPGA e 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. 4.2**

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%. In seguito all'entrata in vigore dell'Accordo sulla libera circolazione, la limitazione prevista dall'art. 29 cpv. 4, secondo cui le rendite per un grado d'invalidità inferiore al 50%, ma pari almeno al 40%, sono versate solo ad assicurati che sono domiciliati e dimorano abitualmente in Svizzera (art. 13 LPGA), non è più applicabile segnatamente quando l'assicurato è cittadino dell'UE o svizzero e risiede nell'UE (DTF 132 V 423 consid. 6.4.1 e sentenza del Tribunale federale I 702/03 del 28 maggio 2004 consid. 1 e relativi riferimenti).

#### **E. 4.3**

La nozione d'invalidità di cui all'art. 4 LAI e 8 LPGA è di carattere economico-giuridico e non medico (DTF 116 V 246 consid. 1b, DTF 110 V 273 e DTF 105 V 205). In base all'art. 16 LPGA, applicabile per il rinvio dell'art. 28 cpv. 2 LAI, per valutare il grado d'invalidità, il reddito che l'assicurato potrebbe conseguire esercitando l'attività ragionevolmente esigibile da lui dopo la cura medica e l'eventuale esecuzione di provvedimenti d'integrazione (reddito da invalido), tenuto conto di una situazione equilibrata del mercato del lavoro, è confrontato con il reddito che egli avrebbe potuto ottenere se non fosse diventato invalido (reddito da valido; metodo generale del raffronto dei redditi).

#### **E. 4.4**

L'assicurazione svizzera per l'invalidità risarcisce pertanto, e di principio, soltanto la perdita economica che deriva da un danno alla salute fisica o psichica dovuto a malattia o infortunio, non la malattia o la conseguente incapacità lavorativa.

#### **E. 4.5**

Benché l'invalidità sia una nozione economico-giuridica, le certificazioni mediche possono costituire importanti elementi per apprezzare il danno invalidante e per determinare quali lavori siano ancora ragionevolmente esigibili dall'assicurato (DTF 115 V 133 consid. 2 e DTF 114 V 310 consid. 3c).

#### **E. 5.1**

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. 5.2**

Giusta l'art. 87 cpv. 3 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. 5.3.1**

Va altresì rammentato che il grado di prova richiesto dall'art. 87 cpv. 3 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, 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. 5.3.2**

La condizione di verosimiglianza posta dall'art. 87 cpv. 3 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). Adita con una nuova domanda, l'amministrazione deve così cominciare con l'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 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. 5.4**

L'art. 88a cpv. 2 OAI prevede che se la capacità al guadagno o la capacità di svolgere le mansioni consuete peggiora oppure se la grande invalidità si aggrava o l'assistenza dovuta all'invalidità aumenta, occorre tenere conto del cambiamento determinante il diritto a prestazioni non appena esso perdura da tre mesi senza interruzione notevole. L'aumento della rendita o dell'assegno per grandi invalidi 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 OAI).

#### **E. 5.5.1**

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 LPGGA). A differenza di quanto prescritto dall'art. 17 cpv. 2 LPGGA per le altre prestazioni durevoli, l'art. 17 cpv. 1 LPGGA 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. 5.5.2**

Per giustificare un'entrata nel merito di una nuova domanda di revisione è dunque fra l'altro necessario, ma anche sufficiente, che l'istante renda plausibile, nel senso indicato al considerando 5.3 del presente giudizio, che le conseguenze sulla capacità di guadagno di uno stato di salute rimasto invariato hanno subito un cambiamento significativo. Contrariamente a quanto ritenuto dall'autorità inferiore, è quanto è avvenuto nel caso concreto, per i motivi di cui si dirà di seguito (cfr, in particolare, considerando 7 del presente giudizio).

#### **E. 5.6.1**

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 dell'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. 5.6.2**

Il ricorrente non avendo richiesto dall'UAIE l'emanazione di una decisione, nonostante un'esplicita richiesta in tal senso da parte dell'autorità inferiore, il periodo di riferimento nell'ambito della presente vertenza è quello intercorrente tra l'11 aprile 2011, data appunto dell'ultima comunicazione dell'UAIE mediante la quale è stata confermata l'erogazione di un quarto di rendita (sulla questione del valore di decisione di una comunicazione, v. le sentenze del Tribunale federale 8C\_747/2011 del 9 febbraio 2012 consid. 4.1 e 9C\_771/2009 del 10 settembre 2010 consid. 2.1), e il 19 ottobre 2011, data della decisione impugnata. L'esito della presente vertenza non sarebbe altresì diverso neppure qualora si volesse, per denegata ipotesi, considerare come periodo di riferimento quello intercorrente tra la decisione dell'UAIE del 18 dicembre 2007, mediante la quale la rendita intera d'invalidità è stata sostituita da un quarto di rendita, oppure la decisione dell'UAIE del 29 aprile 2009, mediante la quale è stato deciso che non erano date le condizioni per un esame di merito della domanda di revisione, e la data della decisione impugnata del 19 ottobre 2011. In effetti, ed in ogni caso, l'insorgente ha reso plausibile la sopravvenienza di circostanze (aggravamento) suscettibili di originare una modifica del grado di invalidità (cfr. considerando 7 del presente giudizio) e dunque l'entrata nel merito della sua domanda di revisione del 14 luglio 2011.

### **E. 6.1**

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. 6.2**

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. 6.3**

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. 7.1**

Questo Tribunale osserva che l'11 aprile 2011, momento in cui è stato confermato il diritto del ricorrente all'erogazione di un quarto di rendita d'invalidità, è stato rilevato, in particolare sulla base del rapporto del 7 aprile 2011 del dott. F.\_\_\_\_\_ (doc. 140), che l'interessato era affetto da lombosciatalgia bilaterale prevalentemente a destra da spondiloartrosi osteofitosa e ernie discali multiple con radicolopatia cronica di L4, L5 ed S1, claudicatio neurogena da stenosi del canale vertebrale e gonartrosi a discreta incidenza funzionale.

### **E. 7.2**

Nell'ambito della procedura di revisione promossa con istanza del 14 luglio 2011, dalla documentazione medica agli atti (cfr. segnatamente il rapporto ortopedico dell'8 luglio 2011 del dott. G.\_\_\_\_\_ [doc. 158]) emerge che il ricorrente soffre di grave insufficienza vertebrale del rachide dorso-lombo-sacrale ad elevata incidenza funzionale con lombosciatalgia prevalentemente a destra da spondiloartrosi osteofitosa ed ernie discali multiple con radicolopatia cronica di L4, L5 ed S1 in paziente già operato di erniectomia L4-L5, claudicatio neurogena da stenosi del canale vertebrale e gonartrosi destra a discreta incidenza funzionale. Secondo il dott. G.\_\_\_\_\_ (ma anche secondo il dott. H.\_\_\_\_\_ [cfr. rapporto medico dell'11 luglio 2011 {doc. 159}]), tali patologie dell'apparato locomotore comportano una riduzione della capacità lavorativa dell'assicurato pari al 100%.

### **E. 7.3**

Il dott. I.\_\_\_\_\_, medico dell'UAIE, nel rapporto del 10 agosto 2011 (doc. 164), su cui si fonda la decisione impugnata, ha ritenuto che in virtù della documentazione medica esibita, non è ravvisabile, rispetto a quanto ritenuto nell'aprile del 2011, alcun indizio concreto di una modifica significativa dello stato di salute dell'insorgente. Detto medico ha constatato che il ricorrente soffre di lombosciatalgie, patologia che non avrebbe subito mutamenti significativi da molto tempo.

### **E. 7.4**

Tale valutazione, contraria alle risultanze processuali, non può essere condivisa. Per quanto risulta dagli atti di causa, occorre certo rilevare che la diagnosi posta nel rapporto ortopedico dell'8 luglio 2011 (doc. 158) appare nella sostanza, come sostenuto dal dott. I.\_\_\_\_\_, sovrapponibile con quella specificata nel rapporto ortopedico del dott. G.\_\_\_\_\_ del 16 dicembre 2010 (doc. 157). Tuttavia, l'incidenza funzionale delle patologie ortopedico-reumatologiche diagnosticate all'insorgente ha invece subito, da luglio 2011, un cambiamento significativo. In effetti, nel menzionato rapporto ortopedico dell'8 luglio 2011, il dott. G.\_\_\_\_\_ ha esplicitamente indicato un peggioramento delle conseguenze sulla capacità di guadagno di uno stato di salute che almeno nella sua descrizione appare sostanzialmente invariato. In altri termini, rispetto alla sua precedente valutazione del 16 dicembre 2010, secondo il dott. G.\_\_\_\_\_, specialista in ortopedia e traumatologia, l'incapacità lavorativa del ricorrente è passata dal 90% (rapporto del 16 dicembre 2010 [v. doc. 157]), al 100%. Lo stesso medico aveva peraltro concluso, nel rapporto ortopedico del marzo 2007 (doc. 151), che la capacità lavorativa dell'insorgente risultava ridotta in misura pari all'80%. Con un aumento del 10% dell'incidenza delle sue affezioni sulla capacità lavorativa a luglio 2011 rispetto a dicembre 2010 (del 20% rispetto a marzo 2007), l'insorgente ha senza alcun dubbio reso plausibile, ai sensi di legge e nonostante che non sia trascorso molto tempo tra le due valutazioni del dott. G.\_\_\_\_\_ del 16 dicembre 2010 e dell'8 luglio 2011, un peggioramento significativo legittimante l'entrata

nel merito della sua domanda di revisione del 14 luglio 2011. Basti ancora rilevare che se nel rapporto ortopedico del 16 dicembre 2010 (doc. 157) era indicato che il ricorrente lamentava delle difficoltà alla deambulazione, la situazione appare essersi modificata significativamente anche su questo punto a partire al più tardi dall'11 luglio 2011, data del rapporto medico del dott. H. \_\_\_\_\_ (doc. 159), da cui risulta che il ricorrente presenta un deficit notevole alla normale deambulazione. Anche tale rapporto corrobora la conclusione secondo la quale l'insorgente ha reso plausibile la sopravvenienza di un peggioramento significativo delle sue condizioni senz'altro suscettibile di influire sul suo grado d'invalidità e dunque di giustificare l'entrata nel merito della sua domanda di revisione del 14 luglio 2011.

#### **E. 7.5**

Nel rapporto medico del 27 marzo 2012, la dott.ssa J. \_\_\_\_\_, medico dell'UAIE (doc. 168), ha certo ritenuto, sulla base della documentazione medica prodotta in sede di replica (doc. TAF 10), che sussiste un peggioramento dello stato di salute del ricorrente solo a partire dal 22 febbraio 2012, nel senso che a partire da tale data l'insorgente non è più in grado di mettere a profitto la sua residua capacità lavorativa su un mercato del lavoro equilibrato e presenta un'incapacità al lavoro del 70%, anche in un'attività sostitutiva adeguata. Il medico ha, in particolare, rilevato che il referto di risonanza magnetica del 22 febbraio 2012 (doc. TAF 10) evidenzia una progressione delle alterazioni degenerative alla colonna vertebrale rispetto al referto dell'esame effettuato nel 2006 (segnatamente scomparsa della fisiologica lordosi, protrusioni e discopatie a strati, stenosi canale serrata in L3-L4, artrosi a strati) e che il rapporto ortopedico del 5 marzo 2012 del dott. G. \_\_\_\_\_ (doc. TAF 10) fa stato (rispetto al precedente rapporto dell'8 luglio 2011 [v. doc. 158]) di parestesie soprattutto all'arto inferiore destro, di difficoltà a passare alla posizione retta del rachide nonché di difficoltà alla deambulazione dovute alla gonartrosi. Questo Tribunale reputa tuttavia che il ricorrente ha reso verosimile che sin da luglio 2011 sia subentrata, rispetto ad aprile 2011, una modifica del suo stato di salute suscettibile d'incidere sul grado d'invalidità allora ritenuto (v. considerando 7.4 del presente giudizio). Il fatto che la situazione possa essersi ulteriormente aggravata da luglio 2011 a febbraio 2012 non esclude, anzi corrobora, la plausibile esistenza di un aggravamento già prima dell'effettuazione dell'IRM lombare del 22 febbraio 2012, come peraltro segnalato dallo specialista dott. G. \_\_\_\_\_ già nel rapporto dell'8 luglio 2011, dal momento che le conclusioni diagnostiche dei rapporti dell'8 luglio 2011 e del 5 marzo 2012 sono sostanzialmente sovrapponibili.

#### **E. 7.6**

Peraltro, conto tenuto delle considerazioni che precedono, anche se si volesse confrontare la situazione fino alla data della decisione impugnata con quella esistente al momento della pronuncia della decisione dell'UAIE del 18 dicembre 2007, mediante la quale la rendita intera d'invalidità è stata sostituita da un quarto di rendita, oppure della pronuncia della decisione dell'UAIE del 29 aprile 2009, mediante la quale è stato deciso che non erano date le condizioni per un esame di merito della domanda di revisione, il risultato non cambierebbe. Basti in particolare rilevare che rispetto alle risultanze dell'esame dell'8 luglio 2011 (v. doc. 158) dai rapporti medici oggettivi che sono serviti quale base della decisione del 18 dicembre 2007 (doc. 41 e 60 a 64) veniva posta una diagnosi da cui risultava un'incidenza funzionale che avrebbe legittimato un'incapacità lavorativa dell'80% (e quindi non del 100% come nel menzionato rapporto del luglio 2011). Inoltre, dai rapporti medici

oggettivi serviti quale base della decisione del 29 aprile 2009 (doc. 97, 104 e 105) discendeva un'incidenza funzionale delle affezioni riscontrate che avrebbe legittimato un'incapacità lavorativa del 90% (cfr. segnatamente doc. 105) e non del 100% come in luglio 2011.

#### **E. 7.7**

Peraltro, anche volendo prescindere dal fatto che l'autorità inferiore non è (a torto) entrata nel merito della domanda di revisione del ricorrente del 14 luglio 2011 e che solo tale decisione di non entrata nel merito è oggetto del presente ricorso, non sarebbe comunque possibile allo stato attuale dell'istruttoria determinarsi nel merito della vertenza, ossia sull'effettivo nuovo grado d'invalidità dell'insorgente. Occorre in effetti che l'UAIE proceda ai necessari approfondimenti dal profilo medico. Il completamento dell'istruttoria presuppone l'effettuazione di una perizia ortopedico-reumatologica e di un rapporto dettagliato sullo stato di salute generale dell'interessato (rapporto dettagliato E 213), nonché di ogni altra investigazione che dovesse rendersi necessaria sulla base delle risultanze dei citati perizia e rapporto E 213. In altri termini, non è possibile determinarsi nel merito della vertenza con riferimento all'effettiva incidenza sulla capacità lavorativa del rilevato e plausibile peggioramento dello stato di salute del ricorrente, senza procedere ad un ben più approfondito esame della fattispecie di cui trattasi. La decisione impugnata, che viola il diritto federale, incorre pertanto nell'annullamento.

#### **E. 8.1**

Quando il Tribunale amministrativo federale annulla una decisione, esso può sostituirsi all'autorità inferiore e giudicare direttamente nel merito o rinviare la causa, con istruzioni vincolanti, all'autorità inferiore per un nuovo giudizio (cfr. sentenza del Tribunale amministrativo federale C-5407/2010 del 17 settembre 2012 consid. 10.1). In particolare, esso si sostituirà all'autorità inferiore se gli atti sono completi e comunque sufficienti a statuire sull'applicazione del diritto federale (v. sentenza del Tribunale federale 9C\_162/2007 del 3 aprile 2008 consid. 2.3 e relativi riferimenti; DTF 126 II 43 e DTF 125 II 326). Tale non è il caso nella presente fattispecie per i motivi precedentemente indicati.

#### **E. 8.2**

Gli atti di causa sono pertanto rinviati all'autorità inferiore affinché la stessa proceda a completare l'accertamento dei fatti giuridicamente rilevanti con riferimento allo stato di salute del ricorrente - segnatamente con un esame sullo stato di salute generale (rapporto medico su modulo E 213) e con una perizia ortopedico-reumatologica, nonché con ogni ulteriore esame che l'evoluzione nel tempo dello stato di salute dell'insorgente dovesse rendere necessario (cfr., sulla possibilità di un rinvio all'autorità inferiore in siffatte circostanze, DTF 137 V 210 4.4.1.4) - nonché a pronunciare una nuova decisione.

#### **E. 8.3**

Occorre peraltro rilevare che nell'ambito dell'accertamento ancora da esperire dall'autorità inferiore, a seguito del rinvio degli atti di causa, non sussiste l'eventualità di una nuova decisione dell'UAIE a detrimento dell'insorgente (cfr., sulla questione, DTF 134 V 314 consid. 3.2.4). In altri termini, nell'ambito della nuova procedura dinanzi all'UAIE il quarto di rendita attribuito con decisione dell'UAIE del 18 dicembre 2007, e legato alla problematica ortopedico-reumatologica, è già definitivamente acquisito perlomeno fino alla data della decisione impugnata del 19 ottobre 2011 (limite di cognizione temporale nel caso di specie). In tale contesto, resta aperta solo la questione di sapere se il peggioramento

dell'affezione ortopedico-reumatologica reso plausibile dal ricorrente possa pure comportare un aumento del quarto di rendita accordato al ricorrente. In effetti, e come precedentemente accennato, una soppressione totale della rendita non è ipotizzabile, dal momento che la sola affezione ortopedico-reumatologica, già compiutamente accertata, comporta sicuramente, ad essa sola, la concessione di perlomeno un quarto di rendita, fino al 19 ottobre 2011, ciò che non è peraltro mai stato messo in discussione, neppure dall'autorità inferiore.

#### **E. 9.1**

Visto l'esito della procedura, non sono prelevate delle spese processuali (art. 63 PA). La domanda di assistenza giudiziaria, nel senso della dispensa dal versamento delle spese processuali, è pertanto divenuta senza oggetto.

#### **E. 9.2**

Ritenuto che l'insorgente non è rappresentato in questa sede e che non risulta che abbia dovuto sopportare delle spese indispensabili e relativamente elevate in relazione alla procedura di ricorso, non si giustifica l'attribuzione 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]). (dispositivo alla pagina seguente)

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