

BVGer C-4032/2018 vom 1. Oktober 2019

Bundesverwaltungsgericht, 2019-10-01, IT

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bvger_C-4032_2018

FR: TAF C-4032/2018 du 1 octobre 2019

IT: TAF C-4032/2018 del 1 ottobre 2019

Regeste

Revisione della rendita

Erwägungen

E. 1.1

Il Tribunale amministrativo federale (TAF) esamina d'ufficio e con piena cognizione la sua competenza rispettivamente l'ammissibilità dei gravami che gli vengono sottoposti (art. 7 cpv. 1 PA; DTAF 2016/15 consid. 1; 2014/4 consid. 1.2). Il Tribunale amministrativo federale 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 dell'assicurazione per l'invalidità per le persone residenti all'estero (UAIE).

E. 1.2

La procedura dinanzi al Tribunale amministrativo federale è retta dalla PA, in quanto la LTAF non disponga altrimenti (art. 37 LTAF). In virtù dell'art. 3 lett. dbis PA, la procedura in materia di assicurazioni sociali non è disciplinata dalla PA nella misura in cui è applicabile la LPGA (RS 830.1). Secondo l'art. 2 LPGA, le disposizioni della legge stessa 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-26bis e 28-70), sempre che la LAI non deroghi alla LPGA. Secondo le regole generali del diritto intertemporale, si applicano le norme procedurali in vigore al momento dell'esame del ricorso (DTF 130 V 1 consid. 3.2).

E. 1.3

Presentato da una parte direttamente toccata dalla decisione e avente un interesse degno di protezione al suo annullamento o alla sua modifica (art. 59 LPGA e art. 48 cpv. 1 PA), il ricorso è stato interposto tempestivamente (art. 60 LPGA e art. 50 cpv. 1 PA) e rispetta i requisiti previsti dalla legge (art. 52 cpv. 1 PA) ed altresì l'anticipo relativo alle spese processuali è stato versato nel termine impartito. Il ricorso è pertanto ammissibile.

E. 2.1

L'oggetto impugnato è rappresentato, dal profilo formale, da una decisione, mentre, da quello sostanziale, dai rapporti giuridici in essa regolati. L'oggetto litigioso configura per contro il rapporto giuridico che, sulla base delle conclusioni ricorsuali, viene effettivamente impugnato e portato, quale tema processuale, dinanzi al giudice (di prima o seconda istanza). Stando a tale definizione, l'oggetto impugnato come pure quello litigioso si riferiscono ad uno o più rapporti giuridici. Se pertanto il ricorso è diretto solo contro alcuni dei rapporti giuridici disciplinati dalla decisione querelata, gli altri fanno sì parte

dell'oggetto impugnato, ma non di quello litigioso. L'oggetto della lite viene quindi definito alla luce delle censure sollevate con il ricorso, le quali vengono considerate validamente presentate se dal tenore o perlomeno dal senso di quest'ultimo risultano con sufficiente chiarezza (sentenza del TF 8C_16/2010 del 3 maggio 2010 consid. 1.2 con rinvii). Se non vi è una decisione quindi, vi è carenza dell'oggetto impugnato e pertanto di un presupposto per procedere all'esame materiale (DTF 131 V 164 consid. 2.1). È tuttavia possibile estendere, a determinate condizioni (DTF 130 V 138 consid. 2.1), l'esame all'oggetto impugnato quando vi è un legame intrinseco tra i punti non contestati e l'oggetto della lite (DTF 122 V 36 consid. 2a).

E. 2.2.1

In via preliminare l'UAIE chiede che il ricorso sia dichiarato irricevibile, in quanto il ricorrente ha impugnato unicamente la decisione del 6 giugno 2018, con cui è stata sostituita la mezza rendita con una rendita intera limitata nel tempo da 1° febbraio 2017 al 30 giugno 2017 e altresì concessa una mezza rendita dal 1° luglio 2017, ma non invece la decisione del 14 giugno 2018, che pertanto - a mente dell'amministrazione - risulta essere cresciuta regolarmente in giudicato.

E. 2.2.2

Nell'evenienza concreta l'autorità inferiore ha emanato due decisioni, notificate a otto giorni di distanza una dall'altra per disciplinare il medesimo e unico rapporto giuridico, ossia la revisione del diritto alla rendita di A._____, il cui incremento e la successiva soppressione erano stati preannunciati mediante un unico progetto di decisione del 19 marzo 2018 (doc. 100). A ben vedere, la motivazione allegata alla decisione del 6 giugno 2018 - con cui è stata sostituita la mezza rendita con una rendita intera limitata nel tempo dal 1° febbraio al 30 giugno 2017 (doc. 110) e in seguito riattribuita una mezza rendita con effetto dal 1° luglio 2017 al 31 luglio 2018 - ricalca integralmente il contenuto del progetto di decisione, ragione per cui il ricorrente poteva già soltanto in virtù della buona fede ritenere che la suddetta decisione coprisse per intero tutti gli aspetti ivi menzionati e meglio se erano dati i presupposti della revisione in ragione del passeggero peggioramento dello stato di salute (considerato da febbraio 2017) e del successivo miglioramento (intervenuto da marzo 2017), che ha condotto prima alla riduzione della metà e poi alla soppressione della rendita. Nonostante nel memoriale di ricorso egli non abbia fatto menzionato la decisione del 14 giugno 2018 (doc. 112), è chiaro che con il proprio gravame il ricorrente non abbia voluto limitarsi a contestare la riduzione operata a partire dal 1° luglio 2017, ma pure la soppressione della mezza rendita (prospettata sia nel progetto di decisione che nella motivazione della decisione impugnata del 6 giugno 2018). A non averne dubbi egli chiede, pur non specificando a partire da quando, ma chiaramente a valere pro futuro, il riconoscimento di un grado di incapacità lavorativa e di invalidità di almeno il 67% (confondendo le due nozioni). Circostanza che di fatto permette di considerare oggetto del contendere anche la soppressione della rendita. In definitiva, il fatto che l'amministrazione nell'ambito di una procedura di revisione abbia deciso - per scelta o per svista - di trattare il medesimo rapporto giuridico in due distinte decisioni, non può nuocere all'assicurato che contestando uno dei due provvedimenti ha palesemente, avuto intenzione di rimettere in discussione, per l'appunto, l'intero rapporto giuridico (DTF 131 V 164 consid. 2.2, 2.3; cfr. anche Michel Valterio, Commentaire de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité (LAI), Genève/Zurich, Schulthess Editions Romandes 2018, ad. art. 31 LAI, p.503, N. 20). Ammettere il contrario condurrebbe senza dubbio a un formalismo eccessivo, contrario al

diritto federale. La richiesta formulata dall'UAI-B. _____ di dichiarare il ricorso irricevibile non può pertanto essere accolta.

E. 2.3

Oggetto del contendere è pertanto la questione se dal 26 marzo 2017 lo stato di salute e/o la capacità al lavoro (e di guadagno) del ricorrente siano migliorati in modo tale da giustificare la riduzione della metà e poi la soppressione della rendita con effetto dal 31 luglio 2018. Il diritto alla rendita intera riconosciuto dal 1° febbraio al 30 giugno 2017 è per contro incontestato e comprovato dagli atti.

E. 3

Nell'ambito delle assicurazioni sociali, la procedura è retta dal principio inquisitorio (art. 43 cpv. 1 LPGa). 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 adottate 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).

E. 4.1

Dal profilo temporale si applicano le disposizioni in vigore al momento della realizzazione dello stato di fatto che deve essere valutato giuridicamente o che produce conseguenze giuridiche (DTF 136 V 24 consid. 4.3 e 130 V 445 consid. 1.2 con rinvii, nonché 129 V 1 consid. 1.2). Se le disposizioni legali si sono modificate nel corso del periodo sottoposto ad esame giudiziario, il diritto alle prestazioni si determina secondo le vecchie disposizioni per il periodo anteriore e secondo le nuove a partire della loro entrata in vigore (applicazione pro rata temporis; DTF 130 V 445).

E. 4.2

Contestata, in concreto, è la riduzione della metà e poi la soppressione, nell'ambito della revisione avviata su impulso dell'assicurato nel febbraio 2017, del diritto a una mezza rendita d'invalidità con effetto dal 31 luglio 2018, ossia dalla fine del mese che segue l'intimazione della decisione. Ne consegue che sono applicabili le modifiche legislative di cui alla 6a revisione della LAI in vigore dal 1° gennaio 2012 e le successive (RU 2011 5659; FF 2010 1603) pur non comportanti cambiamenti rispetto al diritto precedente in merito alla valutazione dell'invalidità, entrate in vigore fino alla data delle decisioni impuginate.

E. 4.3

Giova altresì rilevare che il potere cognitivo di questo Tribunale è delimitato dalla data della decisione impugnata, in concreto il 6 rispettivamente il 14 giugno 2018. Il giudice delle assicurazioni sociali esamina infatti la decisione impugnata sulla base della situazione di fatto esistente al momento in cui essa è stata resa (DTF 136 V 24 consid. 4.3). Tiene tuttavia conto dei fatti verificatisi posteriormente quando essi possono imporsi quali elementi d'accertamento retrospettivo della situazione anteriore alla decisione stessa (DTF 129 V 1 consid. 1.2 e 121 V 362 consid. 1b), in altri termini se gli stessi sono strettamente connessi all'oggetto litigioso e se sono suscettibili di influire sull'apprezzamento del giudice al momento in cui detta decisione litigiosa è stata resa (cfr. sentenze del TF 8C_278/2011 del 26 luglio 2011 consid. 5.5, nonché 9C_116/2010 del 20 aprile 2010 consid. 3.2.2; DTF 118 V 200 consid. 3a in fine).

E. 5

Il ricorrente è cittadino di uno Stato membro della Comunità europea e risiede in Italia, 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).

E. 6.1

In base all'art. 8 cpv. 1 LPGA è considerata invalidità l'incapacità al guadagno totale o parziale presumibilmente permanente o di lunga durata. L'art. 4 cpv. 1 LAI precisa che l'invalidità può essere conseguente ad infermità congenita, malattia o infortunio; il cpv. 2 della stessa norma stabilisce che l'invalidità è considerata insorgere quando, per natura e gravità, motiva il diritto alla singola prestazione.

E. 6.2

L'assicurato ha diritto ad una rendita intera se è invalido per almeno il 70%, a tre quarti di rendita se è invalido per almeno il 60%, ad una mezza rendita se è invalido per almeno la metà e ad un quarto di rendita se è in-valido per almeno il 40% (art. 28 cpv. 2 LAI). In seguito all'entrata in vigore dell'Accordo bilaterale, la limitazione prevista dall'art. 29 cpv. 4 LAI, secondo il quale le rendite per un grado d'invalidità inferiore al 50% sono versate solo ad assicurati che sono domiciliati e dimorano abitualmente in Svizzera (art. 13 LPGA), non è più applicabile se l'assicurato è cittadino svizzero o dell'Unione europea e vi risiede (DTF 130 V 253 consid. 2.3).

E. 6.3

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 LPGA). L'incapacità al guadagno è definita all'art. 7 cpv. 1 LPGA e consiste nella perdita, totale o parziale, della possibilità di guadagno sul mercato del lavoro equilibrato che entra in considerazione, provocata da un danno alla salute fisica, mentale o psichica e che perdura dopo aver sottoposto l'assicurato alle cure ed alle misure d'integrazione ragionevolmente esigibili. Per valutare la presenza di un'incapacità al guadagno sono considerate esclusivamente le conseguenze del danno alla salute; inoltre, sussiste un'incapacità al guadagno soltanto se essa non è obbiettivamente superabile (art. 7 cpv. 2 LPGA).

E. 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. 28a cpv. 1 LAI, per valutare il grado d'invalidità, il reddito che l'assicurato potrebbe conseguire esercitando l'attività ragionevolmente esigibile da lui dopo la cura medica e l'eventuale esecuzione di provvedimenti d'integrazione (reddito da invalido), tenuto conto di una situazione equilibrata del mercato del lavoro, è confrontato con il reddito che egli avrebbe potuto ottenere se non fosse diventato invalido (reddito da valido; metodo generale del raffronto dei redditi). In altri termini, l'assicurazione svizzera per l'invalidità risarcisce soltanto la perdita economica che deriva da un danno alla salute fisica o psichica dovuto a malattia o infortunio, non la malattia o la conseguente incapacità lavorativa (metodo generale del raffronto dei redditi).

E. 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.

E. 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).

E. 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 275 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: Schaffauser/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).

E. 7.4

L'art. 88a cpv. 1 OAI prevede che se la capacità al guadagno dell'assicurato o la capacità di svolgere le mansioni consuete migliora oppure se la grande invalidità o il bisogno di assistenza o di aiuto dovuto all'invalidità si riduce, il cambiamento va considerato ai fini della riduzione o della soppressione del diritto a prestazioni dal momento in cui si può supporre che il miglioramento constatato perduri. Lo si deve in ogni caso tenere in considerazione allorché è durato tre mesi, senza interruzione notevole, e che presumibilmente continuerà a durare.

E. 7.5

Giusta l'art. 88bis cpv. 2 let. a OAI, la riduzione o la soppressione della rendita è messa in atto al più presto il primo giorno del secondo mese che segue la notifica della decisione.

E. 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).

E. 8.2

Nel caso concreto il periodo di riferimento è quello intercorrente fra la decisione del 10 giugno 2003 (doc. 40-42) - con cui è stato attribuito il diritto a una rendita scalare con effetto dal 1° febbraio 2000 - e il 14 giugno 2018, data della seconda decisione impugnata con cui la mezza rendita è stata soppressa in esito alla procedura di revisione avviata nel febbraio 2017 (doc. 83). In occasione delle revisioni del 2004, del 2008, del 2011 e del 2014 non era infatti stato eseguito alcun approfondimento medico.

E. 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. Quanto alla valenza probatoria di un rapporto medico, determinante, secondo la

giurisprudenza, è che i punti litigiosi importanti siano stati oggetto di uno studio approfondito, che il rapporto si fondi su esami completi, che consideri parimenti le censure espresse, che sia stato approntato in piena conoscenza dell'incarto (anamnesi), che la descrizione del contesto medico sia chiara e che le conclusioni del perito siano ben motivate. Determinante quindi per stabilire se un rapporto medico ha valore di prova non è tanto né l'origine del mezzo di prova, né la denominazione, ad esempio, quale perizia o rapporto (sentenza del TF 8C_153/2007 del 7 maggio 2008; DTF 125 V 351 consid. 3a pag. 352; 122 V 157 consid. 1c pag. 160; Hans-Jakob Mosimann, Zum Stellenwert ärztlicher Beurteilungen, in: Aktuelles im Sozialversicherungsrecht, 2001, pag. 266).

E. 9.2

Per quanto concerne le perizie giudiziarie la giurisprudenza ha statuito che il giudice non si scosta senza motivi imperativi dalla valutazione degli esperti, il cui compito è quello di mettere a disposizione del tribunale le proprie conoscenze specifiche e di valutare, da un punto di vista medico, una certa fattispecie. Ragioni che possono indurre il giudice a non fondarsi su un tale referto sono ad esempio la presenza di affermazioni contraddittorie nella perizia oppure l'esistenza di altri rapporti in grado di inficiarne la concludenza. In tale evenienza, la Corte giudicante può disporre una superperizia oppure scostarsi, senza necessità di ulteriori complementi, dalle conclusioni del referto peritale giudiziario (DTF 125 V 351 consid. 3b/aa pag. 353 con rinvii).

E. 9.3

Una valutazione medica completa, comprensibile e concludente che, considerata a sé stante in occasione di un'unica (prima) valutazione del diritto alla rendita, andrebbe ritenuta probante, non assurda a prova attendibile in caso di revisione, se non attesta in modo sufficiente in che modo rispettivamente in che misura ha avuto luogo un effettivo cambiamento nello stato di salute. Sono tuttavia riservati i casi evidenti (SVR 2012 IV n. 18 pag. 81 consid. 4.2). Dalla perizia deve quindi emergere chiaramente che i fatti con cui viene motivata la modifica sono nuovi o che i fatti preesistenti si sono modificati sostanzialmente per quanto riguarda la loro natura rispettivamente la loro entità. L'accertamento di una modifica dei fatti è in particolare sufficientemente comprovata se i periti descrivono quali aspetti concreti nell'evoluzione della malattia e nell'andamento dell'incapacità lavorativa hanno condotto alla nuova valutazione diagnostica e alla stima dell'entità dei disturbi. Le summenzionate esigenze devono trovare riscontro nel tenore delle domande poste al perito (sentenza del TF 9C_158/2012 del 5 aprile 2013; SVR 2012 IV pag. 81 consid. 4.3).

E. 9.4

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).

E. 9.5

Non va infine dimenticato che se vi sono rapporti medici contraddittori il giudice non può inoltre evadere la vertenza senza valutare l'intero materiale e indicare i motivi per cui si fonda su un rapporto piuttosto che su un altro (sentenza del Tribunale federale delle assicurazioni I 673/00 dell'8 ottobre 2002). 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 qual è l'opinione più adeguata (SVR 2000 UV no. 10 pag. 35 consid. 4b).

E. 10.1

Nell'ambito della procedura avviata il 2 febbraio 2001 e conclusasi con l'attribuzione di una mezza rendita dal 1° febbraio 2000, di una rendita intera dal 1° giugno 2000 e nuovamente di una mezza rendita dal 1° dicembre 2000, l'amministrazione si è fondata sia sulla documentazione dell'incarto dell'INSAI, sia su accertamenti propri per le problematiche extra-infortunistiche.

E. 10.2

Fra tali atti figura in particolare la valutazione del dr. C._____ che nella perizia reumatologica del 5 agosto 2002 aveva posto le seguenti diagnosi (doc. 28 pp. 6-7): - Sindrome panvertebrale cronica: o Cervicospondilogeno a sinistra su protrusione discale mediana C5/C6. o Radicolare irritativa L5 a sinistra in: * Condrosi L4/5 in esito da microdiscectomia L4/5 su ernia discale intra-extraforaminale L4/5 a sinistra del 15 febbraio 1999, con conseguenti alterazioni cicatriziali al segmento operato. * Rachide piatto. * Sbilancio e decondizionamento muscolare. - Esito da meniscectomia al ginocchio destro nel novembre 2001, con incipiente gonartrosi mediale a destra. - Coxalgie a sinistra di non chiara origine. A fronte delle patologie riscontrate, il dr. C._____ aveva considerato come lavoro ergonomicamente idoneo: "un'attività con carichi variabili (carico massimo: 20kg), che permette di cambiare spesso la posizione del rachide senza movimenti ripetitivi di rotazione o flessione della colonna vertebrale; lavori al di sopra del piano orizzontale con estensione prolungata del rachide sono da evitare, come pure attività che richiedono una posizione statica della colonna cervicale e del cinto scapolare; tenendo conto di una possibile patologia (da indagare) all'anca sinistra e dell'incipiente gonartrosi mediale a destra, non sono proponibili lavori che richiedono lo stare accovacciati, salire o scendere scale in continuazione o impieghi su terreno sconnesso e/o declivio" (doc. 28 pp. 7). In una siffatta attività lavorativa l'assicurato era stato quindi ritenuto, da sempre, abile al lavoro in misura completa con rendimento massimo. Nella professione abituale di isolatore, per contro, reputata ergonomicamente non ideale, era stato considerato inabile al 50% a partire dal 1° dicembre 2000 (doc. 28 p. 7).

E. 10.3

Le valutazioni peritali erano state interamente confermate dal Servizio medico dell'UAI il 13 agosto 2002 (doc. 31). Dal canto suo, il consulente all'integrazione professionale, avendo constatato che l'assicurato da oltre otto mesi aveva ripreso a lavorare presso l'abituale datore di lavoro, seppure con mansioni ridotte adeguate ai suoi limiti funzionali - attività nella quale egli sfruttava in maniera soddisfacente la propria residua capacità lavorativa - aveva escluso nel rapporto del 26 marzo 2003 una riformazione professionale e aveva raccomandato l'attribuzione di una mezza rendita AI (doc. 33).

E. 11.1

A supporto della domanda di revisione inoltrata dall'assicurato nel mese di febbraio 2017 (doc. 83-85), unitamente al rapporto del medico curante, quest'ultimo ha trasmesso anche la documentazione relativa all'intervento chirurgico di artrodesi per via PL L4-L5-S1 con viti peduncolari e barre eseguito il 26 settembre 2016 presso l'Istituto D._____ (doc. 89). Alla dimissione dell'assicurato il 30 settembre 2016 - come pure in occasione dell'esame RX del

rachide lombosacrale del 25 ottobre 2016 - è stato riscontrato un decorso favorevole e privo di complicanze (ferita chirurgica in ordine, corretto posizionamento del sistema di artrodesi) ed è stato prescritto un periodo di riposo di un mese circa. Nonostante ciò il medico curante, ha segnalato nel rapporto del 10 maggio 2017 una prognosi sfavorevole dal punto di vista lavorativo, ritenendo l'interessato completamente inabile al lavoro a partire dal 2005, ossia a seguito del licenziamento per causa di "malattia" (doc. 89).

E. 11.2

Reputando plausibile l'insorgere di un peggioramento dello stato di salute, l'UAI-B. _____ ha quindi incaricato il dr. C. _____ di procedere a una rivalutazione peritale al fine di valutare l'evoluzione della capacità lavorativa dal 2002 (doc. 90-92).

E. 11.2.1

Nel rapporto peritale del 12 settembre 2017, il dr. C. _____ ha quindi posto le seguenti diagnosi (doc. 93 p. 12): - Sindrome panvertebrale cronica con componente spondilogenica cronica, in: o Alterazioni degenerative plurisegmentali del rachide cervicale (modesta protrusione discale C3/C4 osteofitosa foraminale a sinistra, minuta protrusione discale C4/C5 posterocentrale, ampia protrusione discale C5/C6 posteoparacentrale foraminale a destra). o Alterazioni plurisegmentali del rachide lombare. o Esiti da microdiscectomia L4/5 con alterazioni cicatriziali al segmento operato il 15 febbraio 1999. o Esiti da artrodesi per via posterolaterale L4/S1, con viti peduncolari e barre il 26 settembre 2016. o Disturbi statici del rachide (ipercifosi della dorsale alta con protrazione del capo, appiattimento della colonna dorsale intermedia, causale e della colonna lombare, scoliosi sinistroconvessa dorsale). o Decondizionamento e sbilancio muscolare. - Gonartrosi mediale a destra, in esito da meniscectomia al ginocchio destro nel novembre 2001. - Tendenza fibromialgica (6 su 18 punti fibromialgici positivi). Dal lato terapeutico, alla luce della tendenza fibromialgica, il perito ha proposto di valutare l'introduzione di un trattamento algomodulare, volto ad innalzare la soglia del dolore. Ha inoltre suggerito una serie di misure conservative (trattamento analgesico e riallenamento muscolare volto alla stabilizzazione del rachide lombare), che seppur non suscettibili di migliorare la capacità funzionale e di carico residua, sono in grado di migliorare la qualità di vita dell'assicurato (doc. 93 p. 10).

E. 11.2.2

Riguardo ai limiti funzionali, il dr. C. _____ ha ritenuto che l'assicurato può "molto spesso sollevare e portare pesi fino a 5kg fino all'altezza dei fianchi, talvolta tra 5-10kg fino all'altezza dei fianchi, di rado tra 10-15kg fino all'altezza dei fianchi, mai pesi oltrepassanti i 15kg fino all'altezza dei fianchi; l'assicurato può talvolta sollevare pesi fino a 5kg sopra l'altezza del petto, mai pesi oltrepassanti i 5kg sopra l'altezza del petto; l'assicurato può molto spesso maneggiare attrezzi di precisione, talvolta maneggiare attrezzi di media entità, mai attrezzi pesanti; la rotazione manuale è normale; l'assicurato può di rado effettuare lavori al di sopra della testa, di rado effettuare la rotazione del tronco, talvolta assumere la posizione seduta ed inclinata in avanti, di rado la posizione in piedi ed inclinata in avanti, può talvolta assumere la posizione inginocchiata, di rado assumere la posizione accovacciata, molto spesso effettuare la flessione delle ginocchia; l'assicurato può assumere spesso la posizione seduta di lunga durata, talvolta la posizione in piedi di lunga durata, dovendo avere la possibilità di alternare le posizioni corporee al bisogno e in qualsiasi momento; l'assicurato può molto spesso camminare fino a 50 metri, molto spesso oltre 50

metri, talvolta camminare per lunghi tragitti, come pure talvolta camminare su terreno accidentato, può talvolta salire le scale, di rado salire su scale a pioli (doc. 93 p. 12).

E. 11.2.3

Avendo riscontrato un temporaneo peggioramento dello stato di salute in ragione dell'esacerbazione della lombosciatalgie il dr. C._____ ha ritenuto giustificata un'incapacità lavorativa totale in qualsiasi professione dal 1° agosto 2016, fino al 25 marzo 2017, ossia a sei mesi di distanza dall'intervento di artrodesi del 26 settembre 2016 (doc. 93 p. 11). Dal 26 marzo 2017, da un punto di vista strettamente reumatologico, ha considerato che l'assicurato fosse in grado di svolgere nella misura del 100% un'attività lavorativa idonea ai limiti funzionali elencati sopra, mentre nella professione abituale, giudicata inadatta allo stato di salute, è stato ritenuto inabile all'80%, inteso come rendimento ridotto nell'arco di una giornata intera. Nelle mansioni domestiche, infine, è stata riscontrata una riduzione del rendimento del 25% a partire dalla medesima data (doc. 93 p. 13).

E. 11.3

In sede di osservazioni al progetto di decisione, il ricorrente ha quindi prodotto due nuovi referti medici: - Il rapporto del 30 aprile 2018 del dr. E._____, medico chirurgo specialista in ortopedia e traumatologia, che constatando il persistere di disturbi funzionali e dolori per i quali ha consigliato un percorso riabilitativo, volto a migliorare l'articolarietà, la muscolatura, la mobilità e la deambulazione, nonché delle periodiche sedute di terapia del dolore, allo scopo di contenere, contrastare e soprattutto limitare l'assunzione di farmaci per il dolore (destinato comunque ad aumentare con l'avanzare dell'età). Egli ha comunque precisato che una remissione completa della patologia, nonché dei dolori risulta alquanto improbabile. A fronte delle limitazioni funzionali, il medico ha indicato da un lato, una netta riduzione della capacità lavorativa sia generica che specifica, dall'altro consigliato "un cambio di mansione lavorativa più adatta alle mutate condizioni fisiche" (doc. 103). - Il certificato del 17 aprile 2018 del dr. F._____, medico chirurgo specialista in neurochirurgia, che pur constatando in occasione della visita medica uno stato di salute migliorato, riferisce della comparsa, da circa un anno, di cefalea, vertigini, senso di nausea e cervicobrachialgia bilaterale, oltre che del persistere della problematica di lombalgia e di una "marcata contrattura dei muscoli paravertebrali cervicali e lombari con limitazione funzionale di tutti i movimenti del tronco sul bacino a base antalgica". A sua volta prescrive trattamenti conservativi (riabilitazione e antidolorifici) e consiglia di evitare gli sforzi fisici, pur precisando che alla luce della sintomatologia descritta, ormai cronicizzata, le possibilità di miglioramento sono esigue (doc. 103). Le osservazioni del 2 maggio 2018 con cui è stata chiesta la rivalutazione del caso e la nuova documentazione medica (doc. 103), sono state sottoposte al dr. G._____, specialista in medicina interna generale, che nell'annotazione SMR del 7 maggio 2018 ha ritenuto non esservi alcuna sostanziale modifica dello stato di salute rispetto alla valutazione peritale del dr. C._____, precisando inoltre che la situazione valetudinaria non risulta migliorata rispetto a quella attestata nel 2002, ma che anzi i limiti funzionali risultano più restrittivi rispetto ad allora (doc. 105).

E. 11.4

In pendenza di ricorso, l'insorgente ha prodotto ulteriore documentazione medica inedita, segnatamente (allegati al doc. TAF 1): - L'esame elettromiografico del 30 giugno 2018 (dal quale è emerso un reperto di marcato danno neurogeno di tipo assonale cronico [sofferenza radicolare cronica C5-C6-C7 e L4-L5-S1], oltre che una sindrome del tunnel carpale

bilaterale di modesta entità) e il rapporto del 30 giugno 2018 del dr. H. _____, specialista in neurologia, nel quale è stato riferito della presenza di una "cervicobrachialgia e lombosciatalgia cronica bilaterale e più a sinistra, con marcata sofferenza pluri-radicolare cronica a livello lombare L4-L5, in esiti discectomia e stabilizzazione vertebrale L4-L5", oltre che una "sindrome depressivo-ansiosa reattiva cronica riacutizzata". Alla luce del quadro clinico riscontrato il medico ha ritenuto l'assicurato impossibilitato a svolgere la normale attività lavorativa (senza specificare quale), proponendo "una percentuale di invalidità permanente non inferiore al 67%". - Il referto del 20 giugno 2018 del dr. I. _____, medico chirurgo specialista in anestesia, rianimazione e terapia del dolore, nel quale ha riferito che l'assicurato, affetto da dolore cronico cervicale e lombare, ha soltanto parzialmente beneficiato della terapia infiltrativa a base di anestetico-cortisone e ozono terapia, consigliando pertanto, nella misura del possibile, di evitare le attività suscettibili di "sovraccaricare meccanicamente la colonna vertebrale". Nell'annotazione SMR del 15 ottobre 2018 il dr. G. _____ ha ritenuto che dai nuovi referti medici emergesse una situazione clinica nota (problematica cronica lombare e cervicale) e che pertanto non fosse riscontrabile alcuna modifica dello stato di salute rispetto alla valutazione del dr. C. _____ (allegato al doc. TAF 16).

E. 12.1

Alla luce di quanto precede, si rileva innanzitutto che nell'ambito della procedura che ha condotto all'erogazione della mezza rendita d'invalidità a partire dal 1° dicembre 2000 (doc. 42), anziché determinare il grado di invalidità sulla base del reddito che l'assicurato avrebbe potuto percepire, da invalido, in una professione sostitutiva adeguata allo stato di salute, esigibile secondo il perito al 100%, l'amministrazione ha preferito attenersi al salario effettivo che quest'ultimo conseguiva nella precedente attività, sebbene medicalmente esigibile al 50%, esercitata con compiti e rendimento ridotti presso il precedente datore di lavoro. Ciò in virtù, da un lato, della disponibilità del datore di lavoro a mantenere il rapporto contrattuale (adeguando il mansionario dell'assicurato mediante assegnazione di compiti di controllo, di finitura, di assistenza ai colleghi e sgravandolo da compiti più pesanti, o in posizioni inergonomiche), dall'altro, della constatazione che da ormai otto mesi (ossia da luglio 2002), con le nuove mansioni, l'interessato aveva potuto effettivamente riprendere con regolarità la propria attività, pur percependo un salario della metà rispetto a quello di categoria (operaio isolatore/coibentatore), in ragione del rendimento ridotto della metà. A fronte di tale situazione di impiego adeguata, il consulente in integrazione professionale aveva ritenuto convenientemente sfruttata la residua capacità lavorativa, escludendo l'utilità di provvedimenti integrativi d'ordine professionale e raccomandando pertanto di mettere l'assicurato al beneficio di una mezza rendita AI (doc. 33).

E. 12.2

Tale situazione ottimale, a ben vedere, si è mantenuta unicamente fino al mese di luglio 2005, momento in cui è venuto a scadere il contratto di lavoro. Come riferito dallo stesso assicurato, dopo tale data quest'ultimo è rimasto senza attività lavorativa (doc. 63). Ciononostante, né in occasione della revisione d'ufficio del 2007, né in quella del 2011, né infine in quella del 2014 l'autorità inferiore ha proceduto a un nuovo raffronto dei redditi - doveroso alla luce della mutata situazione lavorativa dell'interessato - limitandosi a confermare il diritto alla rendita senza procedere a un esame nel merito della fattispecie. Un tale approfondimento, alla luce di un quadro clinico e di una capacità lavorativa sostanzialmente immutati, avrebbe verosimilmente portato anzitempo a una modifica della

rendita fino ad allora erogata.

E. 13

Nell'ambito della procedura che ci occupa, è stato assodato che in concomitanza con l'intervento chirurgico del 26 settembre 2016 è subentrato un peggioramento dello stato di salute che ha determinato un'incapacità lavorativa totale fra il 1° agosto 2016 e il 25 marzo 2017. Tale aspetto non è oggetto di contestazione ed è comprovato (consid. 11.1, 11.2). È pertanto a giusto titolo che almeno per il periodo compreso fra il 1° febbraio al 30 giugno 2017 il ricorrente abbia diritto a beneficiare di una rendita intera d'invalidità. Su questo punto la decisione del 6 giugno 2018 può essere confermata.

E. 14

Contestato è per contro il miglioramento dello stato di salute e della capacità lavorativa accertato dall'autorità inferiore a partire dal 26 marzo 2017, che ha condotto al riconoscimento di una capacità lavorativa totale in attività adeguate e alla fissazione da parte dell'UAIE di un grado di invalidità del 13% (doc. 110 e 111). Il ricorrente, criticando le valutazioni mediche su cui si è fondata l'autorità inferiore postula il riconoscimento di un'invalidità non inferiore al 67%.

E. 15.1

In concreto l'autorità inferiore è giunta alla conclusione che la situazione valetudinaria, al di fuori del transitorio peggioramento dello stato di salute dovuto all'intervento di artrodesi del 2016, è rimasta sostanzialmente invariata rispetto al 2002 (a tal proposito si cfr. l'annotazione SMR del 7 maggio 2018 del dr. G. _____ [doc. 105]). Tale considerazione si basa essenzialmente sulla perizia reumatologica del 12 settembre 2017 del dr. C. _____ (doc. 93), le cui conclusioni risultano in buona sostanza sovrapponibili a quelle da lui esposte nel rapporto peritale del 5 agosto 2002 (doc. 28), pur essendovi alcune lievi differenze nelle diagnosi poste, in ragione delle quali sono stati prescritti dei limiti funzionali più restrittivi. Rispetto alla valutazione del 2002, il nuovo referto peritale non menziona più la problematica di coxalgia a sinistra (allora ritenuta di origine non chiara), vengono per contro descritte alterazioni degenerative del rachide cervicale più diffuse nonché gli esiti dell'artrodesi del 26 settembre 2016. Da segnalare inoltre che, avendo riscontrato la positività a 6 su 18 punti fibromialgici, il dr. C. _____ ha riferito nel nuovo reperto di una tendenza fibromialgica, la cui presenza permette di spiegare la generalizzazione dei dolori, non rispondenti alle cure farmacologiche-fisiatriche precedentemente attuate.

E. 15.2.1

Al riguardo giova rilevare che per l'approccio alla diagnosi clinica della fibromialgia - una sindrome cronica dall'origine ancora sconosciuta, che si colloca nell'ambito delle malattie reumatiche - nel 1990, l'American College of Rheumatology (ACR) ha individuato 18 punti, detti tender points, che rispondono con dolore circoscritto ad un'azione di digitopressione pari a circa 4 kg. Il punteggio per la diagnosi di fibromialgia tramite tender points è dato dalle scale di soglia del dolore, sommate per ciascuno dei 18 punti. Secondo la scienza medica, per porre la diagnosi di fibromialgia, il medico dovrebbe accertare la dolenzia di almeno 11 dei 18 punti. Tuttavia, nel caso in cui un paziente dichiari meno di 11 punti dolenti ma presenti altri sintomi tipici della fibromialgia (come rigidità, dolori diffusi, disturbi del son-no e/o dell'umore, etc.), il medico potrebbe comunque prescrivere una terapia mirata per la fibromialgia (fonti: https://it.wikipedia.org/wiki/Tender_point;

<https://www.reumatismo.ch/reumatismo-dalla-a-alla-z/fibromialgia;>
<https://www.suisse-fibromyalgie.ch/fr/>. Ciò è per l'appunto avvenuto nel caso di specie, dove il dr. C._____, pur non riscontrando gli estremi per porre la diagnosi di fibromialgia, ha comunque proposto l'introduzione di un trattamento algomodulatore centrale, volto a innalzare la soglia del dolore. È bene precisare che, al di fuori del dr. C._____, nessun altro medico consultato dall'assicurato ha mai riferito di disturbi da dolore somatoforme, posto la diagnosi di fibromialgia - o esternato dei dubbi riguardo alla possibile insorgenza della stessa - né tantomeno ha mai ritenuto opportuno procedere ad approfondimenti specialistici per indagare maggiormente tali aspetti (si cfr. doc. 89, 103 e allegato al doc. TAF 1). Ad ogni buon conto, al fine di poter validamente porre una diagnosi di fibromialgia, la sola valutazione da parte di un reumatologo non sarebbe sufficiente. A tale scopo, secondo il Tribunale federale, è infatti necessaria la partecipazione di uno psichiatra, in quanto i fattori psicosomatici hanno un influsso decisivo sullo sviluppo di questa malattia. Soltanto una perizia interdisciplinare che tenga conto di entrambi gli aspetti risulta pertanto un provvedimento istruttorio adeguato (DTF 132 V 65 consid. 4.3). Nel caso concreto, tale esercizio non risulta tuttavia necessario, dal momento che, allo stato attuale delle cose, pur essendovene la tendenza, una sindrome fibromialgica vera e propria non è stata ancora diagnosticata. Su questo specifico punto è pertanto possibile attenersi alla valutazione del dr. C._____ senza che vi sia la necessità di svolgere ulteriori accertamenti medici.

E. 15.2.2

In merito alle patologie degenerative al rachide lombare, dorsale e cervicale, non si rileva inoltre alcuna contraddizione fra le valutazioni del dr. C._____ e quelle dei medici curanti e degli specialisti a cui si è rivolto l'assicurato. Non soltanto dai rapporti versati agli atti non emergono nuove diagnosi, in relazione a tale problematica, ma neppure vengono apportati elementi che non siano stati in precedenza considerati. Al riguardo il SMR ha riferito che la nuova documentazione medica prodotta conferma una situazione clinica nota (cfr. doc. 105 e allegato al doc. TAF 16). Anche riguardo alle suddette patologie, ulteriori approfondimenti - per altro neppure richiesti o ventilati dai medici curanti - non risultano quindi necessari.

E. 15.2.3

A ben vedere, la sola diagnosi inedita è quella di "sindrome ansioso depressiva reattiva cronica riacutizzata" esposta in maniera sommaria - senza indicazione del numero ICD e di una spiegazione riguardo agli esami clinici che hanno permesso di diagnosticarla, all'eziologia, agli sviluppi e al possibile influsso sulla capacità lavorativa - dal dr. H._____ nel rapporto del 30 giugno 2018 (allegato al doc. TAF 1). Ora, è bene precisare che tale diagnosi non soltanto non è stata ripresa da nessun altro medico curante, ma neppure è stata proposta da un medico particolarmente qualificato nei settori della medicina riguardanti tali particolari affezioni, essendo il dr. H._____ specialista in neurologia. Quest'ultimo non motiva in maniera approfondita le conclusioni a cui giunge, oltre ad esprimersi su questioni che non gli competono. Ad avvalorare la tesi della sindrome ansioso depressiva, neppure si trova nell'incarto un'indicazione relativa alla necessità di una presa a carico specialistica da parte di uno psicologo o di uno psichiatra, circostanza che nuovamente permette di escludere la necessità di ulteriori accertamenti istruttori. Di conseguenza, il valore probatorio di tale referto è molto limitato e non è suscettibile di mettere in discussione le conclusioni a cui è giunto il dr. C._____.

E. 15.3

In definitiva, contrariamente a quanto pretende il ricorrente, è assodato che a partire dal 26 marzo 2017 vi è stato un miglioramento dello stato di salute.

E. 15.3.1

Miglioramento che sulla base degli atti medici a sua disposizione l'autorità inferiore ha ritenuto influire positivamente sulla capacità lavorativa dell'assicurato. Sebbene le patologie (in parte nuove, in parte soltanto inaspritesi) di cui si è detto sopra abbiano condotto il dr. C._____ ha segnalare dei limiti funzionali più restrittivi rispetto al passato, le stesse non risulta abbiano influenzato in maniera sensibile la capacità lavorativa dell'insorgente, dal momento che, come in passato, una professione sostitutiva, rispettosa dello stato di salute è stata considerata dal perito medicalmente esigibile al 100% (a distanza di sei mesi dall'intervento di artrodesi del 2016). Ragione per cui, pur essendoci un leggero aggravamento dell'inabilità lavorativa nella professione abituale di isolatore/coibentatore, già in precedenza considerata non ergonomicamente ideale ed eseguibile soltanto nella misura del 50%, esattamente come nel 2002 l'interessato è stato ritenuto in grado di mettere interamente a frutto la propria residua capacità lavorativa in un'attività confacente.

E. 15.3.2

Al riguardo non giovano maggiormente alla tesi del ricorrente le valutazioni dei medici e degli specialisti a cui si è rivolto.

E. 15.3.2.1

Il dr. E._____, infatti, pur non pronunciandosi nel rapporto del 30 aprile 2018 in merito al grado d'impiego esigibile, ha ritenuto esistere una residua capacità lavorativa che ha consigliato di mettere a frutto in un'attività sostitutiva rispettosa dello stato di salute e dei limiti funzionali elencati.

E. 15.3.2.2

Il dr. F._____ e il dr. I._____, dal canto loro, si sono limitati a suggerire nei rispettivi rapporti del 17 aprile e 20 giugno 2018 di evitare sforzi fisici e attività che possano sovraccaricare la colonna vertebrale o che richiedono posture fisse prolungate di ogni genere. Essi non hanno tuttavia posto alcun veto alla ripresa di un'attività lavorativa confacente allo stato di salute.

E. 15.3.2.3

Si discosta, per contro, da questa valutazione il dr. H._____, che nel rapporto del 30 giugno 2018 ha ritenuto non più possibile per l'assicurato, a fronte delle problematiche elencate, la ripresa di una normale attività lavorativa e postulato il riconoscimento di un'inabilità permanente non inferiore al 67%. Tale valutazione mostra il fianco a molteplici critiche. Innanzitutto non è chiaro a cosa si riferisce esattamente il dr. H._____ con "normale attività lavorativa", in particolare se si riferisce all'attività abituale o a qualsiasi professione. In un caso come nell'altro non è neppure chiaro se egli ritenga l'assicurato completamente inabile al lavoro o soltanto in parte, nel qual caso che parte. Egli espone inoltre una valutazione e pone delle diagnosi senza apportare alcun elemento oggettivo nuovo o non precedentemente considerato, circostanza che induce a considerare le conclusioni a cui giunge alla stregua di una valutazione differente di una fattispecie altrimenti invariata. Infine, in maniera piuttosto apodittica, egli espone un grado di invalidità, senza che sia dato sapere sulla base di quali elementi o valutazioni sia stato

determinato. Al riguardo è per altro utile ricordare che il compito del medico consiste nel porre un giudizio sullo stato di salute, nell'indicare in quale misura e in quali attività l'assicurato è incapace al lavoro come pure nel fornire un importante elemento di giudizio per determinare quali lavori siano ancora ragionevolmente esigibili dall'assicurato (sentenza del TF 9C_13/2007 del 31 marzo 2008; DTF 125 V 256 consid. 4 pag. 261; 115 V 133 consid. 2 pag. 134; 114 V 310 consid. 3c pag. 314; 105 V 156 consid. 1 pag. 158). Non compete di contro al medico graduare l'invalidità, compito che spetta unicamente all'amministrazione sulla scorta degli accertamenti medici riguardanti lo stato di salute. Pur tenendo conto che il dr. H. _____ è un professionista attivo in Italia, dove la prassi nell'ambito delle assicurazioni sociali può divergere da quella svizzera e volendo quindi leggere la valutazione dell'invalidità quale piuttosto valutazione dell'inabilità lavorativa al 67%, l'opinione espressa da quest'ultimo non può comunque essere condivisa, non essendo specificato per altro se tale dato è riferito alla professione abituale o a una professione sostitutiva adeguata allo stato di salute del ricorrente.

E. 15.4

A fronte di quanto esposto sopra, questo collegio giudicante non ha di conseguenza fondato motivo di scostarsi dalle valutazioni peritali raccolte, dal momento che neppure le ulteriori certificazioni esibite dal ricorrente intaccano le valutazioni oggettive del perito.

E. 16

In conclusione quindi risulta provato, con il grado della verosimiglianza preponderante valido nelle assicurazioni sociali, che dal 26 marzo 2017 lo stato di salute del ricorrente, così come le conseguenze sulla capacità lavorativa, sono sostanzialmente migliorate. Da un punto di vista reumatologico una ripresa lavorativa in attività sostitutive, che non necessitano alcuna formazione, che prevedono sforzi fisici di tipo leggero, senza particolari stimolazioni della schiena, né ripetute rotazioni del tronco, nelle quali possa alternare le posizioni corporee al bisogno è esigibile nella misura del 100%. In tal senso sono stati indicati dei lavori non qualificati, ad esempio in qualità di addetto qualità/imballaggi/confezionamento nei settori industriale orologiero, farmaceutico o di prodotti plastici; di addetto alla metallurgia meccanica nel settore industriale orologiero; di operaio generico nel settore della componentistica industriale; ecc..

E. 17

Avendo appurato che, a far tempo dal mese di marzo 2017, il ricorrente è abile al 100% in un'attività sostitutiva confacente al suo stato di salute, occorre ancora esaminare la conformità del tasso d'invalidità calcolato dall'autorità inferiore.

E. 17.1

Secondo il metodo generale di comparazione dei redditi (art. 16 LPGA), a cui rinvia l'art. 28a cpv. 1 LAI, per valutare il grado d'invalidità, il reddito che l'assicurato invalido 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 (metodo ordinario del confronto dei redditi per gli assicurati esercitanti un'attività lucrativa; cfr. anche DTF 137 V 334 consid. 3.1.1).

E. 17.2

Nell'ambito di una procedura di revisione, il momento determinante per il raffronto dei redditi, è quello in cui il diritto alla rendita potrebbe subire una modifica (cfr. CR LPGA-Margit Moser-Szeless, art. 16 LPGA, N 41). Pertanto i redditi con e senza invalidità devono essere determinati sulla base delle indicazioni salariali o statistiche, valide per lo stesso anno (sentenza del TF I 471/05 del 11 maggio 2006 consid. 3.2) tenendo conto delle modifiche riguardanti tali redditi e suscettibili di influire sul diritto alla rendita fino all'emissione della decisione dell'autorità competente (DTF 129 V 222 consid. 4.1 e i riferimenti ivi citati; Michel Valterio, *Droit de l'assurance-vieillesse et survivants (AVS) e de l'assurance-invalidité (AI)*, Commentaire thématique, ed. Schulthess, Ginevra/Zurigo/Basilea 2011, p. 548, N. 2063-2064).

E. 17.3.1

Nel caso in cui la procedura di revisione sia stata avviata su impulso dell'assicurato, il raffronto dei redditi determinanti per valutare l'incremento del diritto alla rendita andrà effettuato, in caso di peggioramento dello stato di salute, al momento in cui la domanda è stata inoltrata (art. 88bis cpv. 1 let. a OAI) a patto che siano trascorsi i tre mesi di carenza previsti dall'art. 88a cpv. 2 OAI (cfr. Michel Valterio, *Commentaire de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité [LAI]*, ad. art. 31 LAI, N. 39).

E. 17.3.2

La riduzione o la soppressione della rendita è messa in atto al più presto il primo giorno del secondo mese che segue la notifica della decisione di revisione (art. 88bis cpv. 2 let. a OAI; cfr. DTF 130 V 343 consid. 3.5.3 e sentenza del TF 9C_664/2013 del 15 gennaio 2014 consid. 4.4.2 con i riferimenti citati).

E. 17.4

Nell'evenienza concreta l'UAIE ha soppresso la rendita con effetto dal 31 luglio 2018 (ai sensi dell'art. 88bis cpv. 2 let. a OAI; trattandosi di un caso di revisione vera e propria e non di una prima attribuzione retroattiva di una rendita scalare o limitata nel tempo; si confronti in proposito Valterio, op.cit., p. 843, N 3112; anche DTF 109 V 125 e 106 V 15). Il momento determinante per valutarne l'influsso sul grado d'invalidità sarebbe quindi il 2018. Occorrerà tuttavia riferirsi ai dati del 2017, non essendo ancora disponibili al momento della decisione impugnata quelli del 2018.

E. 17.5.1

Per determinare il reddito ipotetico conseguibile dalla persona assicurata senza il danno alla salute (reddito da valido), occorre stabilire quanto la stessa, nel momento determinante (ossia quello della modifica del diritto alla rendita), guadagnerebbe secondo il grado di verosimiglianza preponderante quale persona sana, tenuto conto delle sue capacità professionali e delle circostanze personali. Tale reddito dev'essere determinato il più concretamente possibile. Di regola ci si fonderà sull'ultimo reddito che la persona assicurata ha conseguito prima del danno alla salute, se del caso adeguandolo all'evoluzione dei salari. Soltanto in presenza di circostanze particolari ci si potrà scostare da questo valore e ricorrere ai dati statistici risultanti dall'ISS (v. DTF 134 V 322 consid. 4.1 pag. 325; 129 V 222 consid. 4.3.1 pag. 224 con riferimenti). Questo sarà in particolare il caso qualora dovessero mancare indicazioni riguardanti l'ultima attività professionale dell'assicurato o nel caso in cui la cessazione di tale attività risalga a parecchi anni prima del momento determinante per la valutazione dell'invalidità (Sentenza del TF I 636/02 del 15 aprile 2003 consid. 4.1; I 574/01 del 17 dicembre 2002 consid. 3.4; Michel Valterio, Op. cit., p. 554, N.

2085). cfr. sentenza del TF 9C_416/2010 del 26 gennaio 2011 consid. 3.2).

E. 17.5.2

Nel caso in esame non è possibile riferirsi all'ultimo reddito conseguito da quest'ultimo nel 1999 nell'attività di isolatore/coibentatore, dal momento che l'attualizzazione di tale dato al 2017 - alla luce del lungo periodo trascorso - non garantirebbe l'aderenza alla reale evoluzione del salario nel contesto del rapporto di lavoro allora in essere. In assenza di elementi concreti che permettano di determinare quello che avrebbe potuto essere il reddito percepito come isolatore/coibentatore è pertanto a giusto titolo che l'autorità inferiore per determinare il reddito da valido ha scelto di riferirsi ai dati statistici.

E. 17.5.3

Appare inoltre corretto riferirsi, come fatto dall'autorità inferiore alla tabella ISS 2014, nello specifico alle attività semplici e ripetitive (livello 1, uomini) della divisione economica costruzioni (41-43), per stabilire il reddito da valido. Al momento dell'emissione della decisione litigiosa, il 6 e il 14 giugno 2018, l'UAIE non poteva infatti ancora disporre dei dati del 2016, ritenuto che sono stati pubblicati nel corso del mese di ottobre 2018 (sentenze 9C_225/2016 del 14 luglio 2016 consid. 6.3.2 e 9C_767/2015 del 19 aprile 2016 consid. 3.4 con i riferimenti).

E. 17.5.4

Ne consegue che svolgendo un'attività non qualificata, nel settore della costruzione l'interessato avrebbe potuto conseguire nel 2014 un salario medio mensile di fr. 5'507.-, che riportato su un orario lavorativo usuale di 41,4 ore settimanali (cfr. *Durée normale du travail dans les entreprises selon la division économique, T03.02.03.01.04.01*) corrisponderebbe a un salario annuale di fr. 68'396.95. Sulla scorta dell'indice dei salari nominali valido per gli uomini fra il 2011-2017 (T1.1.10, settore costruzioni [41-43]), ne risulta quindi un reddito da valido indicizzato al 2017 pari a fr. 68'663.10.

E. 17.6.1

Per stabilire il reddito da invalido, alla luce delle attività alternative leggere proposte dal consulente d'integrazione professionale ed esigibili al 100% dal 26 marzo 2017, va fatto riferimento a quello ottenibile dall'insorgente in attività semplici e ripetitive secondo la pertinente tabella dell'ISS 2014, come correttamente fatto dall'amministrazione. Come indicato in entrata, occorre tuttavia, attualizzare il reddito che ne scaturisce al 2017, anno di riferimento per il raffronto dei redditi, ricorrendo all'indice dei salari nominali valido per gli uomini fra il 2011-2017. Ne discende quindi che da invalido l'assicurato avrebbe potuto percepire nel 2017 un salario medio mensile di fr. 5'384.05 (5'312.-- [TA1 2014, livello 1, uomini] x 104.6 / 103.2 [T1.1.10, settore totale]), che riportato su un orario usuale di 41.6 ore settimanali, corrisponderebbe a un salario mensile di fr. 5'599.40 ed annuale di fr. 67'192.95.

E. 17.6.2

Questo reddito può essere pure ridotto, al massimo del 25%, per tenere conto dei fattori professionali e personali del caso (DTF 126 V 75). Se e in quale misura, nel singolo caso, i salari fondati su dati statistici debbano essere ridotti dipende dall'insieme delle circostanze personali e professionali concrete (limitazione addebitabile al danno alla salute, età, anni di servizio, nazionalità e tipo di permesso di dimora, grado di occupazione), criteri che l'amministrazione è tenuta a valutare globalmente. Il Tribunale federale ha precisato al

riguardo che una deduzione globale massima del 25% del salario statistico permette di tenere conto delle varie particolarità suscettibili di influire sul reddito del lavoro. A seconda della loro incidenza infatti, è possibile che la persona assicurata, anche in un mercato del lavoro equilibrato, non sia in grado di realizzare un salario medio sfruttando la capacità lavorativa residua (DTF 126 V 75 consid. 5b/aa in fine). La deduzione non è automatica, ma deve essere valutata di caso in caso e complessivamente, non separatamente, in maniera schematica, sommando i singoli fattori di deduzione, tenendo conto di tutte le circostanze del singolo caso (sentenza del TF 9C_751/2011 del 30 aprile 2012 consid. 4.2.1 e DTF 126 V 75 consid. 5b/aa in fine). Va da sé che i fattori estranei all'invalidità di cui è già stato tenuto conto con il parallelismo dei redditi non possono essere presi in considerazione una seconda volta nell'ambito della deduzione per circostanze personali e professionali (DTF 135 V 297; 134 V 322). Va aggiunto che è compito dell'amministrazione e, in caso di ricorso, del giudice, motivare l'entità della deduzione, fermo restando che quest'ultimo non può scostarsi dalla valutazione dell'amministrazione senza fondati motivi (DTF 126 V 75 consid. 5b/dd e 6; cfr. pure 129 V 472 che conferma questi principi). Al riguardo va rilevato che quando è chiamato a verificare il potere di apprezzamento esercitato dall'amministrazione (v. art. 37 LTAF in relazione con l'art. 49 PA), per stabilire l'estensione della riduzione da apporre al reddito da invalido, il Tribunale amministrativo federale deve valutare le differenti soluzioni di cui disponevano agli organi esecutivi dell'AI e domandarsi se una deduzione più o meno elevata fosse maggiormente appropriata e quindi si imponga per un valido motivo, senza tuttavia sostituire il proprio apprezzamento a quello dell'amministrazione (DTF 137 V 71 consid. 5.2; sentenze del TF 9C_273/2011 del 27 gennaio 2012 consid. 1.3, 9C_280/2010 del 12 aprile 2011 consid. 5.2 in fine).

E. 17.6.3

L'UAIE ha operato in concreto una riduzione del 10% per tenere conto del fatto che le attività leggere sono generalmente remunerate meno, nonché di altri non meglio precisati fattori di riduzione. Ora, sebbene dall'incarto non emerga con chiarezza a quali "altri fattori di riduzione" l'amministrazione si riferisca, a fronte delle limitazioni funzionali elencate dal dr. C. _____ (come pure di quelle indicate dai medici curanti) e dell'ampio spettro di attività adeguate disponibili sul mercato del lavoro equilibrato (elencate e descritte dal consulente IP), la riduzione complessiva appare in concreto adeguata. D'altro canto, a fronte del raffronto dei redditi che segue (cfr. consid. 17.6) neppure una riduzione del 15% avrebbe avuto un impatto determinante sul grado di invalidità.

E. 17.6.4

Applicando al dato salariale calcolato in entrata una riduzione del 10%, si ottiene pertanto un reddito annuo conseguibile da invalido di fr. 60'473.65.

E. 17.7

Dal confronto fra il reddito da valido di fr. 68'663.10 e quello da invalido di fr. 60'473.65 risulta dunque, in seguito al miglioramento intervenuto nel marzo 2017, un grado d'invalidità dell'11.92% ($(\{68'663.10 - 60'473.65\} : 68'663.10) \times 100$), che pur arrotondato al 12% (ai sensi della DTF 130 V 121, consid. 3.2) risulta comunque insufficiente per giustificare il diritto a prestazioni AI, come stabilito dall'amministrazione.

E. 18.1

Visto quanto sopra è pertanto a torto che l'amministrazione ha ripristinato dal 1° luglio 2017 al 31° luglio 2018 - il diritto alla mezza rendita, dal momento che un grado AI del 50% -

come appurato in questa sede e dalla stessa amministrazione in entrambe le decisioni (cfr. consid. 17.6) - non era (più) raggiunto. La decisione attribuzione di una mezza rendita decretata con decisione del 6 giugno 2018, con effetto dal 1° luglio 2017 al 31 luglio 2018 non risulta pertanto conforme al diritto federale e va annullata. In seguito al miglioramento dello stato di salute sopraggiunto nel marzo 2017, infatti, la rendita intera andava soppressa - come è stato fatto - ma non sostituita da una mezza rendita.

E. 18.2

Oltretutto, benché corretta, alla luce del raffronto dei redditi operato da codesto Tribunale, la soppressione della rendita intera non poteva intervenire al 30 giugno 2017, ossia tre mesi dopo l'oggettivo miglioramento dello stato di salute (art. 88a cpv. 1 OAI), dal momento che l'art. 88bis cpv. 2 let. a OAI - che concretizza l'art. 17 cpv. 1 LPGa laddove prevede che la revisione di una rendita in corso ha effetto pro futuro - dispone che la soppressione della rendita può essere messa in atto al più presto il primo giorno del secondo mese che segue la notifica della decisione, che nel caso concreto coincide con il 1° agosto 2018 (si confronti in proposito consid. 17.4; cfr. anche sentenze del TAF C-177/2008 del 12 marzo 2010 consid. 6.2 e C-5658/2009 del 26 novembre 2010 consid. 6.2).

E. 19

Da quanto esposto, consegue che il ricorso va parzialmente accolto e che la decisione impugnata va parzialmente riformata nel senso che al ricorrente va riconosciuto il diritto ad una rendita intera di invalidità fino al 31 luglio 2018. Per il resto il ricorso è respinto. La decisione del 14 giugno 2018 è per contro annullata.

E. 20.1

Visto l'esito della procedura, le spese processuali di fr. 800.-, sono poste a carico del ricorrente nella misura di ½, per un importo di fr. 400.- (art. 63 cpv. 1 e cpv. 5 PA nonché art. 3 lett. b del regolamento del 21 febbraio 2008 sulle tasse e sulle spese ripetibili nelle cause dinanzi al Tribunale amministrativo federale [TS-TAF, RS 173.320.2]), che viene compensato con l'anticipo spese di CHF 800 versato il 16 gennaio e l'11 febbraio 2019 (cfr. doc. TAF 22 e 24). L'importo residuo di fr. 400.- verrà restituito alla ricorrente successivamente alla crescita in giudicato della presente sentenza (cfr. sentenza del TAF C-3300/2016 del 18 marzo 2019 consid. 10.1).

E. 20.2

Ritenuto che l'insorgente è rappresentato in questa sede da mandatario professionale, si giustifica altresì l'attribuzione di spese ripetibili (art. 64 PA in combinazione con l'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]). Malgrado il parziale accoglimento del gravame e conformemente alla citata sentenza di principio del TAF C-3300/2016 (in particolare consid. 10.2.4, che si allinea alla più recente prassi sviluppata dal Tribunale federale con sentenza 9C_288/2015 del 7 gennaio 2016, consid. 4.2) il ricorrente risulta vincente nel principio, avendo ottenuto una rendita intera fino al 31 luglio 2018 e solo parzialmente soccombente per quanto riguarda la durata del diritto alla stessa. L'ammontare delle spese ripetibili, in assenza di una nota dettagliata, è fissata d'ufficio (art. 14 cpv. 2 TS-TAF) in CHF 1'000.- (compresi i disborsi ed esclusa l'IVA [cfr., fra le tante, sentenza del TAF C-3058/2015 del 23 maggio 2016 consid. 22.4.4 con rinvii]) tenuto conto dell'impegno profuso e del lavoro utile e necessario svolto dal rappresentante del ricorrente. L'indennità per ripetibili è posta a carico dell'UAIE. (dispositivo alla pagina

segunte)

Export aus OpenCaseLaw (CC0). Verbindlich ist allein der vom erlassenden Gericht veröffentlichte Originaltext. Quellen-URL siehe oben.