



Corte III
C-6030/2013

Sentenza del 23 agosto 2015

Composizione

Giudici: Michela Bürki Moreni (presidente del collegio),
Franziska Schneider, Michael Peterli;
Cancelliere: Dario Croci Torti.

Parti

A. _____,
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 20 settembre
2013).

Fatti:**A.**

A.a A._____, cittadino italiano, nato il _____, ha lavorato in Svizzera dal 1978 al 1995. In data 4 novembre 1996, il nominato ha depositato all'Ufficio AI del Cantone di Zurigo, una domanda volta al conseguimento di prestazioni dell'assicurazione svizzera per l'invalidità. Con decisione del 29 settembre 1997, la Cassa di compensazione del Canton Zurigo ha erogato in favore di A._____ un quarto di rendita dell'assicurazione svizzera per l'invalidità (allora denominato "caso di rigore") stante ad un grado d'invalidità del 45%. L'assicurato era allora portatore di una sindrome lombovertebrale e lombospondilogeno, sindrome degenerativa di L3/L4 ed L4/L5, esiti di contusione lombare sinistra nel 1995, sindrome cervicospondilogeno con irritazione di C6, eczema plurisetoriale, specialmente alle mani.

A.b L'interessato ha presentato il 12 luglio 2000 una domanda di revisione postulando il riconoscimento di un grado d'invalidità maggiore. Dopo un preavviso negativo espresso dall'UAI cantonale, il 15 settembre 2000, e l'opposizione dell'interessato, l'amministrazione ha deciso di far eseguire una perizia. Nel frattempo le condizioni di salute del nominato erano peraltro peggiorate a seguito di un infarto sopravvenuto nel 2002.

L'indagine medica è stata eseguita fra il 28 ed il 31 luglio 2003 presso il centro ZMB (MEDAS) di Basilea. Il rapporto è stato rassegnato il 16 settembre 2003. E' stata accertata la diagnosi (riassunto) di sindrome lombovertebrale cronica con lomboradicopatia, discopatia L4-L5, osteocondrosi L4/5 ed L5/S1, sindrome radicolare cervicale C6 a sinistra, malattia coronarica dei tre vasi con esiti di infarto anterolaterale l'11 ottobre 2002, installazione di stent, turbe ipocondriache, leggero episodio depressivo, allergie da contatto, eczema seborroico. Come imbianchino, il peritando è stato ritenuto inabile al lavoro in misura superiore al 70%; in attività leggere semisedentarie, rispettose di determinati limiti di postura, marcia, porto pesi, l'interessato, a causa principalmente di fattori psichici diversi, è stato considerato abile al lavoro in misura del 60%. L'amministrazione AI cantonale ha quindi ricalcolato la perdita di guadagno del nominato situabile al 50% e con decisione del 5 novembre 2003 gli ha riconosciuto il diritto alla mezza rendita AI dal 1° gennaio 2003. L'assicurato ha formulato opposizione contro il suddetto provvedimento amministrativo, la quale è stata respinta con decisione 10 febbraio 2004 dell'UAI del Cantone di Zurigo. Un ricorso contro detta decisione su opposizione formulato da A._____ è

stato respinto con sentenza 28 ottobre 2004 del Tribunale delle assicurazioni sociali del Cantone di Zurigo.

A.c Poiché l'interessato ha annunciato il suo rimpatrio il 4 giugno 2005, la Cassa cantonale di compensazione ha trasmesso l'incarto per competenza all'Ufficio AI per gli assicurati residenti all'estero (oggi Ufficio dell'assicurazione per l'invalidità per gli assicurati residenti all'estero, UAIE; cfr. Incarto non numerato dell'UAI Zurigo). I pagamenti delle prestazioni (mezza rendita AI + complete per i familiari) sono stati ripresi dall'UAIE con decorrenza 1° luglio 2005 (doc. 1).

B.

B.a Una prima procedura di revisione è stata promossa dall'UAIE il 27 aprile 2007 (doc. 4). Dalla stessa è emerso che l'interessato non ha più lavorato dopo il rimpatrio (doc. 31). Da un punto di vista medico è stata posta una diagnosi sostanzialmente invariata, anche se non così dettagliata come esposto presso il centro ZMB nel 2003, ossia una cardiopatia ischemica in esiti di IMA non Q a sede infero-laterale trattato con angioplastica, spondilodiscoartrosi lombosacrale, periartrite scapolo-omerale destra, artropatia psoriasica. È stato posto un grado d'invalidità dell'80% (doc. 20, perizia medica particolareggiata dell'INPS di Catanzaro, E 213, del 3 settembre 2007). Viene riferito anche un disturbo d'ansia con umore lievemente depresso (doc. 25).

Il medico dell'UAIE, nel suo rapporto del 3 giugno 2008 (doc. 34), ha affermato che, in sostanza, la situazione di salute e valetudinaria di A. _____ non aveva subito mutamenti rispetto al passato, pur intravedendo un miglioramento sotto il profilo psichiatrico.

Con comunicazione del 17 giugno 2008 (doc. 35), l'UAIE ha confermato il diritto alla mezza rendita AI.

B.b Con scritto del 6 ottobre 2008, A. _____ ha presentato una nuova domanda di revisione producendo alcuni referti medici (doc. 36-44), peraltro precedenti la data del 17 giugno 2008 (comunicazione, doc. 35 di cui sopra), per cui l'UAIE, con progetto di decisione del 25 novembre 2008 (doc. 48), ha dichiarato di non entrare nel merito della richiesta. L'interpellato, in procedura di audizione, ha esibito documentazione in parte già ad atti ed alcuni referti di natura cardiologica più recenti attestanti un decorso positivo della patologia cardiaca, come annotato dal medico dell'UAIE (doc.

50-55). Mediante decisione del 5 maggio 2009, l'UAIE ha comunicato di non esaminare la domanda di revisione (doc. 56).

B.c Nell'aprile 2011, l'autorità inferiore ha avviato un'ulteriore procedura di revisione (doc. 59), dalla quale è risultato, secondo l'E213 (doc. 66), che l'assicurato presentava la stessa diagnosi già espressa nel precedente modulo (doc. 20) e lo stesso grado d'invalidità, 80% per qualsiasi categoria di lavoro. Nel rapporto del 5 settembre 2011, il medico dell'UAIE conferma un'incapacità di lavoro del 40% (doc. 69) in qualsiasi ambito. Con comunicazione del 12 settembre 2011, l'UAIE conferma il diritto alla mezza rendita AI (doc. 70).

C.

Con uno scritto datato 13 gennaio 2012 per l'UAIE (denominato "ricorso per reiezione revisione rendita d'invalidità per aggravamento"), tramite l'INPS di Catanzaro e ricevuto dall'UAIE solamente il 23 maggio 2012, A._____ ha inviato ulteriore documentazione medica, segnatamente: un referto del medico di fiducia del Patronato EPACA a firma illeggibile e contenuto pure scarsamente leggibile (doc. 72/3), un breve referto d'esame ortopedico del 1° giugno 2011 per dolori alle spalle (doc. 74), un attestato di sedute fisiokinesoterapiche del 16 giugno 2011 (doc. 75) e un referto ecografico delle spalle del 26 maggio 2011 (doc. 77).

Con scritto del 25 giugno 2012, l'UAIE ha comunicato all'interessato che non era più possibile formulare ricorso contro la comunicazione del 12 settembre 2011, ma era possibile presentare sia una richiesta di decisione scritta in tal senso soggetta a ricorso, sia una nuova domanda di revisione (doc. 81). L'interpellato (Patronato EPACA di Soverato) non ha risposto.

D.

D.a Il 14 febbraio 2013, A._____ tramite l'INPS ha presentato un'ulteriore domanda di revisione (doc. 84) denominata "domanda di pensione d'invalidità". Con scritto del 2 maggio 2013, l'UAIE ha spiegato all'INPS che detta domanda non poteva essere accettata, in quanto l'interessato era già al beneficio di una prestazione AI (doc. 85).

Ad atti è pervenuto un nuovo E 213 datato 4 aprile 2013 dal quale risulta la stessa diagnosi e valutazione d'invalidità del precedente E 213 del 3 settembre 2007 (doc. 86 e doc. 20).

Con scritto del 27 maggio 2013 (doc. 89), l'UAIE ha spiegato al Patronato EPACA che se l'assicurato desiderava provare un aggravamento era pregato di presentare una richiesta scritta in tale senso. Così è stato fatto con scritto del 25 maggio 2013 del Patronato EPACA (doc. 90), ricevuto il 31 maggio 2013, il quale chiede di inglobare i documenti già inviati dall'INPS e dall'interessato a sostegno della domanda di revisione.

Non è stata esibita ulteriore documentazione.

Il medico dell'UAIE, Dott. B. _____, generalista, nella nota del 4 luglio 2013, ha affermato che lo stato di salute dell'assicurato è immutato (doc. 92).

D.b Con progetto di decisione dell'11 luglio 2013, l'UAIE ha comunicato all'interessato che la nuova domanda di revisione non sarebbe stata esaminata in quanto non risultava una modifica rilevante del grado d'invalidità (doc. 93).

In risposta il 6 agosto 2013 (doc. 103), il Patronato EPACA ha spedito sia documentazione non recente, che altri documenti più attuali, fra questi un referto radiologico delle spalle del 29 maggio 2013 (doc. 101), un RMN del tratto lombosacrale del 19 giugno 2013 (doc. 100), un breve rapporto d'esame ortopedico del 29 luglio 2013 (doc. 99), un breve rapporto d'esame dermatologico del 25 luglio 2013, un certificato medico del 26 luglio 2013 a firma del Dott. C. _____ (con versione dattiloscritta), sanitario del Patronato EPACA, nel quale si ricorda la complessa patologia ortopedica e la presenza di una grave artropatia psoriasica (doc. 97).

Il Dott. B. _____, chiamato nuovamente a pronunciarsi in merito alla pratica in corso, nel rapporto del 23 agosto 2013 (doc. 105), ha ritenuto poco incisiva la documentazione medica esibita quale prova eventuale di un preteso peggioramento della situazione valetudinaria dell'assicurato.

Mediante decisione del 20 settembre 2013, l'UAIE ha ribadito di non entrare nel merito della domanda di revisione presentata il 25 maggio 2013 – recte: 31 maggio 2012- (doc. 106).

E.

Con il ricorso depositato il 19 ottobre 2013, A. _____, ha impugnato il suddetto provvedimento amministrativo e, di conseguenza, ha chiesto che gli sia riconosciuto un grado d'invalidità dell'80%, come peraltro ammesso dall'apposita Commissione per gli invalidi civili di Catanzaro. Allega detto

verbale del 7 maggio 2007, oltre a documentazione già esibita con la domanda di revisione.

F.

Ricevuta l'impugnativa, l'Ufficio AI ha sottoposto gli atti al Dott. B. _____, il quale (rapporto del 16 gennaio 2014, doc. 108), si è riconfermato nelle sue precedenti conclusioni.

Nella sua risposta di causa del 25 febbraio 2014, l'UAIE propone pertanto la reiezione dell'impugnativa (doc. TAF 5).

G.

Dopo aver preso atto della risposta dell'amministrazione e di altra documentazione di rilievo, A. _____, con replica ricevuta il 14 aprile 2014 (doc. TAF 8), afferma che il suo stato di salute si sarebbe aggravato come lo dimostrerebbero il riconoscimento dell'invalidità civile ed i vari documenti esibiti. Produce documentazione già spedita in sede d'istruttoria.

Ricevuta la replica, l'UAIE ha risottoposto gli atti al Dott. B. _____, il quale (rapporto del 21 giugno 2014, doc. TAF 12) ha commentato di nuovo documenti già da lui esaminati in occasione del suo rapporto del 16 gennaio 2014 (doc. 108), ritenendoli ininfluenti per attestare un peggioramento della situazione valetudinaria.

H.

Duplicando, in data 16 luglio 2014 l'UAIE ha riproposto la reiezione del ricorso (doc. TAF 8).

La duplice, con copia del parere del medico dell'UAIE, è stata sottoposta al ricorrente, il quale ha risposto il 20 agosto 2014 (doc. TAF 14) ribadendo la sua posizione.

Diritto:

1.

1.1 Il Tribunale amministrativo federale esamina d'ufficio e con piena cognizione la sua competenza (art. 31 e segg. LTAF), rispettivamente l'ammissibilità dei gravami che gli vengono sottoposti (DTF 133 I 185 consid. 2 e relativi riferimenti).

1.2 Riservate le eccezioni – non realizzate nel caso di specie – di cui all'art. 32 LTAF, questo Tribunale giudica, in virtù dell'art. 31 LTAF in combinazione con l'art. 33 lett. d LTAF e l'art. 69 cpv. 1 lett. b LAI (RS 831.20), i ricorsi contro le decisioni, ai sensi dell'art. 5 PA, rese dall'Ufficio AI per le persone residenti all'estero.

1.3 In virtù dell'art. 3 lett. d^{bis} PA, la procedura in materia di assicurazioni sociali non è disciplinata dalla PA nella misura in cui è applicabile la LPGGA (RS 830.1). 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), sempre che la LAI non deroghi alla LPGGA.

1.4 Presentato da una parte direttamente toccata dalla decisione e avente un interesse degno di protezione al suo annullamento o alla sua modifica (art. 59 LPGGA), il ricorso – interposto tempestivamente e rispettoso dei requisiti previsti dalla legge (art. 60 LPGGA nonché art. 52 PA) – è pertanto ammissibile.

2.

Oggetto del contendere è unicamente la questione di sapere se a ragione o meno l'amministrazione, con decisione del 20 settembre 2013, non è entrata nel merito della domanda di revisione della rendita presentata dall'assicurato in data 25 maggio 2013, pervenuta all'UAIE il 31 maggio 2013 (consid. D.a).

3.

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

3.2 L'allegato II è stato modificato con effetto dal 1° aprile 2012 (Decisione 1/2012 del Comitato misto del 31 marzo 2012; RU 2012 2345). Nella sua nuova versione esso prevede 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).

3.3 Gli atti giuridici riportati nella sezione A dell'allegato II sono, in particolare, il regolamento (CE) n. 883/2004 del Parlamento europeo e del Consiglio del 29 aprile 2004 (RS 0.831.109.268.1) relativo al coordinamento dei

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

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

4.

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

4.2 In concreto la domanda di revisione è stata presentata il 25/31 maggio 2013 (art. 88bis cpv. 1 lett. a OAI, doc. 90). Al caso in esame si applicano pertanto le disposizioni della 6a revisione della LAI (primo pacchetto), entrate in vigore il 1° gennaio 2012 e le disposizioni della LPGA vigenti a tale data.

5.

5.1 Il potere cognitivo di questo Tribunale è delimitato dalla data della decisione impugnata, in quanto il giudice delle assicurazioni sociali esamina il provvedimento sulla base della situazione di fatto esistente al momento in cui essa è stata resa, in concreto il 20 settembre 2013 (DTF 136 V 24 consid. 4.3). Tiene tuttavia conto dei fatti verificatisi dopo tale data quando

essi possano imporsi quali elementi d'accertamento retrospettivo della situazione anteriore alla decisione stessa (DTF 129 V 1 consid. 1.2 e 121 V 362 consid. 1b), in altri termini se gli stessi sono strettamente connessi all'oggetto litigioso e se sono suscettibili di influire sull'apprezzamento del giudice al momento in cui detta decisione litigiosa è stata resa (cfr. sentenza del TF 8C_278/2011 del 26 luglio 2011 consid. 5.5 nonché 9C_116/2010 del 20 aprile 2010 consid. 3.2.2; DTF 118 V 200 consid. 3a in fine).

5.2 Il ricorrente, come già menzionato, ha presentato la domanda di revisione il 31 maggio 2013 (doc. 90). Il periodo di cognizione giudiziaria del Tribunale amministrativo federale si estende fino al 20 settembre 2013, data dalla decisione impugnata (si confronti pure DTF 130 V 64 per quanto attiene alle decisioni di non entrata nel merito di una nuova domanda di rendita).

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 ad infermità congenita, malattia o infortunio (art. 8 LPGA e 4 cpv. 1 LAI). Secondo l'art. 7 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 ed alle misure d'integrazione ragionevolmente esigibili. In caso d'incapacità al lavoro di lunga durata, possono essere prese in considerazione anche le mansioni esigibili in un'altra professione o campo d'attività (art. 6 LPGA).

6.2 Giusta l'art. 28 cpv. 2 LAI, 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%.

6.3 L'art. 28 cpv. 1 LAI prevede che l'assicurato ha diritto a una rendita se la sua capacità al guadagno o la sua capacità di svolgere le mansioni consuete non può essere ristabilita, mantenuta o migliorata mediante provvedimenti d'integrazione ragionevolmente esigibili (lettera a), ha avuto un'incapacità al lavoro (art. 6 LPGA) almeno del 40% in media durante un anno senza notevole interruzione (lettera b) e al termine di questo anno è invalido (art. 8 LPGA) almeno al 40% (lettera c).

6.4 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 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 LPGA, applicabile per il rinvio dell'art. 28 cpv. 2 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).

6.5 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.

7.

7.1 Secondo l'art. 17 LPGA, se il grado d'invalidità del beneficiario della rendita subisce una notevole modificazione, per il futuro la rendita è aumentata o ridotta proporzionalmente o soppressa, d'ufficio o su richiesta. Il cpv. 2 della stessa norma prevede che ogni altra prestazione durevole accordata in virtù di una disposizione formalmente passata in giudicato è, d'ufficio o su richiesta, aumentata, diminuita o soppressa se le condizioni che l'hanno giustificata hanno subito una notevole modificazione.

7.2 Secondo la giurisprudenza del Tribunale federale, costituisce motivo di revisione della rendita d'invalidità ogni modifica rilevante delle circostanze di fatto suscettibile d'influire sul grado di invalidità e, quindi, sul diritto alla rendita. Per conseguenza, la rendita può essere soggetta a revisione non soltanto in caso di modifica significativa dello stato di salute, ma anche quando detto stato è rimasto invariato, ma le sue conseguenze sulla capacità di guadagno hanno subito un cambiamento significativo (sentenza del Tribunale federale I 870/05 del 2 maggio 2007; DTF 130 V 343 consid. 3.5). Peraltro, per procedere alla revisione di una rendita d'invalidità occorre che il grado d'invalidità abbia subito una notevole modifica (art. 17 cpv. 1 LPGA). A differenza di quanto prescritto dall'art. 17 cpv. 2 LPGA per le altre prestazioni durevoli, l'art. 17 cpv. 1 LPGA non esige in relazione alla revisione di una rendita d'invalidità una modifica notevole dello stato di fatto, ma (solo) una modifica notevole del grado d'invalidità. Questa modifica può risiedere sia in un cambiamento dello stato di salute sia in una modifica

della componente lucrativa (DTF 133 V 545 consid. 6.1-6.3). Anche una modifica di poco conto nello stato di fatto determinante può così dare luogo a una revisione di una rendita dell'assicurazione per l'invalidità se tale modifica determina un superamento (per eccesso o per difetto) di un valore limite (DTF 133 V 545 consid. 6.3). In tale evenienza i parametri di calcolo dell'invalidità, compresi gli aspetti parziali del diritto alla rendita (quali sono segnatamente la determinazione del reddito con e senza invalidità), possono essere ridefiniti facendo capo alle regole applicabili al momento del nuovo esame (cfr. sentenza del Tribunale federale 9C_696/2007 consid. 5.1 e relativi riferimenti). Irrilevante è invece, una diversa valutazione di una fattispecie restata sostanzialmente immutata (DTF 112 V 371 consid. 2b).

7.3 Giusta l'art. 87 cpv. 2 OAI, se è fatta domanda di revisione, nella domanda si deve dimostrare che il grado di invalidità o di grande invalidità o il volume dell'assistenza dovuta all'invalidità è modificato in misura rilevante per il diritto alle prestazioni.

7.3.1 Il grado di prova richiesto dall'art. 87 cpv. 2 OAI (nel tenore in vigore dal 1 gennaio 2012, RU 2011 5679) 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 Tribunale federale 9C_708/2007 dell'11 settembre 2008 consid. 2.2 e relativi riferimenti).

7.3.2 La condizione di verosimiglianza 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).

7.4 L'art. 88a cpv. 2 OAI (nel tenore in vigore dal 1° gennaio 2012, RU 2011 5679) prevede che se la capacità al guadagno o la capacità di svolgere le mansioni consuete peggiora, se la grande invalidità si aggrava o 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'art. 29 bis è applicabile per analogia.

L'aumento della rendita, dell'assegno per grandi invalidi o del contributo per assistenza avviene al più presto se l'assicurato ha chiesto la revisione a partire dal mese in cui la domanda è stata inoltrata (art. 88^{bis} cpv. 1 lett. a OAI, nel tenore in vigore dal 1° gennaio 2012, RU 2011 5679).

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 (sentenza del Tribunale federale I 759/06 del 5 settembre 2007; DTF 133 V 108).

8.2 Nel caso in esame il periodo di riferimento è quello intercorrente tra il 10 febbraio 2004, data della decisione dell'UAI del Cantone di Zurigo mediante la quale è stato riconosciuto in favore dell'assicurato una rendita intera d'invalidità (consid. A.b) ed il 20 settembre 2013, data della decisione impugnata. Come punto di riferimento non possono per contro essere ritenute, né la prima procedura di revisione del 2007, né quella del 6 ottobre 2008, né infine quella dell'aprile 2011, in quanto le rispettive istruttorie hanno avuto un carattere piuttosto sommario.

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 dal paziente, 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.

10.1 Contrariamente a quanto ritenuto dall'autorità inferiore, nel caso concreto, per i motivi di cui si dirà in l'insorgente ha reso plausibile la sopravvenienza di circostanze, segnatamente un aggravamento dello stato di salute, suscettibili di originare l'entrata nel merito della domanda di revisione del 31 maggio 2013.

Questo Tribunale rileva che 10 febbraio 2004 (consid. A.b), momento in cui è stato riconosciuto il diritto alla mezza rendita AI, l'autorità amministrativa AI del Cantone di Zurigo aveva fondato le sue conclusioni sul rapporto dello ZMB di Basilea, rassegnato il 16 settembre 2003, che poneva la diagnosi di "Chronisches Lumbovertebralsyndrom mit intermittierend lumboradikulärem Reizsyndrom links, ohne radikuläre Ausfälle bei Discopathie L4/L5 und L5/S1 sowie Osteochondrose L4/5 und L5/S1; Chronisches cervico-

radikuläres Reizsyndrom C6 links mit Sensibilitätsstörungen im Dermatom C6 und Discopathie C5/C6; Coronare Dreiasterkrankung, Status nach anterolateralem Myocardinfarkt 10/2012, Status nach rt-PA-Lyse, Status nach PCI einer relevantem proximalen RIVA-Stenose, inklusive Stent-Einlage 10/2002, Coronarographische Störung, leichte depressive Episode, Kontaktallergie auf Ethylendiamidihydrochlorid, seborrhoische Ekzem, Verdacht auf Atopie".

10.2 Dalla documentazione medica relativa alla procedura di revisione che attualmente ci occupa emerge in particolare che l'insorgente soffre segnatamente di ulteriori patologie emerse nel corso di questi ultimi anni. In particolare si segnalano:

- a livello lombare un'ernia del disco paramediana destra migrata verso il basso con protrusione di ampio raggio del disco intersomatico di L5-S1 prevalente dal lato sinistro da mettere in relazione a lassità dell'anello fibroso (cfr. referto RM spinale del 26 novembre 2006, doc. 18). Questa situazione è confermata nell'E 213 del 14 giugno 2011 (doc. 66, pag. 2 e 12) e nel rapporto medico dell'UAIE redatto dal Dott. D. _____ il 5 settembre 2011 (doc. 69 pag. 2 e 6). La presenza di ernia a livello lombare L5/S1 viene ribadita dalla RM del 19 giugno 2013 (cfr. doc. TAF 1 allegati),

- una psoriasi artritica presente perlomeno dal 2007 o, in altre occasioni, definita artropatia psorisiaca menzionata nell'E 213 del 14 luglio 2011, (doc. 66) e definita grave nel referto medico del 26 luglio 2013 (doc. 97). Il problema dermato-reumatologico viene confermato in sede ricorsuale dal referto del Dott. E. _____, dermatologo, del 25 luglio 2013, ove si precisa che l'affezione psoriasica/artropatica (COD. 696.0) è diffusa sia alle grandi che alle piccole articolazioni e resiste alle comuni terapie. Inoltre, sembra che questa nuova affezione (verosimilmente solo incipiente e non invalidante nel 2003, cfr. supra: diagnosi) sia il motivo di ricovero del gennaio/febbraio 2007 di cui alla documentazione (cartella clinica) scarsamente leggibile prodotta con il ricorso,

- soprattutto una periartrite scapolo-omerale sinistra rilevata nel giugno 2011, ma poi ribadita nell'E213 del 14 luglio 2011 (doc. 66), nel certificato medico del 26 luglio 2013 (doc. 97), nell'ecografia alle spalle del 26 maggio 2011 (doc. 77), che segnala sulla spalla destra una sublussazione del tendine con associata tenosinovite, nonché a sinistra una modesta tenosinovite dello stesso tendine e radiografie delle spalle del 29 maggio 2013 (doc. 101), che confermano la periartrite a livello bilaterale più accentuata a destra, confermata infine nel referto del 29 luglio 2013 (doc. 99),

- una gonoartrosinovite cronica psoriasica (doc. 99).

10.3 Da quanto precede risulta che le conclusioni del Dott. B. _____ di cui ai rapporti del 4 luglio 2013 (doc. 92), 23 agosto 2013 (doc. 105) e 16 gennaio 2014 (doc. 108), secondo cui lo stato di salute sarebbe rimasto invariato, non sono condivisibili, in quanto contrarie agli atti di causa.

I numerosi elementi sostanzialmente nuovi sopra elencati infatti avrebbero dovuto indurre il medico dell'UAIE ad approfondire le proprie indagini tramite l'esecuzione di nuovi esami nei campi specialistici – reumatologico, ortopedico, neurologico e dermatologico - di cui alle patologie menzionate. In simili condizioni egli non poteva non rendersi conto che la nuova richiesta di prestazioni, alla luce delle documentazione esibita dopo il 2004, giustificava un approfondimento della situazione sanitaria e, di riflesso valetudinaria di A. _____, al fine di statuire la rilevanza sulla capacità lavorativa e sul grado di invalidità.

10.4 In virtù di quanto sopra esposto si deve concludere che il ricorrente ha reso plausibile che è subentrata, rispetto al 2004, una modifica del suo stato di salute suscettibile di giustificare l'entrata nel merito della sua domanda di revisione del 25/31 maggio 2013. La decisione impugnata, che viola il diritto federale, in quanto in contrasto con gli atti dell'incarto, va pertanto annullata (art. 49 PA).

11.

11.1 Quando il Tribunale amministrativo federale annulla una decisione, si può sostituire all'autorità inferiore e giudicare direttamente nel merito o rinviare la causa, con istruzioni vincolanti, all'autorità inferiore per un nuovo giudizio (cfr. sentenza del Tribunale amministrativo federale C-6221/2011 dell'8 febbraio 2013 consid. 10.1). In particolare, esso si sostituirà all'autorità inferiore se gli atti sono completi e comunque sufficienti a statuire sull'applicazione del diritto federale (v. sentenza del Tribunale federale 9C_162/2007 del 3 aprile 2008 consid. 2.3 e relativi riferimenti; DTF 126 II 43 e DTF 125 II 326). Tale non è il caso nella presente fattispecie per i motivi precedentemente indicati.

11.2 In concreto gli atti di causa vanno rinviati all'autorità inferiore affinché entri nel merito della domanda di revisione e completi i fatti giuridicamente rilevanti con riferimento allo stato di salute del ricorrente e alle conseguenze sulla capacità lavorativa – segnatamente tramite un esame sullo

stato di salute generale (rapporto medico su modulo E 213), tramite l'esperimento di una pluridisciplinare che esamini l'assicurato da un punto di ortopedico-neurologica, dermatologico-reumatologico e eventualmente cardiologico, nonché tramite ogni ulteriore esame che l'evoluzione nel tempo dello stato di salute dell'insorgente dovesse rendere necessario (cfr., sulla possibilità di un rinvio all'autorità inferiore evidentemente data nel caso concreto, DTF 137 V 210 4.4.1.4, 139 V 99 consid. 1.1).

11.3 Occorre infine rilevare che, nell'ambito dell'accertamento ancora da esperire dall'autorità inferiore, a seguito del rinvio degli atti di causa, non sussiste l'eventualità di una nuova decisione a detrimento dell'insorgente (cfr., sulla questione, DTF 134 V 314 consid. 3.2.4). In altri termini, nell'ambito della nuova procedura dinanzi all'UAIE la mezza rendita AI, attribuita con decisione dell'UAI del Canton Zurigo il 5 novembre 2003, e riconducibile alle problematiche di natura reumatologica e ortopedica è già definitivamente acquisita e non contestata perlomeno fino alla data della decisione qui impugnata del 20 settembre 2013 (limite di cognizione temporale nel caso di specie). In tale contesto, resta pertanto aperta solo la questione di sapere se il peggioramento delle affezioni di natura ortopedico-neurologica e dermatologico-reumatologica, resi plausibili dal ricorrente, possano comportare o meno un aumento del grado d'invalidità. Una soppressione totale della rendita non è infatti ipotizzabile, dal momento che le sole affezioni di natura reumatologica, ortopedica e neurologica, già compiutamente accertate, comportano sicuramente la concessione di perlomeno della mezza rendita, circostanza mai messa in discussione, neppure dall'autorità inferiore.

12.

12.1 Visto l'esito della causa, non sono prelevate delle spese processuali (art. 63 PA).

12.2 Non si riconoscono indennità per spese ripetibili, il ricorrente non essendo peraltro rappresentato da patrocinatore legale (art. 64 cpv. 1 PA e art. 7 - 9 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, la decisione impugnata è annullata e gli atti di causa sono rinviati all'autorità inferiore affinché entri nel merito della domanda di revisione depositata il 31 maggio 2013, assuma le prove necessarie ai sensi dei considerandi e si pronunci sul grado di invalidità di A._____.

2.

Non si prelevano spese processuali.

3.

Non si riconoscono indennità per spese ripetibili.

4.

Comunicazione a:

- ricorrente (Raccomandata con avviso di ricevimento)
- autorità inferiore (n. di rif. ; Raccomandata)
- Ufficio federale delle assicurazioni sociali (Raccomandata)

La presidente del collegio:

Il cancelliere:

Michela Bürki Moreni

Dario Croci Torti

Rimedi giuridici:

Contro la presente decisione può essere interposto ricorso in materia di diritto pubblico al Tribunale federale, Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerna, entro un termine di 30 giorni dalla sua notificazione (art. 82 e segg., 90 e segg. e 100 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: