



Corte III
C-3585/2012

Sentenza del 25 aprile 2013

Composizione

Giudici: Francesco Parrino (presidente del collegio),
Madeleine Hirsig-Vouilloz, Beat Weber;
Cancelliere: Dario Croci Torti.

Parti

A. _____, rappresentato da Procap Service juridique,
rue de Flore 30, case postale, 2500 Bienne 3,
ricorrente,

Contro

**Ufficio dell'assicurazione per l'invalidità per gli
assicurati residenti all'estero UAIE**, avenue Edmond-
Vaucher 18, casella postale 3100, 1211 Ginevra 2,
autorità inferiore.

Oggetto

Assicurazione per l'invalidità (decisione del 29 maggio 2012).

Fatti:**A.**

A._____, cittadino italiano, nato il , ha lavorato in Svizzera dal 1968 in poi, solvendo regolari contributi all'assicurazione svizzera per la vecchiaia, i superstiti e l'invalidità (doc. 18, inc. TAF). Di professione aiuto meccanico, ha cominciato a presentare problemi dorso lombari e cervicali nel 1995-96. Nel dicembre 1996, l'assicurato ha presentato una domanda volta al conseguimento di prestazioni dell'assicurazione svizzera per l'invalidità. L'indagine medica ha permesso di evidenziare che A._____ era portatore di lombalgie croniche su discopatia L4-L5 ed L5-S1, canale lombare stretto L3-L4, cervicobrachialgie su uncoartrosi bilaterale da C3 a C6, discoartrosi C5-C6 e stenosi dei canali di giunzione C4-C5 bilateralmente e C5-C6 a destra; reazione depressiva prolungata, disturbo misto della personalità con tendenza allo sviluppo di una sindrome somatoforme dolorosa (cfr. rapporto dell'Inselspital di Berna del 25 giugno 1996 e perizia del COMAI di Losanna del 9 giugno 1998, soggiorno del febbraio 1998; doc. 3, 27 inc. I). Dal punto di vista medico-lavorativo era emerso che l'assicurato non era più in grado di svolgere il precedente lavoro di meccanico su auto, mentre a determinate condizioni di postura, porto pesi, marcia, egli era ancora in misura di svolgere al 60% attività di sostituzione leggere (doc. 27 inc. I pag. 19). Ne derivava una perdita di guadagno del 54% (doc. 31 inc. I).

Mediante decisione del 23 ottobre 1998, la Cassa di compensazione del Cantone di Friburgo ha erogato in favore di A._____ una mezza rendita dell'assicurazione svizzera per l'invalidità a decorrere dal 1° gennaio 1997 (doc. 46 inc. I). Con il rimpatrio dell'assicurato nel gennaio 1999, i pagamenti delle prestazioni sono stati ripresi per competenza dalla Cassa svizzera di compensazione, Ginevra (CSC; doc. 47, 48 inc. I).

B.

Una prima procedura di revisione, iniziata nel 2001, non ha posto in luce sostanziali mutamenti della capacità di lavoro dell'interessato, per cui il diritto alla mezza rendita è stato confermato il 15 maggio 2001 (doc. 61 inc. I).

C.

La seconda procedura di revisione del diritto alla rendita, iniziata nel 2004, ha posto in luce che l'interessato aveva ripreso un'attività lucrativa come meccanico in proprio (piccoli lavori di riparazione) a tempo parziale

da marzo 1999 (doc. 67, 74 inc. I). Il diritto alla mezza rendita AI è stato confermato il 4 aprile 2005 (doc. 85 inc. I). Si può menzionare che l'attività svolta non permetteva di ottenere un reddito significativo per una eventuale riduzione della prestazione già riconosciuta.

D.

D.a La terza procedura di revisione è iniziata nel 2008 (doc. 86 e seg. Inc. I). Dalla documentazione economica esibita è risultato che A. _____ continuava l'attività in proprio intrapresa nel 1999 a tempo parziale (doc. 97 inc. I). Con nota del 26 marzo 2009, egli informava l'Ufficio dell'assicurazione per l'invalidità per gli assicurati residenti all'estero (UAIE) che le sue condizioni di salute erano peggiorate e di aver notevolmente ridotto il suo lavoro. Venivano inviate quattro radiografie della colonna vertebrale in toto del gennaio 2009 (doc. 108 inc. I). L'assicurato è stato visitato presso l'Istituto nazionale della previdenza sociale di Catania, dove il medico incaricato ha evidenziato la diagnosi di spondilo artrosi diffusa ad incidenza funzionale moderato-discreta in soggetto con disturbo dell'adattamento con umore depresso di media entità in operaio che riferisce di lavorare saltuariamente ed ha posto un grado d'invalidità del 55% (doc. 110 inc. I). L'Ufficio AI ha constatato che i redditi conseguiti nel 2006 e 2007 da parte dell'assicurato erano bassi (doc. 96 inc. I) e che la situazione medico/valetudinaria era stabile, per cui, con comunicazione del 2 luglio 2009 ha confermato il diritto alla prestazione in corso (doc. 113, 114 inc. I).

D.b Con lettera del 24 luglio 2009 (doc. 116 inc. I), l'interessato ha comunicato di non essere d'accordo con la comunicazione di cui sopra in quanto le sue condizioni di salute sarebbero peggiorate. L'Ufficio AI lo ha invitato a documentare la sua domanda di revisione (doc. 117 inc. I). L'incarto medico è stato trasmesso in visione, il 15 ottobre 2009, al Dott. Crisafulli, sanitario di fiducia dell'assicurato (doc. 120, 121 inc. I). Sono così pervenuti altri documenti, segnatamente: un certificato del Dott. Crisafulli del 16 luglio 2009, un referto "specialistico" del tutto illeggibile del 30 settembre 2008 ed un referto di risonanza magnetica (RM) delle colonne cervicale e dorsolombare del 15 settembre 2009; esami ematochimici del 5 ottobre 2009 (doc. 128 inc. I); un referto radiografico della colonna vertebrale in toto + bacino ed anche del 13 ottobre 2009 (doc. 129 inc. I).

L'incarto è stato sottoposto in esame al Dott. Croisier, del Servizio medico regionale "Rhône" (SMR), il quale ha sostenuto che la documentazione

esibita non rendeva plausibile una modifica del grado d'invalidità dell'assicurato (doc. 134 inc. I).

Con progetto di decisione del 16 dicembre 2009 (doc. 135 inc. I), l'UAIE ha disposto di non esaminare la domanda di revisione.

Con scritto del 5 gennaio 2010 (doc. 137 inc. I), A._____ ha contestato tale progetto ribadendo il peggioramento del suo stato di salute. In seguito ha esibito una relazione del 17 febbraio 2010 del Dott. Waldburger, reumatologo, Friburgo, già medico curante dell'interessato (doc. 140 inc. I). L'assicurato fa stato di lombosciatalgie D iperalgiche non deficitarie su problematica lombare e cervicale nota, cervicoartrosi avanzata con DISH ed uncodiscoartrosi da C3 a C7, malattia di Forestier. Il Dott. Waldburger ha stimato che le patologie riscontrate sono nettamente più presenti attualmente rispetto al 1998 e confermano un'importante evoluzione. L'esperto stima all'80% l'incapacità lavorativa dell'interessato in qualsiasi attività.

L'incarto è stato risottoposto in esame al SMR, dove il Dott. Croisier, il 12 marzo 2010, si è riconfermato nelle sue precedenti considerazioni (doc. 143 inc. I).

Con decisione del 16 marzo 2010, l'UAIE ha comunicato all'assicurato di non potere esaminare la domanda di revisione (doc. 143 inc. I).

D.c L'interessato, rappresentato da PROCAP ha impugnato tale provvedimento innanzi al Tribunale amministrativo federale chiedendo il riconoscimento del suo diritto alla rendita intera AI. A suffragio delle sue conclusioni produce diversa documentazione medica (cfr. incarto C-3139/2010 del TAF; numero d'archivio 34869, segnatamente un rapporto del Dott. Waldburger del 4 maggio 2010). Nel rapporto del 18 settembre 2010, il Dott. Kristol, dell'UAIE, ha confermato il parere del Dott. Croisier (doc. 149 inc. I). In seguito ad ulteriore scambio di allegati ed alla produzione di un nuovo referto del Dott. Waldburger del 17 novembre 2010 che fa stato di una sospetta "claudicatio" neurogena (doc. 13 inc. TAF C3139/2010), il Dott. Kristol, nel nuovo rapporto del 12 dicembre 2010, ha proposto nuovi accertamenti sanitari (doc. 151 inc. I). Con sentenza del 24 gennaio 2011, il Tribunale amministrativo federale ha parzialmente accolto il ricorso e rinviato gli atti all'UAIE perché procedesse ai nuovi accertamenti richiesti (doc. 1).

E.

A._____ è stato sottoposto a visita neurologica presso il Dott. Bonetti di Mendrisio il 13 settembre 2011. L'esperto ha rimesso il suo rapporto il 7 marzo 2012 (doc. 24). Egli ha ritenuto la diagnosi di "sindrome panvertebrale in presenza di alterazioni statico-degenerative del rachide in toto, osteocondrosi, spondilo artrosi, discopatie e più livelli senza conflitti radiolari né midollari oggettivabili, canale spinale stretto radiologico, senza sintomi neurologici anamnestici sospetti, sindrome da dolore cronico emicorporale destro. Il Dott. Bonetti ha stimato che la situazione attuale è dal punto di vista clinico identica a quanto a suo tempo descritta a Losanna nel 1998 (COMAI). Egli ha ritenuto che l'assicurato può svolgere un'attività leggera in misura di almeno il 50%, mentre vi è un'incapacità dell'80% come meccanico.

L'incarto è stato trasmesso in esame al Dott. Kristol il quale ha annotato il 21 marzo 2012 che l'aumento del 10% del tasso d'invalidità in attività di sostituzione rispetto alla valutazione precedente (nel 1998 era stata riconosciuta una capacità di lavoro residua in attività leggere del 60%) non è giustificato e costituisce un apprezzamento differente di una situazione rimasta uguale. Per cui il Dott. Kristol ripropone di confermare una capacità in attività di sostituzione del 60% (doc. 28).

Con progetto di decisione del 4 aprile 2012, l'UAIE ha disposto il mantenimento del diritto alla mezza rendita AI (doc. 29). L'interpellato (PRO-CAP), al quale è stato inviato l'incarto completo, non ha preso posizione in merito.

Mediante decisione del 29 maggio 2012, l'UAIE ha confermato il diritto alla mezza rendita AI (doc. 35).

F.

F.a Con il ricorso depositato il 6 luglio 2012, A._____, rappresentato da PROCAP di Bienna, chiede, sostanzialmente, l'annullamento del summenzionato provvedimento ed il riconoscimento del suo diritto alla rendita intera AI. La parte ricorrente insiste dapprima sulla circostanza che il Dott. Waldburger aveva constatato un indubbio peggioramento della situazione di salute e valetudinaria del paziente e sottolinea come le radiografie del 4 febbraio 2010 attestino un netto peggioramento del bilancio radiologico rispetto al passato, come pure l'IRM del 15 settembre 2009. Dopo aver commentato il rapporto del Dott. Kristol (18 settembre 2010, doc. 149) che negava il preteso peggioramento, il ricorrente ha insistito sul secondo

rapporto del Dott. Waldburger (17 novembre 2010) che accenna alla "claudicatio" neurogena e nel quale l'esperto preconizza l'esecuzione di un'ergometria su tappeto rotante con EMG. In questo senso critica il rapporto del Dott. Bonetti che non ha effettuato tale esame. Il referto del Dott. Bonetti conterrebbe inoltre diversi errori e imprecisioni e questo esperto, peraltro, non ha contestato le conclusioni del Dott. Waldburger. A titolo sussidiario, la parte ricorrente chiede l'allestimento di una nuova perizia. Produce, a suffragio delle sue conclusioni, documentazione già ad atti.

F.b Nelle sue osservazioni ricorsuali del 12 settembre 2012, l'UAIE propone la reiezione dell'impugnativa con argomenti di cui, per quanto occorra, si riferirà nei considerandi in diritto del presente giudizio.

Il 17 settembre la PROCAP ha inviato, a complemento del ricorso, una dettagliata lettera di dimissione ospedaliera relativa al ricovero dal 25 agosto al 5 settembre 2012 per grave discopatia con instabilità vertebrale L3-L4 ed L4-L5, aneurisma addominale sottorenale di 3 cm, ipertrofia prostatica; è stata eseguita una stabilizzazione lombare L3-L5 con viti e barre ed il paziente è stato trasferito in reparto riabilitativo. Altri referti vengono prodotti pochi giorni dopo (rapporto del 20 settembre 2012).

Questo Tribunale ha invitato l'Ufficio AI a completare le osservazioni del 12 settembre. Il Dott. Kristol, nel rapporto del 3 ottobre 2012 (doc. 38), rileva come la lettera di dimissione ospedaliera di cui sopra (a firma del Dott. Gregorio) non evochi una claudicatio spinale, né un canale stretto (pur esistente). Egli riconosce che un'instabilità vertebrale non viene menzionata anteriormente (né dal Dott. Waldburger, né dal Dott. Bonetti) e nulla permette di concludere che questo nuovo evento abbia comportato un aggravamento della situazione valetudinaria.

Nelle osservazioni complete del 15 ottobre 2012, l'UAIE ripropone la reiezione del ricorso.

G.

Con replica del 26 novembre 2012, la PROCAP rimprovera ancora al perito Dott. Bonetti di non aver effettuato l'esame che il Dott. Kristol aveva ritenuto siccome indispensabile nel rapporto del 12 dicembre 2010. Peraltro, il fatto che il Dott. Kristol non sappia spiegare il motivo per cui l'interessato ha dovuto essere rioperato il 30 agosto 2012, atteso che l'instabilità vertebrale non era stata menzionata né dal Dott. Bonetti né dal Dott. Waldburger, si traduce in un'insufficienza istruttoria. L'insorgente insiste

sulla gravità evolutiva dell'affezione in corso. Produce un estratto di cartelle clinica concernente il ricovero menzionato.

H.

Ricevuta la replica, l'Ufficio AI ha risottoposto gli atti al Dott. Kristol, il quale, nella relazione del 12 dicembre 2012, si è riconfermato nelle sue precedenti considerazioni (doc. 40). Replicando in data 18 dicembre 2012, l'UAIE ha riproposto la reiezione del ricorso.

I.

Con decisione incidentale del 21 dicembre 2012, la parte ricorrente è stata invitata a versare 400 franchi a titolo di copertura delle presunte spese processuali. Nel contempo copia della duplice dell'UAIE e del rapporto del Dott. Kristol sono stati inviati all'interessato. Detto anticipo è stato versato il 25 gennaio 2013.

Diritto:

1.

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

2.

2.1 In virtù dell'art. 3 lett. d^{bis} 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 LAI le disposizioni della LPGA sono applicabili all'assicurazione per l'invalidità (art. 1a-26^{bis} e 28-70), sempre che la presente legge non preveda espressamente una deroga.

2.2 Giusta l'art. 33a cpv. 1 PA il procedimento si svolge in una delle quattro lingue ufficiali, di regola nella lingua in cui le parti hanno presentato o presenterebbero le conclusioni. Il cpv. 2 della stessa norma stabilisce che nei procedimenti su ricorso è determinante la lingua della decisione impugnata. Se le parti utilizzano un'altra lingua ufficiale, il procedimento può svolgersi in tale lingua.

Nella fattispecie, la decisione impugnata è redatta in italiano. Dall'incarto emerge inoltre che il ricorrente medesimo è cittadino italiano residente in Italia e di lingua madre italiana. Gran parte degli atti, come pure la perizia a suo tempo ordinata, sono in italiano. Visto quanto precede, è giustificato che anche la sentenza sia redatta in lingua italiana.

2.3 Secondo l'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. Queste condizioni sono adempiute nella specie.

2.4 Il ricorso è tempestivo e rispetta i requisiti minimi prescritti dalla legge (art. 60 LPGA e 52 PA). L'interessato ha versato l'anticipo per le spese processuali nella misura di 400 franchi, entro il termine impartito. Il gravame è dunque ammissibile, nulla ostando all'esame del merito dello stesso.

3.

3.1 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, 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.

3.2 L'allegato II è stato modificato con effetto dal 1° aprile 2012 (Decisione 1/2012 del Comitato misto, del 31 marzo 2012; RU 2012 2345). Nella sua nuova versione esso prevede che le parti contraenti applicano tra di loro, nel campo del coordinamento dei sistemi di sicurezza sociale, gli atti giuridici riferiti nella sezione A dello stesso allegato, comprese eventuali loro modifiche o altre regole equivalenti ad essi (art. 1 ch. 1), assimila la

Svizzera, a questo scopo, ad uno Stato membro dell'Unione europea (UE; art. 1 ch. 2), e stabilisce, ai fini dell'applicazione delle disposizioni dello stesso allegato, la necessità di tenere in debita considerazione gli atti giuridici dell'UE riferiti nella sezione B (art. 2 ch. 1) e di prendere atto di quelli menzionati alla sezione C (art. 2 ch. 2) che non sono rilevanti per la fattispecie.

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

3.4 Secondo l'art. 4 del regolamento (CE) n. 883/2004, salvo quanto diversamente previsto dallo stesso, le persone ad esso soggette godono delle medesime prestazioni e sottostanno agli stessi obblighi di cui alla legislazione di ciascuno Stato membro, alle stesse condizioni dei cittadini di tale Stato. Ciò detto, 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).

4.

Relativamente al diritto applicabile, deve essere precisato che, a partire dal 1° gennaio 2012, la presente procedura è retta dalla LAI nel suo tenore modificato il 18 marzo 2011 (6^a revisione), ritenuto tuttavia il principio secondo il quale le norme applicabili sono quelle in vigore al momento in cui dei fatti giuridicamente rilevanti si sono verificati (ATF 136 V 24 consid. 4.3). Ne consegue che il diritto alla rendita si esamina fino al 31 dicembre 2011 alla luce delle precedenti norme e, a partire da quella data, secondo le nuove disposizioni.

5.

Il periodo di cognizione giudiziaria dello scrivente Tribunale amministrativo federale si estende fino al 29 maggio 2012, data dell'impugnata decisione. Il giudice delle assicurazioni sociali analizza, infatti, la legalità della decisione impugnata, in generale, secondo lo stato di fatto esistente al momento in cui la decisione in lite è stata resa (DTF 130 V 445 consid. 1.2). Il giudice delle assicurazioni sociali può tuttavia tenere conto dei fatti verificatisi dopo la data della decisione impugnata quando essi possono imporsi quali elementi d'accertamento retrospettivo della situazione anteriore alla decisione stessa (DTF 130 V 138, vedi anche 121 V 366 consid. 1b, 116 V 248 consid. 1a).

6.

6.1 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.

6.2 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). In seguito all'entrata in vigore dell'Accordo bilaterale, la limitazione prevista dall'art. 29 cpv. 4 LAI, 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'UE e vi risiede.

6.3 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; c. al termine di questo anno è invalido almeno al 40%.

6.4 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 LPGGA). L'incapacità al guadagno è definita all'art. 7 LPGGA 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 oggettivamente superabile.

7.

7.1 Giusta l'art. 17 cpv. 1 LPGGA, se il grado d'invalidità del beneficiario di una rendita d'invalidità subisce una modifica, che incide in modo rilevante sul diritto alla rendita, questa sarà, per il futuro, aumentata o ridotta proporzionalmente o soppressa, d'ufficio o su richiesta.

7.2 La revisione avviene d'ufficio o su domanda. La revisione avviene d'ufficio quando, in previsione di una possibile modificazione importante del grado d'invalidità o di grande invalidità, è stato stabilito un termine nel momento dell'erogazione della rendita o dell'assegno per grandi invalidi, o allorché si conoscono fatti o si ordinano provvedimenti che possono provocare una notevole modificazione del grado d'invalidità o della grande invalidità (art. 87 cpv. 2 dell'ordinanza sull'assicurazione per l'invalidità del 17 gennaio 1961 [OAI, RS 831.201]).

Se è fatta domanda di revisione, nella domanda si deve dimostrare che il grado d'invalidità o di grande invalidità o il volume dell'assistenza dovuta all'invalidità è modificato in misura rilevante per il diritto alle prestazioni (art. 87 cpv. 3 OAI).

7.3 Se la capacità al guadagno dell'assicurato migliora, v'è motivo di ammettere che il cambiamento determinante soppriime, 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 delle rendite avviene, al più presto, se l'assicurato ha chiesto la revisione a partire dal mese in cui la domanda è stata inoltrata; se la revisione avviene d'ufficio, a partire dal mese in cui è stata prevista (art. 88^{bis}, cpv. 1 lett a e b OAI. In caso di riduzione o soppressione della rendita, questa avviene il primo giorno del secondo mese che segue la notifica della decisione (art. 88^{bis} cpv. 2 lett. a OAI).

7.4 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).

7.5 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 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 costituire una base legale che possa 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, p. 15).

8.

8.1 Nella fattispecie, l'autorità inferiore ha avviato una procedura di revisione d'ufficio il 21 aprile 2008 (doc. 87 e 88) che è stata evasa con comunicazione del 2 luglio 2009 (doc. 114). Questa comunicazione menzionava che l'interessato, se non era d'accordo con la conferma della mezza rendita, avrebbe potuto chiedere una decisione soggetta a ricorso. Con scritto del 24 luglio 2009 l'interessato si è opposto a questa comunicazione facendo valere un peggioramento del suo stato di salute. L'autorità inferiore ha però considerato questo scritto come una domanda di revisione. In realtà, lo scritto del 24 luglio 2009, che fa seguito alla comunicazione del 2 luglio 2009, doveva essere piuttosto interpretato come una domanda volta ad ottenere una decisione formale in merito alla procedura di revisione d'ufficio. L'esame della procedura deve quindi essere svolto tenendo conto del fatto che si tratta di una revisione d'ufficio e non di una

domanda di revisione intentata dall'interessato. Non incombe quindi al ricorrente dimostrare che il grado d'invalidità si è modificato in misura rilevante per il diritto alla prestazioni come lo prevede l'art. 87 cpv. 3 OAI. Incombeva invece all'autorità inferiore esaminare la fattispecie da un punto di vista materiale e, in particolare, verificare se si è effettivamente realizzata una modifica del grado d'invalidità dell'assicurato.

8.2 Il punto di partenza per stabilire se il grado d'invalidità si è modificato in maniera da influire sul diritto a prestazioni è costituito dall'ultima decisione che ha esaminato materialmente il diritto alla rendita (DTF 133 V 108 consid. 5.4). Il periodo di riferimento nell'ambito della presente vertenza è pertanto quello intercorrente fra la decisione del 23 ottobre 1998, con la quale la Cassa di compensazione del Cantone di Friburgo ha erogato in favore dell'assicurato una mezza rendita AI a decorrere dal 1° gennaio 1997, ed il 29 maggio 2012, data della decisione impugnata. Le procedure di revisione avviate nel 2001 e nel 2004 non sono influenti dal momento che sono state scarsamente sorrette da documentazione clinica-oggettiva e da accertamenti economico-lavorativi completi.

9.

9.1 L'interessato ha esercitato un'attività lucrativa dopo il rimpatrio, segnatamente a partire dal 1999. Da quel che si può desumere dalla procedura di revisione del 2004, si trattava di un lavoro in proprio consistente nella piccola riparazione di autoveicoli. Da questa attività l'assicurato non ha tratto guadagni tali da dover porre in discussione il mantenimento del diritto alla mezza rendita AI. Sebbene la situazione economico-lavorativa non è più stata aggiornata nel corso di questa domanda di revisione, non vi sono elementi per far pensare che l'assicurato abbia aumentato il suo orario di lavoro con conseguente aumento della capacità di guadagno. Anzi, per quanto viene già affermato nella replica del 19 novembre 2010 (pag. 4) al ricorso del 3 maggio 2010 (Inc. C-3139/2010), l'interessato avrebbe definitivamente cessato di lavorare.

9.2 La nozione d'invalidità di cui all'art. 4 LAI e 8 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. art. 28a cpv. 1, 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 di-

ventato 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).

9.3 In carenza 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 tasso 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).

10.

10.1 Quando venne riconosciuta la mezza rendita AI dal punto di vista medico risultava che l'assicurato soffriva di lombalgie croniche su discopatia L4-L5 ed L5-S1, canale lombare stretto L3-L4, cervicobrachialgie su uncorartrosi bilaterale da C3 a C7, discoartrosi C5-C6 a destra, reazione depressiva prolungata con disturbo misto della personalità con tendenza allo sviluppo di una sindrome somatoforme dolorosa (cfr., segnatamente, il rapporto dell'Inselspital di Berna del 25 giugno 1996 e del COMAI di Losanna del 9 giugno 1998, doc. 3, 27 inc. I).

10.2 Al momento della revisione in esame, l'UAIE ha ritenuto utile sottoporre il caso ad un'indagine neurologica presso il Dott. Bonetti di Mendrisio. Ciò in quanto il Dott. Waldburger (reumatologo, Friburgo), nel suo referto del 17 febbraio 2010 (doc. 140 inc. I), aveva rilevato lombosciatalgie D iperalgiche non deficitarie su disturbi degenerativi e della statica avanzati con stretta discopatia L4-L5, L5-S1 e meno a livello di L3-L4, artrosi posteriore, canale spinale stretto ed ernia discale L4-L5 ed L5-S1; cervicoartrosi avanzata con DISH ed uncoartrosi stratificata C3-C4, C4-C5, C5-C6, C6-C7, malattia di Forestier. Inoltre, lo stesso medico, nel suo ultimo rapporto del 17 novembre 2010 (doc. 13 incarto TAF C-3139/2010), aveva evidenziato una sospetta "claudicatio" neurogena.

Il Dott. Bonetti ha quindi rilevato: sindrome pan vertebrale in presenza di alterazioni statico-degenerative del rachide, sia cervicale che lombosacrale, osteocondrosi, spondilo artrosi e discopatie e più livelli, senza con-

flitti radicolari né midollari oggettivamente, canale spinale lombare stretto radiologico, senza sintomi neurologici anamnestici sospetti, sindrome da dolore cronico emicorporale destro (doc. 24).

11.

11.1 Per quanto riguarda le conseguenze invalidanti delle menzionate affezioni, al collegio giudicante si pongono a confronto due pareri. Da una parte quello del Dott. Waldburger, reumatologo, (cfr. rapporti del 17 febbraio 2010 e 17 novembre 2010) e poi quello del Dott. Bonetti del 7 marzo 2012 (visita del 13 settembre 2011). Dal canto suo, il medico dell'INPS, nella sua perizia particolareggiata del 7 aprile 2009 (doc. 110 inc. I), pone un tasso d'invalidità del 55%.

11.2 Al proposito, va rilevato che una perizia richiesta dall'UAIE (in casu un perito neurologo nominato dall'UAIE in esito alla sentenza di questo Tribunale del 24 gennaio 2011) non può essere scartata adducendo che si tratta di un referto di parte (DTF 136 V 376 consid. 4, vedi anche sentenza del Tribunale federale 9C_189/2011 dell'8 luglio 2011 consid. 3.2). Infatti, la legge attribuisce all'amministrazione il compito di istruire le domande di rendita, procurandosi gli atti necessari, in particolare circa lo stato di salute, l'attività, la capacità di lavoro e l'idoneità all'integrazione dei richiedenti. A tale scopo possono essere domandati rapporti e informazioni, ordinate perizie, eseguiti sopralluoghi e consultati specialisti dell'aiuto pubblico o privato agli invalidi (art. 69 cpv. 2 OAI). Determinante è la circostanza che la perizia del servizio di accertamento medico rispetti tutti i principi concernenti la valutazione medica dell'invalidità. Infatti, per quanto concerne il valore probatorio d'un rapporto medico va in particolare accertato se il rapporto è completo per quanto riguarda i temi sollevati, se si riferisce ad esami approfonditi, se tiene conto delle censure del paziente, se è stato redatto con conoscenza della pregressa vicenda valedudinaria (anamnesi), se è chiaro nella presentazione del contesto medico e, infine, se le conclusioni a cui giunge sono fondate. Elemento determinante dal profilo probatorio non è in linea di principio l'origine del mezzo di prova né la designazione del materiale probatorio quale rapporto o di perizia, bensì il suo contenuto (DTF 125 V 352 consid. 3a; 122 V 160 consid. 1c). In una successiva giurisprudenza il Tribunale federale ha tra l'altro precisato che quando in opposizione ad un accertamento di un servizio medico specifico dell'AI viene presentata una perizia che contraddice in modo scientifico ed esauriente quanto espresso dalla precedente indagine sia in ambito diagnostico che nelle conclusioni, ed il giudice non è in grado di decidere quali fra le due può essere condivisa, è lecito far al-

lestire una perizia giudiziaria indipendente e conclusiva (DTF 137 V 210 consid. 4.4.1.4).

12.

12.1 Ora, il Dott. Waldburger ha sostenuto che la situazione presente nel 1998, posta a confronto con il recente bilancio radiologico, mostra un netto peggioramento dei disturbi della statica e degenerativi della colonna lombare dorsale e cervicale. Egli descrive il peggioramento da un punto di vista radiologico (doc. 140 inc. I, pag. 2). L'esperto osserva che le dolglianze soggettive e le patologie (oggettive) che presenta il paziente sono nettamente più importanti di quelle riscontrate al momento in cui venne riconosciuto un grado d'invalidità del 54% (e una capacità lavorativa residua in attività sostitutive del 60%). In effetti, continua l'esperto reumatologo, i disturbi degenerativi con discoartrosi stratificata lombare, cervicale e dorsale, il canale spinale stretto e la discopatia infiammatoria L4-L5, dimostrano un'importante evoluzione rispetto alla situazione presente nel 1998. Il Dott. Waldburger stima attualmente all'80% il grado d'invalidità del paziente anche in attività leggere.

12.2 Dal canto suo, il Dott. Bonetti, prende atto dei rapporti redatti dal Dott. Waldburger, della documentazione oggettiva e della documentazione precedente. L'esperto perito esegue un nuovo esame clinico.

A questo proposito può essere utile ricordare che l'invalidità non è un concetto medico, quanto piuttosto economico. L'assicurazione copre il danno derivante da un'incapacità di lavoro e di guadagno, non tanto la malattia in quanto tale. In questo senso si può osservare che, sebbene, come nella specie, un quadro radiologico può essere peggiorato rispetto ad un periodo precedente, ciò non si tramuta, automaticamente, in un aumento dell'incapacità di lavoro di un assicurato. Lo stesso si può dire, per esempio, in caso di revisione, con la comparsa di una nuova malattia o di un altro quadro patologico non presente al momento del riconoscimento di una prestazione AI. In altre parole, il grado d'invalidità non risulta dalla somma delle singole incapacità lavorative o dall'aggiunta posteriore alla data di riconoscimento di una certa prestazione, di un'altra patologia (per esempio di altra natura, o di complicazione di un'affezione della stessa natura), ma piuttosto da una valutazione globale dell'incidenza di queste turbe sulla capacità di lavoro residua (in questo senso: DTF 123 V 45 consid. 3b e SVR 2008 IV n. 15 consid. 2.1).

12.3 Il Dott. Bonetti prende atto delle doglianze soggettive dell'assicurato (pag. 3), ossia (in riassunto) dei dolori a livello lombare, irradianti la gamba destra; le cervicalgie e brachialgie a destra; il senso di debolezza sul lato destro del corpo; i frequenti blocchi articolari in tutte le posizioni di lavoro; l'impossibilità di camminare a lungo, ecc. Queste sono anche le constatazioni del Dott. Waldburger.

All'esame clinico-obiettivo, il Dott. Bonetti constata, dopo un'introduzione riguardante la psiche peraltro integra, una motilità cervicale solo leggermente limitata, dolori locali senza irradiazioni disestetiche nei membri superiori; spiccata tensione dolorosa a livello delle osteotendinee nuchali e della muscolatura paracervicale. Manovra di Adson negativa. Nervi cranici senza particolarità patologiche. Al sistema motorio e della coordinazione egli segnala (segnatamente): riflessi tendinei tutti presenti, simmetrici e normovivi; nessun segno piramidale; trofismo normale in tutti i punti; forza ridotta all'emicorpo destro, ma i singoli muscoli non mostrano deficit particolari; nessun problema a livello delle spalle, nessun problema delle cuffie dei rotatori; tenar normale bilateralmente; nessuna paresi di ogni tipo alle mani; assenza di tremore; prova di Romberg normale; la marcia presenta una zoppia antalgica a destra di tipo funzionale; nessun segno di Trendelenburg; marcia cieca normale, marcia a funambolo solo inizialmente traballante; il paziente cammina sulle punte, sui talloni; sale su gradini con l'una e con l'altra gamba; non esistono contratture della muscolatura pan vertebrale lombare; la contrazione gluteale è simmetrica; la sensibilità (neurologica) è conservata in modo ubiquitario per tutte le qualità, in particolare alle due mani ed al membro inferiore destro; pallestesia 8/8 ai 4 membri; altri segni (test) tipici di un esame neurologico sono negativi.

Concludendo, il Dott. Bonetti rileva che per quanto risulta dagli atti e dal suo esame la situazione attuale è dal punto di vista clinico identica a quanto descritto a suo tempo nel rapporto della Clinica Universitaria di Losanna nel 1998 (COMAI). Dal punto di vista clinico, in via di estrema sintesi, il paziente presenta una sindrome dolorosa emicorporale destra, senza deficit sensitivo-motori oggettivabili, senza limitazioni funzionali maggiori, né a livello cervicale, né lombosacrale. Il perito fa infine notare che il paziente si siede a 90° con le gambe tese, fatto che corrisponde ad un Lasègue di 90°; non si nota nessuna asimmetria dei riflessi, nessun deficit neuropsicologico, nessun segno di sofferenza midollare o più centrale. La situazione sembra quindi stabile, da almeno 13 anni, dal punto di vista clinico.

Per quanto riguarda l'incapacità di lavoro, la presenza di dolori cronici sopra precisati provoca, come nel passato, un'incapacità totale nel precedente lavoro (meccanico). Il Dott. Bonetti stima che in attività leggere l'interessato è inabile in misura del 50% (mansioni tipo guardiano, venditore, magazziniere ecc.).

12.4 Il Dot. Kristol, medico dell'UAIE, ha corretto il grado d'invalidità espresso dal Dott. Bonetti. Infatti, se come è vero, lo stesso perito neurologo, in più punti della sua perizia insiste sul fatto che la situazione valetudinaria è identica allo stato presente nel 1998 (cfr. perizia pag. 5 punto 5 a due riprese; pag. 6 in inizio), non vi sono ragioni plausibili per portare l'incapacità di lavoro dal 40 al 50% in attività leggere. In questo caso, l'esperto avrebbe affermato che la situazione valetudinaria è leggermente peggiorata rispetto al 1998. Come già rilevato al considerando 7.5, non è infatti ammesso in ambito di revisione valutare in modo differente una situazione rimasta sostanzialmente uguale.

12.5 Per quanto riguarda le critiche mosse dalla parte ricorrente in più sedi (ricorso e replica), queste non si fondano su una documentazione medico-oggettiva che smentisca, in modo irrefutabile, quanto esposto dal Dott. Bonetti. In particolare l'insorgente, dopo il referto del Dott. Bonetti, non ha prodotto alcuna approfondita controperizia atta a confutare le tesi esposte dal Dott. Bonetti. Il Dott. Kristol, nel suo rapporto del 3 ottobre 2010 (doc. 38), prende posizione in merito alle obiezioni contenute nel ricorso. Egli osserva che in risposta alle osservazioni e constatazioni del Dott. Waldburger (reumatologo), il Dott. Bonetti ha eseguito un esame neurologico completo e non è giunto alle stesse conclusioni del primo medico. Parimenti, se il Dott. Bonetti non ha eseguito determinati esami (segnatamente un'ergometria su nastro rotante), è rilevante solo che l'esperto neurologico, dopo esame clinico, non ha ritenuto necessarie ulteriori investigazioni scientifiche. Non è infatti compito di una perizia dell'Al indagare in modo assoluto su determinati stati morbosi, quando le risultanze cliniche permettono da sole di pronunciarsi sulla residua capacità di lavoro del paziente.

La cartella clinica prodotta dall'insorgente (ricovero dal 25 agosto al 5 settembre 2012 per grave discopatia lombare da L4 ad L5, intervento di stabilizzazione) è stata esaminata dal Dott. Kristol dell'UAIE. Questi ha rilevato sul piano generale (rapporti del 12 dicembre 2012 e 3 ottobre 2012, doc. 38, 40) che l'evento in parola non apporta in sé argomenti a favore di un eventuale peggioramento della situazione valetudinaria dell'interessato. Questi, dopo l'intervento, ha frequentato un ciclo riabilitativo (fino al 20

settembre 2012), dopo di che non vi sono elementi clinici per pensare che la situazione valetudinaria non sia tornata come prima.

12.6 Questo collegio giudicante reputa che l'indagine svolta dal Dott. Bonetti, nonostante le critiche mosse dalla parte ricorrente, rispetta, per l'essenziale, tutti i requisiti necessari perché abbia ad assumere un valore probante. La situazione valetudinaria di A. _____, rispetto all'epoca in cui gli venne riconosciuta la mezza rendita AI, non ha subito sostanziali e fondamentali modifiche atte a suffragare un aumento del grado d'invalidità in attività di sostituzione. L'assicurato è ancora in grado di svolgere lavori come quello di operaio nel settore metallurgico leggero, operaio addetto al controllo di macchine di produzione automatica, operaio imballatore o addetto alla spedizione, operaio addetto alla riparazione di piccoli oggetti, aiuto magazziniere, addetto alla ricezione in ditte, guardiano, custode, venditore, bigliettaio, ecc. Il precedente lavoro, svolto a tempo parziale dopo il riconoscimento dell'invalidità, consistente nelle riparazioni non impegnative di automezzi e, sembra, la vendita di automezzi, verosimilmente, non è più esigibile. Le notizie, su quest'ultima occupazione, non sono mai state approfondite.

13.

Resta da esaminare se si deve procedere a un esame del raffronto dei redditi prima e dopo l'invalidità in applicazione dell'art. 16 LPGa (consid. 9.2). L'Ufficio AI del Cantone di Friburgo aveva già calcolato al 54% la perdita di guadagno subita dall'interessato svolgendo attività sostitutive (doc. 31 inc. I). Ora, secondo la menzionata giurisprudenza (cfr. consid. 7.4) è vero che le rendite d'invalidità sono soggette a revisione anche se lo stato di salute è rimasto invariato, a condizione che le conseguenze sulla capacità di guadagno abbiano subito un cambiamento importante. Questo non significa tuttavia che in occasione di una revisione si debba sempre procedere a un nuovo raffronto dei redditi. Se lo stato di salute è rimasto invariato, occorre dapprima decidere se esista o meno un motivo per adeguare la rendita. Solamente rispondendo affermativamente a questa domanda, si può procedere ad un nuovo calcolo comparativo dei redditi. Adottando la soluzione contraria, ossia procedendo ad un nuovo calcolo innanzi ad una situazione rimasta invariata, si violerebbe lo stesso principio che impone come non si possa, in caso di revisione, giudicare diversamente due situazioni rimaste uguali (sentenza 9C_223/2011 del 3 giugno 2011 consid. 3.2 pubblicata in SVR 2011 IV n° 81, vedi anche sentenza del Tribunale federale 9C_766/2009 del 12 marzo 2010 consid. 3.2). Nella fattispecie, facendo difetto un aggravamento del grado d'invalidità, le condizioni previste dall'art. 17 cpv. 1 LPGa per procedere a una

revisione del diritto alla rendita d'invalidità non sono adempiute. Non si giustifica pertanto di procedere a un esame del raffronto dei redditi.

14.

14.1 In queste circostanze il ricorso è respinto e l'impugnata decisione confermata.

14.2 Le spese processuali, ammontanti a 400 franchi, sono poste a carico della ricorrente e sono compensate con l'anticipo già fornito.

14.3 Visto l'esito del ricorso, non si assegnano indennità per spese ripetibili.

Per quel che 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 nella cause dinanzi al tribunale amministrativo federale [TS-TAF, RS 173.320.2]).

Per questi motivi, il Tribunale amministrativo federale pronuncia:

1.

Il ricorso è respinto.

2.

Le spese processuali, ammontanti a 400 franchi, sono poste a carico del ricorrente e sono compensate con l'anticipo già fornito.

3.

Non si riconoscono indennità per spese ripetibili.

4.

Comunicazione a:

- rappresentante del ricorrente (atto giudiziario)
- autorità inferiore (n. di rif. ; raccomandata)
- Ufficio federale delle assicurazioni sociali, Berna (raccomandata)

Il presidente del collegio:

Il cancelliere:

Francesco Parrino

Dario Croci Torti

Rimedi giuridici:

Contro la presente decisione può essere interposto ricorso in materia di diritto pubblico al Tribunale federale, Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerna, entro un termine di 30 giorni dalla sua notificazione (art. 82 e segg., 90 e segg. e 100 della legge sul Tribunale federale del 17 giugno 2005 [LTF, RS 173.110]). Gli atti scritti devono contenere le conclusioni, i motivi e l'indicazione dei mezzi di prova ed essere firmati. La decisione impugnata e – se in possesso della parte ricorrente – i documenti indicati come mezzi di prova devono essere allegati (art. 42 LTF).

Data di spedizione: