

BVGer C-936/2012 vom 29. August 2013

Bundesverwaltungsgericht, 2013-08-29, IT

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bvger_C-936_2012

FR: TAF C-936/2012 du 29 août 2013

IT: TAF C-936/2012 del 29 agosto 2013

Regeste

Revisione della rendita

Erwägungen

E. 1.1

In virtù dell'art. 31 della legge sul Tribunale amministrativo federale del 17 giugno 2005 (LTAF, RS 173.32), questo Tribunale giudica i ricorsi contro le decisioni ai sensi dell'art. 5 della legge federale sulla procedura amministrativa del 20 dicembre 1968 (PA, RS 172.021), emanate dalle autorità menzionate all'art. 33 LTAF, riservate le eccezioni di cui all'art. 32 LTAF. In particolare, le decisioni rese dall'UAIE concernenti l'assicurazione per l'invalidità possono essere portate davanti al Tribunale amministrativo federale conformemente all'art. 69 cpv. 1 lett. b della legge federale sull'assicurazione per l'invalidità del 19 giugno 1959 (LAI, RS 831.20). Di conseguenza, questo Tribunale è competente a giudicare il presente ricorso.

E. 1.2

Secondo l'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). In conformità con l'art. 2 LPGA, le disposizioni della presente legge sono applicabili alle assicurazioni sociali disciplinate dalla legislazione federale, se e per quanto le singole leggi sulle assicurazioni sociali lo prevedano. Giusta l'art. 1 cpv. 1 LAI, le disposizioni della LPGA sono applicabili all'assicurazione per l'invalidità (art. 1a-26bis e 28-70), sempreché la LAI non deroghi alla LPGA.

E. 1.3

Conformemente all'art. 59 LPGA, ha diritto di ricorrere chiunque è toccato dalla decisione o dalla decisione su opposizione ed ha un interesse degno di protezione al suo annullamento o alla sua modificazione. Il ricorso deve essere interposto entro 30 giorni dalla notificazione della decisione o della decisione contro cui l'opposizione è esclusa (art. 60 LPGA). Esso deve contenere le conclusioni, i motivi, l'indicazione dei mezzi di prova e la firma del ricorrente o del suo rappresentante, con allegati la decisione impugnata e i documenti indicati come mezzi di prova, se sono in possesso del ricorrente (art. 52 cpv. 1 PA).

E. 1.4

In concreto, il ricorso è ammissibile nella misura in cui è stato presentato tempestivamente e nel rispetto dei requisiti previsti dalla legge (art. 59 e 60 LPGA, nonché l'art. 52 cpv. 1 PA), e visto che l'anticipo di Fr. 400.-, relativo alle spese processuali, è stato versato nel termine impartito.

E. 2.1

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

E. 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). Tuttavia, il caso in esame rimane regolato, anche a seguito del rinvio dell'art. 80a LAI, dalla versione dell'allegato II in vigore fino al 31 marzo 2012 (RU 2002 1527, 2006 979 e 995, 2006 5851, 2009 2411 e 2421), in base alla quale le parti contraenti applicano fra di loro gli atti comunitari seguenti: 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 (RU 2004 121, 2008 4219, 2009 4831), normativa applicabile a tutte le rendite il cui diritto nasce dal 1° giugno 2002 o successivamente, e che sostituisce le Convenzioni di sicurezza sociale che disciplinavano i rapporti fra due o più Stati (art. 6 del regolamento n. 1408/71), ed il regolamento (CEE) n. 574/71 del Consiglio, del 21 marzo 1972, relativo all'applicazione del regolamento n. 1408/71 (RU 2005 3909, 2009 621, 2009 4845).

E. 2.3

Secondo l'art. 3 del regolamento n. 1408/71, i cittadini degli Stati membri della Comunità europea ed i cittadini svizzeri godono della parità di trattamento. Ciò detto, nella misura in cui l'Accordo, in particolare l'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 257 consid. 2.4). Così, per costante giurisprudenza, l'ottenimento di una pensione straniera d'invalidità non pregiudica l'apprezzamento di un'invalidità secondo il diritto svizzero (sentenza del Tribunale federale I 435/02 del 4 febbraio 2003, consid. 2).

E. 3

Relativamente al diritto applicabile, deve essere ancora precisato che la presente procedura, iniziata il 27 marzo 2006, è retta dalla LAI nel suo tenore corrispondente alla 4a revisione, in vigore dal 1° gennaio 2004, alla 5a revisione, in vigore dal 1° gennaio 2008, e alla 6a revisione, in vigore dal 1° gennaio 2012, secondo il principio per cui le norme applicabili sono quelle in vigore al momento in cui dei fatti giuridicamente rilevanti si sono verificati (ATF 130 V 445 consid. 1.2).

E. 4

Il ricorrente contesta la validità materiale della decisione dell'UAIE del 10 gennaio 2012, chiedendo che gli sia riconosciuto il diritto ad una rendita intera d'invalidità.

E. 5.1

In base all'art. 8 cpv. 1 LPGA è considerata invalidità l'incapacità al guadagno totale o parziale presumibilmente permanente o di lunga durata. L'art. 4 cpv. 1 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. 1 LAI). Va ricordato che fino al 31 dicembre 2003, la LAI prevedeva il diritto al quarto di rendita con un tasso d'invalidità del 40% almeno, alla mezza rendita con un tasso d'invalidità del 50% almeno ed alla rendita intera con un tasso d'invalidità dei due terzi (66.67%). In seguito all'entrata in vigore dell'ALC, la limitazione prevista dall'art. 28 cpv. 1ter LAI (art. 29 cpv. 4 LAI, a partire dal 1. gennaio 2008), secondo il quale le rendite per un grado d'invalidità inferiore al 50% sono versate solo ad assicurati che sono domiciliati e dimorano abitualmente in Svizzera (art. 13 LPGA), non è più applicabile quando l'assicurato è cittadino svizzero o dell'Unione europea e vi risiede.

E. 5.3

Il diritto alla rendita, secondo l'art. 29 cpv. 1 LAI, nasce, al più presto, nel momento in cui l'assicurato presenta un'incapacità permanente di guadagno pari almeno al 40% (lettera a), oppure quando egli è stato per un anno e senza notevoli interruzioni, incapace al lavoro per almeno il 40% in media (lettera b). La prima lettera si applica allorché lo stato di salute dell'assicurato si è stabilizzato; la seconda se lo stato di salute è labile, vale a dire suscettibile di evolvere verso un miglioramento od un peggioramento (DTF 121 V 264, 111 V 21 consid. 2b). A partire dal 1° gennaio 2008, l'art. 28 cpv. 1 LAI stabilisce che l'assicurato ha diritto ad una rendita alle seguenti condizioni: (a) la sua capacità di guadagno o la sua capacità di svolgere le mansioni consuete non può essere ristabilita, mantenuta o migliorata mediante provvedimenti d'integrazione ragionevolmente esigibili; (b) ha avuto un'incapacità di lavoro (art. 6 LPGA) almeno del 40% in media durante un anno senza notevole interruzione; e (c) al termine di questo anno è invalido almeno al 40%.

E. 5.4

Per incapacità al lavoro s'intende qualsiasi incapacità, totale o parziale, derivante da un danno alla salute fisica, mentale o psichica di compiere un lavoro ragionevolmente esigibile nella professione o nel campo di attività abituale. In caso d'incapacità al lavoro di lunga durata possono essere prese in considerazione anche le mansioni esigibili in un'altra professione o campo d'attività (art. 6 LPGA). L'incapacità al guadagno è definita all'art. 7 LPGA e consiste nella perdita, totale o parziale, della possibilità di guadagno sul mercato del lavoro equilibrato che entra in considerazione, provocata da un danno alla salute fisica, mentale o psichica e che perdura dopo aver sottoposto l'assicurato alle cure ed alle misure d'integrazione ragionevolmente esigibili.

E. 5.5

La nozione d'invalidità di cui all'art. 4 cpv. 1 LAI e 8 cpv. 1 LPGA è di carattere giuridico economico, non medico (DTF 116 V 249 consid. 1b). In base all'art. 16 LPGA, applicabile per il rinvio dell'art. 28 cpv. 2 LAI (art. 28a cpv. 1 LAI, dal 1° gennaio 2008), 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, 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. 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.

E. 5.6

Giova ancora ricordare che, secondo un principio generale del diritto delle assicurazioni sociali, ogni assicurato ha l'obbligo di ridurre il danno conseguente la sua invalidità (sentenza del Tribunale federale I 147/01 del 9 maggio 2001; DTF 123 V 230 consid. 3c e DTF 117 V 275 consid. 2b). In virtù di tale obbligo, l'assicurato deve intraprendere tutto quanto sia ragionevolmente esigibile per ovviare nel modo migliore possibile alle conseguenze della sua invalidità, segnatamente mettendo a profitto la sua residua capacità lavorativa, se necessario in una nuova professione (sentenza del Tribunale federale I 543/03 del 27 agosto 2004; DTF 113 V 22 consid. 4a).

E. 6.1

Secondo l'art. 17 cpv. 1 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.

E. 6.2

Conformemente all'art. 87 cpv. 2 OAI, la revisione avviene d'ufficio quando, in previsione di una possibile modifica importante del grado d'invalidità, è stato stabilito un termine nel momento dell'erogazione della rendita o allorché si conoscono fatti o si ordinano provvedimenti che possono provocare una notevole modifica del grado d'invalidità.

E. 6.3

Se la capacità al guadagno dell'assicurato migliora, v'è motivo di ammettere che il cambiamento determinante sopprime, all'occorrenza, tutto o parte del diritto a prestazioni dal momento in cui si può supporre che il miglioramento constatato perduri. Lo si deve in ogni caso tenere in considerazione allorché è durato tre mesi, senza interruzione notevole, e che presumibilmente continuerà a durare (art. 88a cpv. 1 OAI). Se la capacità al guadagno o la capacità di svolgere mansioni consuete peggiora, occorre tenere conto del cambiamento determinante il diritto a prestazioni non appena esso perdura da tre mesi senza interruzione notevole (art. 88a cpv. 2 OAI). L'aumento della rendita avviene al più presto, se l'assicurato ha chiesto la revisione, a partire dal mese in cui la domanda è stata inoltrata, mentre se la revisione ha luogo d'ufficio, a partire dal mese in cui è stata prevista (art. 88bis cpv. 1 lett. a e b). La riduzione o la soppressione della rendita è messa in atto, il più presto, il primo giorno del secondo mese che segue la notifica della decisione (art. 88bis cpv. 2 lett. a).

E. 6.4

La costante giurisprudenza ha stabilito che le rendite d'invalidità sono soggette a revisione non solo in caso di modifica rilevante dello stato di salute che ha un influsso sull'attività lucrativa, ma anche quando lo stato di salute è rimasto invariato, se le sue conseguenze sulla capacità di guadagno hanno subito un cambiamento importante (DTF 113 V 275 consid. 1a). Va ancora rilevato che la semplice valutazione diversa di circostanze di fatto che sono rimaste sostanzialmente invariate non giustifica una revisione ai sensi dell'art. 17 cpv. 1

LPGA (DTF 112 V 372 consid. 2b e 390 consid. 1b, RCC 1987 p. 36, SVR 2004 IV n. 5 consid. 3.3.3). L'istituto della revisione non deve giustificare un riesame senza condizioni del diritto alla rendita (cfr. anche: Rudolf Ruedi, Die Verfügungsanpassung als verfahrensrechtliche Grundfigur namentlich von Invalidenrentenrevisionen, in: Schaffhauser/Schlauri, Die Revision von Dauerleistungen in der Sozialversicherung, San Gallo, 1999, pag. 15).

E. 7

Al fine di giudicare se sussistono indizi sufficienti per ritenere verosimile una modifica rilevante del grado d'invalidità, si deve considerare il periodo tra la decisione iniziale e quella che pronuncia la revisione. Decisioni intercalari sono pertinenti unicamente se sono state emesse sulla base di una nuova valutazione materiale del grado d'invalidità, ossia dopo delucidazione dei fatti, apprezzamento delle prove e esecuzione del raffronto dei redditi (DTF 133 V 108). In concreto, al ricorrente è stato da ultimo riconosciuto, con decisioni del 6 giugno 2003, il diritto ad un quarto di rendita d'invalidità dal 1° aprile 1997 al 28 febbraio 1998 e dal 1° giugno 2002. Occorre pertanto verificare se, nel periodo in esame, ossia dal 6 giugno 2003 al 10 gennaio 2012, data della decisione impugnata, l'incidenza delle affezioni diagnosticate sulla capacità lavorativa del ricorrente è aumentata o diminuita in modo rilevante oppure è rimasta invariata.

E. 8

Il giudice delle assicurazioni sociali fonda la sua decisione, salvo disposizioni di legge contrarie, su fatti che, senza essere stabiliti in modo irrefutabile, appaiono come i più verosimili, ossia che presentano un grado di verosimiglianza preponderante (DTF 126 V 353 consid. 5b e relativi riferimenti). Egli 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 (DTF 125 V 352 consid. 3a). 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). Perché un rapporto medico abbia valore probatorio è determinante che esso valuti ed esamini in maniera completa i punti litigiosi, si fondi su degli esami approfonditi, prenda conto di tutte le affezioni di cui si lamenta l'assicurato, sia stabilito in piena conoscenza dei suoi antecedenti (anamnesi) e sia chiaro nell'esposizione delle correlazioni mediche o nell'apprezzamento della situazione medica; le conclusioni dell'esperto devono inoltre essere motivate (DTF 125 V 352, 122 V 160). Per quel che riguarda i rapporti concernenti il medico curante, secondo la generale esperienza della vita, il giudice deve tenere conto del fatto che, alla luce del rapporto di fiducia esistente con il paziente, il medico curante attesterà, in caso di dubbio, in favore del suo paziente (DTF 125 V 353; VSI 2001 pag. 109).

E. 9

In concreto, dall'insieme della documentazione medica agli atti e, in particolare, dalla perizia dello ZMB di Basilea, del 29 marzo 2011, stilata dai dottori C. _____, psichiatra, e D. _____, chirurgo ortopedico, le cui conclusioni diagnostiche sono state riprese dai dottori B. _____ e E. _____, medici dell'UAIE, nei loro rispettivi rapporti del 29 giugno e 15 agosto 2012 (incarto AI, doc. 219 e 221), si evince la diagnosi, con influsso sulla

capacità lavorativa, di sindrome cervicovertebrale cronica in presenza di modifiche degenerative del rachide, sindrome da conflitto subacromiale ("impingement") a destra, esiti minimi da lesione del plesso superiore destro ed incipiente artrosi femoropatellare bilaterale, più accentuata a sinistra che a destra, nonché, senza influenza sulla capacità lavorativa, d'epicondiliti laterale del gomito destro, ipersensibilità nella zona ulnare dell'avambraccio e della mano destri di causa non chiara, diabete mellito di tipo II, ipertensione arteriosa, adiposità (Body Mass Index/BMI 38.9), dolori recidivanti epigastrici, esiti da asportazione parziale dello stomaco per ulcera, ipoacusia bilaterale, rinopatia allergica, leggero episodio depressivo, leggera claustrofobia, meralgia parestesica femorale sinistra, esiti da rottura del tendine del pollice destro (2002), da disturbi dovuti all'alcol e, anamnesticamente, da sindrome lombovertebrale con discopatie presacrali (perizia, pagg. 36 e 37). Questa diagnosi risulta essere, nel suo insieme, univoca ed incontestata agli atti, dimodoché questo Tribunale non può che riconoscerne la fondatezza.

E. 10.1

Quanto alle conseguenze invalidanti delle affezioni diagnosticate, gli specialisti dello ZMB hanno constatato, nel loro rapporto peritale del 29 marzo 2011, che la capacità lavorativa residua non è cambiata rispetto alla situazione valutata dallo stesso ZMB nel 2001 (capacità lavorativa del 50% nella precedente attività e dell'80% in un'attività sostitutiva adeguata). Per giustificare queste conclusioni i periti hanno argomentato che, dal punto di vista ortopedico, il rachide e le articolazioni periferiche dispongono di una flessibilità normale, non sono soggetti a dolori e, alla palpazione, non rivelano nulla di insolito, gli unici elementi appariscenti, in confronto alla situazione constatata nel rapporto peritale dello stesso ZMB del 13 novembre 2001, essendo delle mutazioni degenerative del rachide e, in misura minima, dell'articolazione del ginocchio sinistro, comunque corrispondenti all'età del ricorrente (perizia, pag. 25). Dal punto di vista neurologico, i periti hanno rilevato in sostanza che non sussistono indizi a favore di una patologia radicolare del rachide e che la situazione è sovrapponibile a quella constatata nel 2001. Dal punto di vista psichiatrico, gli specialisti hanno evidenziato come non esistano restrizioni di natura organica delle capacità cognitive e nemmeno indizi di una psicosi o di una fabulazione, ma unicamente un leggero disturbo dell'umore, il quale non influisce in modo determinante sulla capacità lavorativa, un ruolo importante potendo invece assumere diversi fattori sociali, come l'età del ricorrente, la circostanza che non lavori più ormai da molti anni e che sia molto difficile attualmente, anche per persone giovani e in buona salute, trovare un'occupazione in Spagna (perizia, pagg. 33 a 35). In definitiva, i periti dello ZMB hanno sottolineato l'assenza di cambiamenti fondamentali rispetto alla loro stessa valutazione del 2001, indicando una capacità lavorativa in attività confacenti senza restrizioni, che non hanno però quantificato percentualmente, ma che sembrerebbe doversi intendere al 100% o comunque senza diminuzione del rendimento, mentre nel 2001 la capacità lavorativa per le stesse attività era stata stimata all'80% ("Es bestehen keine medizinisch gründbaren Einschränkungen für eine adaptierte Tätigkeit, der Versicherte könnte eine solche uneingeschränkt ausüben, er würde dadurch seine Gesundheit nicht gefährden", perizia pag. 38). Da notare ancora che, alla rubrica 11 della perizia (pagg. 39 e 40), gli specialisti dello ZMB hanno specialmente rilevato che lo stato depressivo cronico grave di cui soffriva il ricorrente, riportato in diversi rapporti medici spagnoli a partire dal 2006, risulta essere attualmente di grado leggero e senza manifestazioni somatiche, con il sospetto che i problemi legati all'abuso d'alcol abbiano condotto ad un ricovero psichiatrico e alla successiva astinenza, come pure che non sussiste alcuna incapacità lavorativa in attività confacenti dovuta a problemi reumatologici

("Wie sich aufgrund unserer Untersuchungen ergibt, lässt sich aber eine Arbeitsunfähigkeit in einer rücken- und schulteradaptierten Tätigkeit rheumatologisch nicht begründen", perizia pag. 40).

E. 10.2

Dal canto suo, il dott. B. _____, nelle sue brevi prese di posizione sul caso, redatte il 4 maggio, il 2 e 30 luglio, nonché il 29 ottobre 2011 (incarto AI, doc. 196, 198, 200 e 206), non ha formulato alcuna diagnosi e nemmeno ha quantificato la capacità lavorativa, limitandosi ad un rinvio alla perizia dello ZMB (doc. 206). Nella sua presa di posizione del 29 giugno 2012, il dott. B. _____ si è pronunciato in modo più pertinente sul caso, riesponendo, parzialmente, la diagnosi contenuta nella perizia dello ZMB e quantificando, a decorrere dal 30 giugno 2007, un'incapacità lavorativa dell'80% per l'attività abituale e del 30% in occupazioni confacenti, come aveva già esposto in precedenza il 7 novembre 2007 (incarto AI, doc. 118). Il medico dell'UAIE ha peraltro affermato che il rapporto reumatologico spagnolo del 6 febbraio 2012, prodotto con il ricorso, non apporta nulla di nuovo rispetto ai problemi di salute e ai limiti funzionali trattati nella seconda perizia dello ZMB. Dopo avere pure negato qualsiasi carattere di novità allo stesso rapporto del 6 febbraio 2012, il dott. E. _____ ha invece contestato, nella sua presa di posizione del 15 agosto 2012, le conclusioni del dott. B. _____ riguardo all'incapacità lavorativa, affermando che, alla luce della seconda perizia dello ZMB, l'aumento dell'incapacità lavorativa dal 50 all'80% per l'attività abituale e dal 20 al 30% in occupazioni confacenti, a decorrere dal 30 giugno 2007, non è più sostenibile. Egli ha quindi confermato, sempre pretendendo di riferirsi alla seconda perizia dello ZMB, un'incapacità lavorativa del 50% per l'attività abituale e del 20% in occupazioni confacenti.

E. 10.3

Visto quanto precede, questo Tribunale considera che si può affermare, secondo un grado di verosimiglianza preponderante, che lo stato di salute del ricorrente non è fundamentalmente mutato durante il periodo che intercorre dalla prima perizia dello ZMB, redatta il 13 novembre 2001, alla seconda perizia dello stesso ZMB, stilata il 29 marzo 2011, compreso il lasso di tempo susseguente fino alla data della decisione impugnata, ossia il 10 gennaio 2012, periodo durante il quale, secondo i documenti medici che vi si riferiscono, lo stato di salute del ricorrente non ha rivelato peggioramenti (cfr., a titolo illustrativo, il rapporto psichiatrico del 28 settembre 2011 [incarto AI, doc. 204, pagg. 5 e 6], identico a quello del 24 gennaio 2011 [incarto AI, doc. 157, pag. 2], tenuto in considerazione nella perizia del 29 marzo 2011). Ciò detto, la determinazione dell'incapacità lavorativa da parte dei diversi medici occupatisi del caso rivela alcune contraddizioni: da un lato, la seconda perizia dello ZMB non quantifica percentualmente l'incapacità lavorativa in attività confacenti, sembrando comunque definirla completa, benché parallelamente affermi che lo stato di salute sia rimasto invariato rispetto alla situazione ai tempi della prima perizia, nella quale era stata invece stimata un'incapacità lavorativa del 20% in attività adeguate; dall'altro lato, il dott. B. _____ sottolinea che la seconda perizia dello ZMB è stata eseguita secondo le regole dell'arte, ma nel contempo esprime un'incapacità lavorativa diversa rispetto a quella formulata dallo ZMB, ossia dell'80% per l'ultima attività svolta e del 30% in occupazioni confacenti; per finire, il dott. E. _____ ha contraddetto senza mezzi termini la valutazione del dott. B. _____ e ribadito la giustezza dell'apprezzamento dello ZMB, così come risulta esplicitamente dalla prima perizia, ossia un'incapacità lavorativa del 50% per l'ultima attività esercitata e del 20% in occupazioni confacenti. Ora, questo Tribunale considera che

risulta stabilito in modo convincente, sulla base delle perizie dello ZMB e del parere del dott. E._____, che l'incapacità lavorativa del ricorrente, tenuto conto del fatto che il suo stato di salute non è fondamentalmente mutato dal 2001, è pari al 50% per l'ultima attività svolta e al 20% in occupazioni confacenti.

E. 10.4

È peraltro opportuno ricordare che il grado d'invalidità del 43% (e non del 44%; cfr. incarto AI, doc. 46), può essere ripreso nell'ambito della presente procedura di revisione in quanto non si sono verificate modifiche rilevanti nella capacità lavorativa del ricorrente.

E. 11

Di conseguenza, in applicazione delle norme legali e della giurisprudenza sopraccitate, la decisione impugnata del 10 gennaio 2012 deve essere confermata e il ricorso respinto.

E. 12

Secondo l'art. 63 cpv. 1 PA, le spese processuali sono di regola messe a carico della parte soccombente. In concreto, visto l'esito della procedura, le spese processuali di Fr. 400.- sono poste a carico del ricorrente e compensate con l'anticipo dello stesso ammontare, versato il 22 ottobre 2012. In conformità con l'art. 64 cpv. 1 PA, l'autorità di ricorso, se ammette il ricorso in tutto o in parte, può assegnare al ricorrente una indennità per le spese indispensabili e relativamente elevate che ha sopportato (spese ripetibili). Visto l'esito della procedura, non si assegnano al ricorrente indennità per spese ripetibili. Per quanto concerne l'UAIE, le autorità federali non hanno diritto ad un'indennità a titolo di ripetibili (art. 7 cpv. 3 del Regolamento del 21 febbraio 2008 sulle tasse e sulle spese ripetibili nelle cause dinanzi al Tribunale amministrativo federale [TS-TAF, RS 173.320.2]).

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