



Corte III
C-988/2011

Sentenza del 10 maggio 2012

Composizione

Giudici Elena Avenati-Carpani (presidente del collegio),
Daniel Stufetti, Stefan Mesmer,
cancelliere Dario Quirici.

Parti

A. _____,
rappresentato dal Patronato INCA, Ufficio legale,
casella postale 287, 4005 Basilea,
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 invalidità, decisione del 14 gennaio 2011.

Fatti:**A.**

A._____, cittadino italiano nato il ..., celibe, ha lavorato in Svizzera, con permesso per frontalieri, come manovale dal 1984 al 1997, versando i relativi contributi obbligatori all'assicurazione per la vecchiaia, i superstiti e l'invalidità (AVS/AI). Il 5 gennaio 1999, per il tramite dell'Istituto nazionale italiano della previdenza sociale (INPS), l'assicurato ha formulato all'Ufficio dell'assicurazione invalidità del Cantone dei Grigioni (SVA) una domanda di rendita d'invalidità svizzera, la cui istruzione ha rivelato, in particolare, la diagnosi generale di malattia cardiaca, trattata con intervento di rivascolarizzazione miocardica mediante triplice by-pass aorto-coronarico, nonché di pregresso episodio di scompenso cardiaco in iniziale cardiomiopatia dilatativa, d'ipertensione arteriosa, di dislipidemia e di note ansioso-depressive reattive. Dopo aver determinato per il 1999 un salario da valido di Fr. 38'308.- ed un salario da invalido, in attività confacenti leggere, di Fr. 18'375.-, la SVA ha formulato un decreto provvisorio, il 22 maggio 2000, prevedente il diritto ad una mezza rendita d'invalidità, sulla base di una perdita di guadagno del 52.03%, dal 1° agosto 1998. L'Ufficio dell'assicurazione per l'invalidità per gli assicurati residenti all'estero (UAIE), competente a decidere visto il domicilio in Italia dell'assicurato, ha quindi emanato la corrispondente decisione il 27 ottobre 2000, la quale è cresciuta in giudicato senza essere stata impugnata. Una prima revisione del diritto alla rendita, iniziata l'8 novembre 2001, si è conclusa con una comunicazione della SVA, del 22 aprile 2002, confermando il diritto dell'assicurato alla mezza rendita (incarto Dossierdeckblatt Original-Akten).

B.

La SVA ha dato avvio alla seconda revisione del diritto alla rendita il 21 luglio 2005, la quale si è terminata con la conferma, mediante comunicazione del 26 settembre 2005, del diritto dell'assicurato alla mezza rendita (doc. 3 a 8).

Il 31 agosto 2009, per il tramite dell'INPS, l'assicurato ha presentato una domanda di revisione del diritto alla rendita (doc. 12), con allegati, tra gli altri, i seguenti documenti:

- un referto coronarografico del 5 marzo 2009 (doc. 19/4), facente stato di una malattia critica del tronco comune,

- un referto d'angioplastica coronarica del 5 marzo 2009 (doc. 19/7), attestante una rivascularizzazione completa e un buon successo angiografico,
- un referto d'esame ecocardiografico del 13 maggio 2009 (doc. 19/8), riportante, in particolare, il carattere dilatato ed ipocinetico del ventricolo sinistro, una frazione d'eiezione (FE) del 33% ed un minimo rigurgito mitralico,
- un referto radiografico del 5 settembre 2009 (doc. 19/18), riferente segni di congestione del piccolo circolo, in particolare ai campi medi inferiori con evidenza di componente fluida pleurica sottopolmonare bilateralmente,
- una perizia medica particolareggiata E 213 della dott.ssa B._____, medico dell'INPS, del 10 settembre 2009 (doc. 20), diagnosticante, nel quadro di uno stato di astenia da alcol in etilismo cronico e di eccedenza ponderale, una cardiomiopatia dilatativa post-ischemica severa in pregresso infarto miocardico e successivo intervento di triplice by-pass nel 1998, un riscontro, nel marzo 2009, di una malattia critica del tronco comune e dei tre vasi coronarici con successiva angioplastica coronarica transuminale percutanea (PTCA/Percutaneous Transluminal Coronary Angioplasty) e posa di stent, nonché una tachicardia da FA sottoposta a cardioversione elettrica ed un successivo impianto di un defibrillatore. Nella perizia è pure precisato che l'assicurato non è in grado di svolgere alcuna attività, il tasso d'invalidità essendo valutato, secondo le norme del diritto italiano, al 90%,
- un rapporto di dimissione dall'Ospedale di ..., riguardante un soggiorno protrattosi dal 20 al 30 gennaio 2009, con i relativi esami (doc. 21/1 a 9), in cui è posta la diagnosi di steatoepatite su base dismetabolica, di cardiopatia ischemica in evoluzione dilatativa, d'insufficienza renale acuta (IRA) lieve, di dislipidemia severa e di disassuefazione da alcol. Tra gli esami menzionati figura un referto radiografico del 21 gennaio 2009, facente stato di esiti da stereotomia mediana pregressa per intervento cardiocirurgico di rivascularizzazione del miocardio e di minima accentuazione del disegno polmonare in sede parailare inferiore bilateralmente,
- due lettere di dimissione concernenti due ricoveri presso l'Ospedale di ..., il primo protrattosi dal 4 al 9 marzo, il secondo dal 3 al 21 maggio 2009 (doc. 21/12 a 17), nelle quali è riferito, tra l'altro, che si è proceduto ad una PTCA per stenosi serrata con triforcazione, e che l'assicurato sof-

fre di dispnea e cardiopalmo, d'ipertensione arteriosa, di dislipidemia, sovrappeso e potus,

- un certificato medico del 21 ottobre 2009 (doc. 24), nel quale è formulata la diagnosi di grave cardiomiopatia dilatativa ischemica.

C.

Sulla base della documentazione medica ottenuta dall'INPS, la SVA ha deciso di procedere, il 7 gennaio 2010 (doc. 27), all'esecuzione di una perizia pluridisciplinare presso il Servizio d'accertamento medico (SAM) di Bellinzona.

La perizia del SAM è stata redatta dalla dott.ssa C._____e dal dott. D._____ il 22 giugno 2010 (doc. 37/2 a 17), sulla base di un rapporto cardiologico del dott. E._____, del 15 aprile 2010 (doc. 37/18 a 23), e di un rapporto psichiatrico del dott. F._____, del 19 maggio 2010, (doc. 37/24 a 29), dopo l'esecuzione di accertamenti ambulatoriali avvenuti il 1° e il 31 marzo 2010.

Nella perizia è posta la diagnosi, con influenza sulla capacità lavorativa, di cardiopatia ad involuzione dilatativa di origine ischemica e probabilmente etilossica con insufficienza cardiaca di stadio C secondo ACC/AHA (American College of Cardiology/American Heart Association), stadio funzionale NYHA II-III (New York Heart Association), esiti da triplice by-pass aorto-coronarico nel 1998 e da PTCA e stenting del tronco comune e ramo intermedio nel 2009, progressi episodi di scompenso su fibrillazione atriale tachicardica, esito da impianto di un cardiodefibrillatore impiantabile (ICD) in previsione priF._____a nel 2009, d'ipertensione arteriosa, d'adiposità, di dislipidemia familiare e di progressivo abuso nicotino, come pure la diagnosi, senza influenza sulla capacità lavorativa, di dipendenza etilica, di personalità semplice con tratti evitanti-dipendenti e di sovrappeso con BMI (Body Mass Index) pari a 32 kg/m².

Nella perizia è valutata una capacità lavorativa nulla per l'attività di manovale ed intera per occupazioni implicanti sforzi fisici leggeri, senza prestazioni energetiche superiori a 50 watt, prevalentemente sedentarie, quali lavori d'ufficio o di piccolo magazzinaggio, svolte in ambienti temperati, dove non sono richiesti continui spostamenti su scale, nonché, per quanto concerne il defibrillatore, a distanza da campi elettromagnetici e da macchinari, ed evitando situazioni pericolose in caso di un eventuale impiego del defibrillatore con perdita di conoscenza, così come l'utilizzo di dispositivi vibratili che potrebbero indurre scariche elettriche. Nella perizia

è inoltre specificato che, a causa del peggioramento della situazione clinica dal punto di vista cardiologico, vi sono maggiori restrizioni che in precedenza rispetto alle limitazioni in attività confacenti, e ciò dalla degenza presso l'Ospedale di ... nel gennaio 2009, durante la quale è stata riscontrata la grave cardiomiopatia dilatativa ischemica con indicazione della necessità di eseguire una nuova coronarografia, effettuata nel marzo 2009, e che perciò deve essere riconosciuta un'incapacità lavorativa totale durante la detta degenza e durante il susseguente periodo di cura presso l'Ospedale di ..., protrattosi dal 15 gennaio al 26 febbraio 2010 (rapporto non agli atti, richiesto dal SAM, v. perizia, pag. 4).

D.

La SVA ha sottoposto l'incarto per valutazione al proprio servizio medico, nella persona del dott. G. _____, il quale, mediante presa di posizione del 14 luglio 2010 (doc. 58/7), ha affermato che lo stato di salute dell'assicurato, alla luce della perizia pluridisciplinare del SAM, non è mutato rispetto al 2000, ribadendo una piena incapacità lavorativa per l'attività di manovale ed una capacità lavorativa completa in attività confacenti.

La SVA ha quindi messo a punto un decreto provvisorio, il 2 settembre 2010 (doc. 40), all'attenzione dell'UAIE, nel quale ha constatato che non sono subentrati cambiamenti dello stato di salute dell'assicurato con ripercussione sul grado d'invalidità e che perciò non sussistono motivi di revisione della mezza rendita da lui percepita. La SVA ha nel contempo comunicato un preavviso all'assicurato, con un termine di trenta giorni per permettergli di verificare il contenuto della prevista decisione e, se del caso, di opporvisi (doc. 41).

Rappresentato dal Patronato INCA, l'assicurato ha chiesto in un primo tempo di poter prendere visione degli atti, quindi ha manifestato il suo disaccordo con il decreto provvisorio il 14 ottobre 2010, facendo valere che il suo stato di salute si è notevolmente degradato e che la sua capacità lavorativa, anche in attività leggerissime, non sarebbe superiore al 50% (doc. 42 a 52).

Dopo che la SVA ha constatato, il 16 novembre 2010 (doc. 58/9), che l'assicurato non ha sostanziato con nuovi documenti medici pertinenti la propria opposizione al decreto provvisorio del 2 settembre 2010, l'UAIE ha emesso una decisione il 14 gennaio 2011 (doc. 57), mediante la quale ha respinto la richiesta di aumento della rendita d'invalidità.

E.

Contro questa decisione, rappresentato dal Patronato INCA, l'assicurato ha inoltrato ricorso al Tribunale amministrativo federale il 9 febbraio 2011, chiedendo che gli sia accordata una rendita intera d'invalidità a decorrere da marzo 2009, ed ha esibito un referto radiologico del 26 agosto 2010, relativo al torace, alle mani, ai polsi e ai piedi, rivelante, tra l'altro, alterazioni artrosiche radio-carpali e intercarpali ed una rizartriosi, nonché un rapporto di dimissione dell'Ospedale di ..., relativo ad un soggiorno protrattosi dal 26 agosto al 3 settembre 2010, facente stato, in particolare, di una poliartrite cronica sieronegativa, di un'iperuricemia e di un'insufficienza renale cronica, come pure di un peggioramento del quadro articolare con impotenza funzionale e tumefazione di entrambi i polsi.

La SVA ha presentato le proprie osservazioni al ricorso il 18 marzo 2011, di cui ha chiesto, dopo avere passato in rivista la documentazione medica pertinente, in particolare la perizia pluridisciplinare del SAM, il rigetto con la conseguente conferma della decisione impugnata. L'UAIE ha quindi risposto al ricorso il 24 marzo 2011, riferendosi alla presa di posizione della SVA, postulando che sia respinto e che la decisione avversata sia confermata.

Il ricorrente ha replicato brevemente il 6 maggio 2011, ribadendo le proprie conclusioni.

F.

Mediante decisione incidentale del 10 maggio 2011, questo Tribunale ha invitato il ricorrente a versare un anticipo equivalente alle presunte spese processuali di Fr. 400.-. Il relativo pagamento è stato effettuato il 24 maggio 2011.

Con scritto del 24 febbraio 2010, il ricorrente ha prodotto nuova documentazione medica, ossia un rapporto di dimissione dell'Ospedale di ..., con i relativi esami, da un soggiorno protrattosi dal 12 ottobre all'8 novembre 2011, in cui è riferita la diagnosi d'insufficienza renale acuta da disidratazione in paziente affetto da neoplasia linguale in trattamento radioterapico, di potus attivo, di cardiopatia ischemica e di epatopatia esotossina, nonché un rapporto di dimissione dell'Ospedale di ..., con i relativi esami, da un ricovero prolungatosi dall'8 al 29 novembre 2011, diagnosticante dei dolori ed una disfagia in esiti da trattamento radioterapico per carcinoma della lingua operato in paziente affetto da cardiopatia ischemica.

Diritto:**1.**

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

In concreto, la decisione impugnata è stata emessa dall'UAIE conformemente all'art. 40 cpv. 2 dell'ordinanza sull'assicurazione per l'invalidità del 17 gennaio 1961 (OAI, RS 831.201), relativo alla notificazione delle decisioni ai frontalieri. Di conseguenza, questo Tribunale è competente a giudicare il presente ricorso.

1.2. Secondo l'art. 3 lett. d^{bis} PA, la procedura in materia di assicurazioni sociali non è disciplinata dalla PA, nella misura in cui è applicabile la legge federale del 6 ottobre 2000 sulla parte generale del diritto delle assicurazioni sociali (LPGA, RS 830.1). 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^{bis} e 28-70), sempreché la LAI non deroghi alla LPGA.

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

1.4. In concreto, il ricorso è ammissibile nella misura in cui è stato presentato tempestivamente e nel rispetto dei requisiti previsti dalla legge

(art. 59 e 60 LPGA, nonché l'art. 52 cpv. 1 PA), e visto che l'anticipo relativo alle spese processuali è stato versato nel termine impartito.

2.

2.1. Il 1° giugno 2002 sono entrati in vigore l'Accordo tra la Confederazione svizzera, da una parte, e la Comunità europea ed i suoi Stati membri, dall'altra, sulla libera circolazione delle persone del 21 giugno 1999 (ALC, RS 0.142.112.681) ed il correlato Allegato II che regola il coordinamento dei sistemi di sicurezza sociale nonché il Regolamento (CEE) n° 1408/71 del Consiglio del 14 giugno 1971 relativo all'applicazione dei regimi di sicurezza sociale ai lavoratori subordinati, ai lavoratori autonomi e ai loro familiari che si spostano all'interno della Comunità (RS 0.831.109.268.1) come pure il corrispondente Regolamento di applicazione (Regolamento CEE n° 574/72 del Consiglio del 21 marzo 1972 relativo all'applicazione del Regolamento n° 1408/71, RS 0.831.109.268.11). Si tratta di una normativa che si applica a tutte le rendite il cui diritto sorge a far data dal 1° giugno 2002 o successivamente e che sancisce il principio della parità di trattamento tra i cittadini di uno Stato membro della Comunità europea, ivi risidenti, ed i cittadini svizzeri (art. 2 e 3 del Regolamento CEE n° 1408/71).

2.2. Giusta l'art. 20 ALC, salvo disposizione contraria contenuta nell'Allegato II, gli accordi bilaterali tra la Svizzera e gli Stati membri della Comunità europea in materia di sicurezza sociale vengono sospesi a decorrere dall'entrata in vigore del presente Accordo qualora il medesimo campo sia disciplinato da quest'ultimo (art. 6 del Regolamento CEE n° 1408/71). Nella misura in cui l'Accordo, in particolare l'Allegato II che regola il coordinamento dei sistemi di sicurezza sociale (art. 8 ALC), non prevede disposizioni contrarie, l'organizzazione della procedura come pure l'esame delle condizioni di ottenimento di una rendita di invalidità svizzera sono regolate dal diritto interno svizzero (DTF 130 V 257 consid. 2.4).

2.3. L'art. 80a LAI sancisce espressamente l'applicabilità nella presente procedura, trattandosi di un cittadino italiano che risiede nell'Unione europea, dell'ALC e dei Regolamenti (CEE) n° 1408/71 del Consiglio del 14 giugno 1971 e (CEE) n° 574/72 del Consiglio del 21 marzo 1972 relativo all'applicazione del Regolamento n° 1408/71.

2.4. Per costante giurisprudenza, l'ottenimento di una pensione straniera d'invalidità non pregiudica l'apprezzamento di un'invalidità secondo il diritto svizzero (v. sentenza del Tribunale federale I 435/02 del 4 febbraio

2003 consid. 2). Anche in seguito all'entrata in vigore dell'ALC, il grado d'invalidità di un assicurato che pretende una rendita dell'assicurazione svizzera è determinato esclusivamente secondo il diritto svizzero (DTF 130 V 253 consid. 2.4).

3.

Relativamente al diritto applicabile, deve essere ancora precisato che, a partire dal 1° gennaio 2008, la presente procedura è retta dalla LAI nel suo tenore modificato il 6 ottobre 2006 (5^a revisione), ritenuto tuttavia il principio secondo il quale le norme applicabili sono quelle in vigore al momento in cui dei fatti giuridicamente rilevanti si sono verificati (ATF 130 V 445 consid. 1.2). Ne consegue che il diritto alla rendita si esamina fino al 31 dicembre 2007 alla luce delle precedenti norme e, a partire dal 1° gennaio 2008, in conformità con le nuove disposizioni. Deve essere ancora precisato che non sono invece applicabili le norme della 6^a revisione della LAI (primo pacchetto di misure), in vigore dal 1° gennaio 2012 (RU 2011 5659; FF 2010 1603).

4.

4.1. Ai sensi dell'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.

4.2. Secondo l'art. 28 cpv. 2 LAI, 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%. In seguito all'entrata in vigore dell'ALC, la limitazione prevista dall'art. 28 cpv. 1^{ter} LAI (art. 29 cpv. 4 LAI, a partire dal 1° gennaio 2008), secondo il quale le rendite per un grado d'invalidità inferiore al 50% sono versate solo ad assicurati che sono domiciliati e dimorano abitualmente in Svizzera (art. 13 LPGA), non è più applicabile quando l'assicurato è cittadino svizzero o dell'Unione europea e vi risiede. A decorrere dal 1° gennaio 2008, il nuovo 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 LPGGA) almeno del 40% in media durante un anno senza notevole interruzione; e (c) al termine di questo anno è invalido almeno al 40%.

4.3. 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.

5.

Il ricorrente contesta la validità materiale della decisione dell'UAIE, del 14 gennaio 2011, chiedendo che gli sia riconosciuto il diritto ad una rendita intera d'invalidità da marzo 2009.

6.

6.1. Secondo l'art. 17 cpv. 1 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.

6.2. Conformemente all'art. 87 cpv. 3 OAI, se è stata inoltrata domanda di revisione, nella domanda si deve dimostrare che il grado d'invalidità si è modificato in misura rilevante per il diritto alle prestazioni. In questo caso, l'aumento della rendita avverrà al più presto a partire dal mese in cui la domanda è stata inoltrata (art. 88^{bis} cpv. 1 lett. a OAI). Il punto di partenza per la valutazione di una modifica, e quindi anche per l'esame di verosimiglianza, del grado d'invalidità suscettiva di incidere notevolmente sul diritto alla prestazione è dato, dal profilo temporale, dall'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 determinazione del grado d'invalidità (DTF 133 V 108 e 130 V 71).

6.3. La verosimiglianza richiesta dall'art. 87 cpv. 3 OAI non è la verosimiglianza preponderante altrimenti valida nel diritto delle assicurazioni sociali. Il grado della prova richiesto dall'art. 87 cpv. 3 OAI è attenuato in quanto non è necessario che l'amministrazione raggiunga il convincimento, nel senso di una prova piena, che rispetto all'ultima decisione cresciuta in giudicato sia effettivamente subentrata una modifica rilevante. Basta piuttosto che sussistano almeno certi indizi a favore della circostanza invocata, fermo restando comunque la possibilità che la modifica invocata venga poi smentita da un più attento esame successivo (v. sentenza 8C_947/2011 del Tribunale federale, del 27 gennaio 2012, e la giurisprudenza citata).

6.4. Se l'assicurato non dimostra che il grado d'invalidità si è modificato in misura rilevante per il diritto alle prestazioni, l'amministrazione non entra nel merito della richiesta. Su questo punto, l'amministrazione usufruisce di un certo margine di apprezzamento, che il giudice deve, di principio, rispettare. Di conseguenza, il giudice deve esaminare la questione dell'entrata in materia esclusivamente quando questo punto è litigioso, cioè quando l'amministrazione ha rifiutato l'esame di merito fondandosi sull'art. 87 cpv. 4 OAI e quando l'assicurato ha interposto ricorso per questo motivo. Questo controllo non è invece necessario allorquando l'amministrazione è entrata nel merito della nuova domanda (DTF 109 V 114 consid. 2a e b). Questi principi, sviluppati dalla giurisprudenza in relazione con una nuova domanda di prestazioni (art. 87 cpv. 3 e 4 OAI), sono applicabili per analogia alla domanda di revisione (DTF 130 V 73 consid. 3 e 109 V 264 consid. 3).

6.5. In conformità con una giurisprudenza costante, al fine di giudicare se vi sono indizi sufficienti per ritenere verosimile una modifica rilevante del grado d'invalidità, si deve tenere conto anche del lasso di tempo intercorso tra la precedente decisione e quella che rifiuta di entrare in materia sulla domanda di revisione: gli indizi devono essere più circostanziati quando questo lasso di tempo è breve (Sozialversicherungsrecht, Rechtsprechung [SVR] 2002 IV n. 10 consid. 1c/aa, non pubblicato, in DTF 127 V 294).

6.6. In concreto, la decisione iniziale è stata pronunciata il 27 ottobre 2000. Le due prime procedure di revisione si sono concluse senza un nuovo esame materiale il 22 aprile 2002 e il 26 settembre 2005, la decisione di revisione qui impugnata è stata emessa il 14 gennaio 2011 (doc. 57). Ne consegue che, seguendo la giurisprudenza, il periodo di riferimento per giudicare se verosimilmente è intervenuta

una modifica rilevante del grado d'invalidità, tale da giustificare un aumento della rendita, come preteso dal ricorrente, è quello tra il 27 ottobre 2000 ed il 14 gennaio 2011.

7.

Il giudice delle assicurazioni sociali analizza la legalità della decisione impugnata, in generale, secondo lo stato di fatto esistente al momento in cui essa è stata resa (DTF 130 V 445 consid. 1.2 e 1.2.1). Egli deve esaminare in maniera obiettiva tutti i mezzi di prova, indipendentemente dalla loro provenienza, e poi decidere se i documenti messi a disposizione permettono di giungere ad un giudizio attendibile sulle pretese giuridiche litigiose (DTF 125 V 352 consid. 3a). Perché un rapporto medico abbia valore probatorio è determinante che esso valuti ed esamini in maniera completa i punti litigiosi, si fondi su degli esami approfonditi, prenda conto di tutte le affezioni di cui si lamenta l'assicurato, sia stabilito in piena conoscenza dei suoi antecedenti (anamnesi) e sia chiaro nell'esposizione delle correlazioni mediche o nell'apprezzamento della situazione medica; le conclusioni dell'esperto devono inoltre essere motivate (DTF 125 V 352, 122 V 160). Per quel che riguarda i rapporti concernenti il medico curante, secondo la generale esperienza della vita, il giudice deve tenere conto del fatto che, alla luce del rapporto di fiducia esistente con il paziente, il medico curante attesterà, in caso di dubbio, in favore del suo paziente (DTF 125 V 353; VSI 2001 p. 109).

8.

La nozione d'invalidità di cui all'art. 4 cpv. 1 LAI e 8 cpv. 1 LPGA è di carattere giuridico economico, non medico (DTF 116 V 249 consid. 1b). In base all'art. 16 LPGA, applicabile per il rinvio dell'art. 28 cpv. 2 LAI (art. 28a cpv. 1 LAI dal 1° gennaio 2008), per valutare il grado d'invalidità, il reddito che l'assicurato potrebbe conseguire esercitando l'attività ragionevolmente esigibile da lui dopo la cura medica e l'eventuale esecuzione di provvedimenti d'integrazione, tenuto conto di una situazione equilibrata del mercato del lavoro, è confrontato con il reddito che egli avrebbe potuto ottenere se non fosse diventato invalido. In altri termini, l'assicurazione svizzera per l'invalidità risarcisce soltanto la perdita economica che deriva da un danno alla salute fisica o psichica dovuto a malattia o infortunio, non la malattia o la conseguente incapacità lavorativa.

Per costante giurisprudenza, le certificazioni mediche possono costituire importanti elementi d'apprezzamento del danno invalidante, allorché permettono di valutare l'incapacità lavorativa e di guadagno dell'interessato in un'attività da lui ragionevolmente esigibile (DTF 115

V 134 consid. 2, 114 V 314 consid. 3c). In concreto, visto che il ricorrente non ha più esercitato alcuna attività lucrativa da anni, occorre esaminare la documentazione medica agli atti.

9.

9.1. Dalla detta documentazione e, in particolare, dalla perizia particolareggiata E 213 del dott.ssa B._____, medico dell'INPS, del 10 settembre 2009 (doc. 20), dalla perizia pluridisciplinare del SAM, del 22 giugno 2010 (doc. 37/2 a 17), nonché dai rapporti di dimissione degli Ospedali di ... e ..., del 30 gennaio e 21 maggio 2009 (doc. 21/1 a 17), emerge la diagnosi, con influenza sulla capacità lavorativa, di cardiopatia ad involuzione dilatativa di origine ischemica e probabilmente etilossica con insufficienza cardiaca di stadio C secondo ACC/AHA, stadio funzionale NYHA II-III, esiti da triplice by-pass aorto-coronarico nel 1998 e da PTCA e stenting del tronco comune e ramo intermedio nel 2009, pregressi episodi di scompenso su fibrillazione atriale tachicardica, esito da impianto di ICD in previsione priF._____a nel 2009, d'ipertensione arteriosa, d'adiposità, di dislipidemia familiare e di pregresso abuso nicotinic, come pure la diagnosi, senza influenza sulla capacità lavorativa, di dipendenza etilica, di personalità semplice con tratti evitanti-dipendenti e di sovrappeso con BMI pari a 32 kg/m².

9.2. A proposito di questa diagnosi, dagli atti appare che essa non è completa. Infatti, come si può evincere dal rapporto dell'Ospedale di ..., relativo al soggiorno protrattosi dal 26 agosto al 3 settembre 2010, esibito con il ricorso, il ricorrente soffre, oltre che delle malattie evidenziate in particolare dal SAM, di una poliartrite cronica sieronegativa, di un'iperuricemia e di un'insufficienza renale cronica. Nel detto rapporto è precisato che il ricorrente è stato ricoverato presso l'Ospedale di ... nel luglio 2010 per un aumento del CPK (creatinfosfochinasi) in corso di terapia con statine e che durante il ricovero è stata riscontrata un'insufficienza renale ed un esordio di poliartrite acuta trattata mediante colchicina a basso dosaggio e steroidi con parziale beneficio. Da notare che l'insufficienza renale acuta era già stata menzionata, anche se qualificata di lieve, nel rapporto dello stesso Ospedale di ..., relativo al soggiorno prolungatosi dal 20 al 30 gennaio 2009 (doc. 21/1 a 9).

9.3. Il collegio giudicante deve quindi constatare, tenuto conto del periodo d'esame che si estende fino al 14 gennaio 2011, che la diagnosi espressa dai medici del SAM non può essere considerata completa e che, conseguentemente, nemmeno la valutazione di una piena capacità lavorativa in

attività confacenti, come espressa nella stessa perizia del SAM e confermata dal dott. G. _____, medico della SVA, nella sua presa di posizione del 14 luglio 2010 (doc. 58/7), risulta attendibile. Non è infatti possibile, alla luce delle considerazioni che precedono, escludere che lo stato di salute del ricorrente non abbia subito un peggioramento e che pertanto il grado d'invalidità si sia modificato in modo rilevante. È necessario così procedere ad un complemento istruttorio sia riguardo alla diagnosi, sia rispetto all'influenza dell'insieme delle affezioni sulla capacità lavorativa residua del ricorrente.

10.

Di conseguenza, il ricorso deve essere parzialmente accolto, la decisione avversata annullata e la causa rinviata all'UAIE in virtù dell'art. 61 cpv. 1 PA. Secondo quest'ultima disposizione, l'autorità di ricorso decide la causa o eccezionalmente la rinvia, con istruzioni vincolanti, all'autorità inferiore. Benché questa norma permetta solo eccezionalmente di ricorrere ad una tale procedura, l'applicazione dell'eccezione prevista è tuttavia giustificata in concreto, se si considera che è necessario delucidare le questioni, fin qui non sufficientemente chiarite, della diagnosi e della capacità lavorativa (DTF 137 V 210, consid. 4.4.1.4).

L'UAIE dovrà quindi incaricare il SAM di completare la perizia pluridisciplinare del 22 giugno 2010, e ciò in particolare alla luce del rapporto dell'Ospedale di ..., relativo al soggiorno effettuato dal ricorrente dal 26 agosto al 3 settembre 2010, affinché la diagnosi sia riformulata e la capacità lavorativa rivalutata, senza tralasciare il problema del carcinoma della lingua. L'UAIE sottoporrà quindi l'intero incarto al proprio servizio medico, il quale si pronuncerà a sua volta sulla diagnosi e sulla capacità lavorativa, dettagliando e giustificando le proprie conclusioni. Dopo che il servizio medico avrà espresso il suo parere in questo senso, l'UAIE effettuerà, se del caso, un adeguato e circostanziato raffronto dei redditi, tenendo conto, per quanto concerne la riduzione per circostanze personali, della giurisprudenza federale in materia (DTF 126 V 75), ed emanerà quindi una nuova decisione impugnabile.

11.

Secondo l'art. 63 cpv. 1 PA, le spese processuali sono di regola messe a carico della parte soccombente. In concreto, visto l'esito della procedura, non sono prelevate spese processuali.

Conformemente all'art. 64 cpv. 1 PA, l'autorità di ricorso, se ammette il ricorso in tutto o in parte, può assegnare al ricorrente una indennità per le

spese indispensabili e relativamente elevate che ha sopportato (spese ripetibili). In concreto, considerato che il ricorrente ha agito per il tramite di un rappresentante professionale, per cui ha dovuto sostenere spese indispensabili e relativamente elevate, è giustificato assegnarli un'indennità per spese ripetibili di Fr. 1'000.- a carico dell'UAIE (art. 7 e segg. del Regolamento sulle tasse e sulle spese ripetibili nelle cause dinanzi al Tribunale amministrativo federale, del 21 febbraio 2008 [TS-TAF, RS 173.320.2]).

Per questi motivi, il Tribunale amministrativo federale pronuncia:

1.

Il ricorso è parzialmente accolto e la decisione dell'UAIE del 14 gennaio 2011 è annullata.

2.

L'incarto è rinviato all'UAIE, affinché proceda ai sensi del considerando 11.

3.

Non si prelevano spese processuali.

4.

Al ricorrente è riconosciuta un'indennità per spese ripetibili di Fr. 1'000.-, a carico dell'UAIE.

5.

Comunicazione:

- al rappresentante del ricorrente (Atto giudiziario);
- all'autorità inferiore (n. di rif. ...; Raccomandata);
- all'Ufficio federale delle assicurazioni sociali, Berna (Raccomandata).

La presidente del collegio: Il cancelliere:

Elena Avenati-Carpani

Dario Quirici

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 adempiute le condizioni di cui agli art. 72 segg. e 100 della legge sul Tribunale federale del 17 giugno 2005 (LTF, RS 173.110). Gli atti scritti devono contenere le conclusioni, i motivi e l'indicazione dei mezzi di prova ed essere firmati. La decisione impugnata e – se in possesso della parte ricorrente – i documenti indicati come mezzi di prova devono essere allegati (art. 42 LTF).

Data di spedizione: