



---

Corte III  
C-4101/2021

## **Sentenza del 15 novembre 2022**

---

Composizione

Giudici Michela Bürki Moreni (presidente del collegio),  
Vito Valenti, Regina Derrer,  
cancelliere Luca Rossi.

---

Parti

**A.** \_\_\_\_\_, (Italia)  
ricorrente,

contro

**Ufficio dell'assicurazione per l'invalidità per gli  
assicurati residenti all'estero UAIE,**  
autorità inferiore.

---

Oggetto

assicurazione invalidità, revisione della rendita  
(decisione del 23 luglio 2021).

**Fatti:****A.**

**A.a** A. \_\_\_\_\_, cittadino italiano, nato il (...) 1964, domiciliato a (...) in Italia, ha lavorato in Svizzera da maggio 1987 fino a dicembre 1995 presso differenti datori di lavoro, solvendo regolari contributi all'assicurazione svizzera per la vecchiaia, i superstiti e l'invalidità (AVS/AI; doc. 1, 2, dell'incarto dell'Ufficio dell'assicurazione per l'invalidità per gli assicurati residenti all'estero [UAIE]).

Nel 1996 l'assicurato è rientrato in Italia, dove ha lavorato da ultimo come aiuto cuoco a tempo pieno (doc. 26).

**A.b**

**A.b.a** Nel 2004 all'assicurato è stato diagnosticato un lupus eritematoso sistemico con artralgie migranti (piccole articolazioni) e test autoimmuni positivi. Dal 2006 sono insorte una complicazione sierositica (episodio di pleuropericardite), una nefropatia con proteinuria e un'insufficienza renale. Negli anni l'interessato ha inoltre sviluppato un grave deficit statico dinamico, ipertrofia muscolare e deficit della funzionalità prensile delle mani e deformazione delle dita (doc. 2 p. 8, 23-25, 27).

**A.b.b** A causa del danno alla salute il Servizio medico dell'UAIE (in seguito SM-UAIE) ha considerato che l'assicurato era completamente inabile al lavoro nella professione abituale e inabile al 50% in un'attività sostitutiva a partire dal 28 ottobre 2004 (doc. 27). Avendo riscontrato un'incapacità al guadagno del 63% (doc. 28), con decisione del 25 aprile 2008 l'UAIE ha quindi accolto la richiesta di prestazioni del 12 luglio 2007 e attribuito all'assicurato il diritto a  $\frac{3}{4}$  di rendita AI a partire dal 28 ottobre 2005 (prestazione versata a decorrere dal 1° aprile 2006, in ragione della tardività della domanda [doc. 1, 29, 32, 33]).

**A.c** In marzo 2011 è stata avviata la prima procedura di revisione d'ufficio (doc. 34-35). Constatando la persistenza delle affezioni, oltre ad una grave osteopenia iatrogena ad alto rischio di fratture e di ipertensione arteriosa (doc. 46, 47, 52, 55), con comunicazione del 22 luglio 2011, l'UAIE ha confermato il diritto a  $\frac{3}{4}$  di rendita, non avendo riscontrato alcuna modifica significativa del grado d'invalidità (doc. 56).

**A.d** La seconda e la terza revisione d'ufficio hanno avuto luogo rispettivamente da luglio 2014 (doc. 58) e da agosto 2017 (doc. 72). In entrambi i casi è stato appurato un decorso stabile della malattia principale, trattata

con farmacoterapia continua e senza una speranza concreta di miglioramento (doc. 68, 70, 90). L'UAIE ha pertanto confermato con comunicazione del 21 ottobre 2014 (doc. 71) e del 28 febbraio 2018 (doc. 91) il diritto a  $\frac{3}{4}$  di rendita.

## **B.**

**B.a** Una quarta revisione d'ufficio è stata avviata dall'UAIE nel dicembre 2020 (doc. 92). Alla luce del questionario per la revisione della rendita, in cui l'interessato ha dichiarato che lo stato di salute era peggiorato e dei certificati medici da lui trasmessi (doc. 93-103 e 104) nel gennaio 2020, l'amministrazione ha nuovamente constatato l'assenza di significative modifiche dello stato di salute e della capacità di guadagno (doc. 106), motivo per cui, con comunicazione del 12 febbraio 2021, ha confermato il diritto a  $\frac{3}{4}$  di rendita, segnalando che in caso di disaccordo l'assicurato avrebbe potuto chiedere entro trenta giorni una decisione soggetta a ricorso (doc. 107).

## **B.b**

**B.b.a** Il 9 marzo 2021 (data del timbro postale) A. \_\_\_\_\_ ha segnalato di non essere d'accordo con le conclusioni a cui era giunta l'UAIE e chiesto l'emanazione di una decisione soggetta a ricorso, sostenendo che la malattia da cui è affetto impedisce l'esercizio di qualsiasi professione (doc. 108).

**B.b.b** Interpretando lo scritto quale una domanda di revisione della rendita, in data 22 marzo 2021 l'amministrazione ha invitato il richiedente a rendere plausibile la modifica dello stato di salute (doc. 109, 110). Quest'ultimo con scritto datato 5 aprile 2021 ha quindi prodotto una serie di atti medici, in parte già agli atti (doc. 111-115).

## **B.c**

**B.c.a** Con progetto di decisione del 17 maggio 2021, fondandosi sulla presa di posizione del 7 maggio 2021 del dott. B. \_\_\_\_\_, medico generico del SM-UAIE (doc. 117), l'amministrazione, non riscontrando alcuna modifica rilevante del grado d'invalidità, ha comunicato di non poter esaminare la domanda di revisione (doc. 118).

**B.c.b** Il 5 giugno 2021 e il 2 luglio 2021 l'assicurato ha quindi inviato ulteriore documentazione medica, di cui si dirà nei considerandi in diritto (doc. 119-124 e 128-132), anch'essa sottoposta al dott. B. \_\_\_\_\_, il quale nelle

annotazioni del 29 giugno e 20 luglio 2021 ha confermato la precedente valutazione (doc. 126, 135).

**B.c.c** Con comunicazione del 22 luglio 2021 il progetto di decisione del 17 maggio 2021 è stato annullato (doc. 136).

**B.d** Con decisione del 23 luglio 2021 l'UAIE ha comunicato all'assicurato di aver riesaminato il diritto alla rendita e di confermare il diritto a  $\frac{3}{4}$  di rendita, non riscontrando, malgrado non fosse intervenuto alcun miglioramento della proteinuria, un cambiamento nello stato di salute tale da influire sulla capacità lavorativa preesistente pari al 50% in attività confacenti (doc. 136, 137).

### **C.**

**C.a** Con ricorso del 10 settembre 2021 (data del timbro postale) l'assicurato ha impugnato la predetta decisione dinnanzi al Tribunale amministrativo federale (TAF) chiedendone sostanzialmente l'annullamento e il riconoscimento di una rendita intera. Egli ha in particolare contestato il mancato riconoscimento del peggioramento dello stato di salute da parte dell'amministrazione (doc. TAF 1).

**C.b** Con decisione incidentale del 20 settembre 2021 il ricorrente è stato invitato a versare un acconto di fr. 800.- corrispondente alle presumibili spese processuali (doc. TAF 2 e 6). L'importo di fr. 807.04 è stato tacitato in parte il 5 ottobre 2021 (doc. TAF 5) e per il resto il 29 ottobre 2021 (doc. TAF 9).

**C.c** Con risposta del 20 gennaio 2022 l'UAIE ha proposto di respingere il ricorso e di confermare la decisione impugnata (doc. TAF 13), malgrado abbia fatto proprie le conclusioni del proprio medico secondo cui la capacità lavorativa residua del ricorrente era pari al 30%, a seguito di un peggioramento dello stato di salute intervenuto dal 6 maggio 2021.

**C.d** Il ricorrente ha rinunciato a replicare.

**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). Di conseguenza questo Tribunale è competente a giudicare il presente ricorso.

**1.2** Secondo l'art. 3 lett. d<sup>bis</sup> 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 LPGA (RS 830.1). In conformità con l'art. 2 LPGA, le disposizioni della presente legge sono applicabili alle assicurazioni sociali disciplinate dalla legislazione federale, se e per quanto le singole leggi sulle assicurazioni sociali lo prevedano. Giusta l'art. 1 cpv. 1 LAI, le disposizioni della LPGA sono applicabili all'assicurazione per l'invalidità (art. 1a-26<sup>bis</sup> e 28-70), sempreché la LAI non deroghi alla LPGA.

**1.3** In concreto, il ricorso è ammissibile nella misura in cui è stato presentato tempestivamente e nel rispetto dei requisiti previsti dalla legge e l'acconto spese è stato pagato (art. 59 e 60 LPGA, nonché l'art. 52 cpv. 1 e l'art. 63 cpv. 4 PA).

**2.**

**2.1** Oggetto impugnato è la decisione del 23 luglio 2021 con cui l'amministrazione ha confermato il diritto a  $\frac{3}{4}$  di rendita assegnato al ricorrente a far tempo dal 28 ottobre 2005 e ripetutamente confermato, da ultimo in data 28 febbraio 2018.

**2.2** Oggetto del contendere è l'attribuzione all'assicurato di una rendita intera; il ricorrente ritiene infatti di non essere più in grado di svolgere alcuna attività. Va pertanto esaminato se il peggioramento dello stato di salute e della capacità al lavoro, riconosciuti dall'UAIE pendente causa di ricorso alla luce delle conclusioni del proprio medico, sia suscettibile di modificare il grado d'invalidità.

### **3.**

#### **3.1**

**3.1.1** Dal profilo temporale, con riserva di disposizioni particolari di diritto transitorio, sono applicabili le disposizioni in vigore al momento della realizzazione dello stato di fatto che deve essere valutato giuridicamente o che produce conseguenze giuridiche (DTF 143 V 446 consid. 3.3; 139 V 335 consid. 6.2; 138 V 475 consid. 3.1).

**3.1.2** Nel caso in esame l'UAIE ha respinto l'istanza del 9 marzo 2021, da esso interpretata quale domanda di revisione e confermato il diritto dell'assicurato a  $\frac{3}{4}$  di rendita AI. In simili circostanze un'eventuale modifica del grado di invalidità interverrebbe al più presto il 1° marzo 2021 (si confronti in proposito anche consid. 7.4 e 7.5). In concreto si applicano quindi le disposizioni della 6ª revisione della LAI entrate in vigore il 1° gennaio 2012 e le modifiche successive (RU 2011 5659; FF 2010 1603), entrate in vigore fino alla data della decisione impugnata, ossia il 23 luglio 2021.

**3.1.3** Va tuttavia precisato che nel caso in esame si tratta di una revisione d'ufficio secondo l'art. 88<sup>bis</sup> cpv. 1 let. b OAI avviata nel dicembre 2020 (consid. B.a) e non di una domanda di revisione dell'assicurato. Tale procedura non si è infatti conclusa con la comunicazione (informale) del 12 febbraio 2021 con cui l'UAIE ha confermato il diritto a  $\frac{3}{4}$  di rendita. Il ricorrente ha infatti manifestato il suo disaccordo chiedendo l'emanazione di una decisione formale soggetta a ricorso (consid. B.b). In simili condizioni tale atto non può essere considerato una nuova domanda di revisione, bensì la richiesta di continuare la procedura di revisione avviata d'ufficio. Alla luce del citato art. 88<sup>bis</sup> OAI un'eventuale modifica del grado di invalidità può pertanto intervenire già da dicembre 2020 (doc. 92)

**3.1.4** Non sono quindi applicabili le nuove disposizioni della modifica della LAI intitolata "ulteriore sviluppo dell'AI", entrate in vigore il 1° gennaio 2022 (si confronti lett. c delle disposizioni transitorie relativa alle persone che hanno già compiuto 55 anni all'entrata in vigore delle citate modifiche, come nel caso di specie).

**3.2** Il potere cognitivo di questo Tribunale è delimitato dalla data della decisione impugnata. Il giudice delle assicurazioni sociali esamina infatti la decisione impugnata sulla base della situazione di fatto esistente al momento in cui essa è stata resa (DTF 132 V 215 consid. 3.1.1; 130 V 445 consid. 1.2). Tiene tuttavia conto dei fatti verificatisi dopo tale data quando

essi possano imporsi quali elementi d'accertamento retrospettivo della situazione anteriore alla decisione stessa (DTF 129 V 1 consid. 1.2; 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 (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.

Il ricorrente è cittadino di uno Stato membro della Comunità europea e risiede in Italia, vi è inoltre un elemento transfrontaliero, avendo l'interessato lavorato in Svizzera (DTF 143 V 81 consid. 8.3 con rinvii, 143 II 57 e 141 V 521 consid. 4.3.2 nonché, tra le altre, le sentenze della CGUE del 5 maggio 2011 C-434/09 McCarthy, punto 45, e dell'11 ottobre 2001 C-95/99 a 98/99 e C-180/99 Khalil et aliud, punto 69), per cui è applicabile, di principio, l'Accordo del 21 giugno 1999 tra la Confederazione svizzera e la Comunità europea ed i suoi Stati membri sulla libera circolazione delle persone (ALC, RS 0.142.112.681) ed il relativo Allegato II che regola il coordinamento dei sistemi di sicurezza sociale. L'allegato II ALC prevede in particolare che le parti contraenti applicano tra di loro, dal 1° aprile 2012, 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 (art. 1 cpv. 1 Allegato II ALC in relazione con la Sezione A dell'Allegato II ALC). Il Regolamento (CE) n. 883/2004 è stato ulteriormente modificato dai regolamenti (UE) n. 1244/2010 (RU 2015 343), n. 465/2012 (RU 2015 345) e n. 1224/2012 (RU 2015 353), applicabili nelle relazioni tra la Svizzera e gli Stati membri dell'Unione europea a decorrere dal 1° gennaio 2015. Tuttavia, anche in seguito all'entrata in vigore dell'ALC, l'organizzazione della procedura come pure l'esame delle condizioni di ottenimento di una rendita d'invalidità svizzera, sono regolate dal diritto interno svizzero (art. 46 cpv. 3 del Regolamento n. 883/2004 in relazione con l'Allegato II del regolamento medesimo; DTF 130 V 253 consid. 2.4).

#### 5.

Nell'ambito delle assicurazioni sociali, la procedura è retta dal principio inquisitorio (art. 43 cpv. 1 LPGGA). Il Tribunale amministrativo federale applica il diritto d'ufficio, senza essere vincolato dai motivi del ricorso (art. 62 cpv. 4 PA) o dai considerandi della decisione impugnata. In altri termini, il ricorso

potrebbe essere accolto per ragioni diverse da quelle addotte dal ricorrente o respinto in virtù d'argomenti che la decisione impugnata non ha preso in considerazione (DTF 134 III 102 consid. 1.1; 133 V 515 consid. 1.3; DTAF 2013/46 consid. 3.2). Il Tribunale accerta i fatti determinanti per la soluzione della controversia, assume le prove necessarie e le valuta liberamente (art. 12 PA; DTF 136 V 376 consid. 4.1.1). Sempre che la legge non disponga diversamente, il Tribunale statuisce secondo il grado di prova della verosimiglianza preponderante. Deve ritenere un fatto provato, soltanto quando è convinto della sua esistenza (DTF 138 V 218 consid. 6). Le parti sono tenute a cooperare all'accertamento dei fatti (art. 13 PA) e a motivare il ricorso (art. 52 PA). L'autorità di ricorso si limita, di principio, ad esaminare le censure sollevate, mentre le questioni di diritto non invocate dalle parti solo nella misura in cui gli argomenti delle parti o l'esame dell'incarto ne diano sufficiente motivo (DTF 122 V 157 consid. 1a; 121 V 204 consid. 6c).

## **6.**

**6.1** L'invalidità ai sensi della LPGA e della LAI è l'incapacità al guadagno totale o parziale presumibilmente permanente o di lunga durata che può essere conseguente a infermità congenita, malattia o infortunio (art. 8 LPGA e art. 4 cpv. 1 LAI). L'invalidità è considerata insorgere quando, per natura e gravità, motiva il diritto alla singola prestazione (art. 4 cpv. 2 LAI). Ai sensi dell'art. 8 cpv. 3 LPGA, gli assicurati maggiorenni che prima di subire un danno alla salute fisica, mentale o psichica non esercitavano un'attività lucrativa e dai quali non si può ragionevolmente esigere che l'esercitino sono considerati invalidi se tale danno impedisce loro di svolgere le proprie mansioni consuete.

**6.2** La nozione d'invalidità di cui all'art. 4 LAI e 8 LPGA è un concetto di carattere economico-giuridico e non medico (DTF 116 V 246 consid. 1b; sentenze del TF 8C\_636/2010 del 17 gennaio 2011 consid. 3 e 9C\_529/2008 del 18 maggio 2009).

Secondo l'art. 7 cpv. 1 LPGA, è considerata incapacità al guadagno la perdita, totale o parziale, della possibilità di guadagno sul mercato del lavoro equilibrato che entra in considerazione, provocata da un danno alla salute fisica, mentale o psichica e che perdura dopo aver sottoposto l'assicurato alle cure e alle misure d'integrazione ragionevolmente esigibili. Per valutare la presenza di un'incapacità al guadagno sono considerate esclusivamente le conseguenze del danno alla salute. Inoltre, sussiste un'incapacità al guadagno soltanto se essa non è obiettivamente superabile (art. 7 cpv.

2 LPGA). Secondo l'art. 6 LPGA, è considerata incapacità al lavoro 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 d'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.

L'assicurazione svizzera per l'invalidità risarcisce pertanto, e di principio, soltanto la perdita economica che deriva da un danno alla salute fisica o psichica dovuto a malattia o infortunio, non la malattia o la conseguente incapacità lavorativa (DTF 116 V 246 consid. 1b).

**6.3** Giusta l'art. 28 cpv. 2 LAI, nella versione in vigore fino al 31 dicembre 2021, l'assicurato ha diritto ad un quarto di rendita se è invalido per almeno il 40%, ad una mezza rendita se è invalido per almeno la metà, a tre quarti di rendita se è invalido per almeno il 60% e ad una rendita intera se è invalido per almeno il 70%.

## 7.

**7.1** Giusta l'art. 17 cpv. 1 LPGA, se il grado d'invalidità del beneficiario della rendita subisce una notevole modificazione, per il futuro la rendita è aumentata o ridotta proporzionalmente o soppressa, d'ufficio o su richiesta.

**7.2** Giusta l'art. 87 cpv. 1 OAI (RS 831.201) la revisione avviene d'ufficio quando, in previsione di una possibile modifica importante del grado d'invalidità o della grande invalidità oppure del bisogno di assistenza o di aiuto dovuto all'invalidità è stato stabilito un termine al momento della fissazione della rendita, dell'assegno per grandi invalidi o del contributo per l'assistenza (lett. a) o allorché si conoscono fatti o si ordinano provvedimenti che possono provocare una notevole modifica del grado d'invalidità, della grande invalidità oppure del bisogno di assistenza o di aiuto dovuto all'invalidità (lett. b). Se, di contro, è stata fatta una domanda di revisione, nella domanda si deve dimostrare che il grado d'invalidità è modificato in misura rilevante per il diritto a prestazioni (art. 87 cpv. 2 OAI).

**7.3** La 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 conseguenze sulla capacità di guadagno hanno subito un cambiamento importante (DTF 130 V 343 consid. 3.5; 113 V 273 consid. 1a). La semplice valutazione diversa di circostanze di fatto rimaste

sostanzialmente invariate non giustifica una revisione ai sensi dell'art. 17 LPGA (Sentenza del TF I 755/04 del 25 settembre 2006 consid. 5.1 e riferimenti citati; DTF 112 V 371 consid. 2b e 112 V 387 consid. 1b, RCC 1987 p. 36, SVR 2004 IV n. 5 consid. 3.3.3). L'istituto della revisione non può infatti giustificare un riesame incondizionato del diritto alla rendita (cfr. anche: RUDOLF RUEDI, Die Verfügungsanpassung als verfahrensrechtliche Grundfigur namentlich von Invalidenrentenrevisionen, in: SCHAFFAUSSER/SCHLAURI, Die Revision von Dauerleistungen in der Sozialversicherung, San Gallo, 1999, p. 15).

Per le rendite dell'assicurazione invalidità, infine, anche una modifica di poco conto dello stato di fatto determinante può dare luogo a una revisione se tale modifica determina un superamento (per eccesso o per difetto) di una soglia minima (DTF 133 V 545 consid. 6 con riferimenti a dottrina e giurisprudenza).

**7.4** L'art. 88a cpv. 2 OAI prevede che se la capacità al guadagno o la capacità di svolgere le mansioni consuete peggiora, se la grande invalidità si aggrava o se il bisogno di assistenza o di aiuto dovuto all'invalidità aumenta, il cambiamento va tenuto in considerazione non appena è durato tre mesi senza interruzione notevole. L'articolo 29<sup>bis</sup> OAI è applicabile per analogia.

**7.5** Giusta l'art. 88<sup>bis</sup> cpv. 1 let. b OAI, laddove la revisione ha luogo d'ufficio, l'aumento della rendita avviene al più presto a partire dal mese in cui la revisione è stata prevista.

## **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 sottoposta ad esame materiale tramite 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; sentenza del TF I 759/06 del 5 settembre 2007).

**8.2** Nel caso concreto il periodo di riferimento è quello intercorrente fra la comunicazione del 28 febbraio 2018 (doc. 91) – con cui è stato confermato invariato il diritto a  $\frac{3}{4}$  di rendita a seguito di un esame materiale della fattispecie tramite esame da parte del Servizio medico regionale della documentazione medica attualizzata prodotta dall'assicurato nel contesto

della revisione d'ufficio avviata dall'amministrazione nell'agosto 2017 – e il 23 luglio 2021, data della decisione impugnata con cui è stato l'amministrazione ha negato un sensibile peggioramento della capacità di guadagno ed ha nuovamente confermato il diritto a  $\frac{3}{4}$  di rendita (doc. 137).

## **9.**

**9.1** Nell'ambito della revisione d'ufficio avviata il 29 agosto 2017 (doc. 72), l'UAIE ha constatato una situazione sostanzialmente invariata rispetto alla precedente revisione, come pure rispetto al momento in cui è insorto il diritto alla rendita.

## **9.2**

**9.2.1** L'amministrazione si è fondata sulla valutazione della dott.ssa C.\_\_\_\_\_, specialista FMH in medicina interna del SMR D.\_\_\_\_\_, che nell'avviso del 20 febbraio 2018 ha posto le diagnosi di lupus eritematoso sistemico (grave e solo parzialmente stabilizzato malgrado un trattamento immunosoppressivo pesante), nefropatia e osteoporosi, dichiarando lo stato di salute non modificato dall'ultima revisione e attestando una capacità lavorativa invariata (pari al 50% in attività adeguate, consid. A.b) rispetto alla precedente valutazione (doc. 90).

**9.2.2** La dott.ssa C.\_\_\_\_\_ si è in particolare fondata sulla nuova documentazione medica prodotta dall'assicurato, e meglio la perizia medica particolareggiata E213 del 13 ottobre 2017 (doc. 87), nella quale la dott.ssa E.\_\_\_\_\_, la cui specializzazione non è nota, aveva descritto una situazione valetudinaria stabile in un paziente affetto da "lupus eritematoso sistemico parzialmente controllato dalla terapia con persistenza di artralgie migranti e sindrome di Raynaud; pregresso episodio di insufficienza renale acuta; ipertensione arteriosa; osteoporosi iatrogena ad alto rischio di fratture". La dott.ssa E.\_\_\_\_\_ aveva indicato che rispetto all'ultima visita le condizioni dell'assicurato erano rimaste stazionarie, indicando un grado d'invalidità, secondo le disposizioni del diritto italiano, pari a 67% (doc. 87 p. 9 e 11).

## **10.**

### **10.1**

**10.1.1** Nel contesto dell'attuale procedura di revisione, avviata d'ufficio nel dicembre 2020 (consid. 3.1.3) e in cui l'assicurato ha fatto valere un peggioramento dello stato di salute (doc. 104), l'UAI ha assunto agli atti i seguenti documenti da quest'ultimo:

- I rapporti reumatologici della dott.ssa F. \_\_\_\_\_ del 28 luglio, del 31 agosto e del 13 ottobre 2020 (doc. 100-102), nei quali è stata indicata una serie di esami strumentali eseguiti fra il 2017 e il 2020, è stato descritto un “fenomeno di Raynaud, fotosensibilità, dal 2006 lupus eritematoso sistemico e dallo stesso periodo ipertensione arteriosa e tra il 2009 e il 2018 assunzione di alendronato, indicato per il trattamento dell'osteoporosi”.
- Il risultato di esami effettuati il 25 settembre 2020 presso l'unità operativa complessa di patologia clinica (doc. 96) e delle analisi delle urine del 30 ottobre 2020 (doc. 95).
- Il rapporto del controllo clinico del 5 novembre 2020 presso l'unità operativa complessa di nefrologia, dialisi e trapianto del rene di (...) (doc. 98), nel quale è stato riferito di un paziente con sindrome nefrosica conseguente a lupus eritematoso sistemico e del fatto che il paziente è stato sottoposto a biopsia renale.
- Il rapporto nefrologico riassuntivo e dettagliato del 21 dicembre 2020 del dott. G. \_\_\_\_\_ (e la relativa prescrizione della terapia [doc. 97 e 103]), redatto in seguito alla degenza ospedaliera intervenuta dal 10 dicembre 2020 per proteinuria, che ha riferito di un paziente affetto da lupus eritematoso sistemico, con una funzione renale piuttosto stabile nel corso degli anni e proteinuria inferiore ai 500 mg/24 ore e i cui problemi sono principalmente riconducibili alle conseguenze della terapia immunosoppressiva e steroidea (comunque sospesa dal 2019). Nell'ambito del ricovero la proteinuria ha raggiunto il picco di 4461 mg/ore su tre campioni e è stato accertato un elevato rischio di progressione della nefropatia (anche doc. 104 punto 5).

L'assicurato era atteso nuovamente dal dott. G. \_\_\_\_\_ il 28 gennaio 2021 per una visita nefrologica di controllo con una serie di esami ematochimici. Agli atti non figura tuttavia alcun rapporto relativo all'esito di tale visita.

**10.1.2** Esaminata la documentazione il dott. B. \_\_\_\_\_, nella concisa presa di posizione del 10 febbraio 2021, ha attestato una stabilità clinica e

funzionale e precisato che a causa del lupus eritematoso sistemico necessita di una farmacoterapia continua. Egli ha concluso di non aver riscontrato elementi che permettono di modificare le incapacità lavorative finora attestate (doc. 106).

## 10.2

**10.2.1** A seguito della comunicazione del 12 febbraio 2021, secondo cui il grado di invalidità risultava invariato (doc. 107) la procedura di revisione è proseguita per volontà dell'assicurato che il 9 marzo 2021 ha chiesto l'emanazione di una decisione impugnabile. In tale contesto quest'ultimo ha prodotto il 7 aprile, il 7 giugno e il 2 luglio 2021 (doc. 115, 124, 129) una serie di referti inediti dell'unità operativa complessa di nefrologia, dialisi e trapianto del rene di (...), e meglio:

- Il rapporto relativo al controllo clinico del 1° aprile 2021, in cui è stato rilevato un miglioramento della funzione renale e della albuminemia, nonostante crampi intensi, dispnea da sforzi modesti e astenia (doc. 111).
- L'ulteriore rapporto del controllo clinico del 6 maggio 2021, in occasione del quale è stata riscontrata la presenza di dolori articolari, di un nuovo aumento della proteinuria e di una riduzione dell'albuminemia (cfr. analisi delle urine del 29 marzo 2021 [doc. 112]) e riferendosi alla visita broncopneumologica (cfr. certificato del 2 aprile 2021 [doc. 114]) è stata riportata la diagnosi di broncopatia cronica con dispnea trattata farmacologicamente senza beneficio (doc. 121).
- Il rapporto del controllo clinico del 3 giugno 2021 nel quale, alla luce degli esami del 24 maggio 2021 (doc. 122) e dell'esame RX toracico del 28 maggio 2021 (doc. 119), è stata constatata la persistenza di proteinuria, dispnea e artralgie ed è stata prescritta una visita cardiologica ed ecocardiografica (doc. 120, 131), eseguita il 9 giugno 2021 e dalla quale non sono emerse particolarità (doc. 129-130, 132).
- Il rapporto del controllo clinico del 24 giugno 2021, attestante una situazione clinica identica a quella dell'ultimo ricovero (doc. 131).

**10.2.2** La documentazione prodotta è stata progressivamente sottoposta al dott. B. \_\_\_\_\_ che ha preso posizione in tre occasioni.

- Nell’avviso SM-UAIE del 7 maggio 2021, il dottor B.\_\_\_\_\_, rammentato che l’assicurato è da anni considerato abile al lavoro nella misura massima del 50% in un lavoro tranquillo e sedentario, ha indicato di non disporre di elementi nuovi suscettibili di modificare tale valutazione (doc. 117).
- Nella presa di posizione del 29 giugno 2021 ha riferito che le alterazioni broncopolmonari e la dispnea descritte dai medici curanti non hanno influsso sulla capacità lavorativa residua in un’attività sedentaria e che non vi sono altri esami indicanti un peggioramento significativo e duraturo dello stato di salute. Ha pertanto ritenuto opportuno chiedere all’assicurato di trasmettere l’esito della visita cardiologica (doc. 126).
- Nell’avviso del 20 luglio 2021 ha precisato che l’esito della visita cardiologica (il cui referto è illeggibile [doc. 129]) “conferma una buona funzionalità cardiaca, ma non un’ulteriore miglioramento della proteinuria, per cui non si può escludere un ulteriore ricovero ospedaliero”. Ha inoltre ritenuto che dalla documentazione medica non emergevano segni clinici attestanti un peggioramento dello stato di salute tale da non poter permettere l’esecuzione di un’attività adeguata al 50%, ma era indicato un’ulteriore aggiornamento del dossier a fine 2021 (doc. 135).

### 10.3

**10.3.1** In sede di ricorso l’insorgente ha quindi prodotto una serie di documenti già figuranti agli atti e una serie di referti inediti, di cui si citano in particolare i seguenti (allegati al doc. TAF 1):

- il referto oftalmologico del 9 settembre 2021, attestante una riduzione dell’acuità visiva a causa di una maculopatia degenerativa
- l’esito dell’esame delle urine del 9 giugno 2020
- l’esame radiologico del torace del 23 luglio 2020
- Il referto capillaroscopico del 28 luglio 2020 attestante delle anomalie capillaroscopiche aspecifiche

**10.3.2** Sui nuovi referti si è espresso nuovamente il dott. B.\_\_\_\_\_, che nell’avviso SM-UAIE del 28 novembre 2021 ha riferito che, pur necessitando la situazione valetudinaria dell’assicurato un seguito terapeutico costante e un frequente adattamento della farmacoterapia, non risulta essere compromessa la possibilità di eseguire a metà tempo un lavoro confacente

(sedentario, senza sforzi fisici di media-alta intensità, senza stress, né lavori di precisione), come ad esempio sorveglianza semplice o ricezione. Egli ha quindi chiesto di sottoporre il caso anche al medico internista, specialmente per le problematiche oftalmologiche del servizio medico (allegato al doc. TAF 13).

**10.3.3** Dal canto suo, invece, la dott. H. \_\_\_\_\_, specialista FMH in medicina interna e in medicina fisica e riabilitazione, nell'avviso SM-UAIE del 29 novembre 2021 ha ritenuto che, rispetto alla comunicazione di febbraio 2021 (che aveva confermato il diritto alla rendita [doc. 107]), lo stato di salute dell'assicurato ha subito un peggioramento, in ragione dell'aggravamento della proteinuria che aveva richiesto in dicembre 2020 un'ospedalizzazione e che da allora è persistita a livelli anormali, della dispnea a seguito di sforzi da leggeri a modesti, dell'astenia e di crampi importanti, oltre che per le problematiche polmonari correlate alla broncopatia cronica ed alla leggera sindrome polmonare restrittiva e per quelle oftalmologiche suscettibili di ridurre ancor di più la capacità visiva in parte già compromessa. Tali problematiche, da sommarsi a quelle già esistenti, a suo modo di vedere vanno a restringere ancor più la capacità di lavoro residua. La dott.ssa H. \_\_\_\_\_ ha quindi ritenuto dimostrato a partire dal 6 maggio 2021 (data del rapporto nefrologico [doc. 121]), un aggravamento dello stato di salute determinante un'incapacità lavorativa del 70% in una professione sostitutiva adeguata (allegato al doc. TAF 13).

## 11.

### 11.1

**11.1.1** Alla luce di quanto precede, risulta che l'UAIE ha fondato la decisione impugnata sulla presa di posizione del proprio Servizio medico, senza procedere ad ulteriori accertamenti. Sulla base degli atti prodotti dall'assicurato, il dott. B. \_\_\_\_\_ ha constatato una situazione sostanzialmente paragonabile a quella esistente nel febbraio 2018, momento in cui era stato confermato il diritto a  $\frac{3}{4}$  di rendita fino ad allora erogata in favore del ricorrente. È pertanto pacifico e non vi sono quindi dubbi circa il fatto che l'incapacità lavorativa dell'assicurato in una professione rispettosa dello stato di salute e delle limitazioni riscontrate sia almeno pari al 50%.

**11.1.2** In sede di ricorso, preso atto del parere del 29 novembre 2021 della dott. H. \_\_\_\_\_, l'autorità inferiore ha tuttavia ammesso l'esistenza di un peggioramento dello stato di salute – già fatto valere dal ricorrente – determinante anche un peggioramento della capacità lavorativa pari al 30% in

attività adeguate a partire dal mese di maggio 2021. Del resto malgrado il 20 luglio 2021 il dottor B. \_\_\_\_\_ abbia confermato la capacità lavorativa del 50% in attività adeguate aveva ritenuto indicato procedere ad un aggiornamento degli atti a fine 2021.

Così stando le cose all'insorgente dev'essere senz'altro garantito, non essendo per altro contestato e altresì comprovo il diritto ad almeno  $\frac{3}{4}$  di rendita d'invalidità.

**11.2** A fronte dell'indicazione della dott. H. \_\_\_\_\_ riguardo all'aggravamento dello stato di salute e della capacità di lavoro emerso in sede di ricorso, occorre tuttavia chiedersi se la decorrenza, l'entità e gli effetti degli stessi siano stato sufficientemente indagati e se l'autorità inferiore disponesse effettivamente di tutti gli elementi giuridicamente rilevanti per poter accertare che nessuna sostanziale modifica della capacità di guadagno era nel frattempo intervenuta.

**11.2.1** L'art. 59 cpv. 2<sup>bis</sup> LAI ricorda che i servizi medici regionali sono a disposizione degli uffici AI per valutare le condizioni mediche del diritto alle prestazioni, stabiliscono la capacità funzionale dell'assicurato – determinante per l'AI secondo l'art. 6 LPGA – di esercitare un'attività lucrativa o di svolgere le mansioni consuete in una misura ragionevolmente esigibile e sono indipendenti per quanto concerne le decisioni in ambito medico nei singoli casi. Scopo e senso dell'art. 59 cpv. 2<sup>bis</sup> LAI, come pure dell'art. 49 OAI risiedono nella possibilità, per gli uffici AI, di fare capo ai propri medici per la valutazione degli aspetti sanitari del diritto alla rendita. Questi ultimi, grazie alle loro specifiche conoscenze medico-assicurative, sono quindi chiamati a valutare la capacità funzionale della persona assicurata. In questo modo è stata creata una chiara separazione di competenze tra medici curanti e assicurazione sociale. Sulla base delle indicazioni del SMR, l'UAI deve così decidere cosa si può ragionevolmente pretendere da un assicurato e cosa invece no (sentenza del TF 9C\_9/2010 del 29 settembre 2010 consid. 2). Peraltro, i rapporti SMR hanno la funzione di effettuare una sintesi delle informazioni e degli esami medici di cui agli atti di causa e formulare delle raccomandazioni quanto al seguito da dare all'incarto da un punto di vista medico (sentenza del TF 9C\_542/2011 del 26 gennaio 2012 consid. 4.1). Per poter loro attribuire pieno valore probatorio, i rapporti dei servizi medici regionali devono essere redatti da medici che dispongono delle qualifiche specialistiche richieste nel singolo caso di specie. Se ciò non è il caso, il loro valore probatorio è affievolito (sentenza del TF 9C\_826/2009 del 20 luglio 2010 consid. 4.2).

**11.2.2** I rapporti interni del SMR ai sensi dell'art. 49 cpv. 3 LAI non pongono autonomamente delle diagnosi, bensì apprezzano sotto l'aspetto medico i reperti esistenti. Il loro compito è di sintetizzare – a beneficio anche dell'amministrazione e dei tribunali che altrimenti non dispongono necessariamente di simili conoscenze specialistiche – la situazione medica. Non è dunque indispensabile che la persona assicurata venga visitata. Il SMR esegue direttamente esami medici solo se lo ritiene necessario. Negli altri casi rende la propria valutazione sulla base della documentazione esistente. L'assenza di propri esami diretti non costituisce, per invalsa giurisprudenza, un motivo per mettere in dubbio la validità di un rapporto SMR se esso soddisfa altrimenti le esigenze di natura probatoria generalmente riconosciute (SVR 2009 IV n. 56 pag. 174 [9C\_323/2009] consid. 4.3.1 con riferimenti; cfr. pure sentenza 9C\_294/2011 del 24 febbraio 2012 consid. 4.2; cfr. anche sentenza 9C\_787/2012 del 20 dicembre 2012, consid. 4.2.1).

**11.2.3** Al riguardo va in particolare rilevato che se è vero che nelle procedure concernenti l'assegnazione o il rifiuto di prestazioni di assicurazioni sociali non sussiste un diritto formale di essere sottoposto a perizia medica esterna da parte dell'ente assicuratore, un tale provvedimento (o perlomeno accertamenti complementari) deve tuttavia essere ordinato qualora sussistano anche solo dubbi minimi riguardo l'attendibilità e la concludenza delle attestazioni mediche interne dell'assicurazione (DTF 135 V 465 consid. 4).

**11.3** Nel caso in esame tali dubbi sussistono su più punti, sia riguardo alla valutazione del dott. B. \_\_\_\_\_, su cui l'amministrazione ha fondato la decisione impugnata, ma da cui poi si è scostato, ma pure riguardo a quella della dott.ssa H. \_\_\_\_\_, a cui l'UAIE ha fatto riferimento pendente causa di ricorso.

**11.3.1** Innanzitutto dei dubbi sorgono da un profilo formale e meglio se tali referti possono essere considerati dei mezzi probatori idonei alla valutazione dello stato di salute e della capacità lavorativa. I pareri del SM-UAIE risultano infatti piuttosto stringati, non riportando un'anamnesi, né un elenco delle diagnosi con influsso sulla capacità lavorativa, limitandosi a riportare delle informazioni tratte dall'incarto, senza tuttavia fornire neppure concisamente una spiegazione a profitto dell'autorità inferiore e di questo Tribunale.

### **11.3.2**

**11.3.2.1** Dal punto di vista sostanziale, contrariamente a quanto auspicato dalla dott.ssa C. \_\_\_\_\_ nel rapporto SMR del 20 febbraio 2018 (doc. 90) – sul quale si era fondata l'amministrazione in occasione dell'ultima procedura di revisione – l'autorità inferiore ha omesso di assumere agli atti una perizia medica particolareggiata E213 nella quale, in esito all'esame clinico, fossero indicate sistematicamente le varie patologie e lo stato di salute complessivo. Sebbene tale rapporto fosse stato chiesto all'avvio della revisione d'ufficio (cfr. doc. 93) la sua produzione non è stata successivamente più sollecitata da parte dell'UAIE che ha sottoposto al dott. B. \_\_\_\_\_ la sola documentazione medica trasmessa dall'insorgente. Agli atti non figura dunque alcun referto che, in esito all'esame clinico, riassume in maniera completa tutte le diagnosi, descriva in modo esaustivo la situazione attuale dello stato di salute, l'evoluzione rispetto all'ultima perizia E213 e si esprima sulle risorse del ricorrente e sulla possibilità di metterle a frutto in un'attività lavorativa.

Già solo per questa ragione, la valutazione espressa a più riprese dal dott. B. \_\_\_\_\_, che si rammenta non dispone di alcuna specializzazione in ambito internistico, nefrologico e oftalmologico, non può essere considerata del tutto completa ed esposta con piena cognizione di causa. Tale valutazione neppure risulta essere attendibile e convincente, dal momento che è stata sconfessata dalla sua collega dott. H. \_\_\_\_\_ e pure dalla stessa autorità inferiore, che in sede di ricorso ha corretto la propria posizione riconoscendo l'esistenza di un peggioramento dello stato di salute. In definitiva il parere esposto dal medico, non soltanto non può essere seguito per quanto concerne lo stato di salute attuale – egli stesso aveva del resto chiesto un'attualizzazione degli atti tuttavia mai avvenuta – ma pure per quanto attiene alle limitazioni funzionali e la tipologia di attività in cui l'assicurato potrebbe eventualmente mettere a frutto la residua capacità lavorativa.

**11.3.2.2** D'altro canto neppure la valutazione della dott.ssa H. \_\_\_\_\_ permette di fare maggiore chiarezza riguardo allo stato di salute e alla capacità lavorativa dell'assicurato ed alla loro evoluzione nel tempo. Non è innanzitutto chiaro il motivo per cui la dott.ssa H. \_\_\_\_\_, pur avendo constatato l'aggravamento della proteinuria che aveva necessitato nel mese di dicembre 2020 un'ospedalizzazione, dunque prima dell'emanazione della decisione impugnata, fa risalire il peggioramento dello stato di salute dell'assicurato unicamente al 6 maggio 2021, ossia dalla data del rapporto nefrologico stilato presso l'unità operativa complessa di nefrologia, dialisi e trapianto del rene di (...). A ben vedere tale rapporto, non fa che constatare un ulteriore ingravescenza di una problematica già esistente e descritta dal

dott. G. \_\_\_\_\_ nel rapporto del 21 dicembre 2020 e che aveva appunto determinato, insieme alla problematica di iperpotassiemia, il ricovero del 10 dicembre 2020.

In secondo luogo, a fronte delle numerose patologie indicate e dell'influsso delle stesse sulla capacità lavorativa, secondo questa Corte la sola valutazione della dott.ssa H. \_\_\_\_\_, specialista in medicina interna, non è sufficiente ad accertare la modifica dello stato di salute dell'assicurato nelle modalità e nell'entità ritenute dall'autorità inferiore. In assenza di un esame clinico, di un rapporto peritale o di una perizia E213, un rapporto specialistico da parte di un nefrologo o di un oftalmologo da selezionare anche in seno al SM-UAIE, sarebbe stato quantomeno auspicabile, al fine di confrontare e se del caso confermare le valutazioni della dott.ssa H. \_\_\_\_\_.

Non è inoltre dato sapere su quali elementi oggettivi si sia fondata la dott.ssa H. \_\_\_\_\_ per affermare che lo stato di salute sia peggiorato in misura tale da determinare un'incapacità lavorativa superiore a quella attestata dal dott. B. \_\_\_\_\_, ma inferiore rispetto a quella di cui l'assicurato (che ritiene di essere completamente inabile al lavoro) chiede il riconoscimento. Sebbene essa descriva tutta una serie di patologie di recente insorgenza, che a suo modo di vedere incidono ulteriormente su uno stato di salute già gravemente compromesso, essa non spiega quali siano le limitazioni funzionali che queste nuove affezioni implicano, né tantomeno si esprime in merito alla tipologia di professione esigibile dall'assicurato.

**11.3.3** In assenza delle suddette indicazioni questo Tribunale non dispone nemmeno di elementi sufficienti per potersi determinare in merito alla correttezza del raffronto dei redditi effettuato dall'amministrazione, in particolare per quanto attiene alla necessità di procedere a una riduzione del reddito da invalido per tenere conto dei fattori professionali e personali del caso (DTF 126 V 75). Al riguardo si osserva che nel nuovo calcolo dell'invalidità, l'UAIE non ha operato alcuna riduzione, non ritenendo esservene le condizioni alla luce delle "circostanze personali e professionali del caso in questione". Tale lapidaria motivazione, non risulta essere affatto sufficiente, tanto più che al momento dell'attribuzione della rendita, nel 2006, essa aveva riconosciuto una riduzione del 5% (doc. 28) proprio per "tenere conto di circostanze personali e professionali del caso".

## 11.4

**11.4.1** In conclusione alla luce di quanto sopra esposto risulta provato con il grado della verosimiglianza preponderante che quantomeno a partire da dicembre 2020 vi è stato un peggioramento dello stato di salute e della capacità lavorativa in attività adeguate, fatto peraltro incontestato. All'infuori di tale constatazione la fattispecie non è tuttavia stata sufficientemente chiarita. Permangono infatti dei dubbi riguardo all'effettiva situazione valutataria sia dal profilo nefrologico (in relazione all'aumento della proteinuria e all'elevato rischio di progressione della nefropatia evocato dal dott. G. \_\_\_\_\_ [cfr. consid. 10.1.1]), che da quello oftalmologico (in relazione all'insorgenza di problematiche fra cui il cheratocono, che vanno a ridurre ancor più la capacità visiva già compromessa), e che infine da quello pneumologico (contenuto tenuto della persistenza della dispnea da sforzi leggeri verosimilmente legata alla broncopatia cronica, nonché alla leggera sindrome polmonare restrittiva), così come dell'impatto della stessa sulla capacità lavorativa dell'assicurato in attività adeguate e pertanto sul grado di invalidità, nonché della sua evoluzione nel tempo. In simili condizioni un grado di invalidità invariato non può essere confermato.

**11.4.2** Ne consegue che il provvedimento querelato, che poggia su di un accertamento insufficiente dei fatti giuridicamente rilevanti, va annullato.

## 12.

**12.1** Gli atti sono pertanto rinviati all'autorità inferiore affinché proceda a completare l'accertamento dei fatti e alla luce dei nuovi accertamenti emani una nuova decisione sul grado di invalidità dell'assicurato dal 1° dicembre 2020 (consid. 3.1.2 e 7.5), fermo restando il diritto dell'assicurato a  $\frac{3}{4}$  di rendita di invalidità.

A tale scopo l'UAIE inviterà l'assicurato a produrre una perizia medica particolareggiata E213 e un aggiornamento dei referti medici (assumendo agli atti quegli esami clinici, ematochimici e strumentali eseguiti dagli specialisti curanti in Italia di cui non figura traccia agli atti [come ad esempio i rapporti delle visite di controllo del dott. G. \_\_\_\_\_ [si cfr. consid. 10.1.1]) al fine di sottoporli al proprio servizio medico, che a sua volta valuterà quali accertamenti eseguire – se necessario una perizia pluridisciplinare in Svizzera – sotto il profilo internistico, nefrologico, oftalmologico e pneumologico, onde valutare l'evoluzione dello stato di salute e della capacità lavorativa in attività adeguate da dicembre 2020.

**12.2** Non essendo stati chiariti aspetti medici determinanti, neppure la giurisprudenza del Tribunale federale pubblicata in DTF 137 V 210 (segnatamente consid. 4.4.1.4; DTF 139 V 99 consid. 1) si oppone al rinvio della causa all'autorità inferiore per completamento dell'istruttoria, nel senso indicato da questo Tribunale. In particolare, un siffatto rinvio appare in generale giustificato qualora l'amministrazione ha proceduto ad una constatazione dei fatti incompleta (essendovi in concreto degli aspetti mai approfonditi dal punto di vista nefrologico, oftalmologico, pneumologico e interdisciplinare) e non del tutto concludente, non essendo compito del Tribunale effettuare in prima battuta i necessari accertamenti fattuali (cfr. sentenza del TF 9C\_162/2007 del 3 aprile 2008 consid. 2.3 e relativi riferimenti).

**12.3** Giova rilevare che nel caso concreto non è necessario rendere attento l'assicurato della possibilità di ritirare il ricorso conformemente a quanto stabilito in DTF 137 V 314. In effetti non sussiste l'eventualità di una nuova decisione dell'UAIE a detrimento dell'insorgente (cfr., sul quesito, la già citata DTF 137 V 314 consid. 3.2.4), essendo egli al beneficio di  $\frac{3}{4}$  di rendita assegnatagli con decisione del 25 aprile 2008 confermata con comunicazione del 28 febbraio 2021 e come detto il diritto a tale rendita comprovato e incontestato.

### **13.**

**13.1** Visto l'esito della causa non sono prelevate delle spese processuali (art. 63 PA). L'importo di fr. 807.04 versato il 5 e il 29 ottobre 2021 (doc. TAF 5, 9) a titolo di anticipo delle presunte spese processuali, verrà restituito al ricorrente al momento della crescita in giudicato della sentenza.

**13.2** Giusta l'art. 64 cpv. 1 PA, l'autorità di ricorso, se ammette il ricorso in tutto o in parte, può assegnare al ricorrente delle indennità per le spese indispensabili e relativamente elevate che ha sopportato (spese ripetibili).

In concreto poiché il ricorrente, che non è rappresentato da un legale, non ha dimostrato di aver sostenuto delle spese importanti in ragione della presente causa, non viene riconosciuta alcuna indennità a titolo di spese ripetibili (art. 64 cpv. 1 PA e art. 7 segg. 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]).

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

**1.**

Il ricorso è accolto, nel senso che la decisione del 23 luglio 2021 è annullata e gli atti di causa sono rinviati all'UAIE affinché proceda al completamento dell'istruttoria e si pronunci nuovamente sul grado di invalidità di A. \_\_\_\_\_ da dicembre 2020 ai sensi dei considerandi.

**2.**

Non si prelevano spese processuali. L'anticipo di fr. 807.04, corrisposto con versamento del 5 ottobre e del 29 ottobre 2021, sarà restituito al ricorrente allorquando la presente sentenza sarà passata in giudicato.

**3.**

Non vengono attribuite indennità per spese ripetibili.

**4.**

Questa sentenza è comunicata al ricorrente e all'autorità inferiore e all'Ufficio federale delle assicurazioni sociali.

La presidente del collegio:

Il cancelliere:

Michela Bürki Moreni

Luca Rossi

I rimedi giuridici sono menzionati alla pagina seguente.

**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, nella misura in cui sono adempite le condizioni di cui agli art. 82 e segg., 90 e segg. e 100 LTF. Il termine è reputato osservato se gli atti scritti sono consegnati al Tribunale federale oppure, all'indirizzo di questo, alla posta svizzera o a una rappresentanza diplomatica o consolare svizzera al più tardi l'ultimo giorno del termine (art. 48 cpv. 1 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: