



Corte III
C-3890/2017

Sentenza del 21 novembre 2018

Composizione

Michela Bürki Moreni, statuenta quale giudice unica,
cancelliere Luca Rossi.

Parti

A. _____,
rappresentato da UCM Associazione Utenti Sanità Pubblica,
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, rifiuto di entrare nel merito di
una domanda di revisione (decisione del 19 giugno 2017).

Fatti:**A.**

A.a A. _____, cittadino italiano nato il (...) 1963, coniugato e padre di due figli, ha lavorato dal 1985 in Svizzera come frontaliere in diversi settori manifatturieri, da ultimo nel settore tessile, quale addetto all'imballaggio, versando i contributi obbligatori all'assicurazione per la vecchiaia, i superstiti e l'invalidità (AVS/AI; doc. 18 e 26 dell'incarto dell'Ufficio dell'assicurazione per l'invalidità per gli assicurati residenti all'estero [UAIE]).

A.b Inabile al lavoro da novembre 2001 a causa di malattia, da inizio maggio 2002 l'interessato ha ripreso a lavorare come imballatore per il medesimo datore di lavoro ma al 50% per ragioni sanitarie (doc. 26).

B.

In seguito alla domanda di prestazioni del 19 luglio 2002, presentata dall'assicurato per il tramite dell'Istituto nazionale italiano di assistenza sociale (INAS), con decisione del 12 maggio 2003 l'UAIE ha riconosciuto a A. _____ il diritto ad una mezza rendita d'invalidità dal 1° novembre 2002 (doc. 11).

C.

Il 20 dicembre 2004, per il tramite del suddetto patronato, l'interessato ha formulato una prima domanda di revisione facendo valere un peggioramento delle sue condizioni di salute (doc. 15-17). L'Ufficio dell'assicurazione per l'invalidità del Canton B. _____ (UAI-B. _____), dopo aver esaminato i documenti medici trasmessi ed aver constatato che l'assicurato lavorava comunque ancora al 50% (doc. 18, 26), con provvedimento dell'8 aprile 2005, ha comunicato che la rendita AI rimaneva immutata (doc. 28).

D.

Il 27 maggio 2005, sempre per il tramite dell'INAS, l'assicurato ha introdotto una seconda domanda di revisione (doc. 29-33). Sulla scorta della nuova documentazione medica prodotta, il servizio medico dell'UAI ha riconosciuto un'incapacità lavorativa totale da marzo 2015 in ragione dell'infezione sintomatica da HIV, esiti di intervento per ernia discale lombare nel 1999 e 2004, epatite cronica C genotipo 3a in trattamento (doc. 44 e 48). Con decisione del 12 dicembre 2005 dell'UAIE, A. _____ è stato quindi posto al beneficio di una rendita intera AI dal 1° giugno 2005 (doc. 51).

E.

E.a Nel 2006, l'UAI-B. _____ ha avviato una procedura di revisione (doc. 52 e segg.) ed incaricato il Servizio di accertamento medico (in seguito SAM) di eseguire una perizia pluridisciplinare in medicina in medicina interna, infettivologia, gastroenterologia, psichiatria, ortopedia e reumatologia (doc. 62 e segg.). In sintesi sono emerse le seguenti diagnosi invalidanti: esiti di encefalopatia da toxoplasmosi cerebrale, infezione cronica HIV, sindrome lombovertebrale e lombospondilogeno, sindrome di attrito sottoacromiale a destra. Alla luce delle patologie e delle limitazioni funzionali riscontrate, su cui si tornerà nel dettaglio nei considerandi in diritto, i periti hanno stimato un'incapacità lavorativa nella professione di imballatore nell'industria tessile del 70%, mentre in attività sostitutive adeguate, comportanti mansioni più leggere e semi-sedentarie, è stato ritenuto abile al 50% (doc. 62 p. 18-19).

E.b Avendo accertato un discapito economico del 55% (doc. 88-89), con decisione del 10 dicembre 2008 l'UAIE ha quindi ha sostituito la rendita intera AI con una mezza rendita a far tempo dal 1° febbraio 2009 (doc.99).

E.c Con sentenza del 1° novembre 2010 (doc. 108; inc. C-580/2009) il Tribunale amministrativo federale (in seguito TAF) ha accolto l'impugnativa presentata dall'assicurato stimando al 59,97% (arrotondato al 60%) il grado d'invalidità dell'assicurato, con conseguente diritto ai tre quarti di rendita AI.

Con giudizio del 2 dicembre 2011 il Tribunale federale, ha tuttavia confermando la bontà della decisione impugnata e la riduzione della rendita intera a mezza rendita AI (doc. 115; sentenza del TF 9C_993/10 del 2 dicembre 2011).

F.

F.a Nel maggio 2012, l'assicurato, rappresentato da UCM federazione utenti sanità pubblica, ha formulato una terza domanda di revisione facendo valere un ulteriore peggioramento delle sue condizioni di salute (doc. 121 e segg.). Al fine di valutare l'influsso sulla capacità lavorativa della patologia psichiatrica di recente insorgenza, il Servizio medico regionale (in seguito SMR - doc. 127, 138) ha consigliato una perizia in tale disciplina, eseguita presso il Centro peritale delle assicurazioni sociali (in seguito CPAS). Gli specialisti hanno evidenziato una diagnosi invalidante di sindrome mista ansioso-depressiva (ICD 10-F41.2), causante un'incapacità di lavoro generale del 20% non sommabile al grado d'invalidità già presente per motivi somatici (doc. 142).

F.b Nel rapporto del 15 febbraio 2013 (doc. 143), il medico SMR ha preso atto del peggioramento dello stato psichico, precisando che l'inabilità lavorativa riconducibile a questa problematica si sovrappone all'inabilità lavorativa globale del 50%, intesa come rendimento ridotto, identificata nella perizia SAM dell'8 ottobre 2007. A tali valutazioni si è attenuto anche a seguito dell'esame dell'ulteriore documentazione medica prodotta dall'assicurato (doc. 145-146 e 148)

F.c Con decisione del 24 maggio 2013 l'UAIE ha quindi respinto la domanda di revisione (doc. 151-152).

F.d Con sentenza del 24 settembre 2014, il TAF ha respinto il ricorso interposto dall'assicurato ed ha confermato la decisione impugnata (doc. 164; inc. C-3466/2013). Il TAF ha concluso che malgrado il peggioramento dello stato di salute, non fosse provato con il grado della verosimiglianza preponderante un deterioramento della capacità lavorativa (consid. 11 e 12).

G.

G.a Il 10 febbraio 2015, sempre rappresentato dal suddetto patronato, l'interessato ha inoltrato una quarta domanda di revisione, unitamente a degli atti medici inediti (doc. 166, 168).

G.b Sulla scorta della valutazione del SMR – che nel rapporto del 1° aprile 2015 (doc. 169), confermato nell'annotazione del 4 maggio 2015 (doc. 173), aveva ritenuto che “l'attuale documentazione non è sufficiente per comprovare una sostanziale modifica dello stato di salute con influsso sulla residua CL” – l'UAIE ha emanato il 26 maggio 2015 la decisione di non entrata in materia della nuova domanda di revisione, non avendo l'assicurato reso plausibile una modifica rilevante del suo grado di invalidità (doc. 177).

G.c Con sentenza del 24 gennaio 2017 il TAF ha respinto il ricorso e confermato la decisione impugnata (doc. 194).

H.

H.a Una quinta domanda di revisione è stata trasmessa da A. _____ il 22 febbraio 2017 (doc. 195). A suffragio della richiesta ha prodotto unicamente

il breve certificato del dr. C._____ del 16 febbraio 2017 (doc. 195), ritenuto insufficiente dal SMR per comprovare una sostanziale modifica dello stato di salute (doc. 197).

H.b Con progetto di decisione del 14 aprile 2017 l'UAI-B._____ ha disposto la non entrata in materia della nuova domanda di revisione, non essendo stato reso plausibile una modifica rilevante del grado di invalidità per il diritto alle prestazioni (doc. 198).

H.c Non essendo giunte osservazioni o ulteriore documentazione a supporto della pretesa dell'interessato nel corso della procedura di audizione, il 19 giugno 2017 l'autorità inferiore ha quindi emanato la decisione di non entrata in materia conformemente al progetto (doc. 202).

I.

Con ricorso dell'11 luglio 2017 (doc. TAF 1), A._____, sempre rappresentato da UCM Associazione utenti sanità pubblica, ha chiesto l'annullamento della decisione e il riconoscimento del diritto a una rendita intera AI. A fondamento della propria richiesta il ricorrente ha esibito un nuovo referto medico (sub doc. E), di cui si dirà più avanti e due già agli atti (sub. doc. F e G).

J.

Con decisione incidentale del 19 luglio 2017 (doc. TAF 2), il ricorrente è stato invitato a versare un anticipo di fr. 800.-, corrispondente alle presunte spese processuali, regolarmente saldato in data 7 settembre 2015 (doc. TAF 4-5).

K.

Con osservazioni dell'11 settembre 2017 il ricorrente ha prodotto due ulteriori referti medici, di cui si dirà se del caso più avanti (doc. TAF 7).

L.

Nella risposta di causa del 5 ottobre 2017, l'UAIE ha proposto la reiezione del ricorso, facendo propria la presa di posizione del 2 ottobre 2017 dell'UAI-B._____, che ha ritenuto la nuova documentazione medica, prodotta per la prima volta dinanzi al TAF, priva di una "dettagliata e attuale descrizione del quadro clinico rispetto alla situazione radiologica descritta nell'esame del 22 maggio 2017 (sub. doc. E allegato al doc. TAF 1) ed ha pertanto considerato tali atti non sufficienti a comprovare una sostanziale modifica dello stato di salute e dell'abilità lavorativa (doc. TAF 9).

M.

Con replica del 30 ottobre 2017 – preceduta da un breve scritto del 17 ottobre 2017 con cui sono stati trasmessi ulteriori documenti medici (allegati J e K al doc. TAF 11) – l'insorgente ha ribadito la tesi esposta nel memoriale di ricorso (doc. TAF 13).

N.

Con duplice del 9 novembre 2017, fondandosi sulla presa di posizione dell'UAI-B. _____ del 6 novembre 2017, l'UAIE ha nuovamente chiesto la reiezione del gravame e la conferma della decisione impugnata (doc. TAF 14). Pur avendo riscontrato l'insorgere di una nuova patologia, e meglio una polineuropatia (doc. J), l'amministrazione ha precisato che la stessa è attestata da documentazione medica posteriore alla data della decisione impugnata e che pertanto non risulta rilevante ai fini del presente giudizio, dovendo essere esaminata nel quadro di una nuova e indipendente procedura di revisione.

O.

Senza esprimersi riguardo alla presa di posizione dell'autorità inferiore, il ricorrente si è limitato a trasmettere il 29 gennaio 2018 (doc. TAF 16), il 12 febbraio 2018 (doc. TAF 18), il 3 marzo 2018 (doc. TAF 20), il 12 giugno 2018 (doc. TAF 22), il 29 agosto 2018 (doc. TAF 25 e 27) nuovi certificati e rapporti medici.

P.

Con le osservazioni del 27 giugno 2018 (doc. TAF 24), ribadite il 28 settembre 2018 (doc. TAF 29) l'autorità inferiore si è riconfermata integralmente nella propria richiesta di reiezione del ricorso e di trasmissione degli atti per esame nell'ambito di una nuova procedura.

Diritto:**1.**

1.1 In virtù dell'art. 31 LTAF, questo Tribunale giudica i ricorsi contro le decisioni ai sensi dell'art. 5 PA, 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 impugnate davanti al Tribunale amministrativo federale (TAF) conformemente all'art. 69 cpv. 1 lett. b LAI (RS 831.20).

1.2 Secondo l'art. 3 lett. d^{bis} PA, a cui rinvia l'art. 37 LTAF, la procedura in materia di assicurazioni sociali non è disciplinata dalla PA, nella misura in cui è applicabile la LPGGA (RS 830.1). In conformità con l'art. 2 LPGGA, 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 LPGGA sono applicabili all'assicurazione per l'invalidità (art. 1a-26^{bis} e 28-70), sempreché la LAI non deroghi alla LPGGA.

1.3 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 LPGGA, nonché l'art. 52 cpv. 1 PA) e l'acconto spese è stato regolarmente saldato (doc. TAF 5).

2.

2.1

2.1.1 Il ricorrente è cittadino di uno Stato membro della Comunità europea, per cui è applicabile, di principio, l'ALC (RS 0.142.112.681), entrato in vigore il 1° giugno 2002.

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

2.1.3 Gli atti giuridici riportati nella sezione A dell'allegato II sono, in particolare, il regolamento (CE) n. 883/2004 del Parlamento europeo e del Consiglio del 29 aprile 2004 (RS 0.831.109.268.1) relativo al coordinamento dei sistemi di sicurezza sociale, con le relative modifiche, e il regolamento (CE) n. 987/2009 del Parlamento europeo e del Consiglio del 16 settembre 2009 (RS 0.831.109.268.11) che stabilisce le modalità di applicazione del regolamento (CE) n. 883/2004, nonché il regolamento (CEE) n. 1408/71 del Consiglio del 14 giugno 1971 (RU 2004 121, 2008 4219 4237, 2009 4831) relativo all'applicazione dei regimi di sicurezza sociale ai lavoratori subordinati, ai lavoratori autonomi e ai loro familiari che si spostano all'interno della Comunità, con le relative modifiche, e il regolamento (CEE) n. 574/72 del Consiglio del 21 marzo 1972 (RU 2005 3909, 2008 4273, 2009

621 4845) che stabilisce le modalità di applicazione del regolamento (CEE) n. 1408/71, con le relative modifiche, entrambi applicabili tra la Svizzera e gli Stati membri fino al 31 marzo 2012 e quando vi si fa riferimento nel regolamento (CE) n. 883/2004 o nel regolamento (CE) n. 987/2009 oppure quando si tratta di casi verificatisi in passato.

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

2.1.5 Il regolamento (CE) n. 883/2004 è stato inoltre ulteriormente modificato dal regolamento (CE) n. 465/2012 del Parlamento europeo e del Consiglio del 22 maggio 2012, ripreso dalla Svizzera a decorrere dal 1° gennaio 2015 (cfr. sentenza del TF 8C_580/2015 del 26 aprile 2016 consid. 4.2 con rinvii).

2.2

2.2.1 Dal profilo temporale si applicano 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 con rinvii, nonché 129 V 1 consid. 1.2). Se le disposizioni legali si sono modificate nel corso del periodo sottoposto ad esame giudiziario, il diritto alle prestazioni si determina secondo le vecchie disposizioni per il periodo anteriore e secondo le nuove a partire della loro entrata in vigore (applicazione pro rata temporis; DTF 130 V 445).

2.2.2 Nell'evenienza concreta, la decisione impugnata, con cui è stata decretata la non entrata nel merito della domanda di revisione del 22 febbraio 2017 (doc. 195), è stata emessa il 19 giugno 2017. Ne consegue che sono applicabili le modifiche legislative di cui alla 6ª revisione in vigore dal 1° gennaio 2012 (RU 2011 5659; FF 2010 1603), pur non comportanti cambiamenti rispetto al diritto precedente in merito alla valutazione dell'invalidità, così come eventuali modifiche entrate in vigore successivamente (art. 29 cpv. 1 e 3 LAI).

3.

Giova altresì rilevare che il potere cognitivo di questo Tribunale è delimitato dalla data della decisione impugnata, in concreto il 19 giugno 2017. Il giudice delle assicurazioni sociali esamina infatti la decisione impugnata sulla base della situazione di fatto esistente al momento in cui essa è stata resa (DTF 136 V 24 consid. 4.3). Tiene tuttavia conto dei fatti verificatisi posteriormente quando essi possono 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. sentenze 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 200 consid. 3a in fine).

4.

Oggetto del contendere è, in concreto, unicamente la questione se a ragione o meno l'amministrazione, con decisione del 19 giugno 2017, non è entrata nel merito della domanda di revisione della mezza rendita presentata dall'assicurato in data 22 febbraio 2017.

4.1 L'insorgente, fondandosi sulla documentazione medica prodotta in sede di ricorso, in particolare il rapporto del dottor C._____ del 16 febbraio 2017, ritiene dimostrato un aggravamento della sintomatologia algica alla colonna lombo-sacrale, che giustifica, in buona sostanza, l'entrata nel merito della richiesta di attribuzione di una rendita intera.

4.2 Dal canto suo l'UAIE, alla luce dei rapporti del SMR, non ritiene vi siano i presupposti per indagare ulteriormente il caso, ritenuto che la documentazione medica prodotta non apporta nessun elemento nuovo e suscettibile di modificare le conclusioni a cui è giunta in occasione dell'ultima procedura in cui ha effettuato un esame materiale del diritto alla rendita. Essa ha comunque ammesso che l'inedita documentazione prodotta in sede di replica, potrebbe essere rilevante nell'ambito di una nuova domanda di prestazioni, essendo posteriore alla decisione impugnata.

5.

Il TAF applica il diritto d'ufficio, senza essere vincolato in nessun caso dai motivi del ricorso (art. 62 cpv. 4 PA). In virtù dell'art. 12 PA e dell'art. 19 PA in relazione con l'art. 40 della legge federale di procedura civile del 4 dicembre 1947 (PCF, RS 273), il Tribunale accerta i fatti determinanti per la

soluzione della controversia, assume le prove necessarie e le valuta liberamente. Le parti sono tenute a cooperare all'accertamento dei fatti (art. 13 PA) ed a motivare il proprio ricorso (art. 52 PA). Ne consegue che l'autorità di ricorso adita si limita di principio ad esaminare le censure sollevate, mentre le questioni di diritto non invocate dalle parti solo nella misura in cui queste emergono dagli argomenti delle parti o dall'incarto (DTF 122 V 157 consid. 1a; 121 V 204 consid. 6c e sentenza del TAF C-6034/2009 del 20 gennaio 2010 consid. 2).

6.

6.1 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.

6.2 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%.

6.3 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 dell'UE (DTF 130 V 253 consid. 2.3). Dopo l'entrata in vigore dei nuovi regolamenti (CE) n. 883/2004 e n. 987/2009, i cittadini svizzeri e dell'Unione europea che presentano un grado d'invalidità del 40% almeno, hanno diritto ad un quarto di rendita in applicazione dell'art. 28 cpv. 1 LAI indipendentemente dal loro domicilio e residenza (art. 4 del regolamento [CE] n. 883/04).

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 cpv. 1 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 (art. 7 cpv. 2 LPGGA).

6.5 La nozione d'invalidità di cui all'art. 4 LAI e 8 LPGGA è un concetto di carattere economico-giuridico e non medico (DTF 116 V 246 consid. 1b e 110 V 273; v. pure sentenze del TF 8C_636/2010 del 17 gennaio 2011 consid. 3 e 9C_529/2008 del 18 maggio 2009). In base all'art. 16 LPGGA, 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; metodo generale del raffronto dei redditi). 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.

7.

7.1 Secondo l'art. 17 LPGGA, 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.

7.2 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.

7.2.1 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, ferma restando comunque la possibilità che la modifica invocata venga poi smentita da un più attento esame (v. sentenza del TF 9C_367/2016 del 10 agosto 2106 consid. 2.2; 9C_708/2007 dell'11 settembre 2008 consid. 2.2 e relativi riferimenti).

7.2.2 La condizione di plausibilità posta dall'art. 87 cpv. 2 OAI deve permettere all'amministrazione, che ha precedentemente rifiutato una prestazione o comunque una sua revisione con provvedimento cresciuto in giudicato, di scartare senza ulteriori esami nuove domande con le quali l'assicurato si limita a ripetere gli stessi argomenti, senza allegare una modifica di fatti determinanti (DTF 125 V 410 consid. 2b). In caso di nuova domanda o istanza di revisione, l'amministrazione deve esaminare se le allegazioni dell'assicurato sono, in maniera generale, plausibili, in altri termini se l'assicurato ha reso plausibile, e non verosimile nel senso della probabilità preponderante, una modifica significativa del suo stato di salute, suscettibile d'incidere sulla sua capacità lavorativa rispettivamente sul grado d'invalidità, rispetto a quella precedentemente ritenuta. Se ciò non è il caso, l'autorità competente può liquidare l'istanza senza ulteriori indagini con una decisione di non entrata nel merito. A tal proposito, occorre precisare che quanto più breve è il lasso di tempo trascorso dalla decisione precedente, tanto più rigorosamente l'amministrazione apprezzerà la plausibilità delle allegazioni dell'assicurato. Su questo aspetto, essa dispone di un certo margine di apprezzamento che il giudice è di principio tenuto a rispettare (v. sentenze del Tribunale federale 9C_708/2007 dell'11 settembre 2008 consid. 2.3 e relativi riferimenti, 9C_860/2007 del 10 dicembre 2008 consid. 5 e I 52/03 del 16 gennaio 2004 consid. 3).

8.

8.1 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 (DTF 133 V 108 e 130 V 71 consid. 3.2.3; sentenza del TF I 759/06 del 5 settembre 2007).

8.2 Nel caso in esame il periodo di riferimento è quello intercorrente tra il 24 maggio 2013, data della decisione dell'UAIE, confermata da questo Tribunale con sentenza C-3466/2013, mediante la quale è stato confermato il diritto a mezza rendita AI (doc. 151) e il 19 giugno 2017, data della decisione impugnata. Nell'ambito della procedura conclusasi con giudizio del TAF del 24 settembre 2014 è stato accertato che da un punto di vista somatico, la situazione esistente al momento della decisione del 10 dicembre 2008, era immutata, mentre era insorta una nuova patologia psichiatrica che provocava una riduzione della capacità lavorativa del 20%, da integrare tuttavia nell'incapacità lavorativa per motivi fisici.

9.

9.1 Il giudice delle assicurazioni sociali deve esaminare in maniera obiettiva tutti i mezzi di prova, indipendentemente dalla loro provenienza, e poi decidere se i documenti messi a disposizione permettono di giungere ad un giudizio attendibile sulle pretese giuridiche litigiose. Affinché il giudizio medico acquisti valore di prova rilevante, esso deve essere completo in merito ai temi sollevati, deve fondarsi, in piena conoscenza della pregressa situazione valetudinaria (anamnesi), su esami approfonditi e tenere conto delle censure sollevate dall'assicurato, per poi giungere in maniera chiara a fondate, logiche e motivate deduzioni. Peraltro, per stabilire se un rapporto medico ha valore di prova non è determinante né la sua origine né la sua denominazione – ad esempio quale perizia o rapporto – ma il suo contenuto (DTF 125 V 351 consid. 3a).

9.2 Giova altresì rilevare come debba essere considerato con la necessaria prudenza l'avviso dei medici curanti, i quali possono tendere a pronunciarsi in favore del proprio paziente a dipendenza dei particolari legami che essi hanno con gli stessi (DTF 125 V 351 consid. 3b e relativi riferimenti).

9.3 Non va infine dimenticato che se vi sono dei rapporti medici contraddittori il giudice non può evadere la vertenza senza valutare l'intero materiale e indicare i motivi per cui egli si fonda su un rapporto piuttosto che su un altro. Al riguardo va tuttavia precisato che non si può pretendere dal giudice che raffronti i diversi pareri medici e parimenti esponga correttamente da

un punto di vista medico, come farebbe un perito, i punti in cui si evidenziano delle carenze e quale sia l'opinione più adeguata (sentenza del Tribunale federale I 166/03 del 30 giugno 2004 consid. 3.3).

10.

Nel caso concreto, l'autorità inferiore ha considerato che l'insorgente non ha reso plausibile un aggravamento dello stato di salute, suscettibile d'imporre l'entrata nel merito della domanda di revisione del 22 febbraio 2017. Per i motivi di cui si dirà di seguito, tale valutazione risulta meritevole di conferma.

11.

11.1 Questo Tribunale rileva che la sostituzione di una rendita intera con una mezza rendita decisa con il provvedimento del 10 dicembre 2008 (doc. 99) si era fondata sulla perizia medica allestita dal SAM nel maggio 2007 (doc. 62 in toto). I sanitari avevano in particolare evidenziato la diagnosi, con influenza sulla capacità di lavoro, di (riassunto) esiti di encefalopatia da toxoplasmosi cerebrale con due crisi epilettiche nel 2002 e 2008, infezione cronica da HIV nota dal 2001 con toxoplasmosi cerebrale in trattamento con Trizivir, sindrome lombovertebrale, rispettivamente lombospondilogeno in stato dopo due interventi di discectomia L4-L5 a sinistra nel 1999 ed L5-S1 a destra nel 2004, sindrome da attrito sottoacromiale più marcata alla spalla destra con componente tendinea flogistica. Era inoltre presente una patologia senza influsso sulla capacità di lavoro consistente in uno stato dopo epatite cronica C, esiti di trattamento antivirale di detta patologia epatica, ipertensione arteriosa non trattata. A causa dei disturbi a livello ortopedico, neurologico ed infettivo i periti avevano valutato al 70% il grado d'inabilità lavorativa dell'interessato nella sua precedente funzione di operaio imballatore, mentre ritenevano che in attività meglio adeguate il grado di capacità lavorativa del paziente raggiungeva il 50% (ridotto rendimento sull'arco dell'intera giornata).

11.2 Tale situazione valetudinaria e il grado di incapacità lavorativa erano state confermate nell'ambito della procedura di revisione avviata nel maggio 2012 (doc. 122) e terminata con sentenza del TAF del 24 settembre 2014 (doc. 164 – inc. C-3466/13).

In tale contesto, se da un lato era stato riscontrato un peggioramento dello stato di salute, riconducibile all'insorgere della sindrome mista ansioso-depressiva (ICD 10F41.2), dall'altro era stata constatata una situazione stabile per quanto riguarda le affezioni somatiche già esistenti al momento

della precedente revisione della rendita (diagnosi esposte sopra). In ragione della nuova problematica è stata ritenuta un'incapacità lavorativa del 20% non cumulabile con l'incapacità lavorativa accertata per le patologie principali (in ambito ortopedico, infettivo e neurologico). L'integrazione della capacità lavorativa residua in ambito psichiatrico con quella relativa ai disturbi somatici è stata considerata giustificata sia dal quadro clinico non severo, emergente dai rilevamenti peritali, sia dalle risorse residue, che i periti avevano potuto verificare durante l'allestimento della perizia (doc. 142 p. 8). In simili condizioni il Tribunale adito ha concluso che malgrado il peggioramento dello stato di salute, non fosse provato con il grado della verosimiglianza preponderante un deterioramento della capacità lavorativa.

12.

12.1 A suffragio della domanda di revisione in esame A._____ si è limitato a produrre il breve certificato del 16 febbraio 2017 del dr. C._____, medico chirurgo, secondo il quale "rispetto alla valutazione medico legale fatta in precedenza (l'assicurato, ndr.) accusa aggravamento della sintomatologia algica alla colonna lombo sacrale" ritenendo pertanto quest'ultimo inabile al lavoro al 100% (doc. 195 e doc. D allegato al doc. TAF 1). In sede di audizione, per contro, l'interessato non ha prodotto altra documentazione da contrapporre alla valutazione del SMR del 13 aprile 2017 (doc. 197).

12.2 Ora, il certificato del dr. C._____ non soltanto non indica la diagnosi completa – limitandosi ad elencare fatti anamnestici ampiamenti conosciuti oltre che la terapia in atto – ma neppure chiarisce in cosa, concretamente, sarebbe consistito il peggioramento a livello lombosacrale, né sulla base di quali elementi oggettivi tale conclusione si fonda. Proprio per questo il dr. D._____, specialista in medicina interna generale del SMR, nell'annotazione del 13 aprile 2017 ha ritenuto il suddetto certificato insufficiente a dimostrare una sostanziale modifica dello stato di salute con influsso prolungato sulla capacità lavorativa (doc. 197).

In buona sostanza, il certificato del dr. C._____ non è suscettibile di rendere plausibile un peggioramento dello stato di salute.

12.3 Del resto l'attuale richiesta dell'insorgente neppure può fondarsi sulla documentazione prodotta con la quarta domanda di revisione avviata il 10 febbraio 2015 (cfr. consid. G). Infatti, pur essendo in linea di massima determinante (ai fini dell'esame di una decisione di non entrata in materia ex

art. 87 cpv. 2 e 3 OAI) quanto prodotto in corso di procedura amministrativa posteriormente all'ultima decisione materiale di confronto, ossia quella del 24 maggio 2013 (doc. 151), gli svariati atti medici prodotti dall'assicurato nell'ambito di tale procedura di revisione, sono già stati oggetto di esame da parte di questo Tribunale – con sentenza cresciuta in giudicato del 24 gennaio 2017 (inc. 3936/2015, consid. 11), che non può essere messa in discussione in questa sede – che aveva dato ragione all'autorità inferiore nel ritenerli non suscettibili di rendere plausibile un peggioramento dello stato di salute.

12.4 Da quanto precede, risulta evidente che al momento della decisione impugnata, il 19 giugno 2017, non vi era alcun atto di rilievo che rendesse plausibile un aggravamento delle condizioni di salute dell'assicurato, tale da incidere sulla capacità lavorativa.

13.

13.1 In sede ricorsuale A. _____ ha prodotto ulteriori atti medici e meglio:

- Il referto ambulatoriale dell'8 marzo 2016, già ad atti, riferito alla visita presso il reparto di ortopedia e traumatologia dell'Ospedale E. _____, in occasione del quale è stato prescritto un trattamento farmacologico e riabilitativo mediante cicli di fisioterapia (allegato al doc. TAF 1);
- L'esame TC lombosacrale senza metodo di contrasto del 19 maggio 2017, mirato allo studio degli spazi intersomatici compresi tra L1 e S1, dal quale sono emersi dei rilievi sostanzialmente invariati rispetto all'indagine TAC di febbraio 2015; è stata in particolare attestata un'ampia protrusione a livello intersomatico L2-L3 e un assottigliamento per processo degenerativo del disco a livello L3-L4 associata a una piccola protrusione erniaria posteriore sottolegamentosa che determinano una modesta compressione e riduzione del sacco durale; un assottigliamento a livello L4-L5 per processo degenerativo con discopatia in esiti da intervento per ernia discali, senza segni di recidiva; un becco osteofitosico marginale somatico postero-laterale sinistro in sede intraforaminale; un disco intersomatico ipoplastico e degenerato a livello L5-S1 con protrusione osteodiscale mediana-paramediana destra che determina conflitto disco-radicolare associato a protrusione erniaria mediana-paramediana e processi osteofitosici marginali somatico postero laterale a destra; infine alterazioni degenerative artrosiche intersomatiche e

- interapofisarie con fenomeni vacuolari del disco a livello di L4-L5 e L5-S1 (doc. E allegato al doc. TAF 1);
- Il rapporto della prima visita di medicina fisica e riabilitazione del 8 agosto 2017 (allegato al doc. TAF 7);
 - Il referto ambulatoriale del 7 settembre 2017 riferito alla visita presso il reparto di neurologia dell'Ospedale E._____, a seguito della quale non sono state poste le indicazioni per una ripresa chirurgica, ma unicamente consigliata un'EMG agli arti inferiori e sconsigliata l'esecuzione di lavori pesanti (allegato al doc. TAF 7);
 - L'esame elettromiografico del 28 settembre 2017, dal quale è emersa la presenza di una netta sofferenza polineuropatica motoria sensitiva agli arti inferiori a carattere misto (allegato al doc. TAF 11);
 - I certificati del dr. C._____ del 16 ottobre 2017 (allegato al doc. TAF 11), del 15 novembre, 15 dicembre 2017, del 11 gennaio 2018 (allegato al doc. TAF 16), del 8 febbraio 2018 (allegato al doc. TAF 18), dell'11 giugno 2018 (allegato al doc. TAF 22) e del 27 agosto 2018 (allegato al doc. TAF 25);
 - Il rapporto del 2 marzo 2018 del dr. F._____, la cui specializzazione non è nota (allegato al doc. TAF 20);
 - Il verbale del pronto soccorso del 27 maggio 2018 relativo all'insorgere di algie e arrossamento al gomito sinistro (allegato al doc. TAF 22);
 - L'esame TC lombosacrale senza MDC del 18 luglio 2018 (allegato al doc. TAF 25);
 - Il rapporto fisiatrico del 3 agosto 2018, con il quale è stato richiesto un parere neuroradiologico per valutare l'eventuale trattamento con fluoro infiltrativo (allegato al doc. TAF 25);
 - Il referto ambulatoriale del 24 agosto 2018 con il quale è stata prescritta una terapia farmacologica (allegato al doc. TAF 25);

13.2

13.2.1 Riguardo ai primi atti esaminati (allegati al doc. TAF 1 e 7), il dr. D._____, ha riferito di non riscontrare alcun peggioramento a livello di rachide lombare, deplorando l'assenza di una dettagliata descrizione del quadro clinico (annotazione del 26 settembre 2017 allegata al doc. TAF 9).

13.2.2 In un secondo momento, dopo aver valutato l'ulteriore documentazione prodotta (in particolare gli allegati al doc. TAF 11), lo stesso dr. D._____ ha constatato la presenza di una nuova patologia (netta sofferenza polineuropatica motoria/sensitiva agli arti inferiori a carattere misto),

non esaminata in precedenza e per la quale ha proposto l'entrata in materia, pur ribadendo l'assenza agli atti di una chiara descrizione clinica di uno stato di salute peggiorato (annotazione del 31 ottobre 2017 allegata al doc. TAF 14).

13.3 Alla luce di quanto precede, occorre innanzitutto fare una distinzione fra gli atti medici prodotti dall'insorgente.

13.3.1 Da un lato ve ne sono alcuni, come il referto ambulatoriale dell'8 marzo 2016 e del certificato del dr. C. _____ (sub doc. F e G rispettivamente doc. D allegati al doc TAF 1) già versati agli atti (doc. 190 e 195) e pertanto già noti all'amministrazione al momento dell'emanazione della decisione impugnata.

13.3.2 Dall'altro, vi è il rapporto dell'esame TAC lombosacrale del 19 maggio 2017, eseguito prima della decisione impugnata, ma prodotto unicamente in sede di ricorso. La situazione emersa da tale accertamento, per ammissione dello stesso estensore, risulta essere sostanzialmente sovrapponibile a quella riscontrata in occasione dell'esame TAC del 6 febbraio 2015 (doc. 171). Giova rammentare che l'esame del 2015 era stato circoscritto unicamente agli ultimi tre spazi discali, ossia L3-L4, L4-L5, L5-S1 (cfr. doc. 171 pag. 598), contrariamente al più recente esame che ha invece coinvolto l'intera colonna lombosacrale. Nella TAC del 19 maggio 2017 sono state in particolare evidenziate problematiche riguardanti i livelli L2-L3, che tuttavia, erano già state evidenziate nella risonanza magnetica lombosacrale senza MDC del 26 gennaio 2012 (doc. 124) a sua volta attestante dei rilievi sostanzialmente invariati rispetto ai precedenti esami del 12 settembre 2008. D'altro canto, dopo aver visionato il referto in parola il dr. D. _____ non ha ritenuto sussistere elementi suscettibili di rendere plausibile un sostanziale peggioramento funzionale, in particolare a livello del rachide lombare, dove le marcate alterazioni degenerative sono da tempo note. Il medico del SMR ha comunque precisato che la documentazione prodotta con l'atto ricorsuale è priva di una dettagliata e attuale descrizione del quadro clinico, necessaria per valutare la situazione radiologica descritta nell'esame del 22 maggio 2017 (allegato al doc. TAF 9). In altre parole, seppure inedito e precedente la decisione impugnata, l'esame TAC, non permette, a se stante, di rendere plausibile un peggioramento dello stato valetudinario rispettivamente della capacità lavorativa dell'assicurato.

13.3.3 Vi sono infine i numerosi atti medici prodotti in corso di causa (doc. TAF 7, 11, 16, 18, 20, 22, 25) relativi ad accertamenti condotti posteriormente alla data della decisione impugnata. Malgrado dagli stessi emerga una nuova diagnosi di polineuropatia motoria sensitiva agli arti inferiori a carattere misto (cfr. doc. TAF 11), non vi è nessun atto che renda plausibile un aggravamento delle condizioni di salute tale da incidere sulla capacità lavorativa intervenuto prima dell'emissione della suddetta decisione. Come rettamente indicato dall'amministrazione nelle osservazioni del 6 novembre 2017 (allegate al doc. TAF 14), l'attuale peggioramento riscontrato in occasione dell'elettromiografia agli arti inferiori del 28 settembre 2017 esula dalla presente disputa e dovrà essere oggetto di una nuova procedura (si confronti in proposito consid. 15).

14.

Accertato quindi che con la domanda di revisione del 22 febbraio 2017 (doc. 195) non è stato reso plausibile che, rispetto al 2013, è subentrata una modifica significativa dello stato di salute dell'insorgente, suscettibile di incidere sulla sua capacità lavorativa e quindi sul grado di invalidità, è dunque a giusto titolo che l'UAIE non è entrato nel merito della richiesta dell'assicurato.

La decisione del 19 giugno 2017 dell'UAIE va pertanto confermata e il ricorso respinto.

15.

Ciò posto, seppur non suscettibili di influire sull'apprezzamento da parte di questo Tribunale della decisione del 19 giugno 2017, in quanto attestanti dei fatti verificatisi dopo tale data e non strettamente connessi all'oggetto litigioso, i certificati medici prodotti in sede ricorsuale, in particolare l'elettromiografia agli arti inferiori del 28 settembre 2017, per quanto riguarda la nuova diagnosi di polineuropatia (doc. E allegato al doc. TAF 11; doc. U allegato doc. TAF. 25), appaiono senz'altro rilevanti per la valutazione dello stato di salute dell'assicurato, segnatamente rendono plausibile un peggioramento dello stato di salute.

Al riguardo concorda pure il dr. D. _____ che, nell'annotazione SMR del 31 ottobre 2017 (allegata al doc. TAF 14), alla luce della documentata polineuropatia di recente insorgenza, ritiene opportuno entrare in materia al fine di esperire i necessari accertamenti e rivalutare, se del caso, lo stato di salute dell'interessato.

L'incarto viene pertanto trasmesso per competenza all'UAIE affinché proceda agli accertamenti del caso e si pronunci nuovamente sul grado di invalidità dell'assicurato.

Andranno inoltre esaminati anche i documenti dai quali emerge una descrizione delle problematiche al rachide (sub doc. I allegato al doc. TAF 7; doc. U, V, Z allegati al doc. TAF 25), al fine di accertare l'evoluzione della situazione lombosacrale posteriormente all'emissione della decisione impugnata.

16.

Il giudice dell'istruzione, anteriormente o posteriormente a uno scambio di scritti, decide quale giudice unico, con motivazione sommaria, i ricorsi manifestamente infondati, pronunciandone la non entrata in materia o il rigetto (art. 85^{bis} cpv. 3 LAVS in combinazione con l'art. 69 cpv. 2 LAI; cfr. anche la sentenza del TAF C-3936/2015 del 24 gennaio 2017 consid. 12; C-1257/2013 del 27 marzo 2013 consid. 4).

Alla luce di quanto appena esposto la presente sentenza può essere pronunciata a giudice unico.

17.

17.1 Visto l'esito della procedura le spese processuali di fr. 800.-, 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]). Esse vengono compensate con l'anticipo spese, di identico ammontare, versato dall'insorgente il 24 luglio 2017 (cfr. doc. TAF 5).

17.2 Al ricorrente, interamente 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).

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).

Per questi motivi, il Tribunale amministrativo federale pronuncia:**1.**

Il ricorso è respinto.

2.

L'incarto è trasmesso per competenza all'Ufficio dell'assicurazione invalidità per gli assicurati all'estero (UAIE), conformemente al consid. 15.

3.

Le spese processuali di fr. 800.-, già anticipate dal ricorrente, sono poste a suo carico e vengono compensate con l'acconto già versato.

4.

Non si riconoscono indennità per spese ripetibili.

5.

Comunicazione a:

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

La giudice unica:

Il cancelliere:

Michela Bürki Moreni

Luca Rossi

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 LTF). 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: