

BVGer C-6368/2015 vom 19. Juli 2017

Bundesverwaltungsgericht, 2017-07-19, IT

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bvger_C-6368_2015

FR: TAF C-6368/2015 du 19 juillet 2017

IT: TAF C-6368/2015 del 19 luglio 2017

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. 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

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

E. 2.2

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

E. 2.3

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

E. 2.4

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

E. 3.1

Dal profilo temporale sono applicabili le disposizioni in vigore al momento della realizzazione dello stato di fatto che deve essere valutato giuridicamente o che produce conseguenze giuridiche (DTF 136 V 24 consid. 4.3 e 130 V 445 consid. 1.2 e relativi riferimenti nonché 129 V 1 consid. 1.2).

E. 3.2

La domanda di revisione essendo stata presentata il 5 marzo 2015 (doc. UAIE 150-1 a 150-6), 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 successive modifiche.

E. 3.3

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 9° settembre 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 9 settembre 2015, non è entrato nel merito della domanda di revisione della rendita presentata da A._____ in data 5 marzo 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. 4.2

L'amministrazione ritiene per contro, segnatamente sulla base del rapporto del SMR del 30 giugno 2015 (doc. UAIE 153), 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 della procedura di revisione avviata nel 2014 (doc. UAIE 156 e rapporto del 21 gennaio 2016 del dott. U._____ allegato al doc. TAF 10).

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 verosimiglianza 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 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 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

L'autorità di prime cure ha proceduto a due revisioni conclusesi il 27 settembre 2011 (doc. UAIE 127), rispettivamente il 12 febbraio 2015 (doc. UAIE 145). Occorre rilevare che, contrariamente alla prima, quest'ultima procedura è caratterizzata da un'istruttoria lacunosa ed insoddisfacente. Dal punto di vista somatico nella presa di posizione del 15 novembre 2014 (doc. UAIE 143) il dott. U. _____ si è limitato a confermare le incapacità lavorative riconosciute in precedenza, senza analizzare in concreto la documentazione prodotta dall'interessato (cfr. certificato medico del dott. S. _____ del 24 aprile 2014 [doc. UAIE 148]). Allo stesso modo, quo all'aspetto psichiatrico, il dott. V. _____ con rapporto del 10 febbraio 2015 (doc. UAIE 144) ha analizzato in maniera piuttosto succinta gli atti medici trasmessi dall'insorgente (cfr. rapporto del 2 ottobre 2014 del dott. T. _____ [doc. UAIE 137]). Di contro, con esaustivo e particolareggiato rapporto del 18 settembre 2011 (doc. UAIE 126), il dott. R. _____ ha analizzato in maniera approfondita, sia per quanto attiene l'aspetto somatico che quello psichiatrico, la documentazione medica presentata dall'assicurato, in particolare i doc. UAIE 120-123 (consid. G). Il periodo di riferimento nell'ambito della presente vertenza è pertanto quello intercorrente tra il 27 settembre 2011,

data della comunicazione mediante la quale l'UAIE ha una prima volta confermato il diritto ad una mezza rendita di invalidità (doc. UAIE 127) e il 9 settembre 2015, data della decisione impugnata (doc. UAIE 156).

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. 8.3

In particolare, secondo l'art. 43 LPGA (in combinazione con l'art. 57 LAI), l'assicuratore esamina le domande, intraprende d'ufficio i necessari accertamenti e raccoglie le informazioni di cui ha bisogno. Conformemente all'art. 59 cpv. 1 LAI, gli Uffici AI si organizzano in modo da garantire che i compiti elencati nell'art. 57 siano eseguiti con professionalità ed efficienza nel rispetto delle prescrizioni e delle istruzioni della Confederazione e, giusta il capoverso 2, approntano i servizi medici regionali interdisciplinari. Secondo l'art. 59 cpv. 2bis LAI, i servizi medici regionali sono a disposizione degli uffici AI per valutare le condizioni mediche del diritto alle prestazioni, stabiliscono la capacità funzionale dell'assicurato - determinante per l'AI secondo l'articolo 6 LPGA - di esercitare un'attività lucrativa o di svolgere le mansioni consuete in una misura ragionevolmente esigibile e sono indipendenti per quanto concerne le decisioni in ambito medico nei singoli casi. Scopo e senso dell'art. 59 cpv. 2bis LAI, come pure dell'art. 49 OAI, risiedono nella possibilità, per gli uffici AI, di fare capo a propri medici per la valutazione degli aspetti sanitari del diritto alla rendita.

E. 8.4

Quanto alla valenza probatoria di un rapporto medico, determinante, secondo la giurisprudenza, è che i punti litigiosi importanti siano stati oggetto di uno studio approfondito, che il rapporto si fondi su esami completi, che consideri parimenti le censure espresse, che sia stato approntato in piena conoscenza dell'incarto (anamnesi), che la descrizione del contesto medico sia chiara e che le conclusioni del perito siano ben motivate. Determinante quindi per stabilire se un rapporto medico ha valore di prova non è tanto né l'origine del mezzo di prova, né la denominazione, ad esempio, quale perizia o

rapporto (sentenza del TF 8C_153/2007 del 7 maggio 2008; DTF 125 V 351 consid. 3a pag. 352; 122 V 157 consid. 1c pag. 160; Hans-Jakob Mosimann, Zum Stellenwert ärztlicher Beurteilungen, in: Aktuelles im Sozialversicherungsrecht, 2001, pag. 266). Nella sentenza pubblicata in VSI 2001 pag. 106 segg. la Corte ha però ritenuto conforme al principio del libero apprezzamento delle prove (art. 40 PC e art. 19 PA, art. 95 cpv. 2, art. 113 e 132 vOG) definire delle direttive in relazione alla valutazione di determinate forme di rapporti e perizie.

E. 8.5

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

E. 8.6

Alla luce dell'art. 59 cpv. 2bis LAI, come pure dell'art. 49 OAI, i medici SMR, grazie alle loro specifiche conoscenze medico-assicurative, sono chiamati a valutare la capacità funzionale della persona assicurata. In questo modo è stata creata una chiara separazione di competenze tra medici curanti e assicurazione sociale. Sulla base delle indicazioni del SMR, l'UAIE deve così decidere cosa si può ragionevolmente pretendere da un assicurato e cosa invece no (sentenza del TF 9C_9/2010 del 29 settembre 2010 consid. 2). Peraltro, i rapporti SMR hanno per funzione di effettuare una sintesi delle informazioni e degli esami medici di cui agli atti di causa e formulare delle raccomandazioni quanto al seguito da dare all'incanto da un punto di vista medico (sentenza del TF 9C_542/2011 del 26 gennaio 2012 consid. 4.1). Per poter loro attribuire pieno valore probatorio, i rapporti dei servizi medici regionali devono essere redatti da medici che dispongono delle qualifiche specialistiche richieste nel singolo caso di specie. Se ciò non è il caso, il loro valore probatorio è affievolito (sentenza del TF 9C_826/2009 del 20 luglio 2010 consid. 4.2).

E. 9

Nel caso di specie occorre esaminare se è perlomeno plausibile che, al momento dell'emanazione della decisione impugnata (9 settembre 2015) è intervenuta, rispetto al settembre 2011, 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 con conseguente rifiuto di entrare nel merito della domanda di revisione del 5 marzo 2015. Per i motivi di cui si dirà di seguito, la valutazione dell'UAIE risulta meritevole di conferma.

E. 10.1

In via preliminare questo Tribunale rileva che nel luglio 2008, momento in cui è stato riconosciuto il diritto ad una rendita intera di invalidità dal 1° luglio 2006 e ad una mezza rendita dal 1° luglio 2007 (doc. UAIE 90-1 a 90-9 e 92-1 a 92-18), l'Ufficio AI aveva fondato le sue conclusioni sulla perizia pluridisciplinare dell'ASIM di H. _____ del 3 marzo 2008, comprendente una valutazione reumatologica del 22 gennaio 2008 del dott. N. _____ (doc. UAIE 81-32 a 81-40), una psichiatrica del 3 marzo 2008 del dott. M. _____ (doc. UAIE 81-41 a 81-52) e una internistica del dott. O. _____.

E. 10.2

Da un punto di vista reumatologico sono state poste le diagnosi con ripercussione sulla capacità lavorativa di " chronische Restbeschwerden nach Osteosynthese einer Pilon tibialen Fraktur am 20.10.2000 links (ICD 10: M 19.29), St.n. Arthroskopie OSG mit Debridement und Tibiavorderkantenabtragung sowie Osteosynthesematerialentfernung am 04.12.2001, posttraumatische Arthrose des oberen Sprunggelenkes und Osteochondrose des Thalus links; thorakolumbovertebrales Syndrom rechts (ICD 10: M 54.5), Wirbelsäulenfehlhaltung und-fehlform, muskuläre Dysbalance, 6-gliedrige LWS mit Übergangsvariante lumbosakral (Röntgen thorakolumbal und LWS vom 22.01.2008), 4 von 5 Waddellzeichen im Sinne von non-organics-signs " (doc. UAIE 81 pag. 37).

E. 10.3

Da un punto di vista psichiatrico (doc. UAIE 81 pag. 49) l'esperto ha posto le diagnosi con ripercussione sulla capacità lavorativa di " mittelgradig depressive Episode (ICD-10; F32.1) e reaktive undifferenzierte Somatisierungsstörung mit dissoziativen und histrionischen Anteilen (ICD-10; F45.1) ".

E. 10.4

Complessivamente l'interessato è stato considerato inabile al lavoro al 100% dal 24 ottobre 2000 nella precedente attività di muratore, mentre abile nella misura del 60% in un lavoro che tenga conto dei suoi limiti funzionali dall'estate 2007 (doc. UAIE 81 pagg. 26-27).

E. 11.1

In data 2 maggio 2011 l'UAIE ha promosso la prima procedura di revisione. Fondandosi sul rapporto del dott. R. _____ del 18 settembre 2011 (doc. UAIE 126), il quale a sua volta si è basato sulla documentazione medica trasmessa dall'assicurato (doc. UAIE 120-123), l'autorità di prime cure ha confermato il diritto del ricorrente ad una mezza di rendita d'invalidità (doc. UAIE 127).

E. 11.2.1

Per quanto attiene alla salute psichica con rapporto del 19 luglio 2011 (doc. UAIE 121-2) la dott.ssa P. _____ aveva posto la diagnosi di " disturbo affettivo persistente, in relazione a variazioni problematiche della personalità e impossibilità di adattamento a situazioni di incapacità "(ICD-10 F-34.8), precisando che " l'evoluzione clinica durante il trattamento in questa unità non è positiva, con persistente malessere emotivo, sentimenti di rabbia e di tensione, timore generalizzato, ansietà ricorrente, ipersensibilità ai minimi contrattempi, con importante deterioramento relazionale e funzionale. Lo scorso febbraio è stato ricoverato nell'unità di psichiatria per persistente malessere e ideazioni suicidarie " (cfr. anche rapporti del 14 febbraio 2011 della dott. Q. _____ [doc. UAIE 123], 28 agosto 2010/4 aprile 2011 [doc. UAIE 122] e 19 maggio/3 e 17 giugno 2011 [doc. UAIE 121-1], nonché il formulario E213 del 22 luglio 2011 [doc. UAIE 120]).

E. 11.2.2

Da un punto di vista somatico sono state poste le diagnosi di artrosi della caviglia sinistra e artrosi lombare (formulario E213 del 22 luglio 2011 [doc. UAIE 120 pag. 8] e rapporto del 28 agosto 2010/4 aprile 2011 [doc. UAIE 122]). L'interessato è stato considerato totalmente inabile nell'attività di muratore, ma in grado di svolgere attività adatte (doc. UAIE 120, pag. 10).

E. 11.2.3

Con il rapporto particolarmente dettagliato del 18 settembre 2011 il dott. R._____ ha in particolare ritenuto che " die Bezeichnung im E213 des Zustands implizit als seit 2006 unverändert und die weitgehend deckungsgleiche Beschreibung lassen die Annahme einer Verschlechterung des Gesundheitszustands nicht zu. Daran ändert auch die Tatsache einer zwischenzeitlichen Hospitalisation wegen dieser reaktiven Beschwerde nichts. Depressive Störung und anhaltend somatoforme Schmerzstörung waren bereits 2007 beschrieben. Auch im Gutachtung der asim vom 3.3.08 wird im wesentlichen der gleiche Zustand beschrieben, einfach mit anderer Wertung als jetzt durch die ausländischen Kollegen (doc. UAIE 126-2) ". Da qui la rinuncia ad esperire un complemento di istruttoria, essendo il grado di incapacità lavorativa invariato.

E. 12

Al termine di una seconda procedura di revisione avviata nel settembre 2014, il 12 febbraio 2015 l'autorità di prime cure, fondandosi sulla stringata presa di posizione del dott. U._____, rassegnata il 15 novembre 2014, nonché sul breve parere del dott. V._____ del 10 febbraio 2015, ha confermato in favore di A._____ il diritto ad una mezza di rendita d'invalidità (doc. UAIE 145 e consid. H.c).

E. 13.1

Con scritto del 5 marzo 2015 (doc. UAIE 150-1 a 150-6) A._____, prevalendosi di un peggioramento dello stato di salute sia fisico che psichico, ha promosso una procedura di revisione. A sostegno delle proprie allegazioni l'interessato ha prodotto diversa documentazione, segnatamente i rapporti del 25 agosto 2010/4 aprile 2011 (doc. UAIE 149), del 14 febbraio 2011 della dott. Q._____ (doc. UAIE 146), del 19 luglio 2011 della dott.ssa P._____ (doc. UAIE 147) e del dott. S._____ del 24 aprile 2014 (doc. UAIE 148).

E. 13.1.1

Preliminarmente giova rilevare che gli atti medici del 2011 erano già stati presi in considerazione nel quadro della prima procedura di revisione promossa dall'autorità di prime cure, conclusasi il 27 settembre 2011, descritta al considerando 11 e passata in giudicato (doc. UAIE 121, 122, 123). Di tali documenti non può essere pertanto tenuto conto.

E. 13.1.2

Con certificato medico del 24 aprile 2014 (doc. UAIE 148), già prodotto nella procedura di revisione avviata nel 2014, il dott. S._____ ha posto le diagnosi di " osteoartrite a livello dell'articolazione tibioastraglica; scoliosi cervico dorso-lombare, con concavità lombare destra, associata a discrete modificazioni degenerative a livello dorsale medio inferiore, e L4-L5; lombarizzazione della prima sacrale [...] ", conclusioni riprese in sostanza dall'assicurato nella procedura in oggetto (doc. 150 pag. 2).

E. 13.1.3

Tale valutazione non evidenzia un peggioramento dello stato di salute dell'insorgente. Le diagnosi indicate ricalcano infatti quelle risultanti dal rapporto clinico del 25 agosto 2010 " caviglia sinistra: cambi postraumatici, associati a discreti segni di malattia degenerativa. Colonna dorso-lombare: scoliosi cervico-dorso-lombare, di concavità lombare destra, associata a discreti cambi degenerativi a livello dorsale medio inferiore e L4-L5. Lombarizzazione della prima vertebra sacrale " e da quello del 4 aprile 2011 " Artrosi della caviglia sinistra. Lombarizzazione della prima vertebra sacrale. Degenerazione discale dei dischi intervertebrali lombari " (entrambi doc. UAIE 122-1), già oggetto della prima procedura di revisione.

E. 14.1

Per quanto attiene alle patologie psichiatriche con rapporto del 2 ottobre 2014 (doc. UAIE 137) il dott. T. _____ aveva posto le diagnosi di " distimia [OMS CIE 10, F34.1] e otras transformaciones persistentes de la personalidad [CIE 10, F62.8] " (cfr. anche formulario E213 del 16 ottobre 2014 [doc. UAIE 136 pag. 8]). Dal canto suo l'insorgente ha indicato di soffrire di sindrome depressiva con mancata risposta al trattamento abituale e ideazione suicidaria e precisato di essere stato ospedalizzato nel 2006 in Svizzera e nel 2011 in Spagna per tentato suicidio.

E. 14.2

Secondo questa Corte la documentazione medica prodotta non permette di desumere una modifica delle condizioni di salute psichica del ricorrente, le quali risultano sostanzialmente immutate nel corso degli anni. Già con rapporto del 14 aprile 2007 (doc. UAIE 75) il dott. I. _____ aveva formulato le diagnosi di " schwergradige depressive Episode ohne psychotische Symptome " (F32.2) " Das Beschwerdebild besteht seit etwa 2 Jahren und hat sich bis zum Behandlungsbeginn stetig verschlechtert. Weitere depressive oder maniforme Episoden sind im Längsschnitt nicht bekannt. Desweiteren erfüllt das Beschwerdebild die Kriterien einer anhaltend somatoformen Schmerzstörung (F45.4) ". Nella perizia psichiatrica del 21 gennaio 2008 (doc. UAIE 81 pag. 49) il dott. M. _____ aveva posto le diagnosi di " mittelgradig depressive Episode (ICD-10; F32.1) e di reaktive undifferenzierte Somatisierungsstörung mit dissoziativen und histrionischen Anteilen (ICD-10; F45.1) ". La distimia (F34.8), vale a dire un abbassamento del tono dell'umore, persistente o di lunga durata la cui gravità è insufficiente o la cui durata dei singoli episodi è troppo breve per giustificare un disturbo depressivo ricorrente grave, medio o leggero diagnosticata dal dott. T. _____ non evidenzia quindi un peggioramento dello stato di salute dell'interessato rispetto alle patologie riscontrate negli anni precedenti. Allo stesso modo per quanto riguarda le modifiche durature della personalità (F62.8), costituenti dei disturbi della personalità legati ad una sindrome algica cronicizzata, già evidenziate dall'insorgente durante la prima procedura di revisione (cfr. rapporto del 19 luglio 2011 della dott.ssa P. _____, doc. UAIE 121-2).

E. 14.3

In conclusione l'assicurato non ha reso plausibile una modifica significativa del suo stato di salute, suscettibile d'incidere sulla sua capacità lavorativa rispettivamente sul grado di invalidità, rispetto alla procedura di revisione del 2011. Alla luce di quanto esposto sono pertanto condivisibili le valutazioni esposte dal dott. U. _____ e dal dott. V. _____ secondo le quali le nuove certificazioni mediche pervenute non permettono di evidenziare

un chiaro peggioramento dello stato di salute dell'assicurato (doc. UAIE 143 e 144), come pure è condivisibile la scelta dell'autorità inferiore, che nella decisione del 9 settembre 2015 (doc. UAIE 154), ha statuito di non entrare nel merito della richiesta di revisione.

E. 15

In sede ricorsuale l'insorgente ha ribadito quanto già esposto in precedenza e prodotto, oltre alla documentazione già agli atti, l'unico rapporto, datato 11 agosto 2015, posteriore alla domanda di revisione, in cui il dott. S._____, specialista in reumatologia, ha formulato le diagnosi di artrosi alla caviglia sinistra con conseguente limitazione globale della mobilità della stessa e deambulazione con tendenza all'appoggio equino varo secondaria (candidato a un intervento chirurgico di artrodesi alla caviglia), spondiloartrosi lombare più accentuata negli spazi L2-L3 e L4-L5 e sindrome depressiva in trattamento (allegati al doc. TAF 1). Queste valutazioni non contengono alcun nuovo elemento che non sia già stato preso precedentemente in considerazione (cfr. supra 13).

E. 16

Accertato quindi che con la domanda di revisione del 5 marzo 2015 (doc. UAIE 150) non è stato reso plausibile che, rispetto al settembre 2011, è subentrata una modifica significativa dello stato di salute di A._____, suscettibile di incidere sulla capacità lavorativa e quindi sul grado di invalidità, è dunque a giusto titolo che l'autorità inferiore non è entrata nel merito della richiesta dell'assicurato. La decisione del 9 settembre 2015 dell'UAIE va pertanto confermata e il ricorso respinto, nella misura in cui è ricevibile.

E. 17.1

Visto l'esito della procedura, le spese processuali, di fr. 400.-- sono poste a carico del ricorrente (art. 63 cpv. 1 e cpv. 5 PA nonché art. 3 lett. b del regolamento del 21 febbraio 2008 sulle tasse e sulle spese ripetibili nelle cause dinanzi al Tribunale amministrativo federale [TS-TAF, RS 173.320.2]) e vengono compensate con l'anticipo spese, di identico ammontare, versato dall'insorgente il 18 novembre 2015.

E. 17.2

Al ricorrente, soccombente, non spetta altresì alcuna indennità per spese ripetibili della sede federale (art. 64 PA in combinazione con l'art. 7 cpv. 1 e 2 TS-TAF a contrario). Peraltro, le autorità federali, quand'anche vincenti, non hanno di principio diritto a un'indennità a titolo di ripetibili (art. 7 cpv. 3 TS-TAF), salvo eccezioni non ravvisabili nel caso concreto (v., fra l'altro, DTF 127 V 205). (dispositivo pagina seguente)

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