

BVGer C-6443/2015 vom 10. August 2018

Bundesverwaltungsgericht, 2018-08-10, IT

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bvger_C-6443_2015

FR: TAF C-6443/2015 du 10 août 2018

IT: TAF C-6443/2015 del 10 agosto 2018

Regeste

Revisione della rendita

Erwägungen

E. 1.1

In virtù dell'art. 31 LTAF (RS 173.32), questo Tribunale giudica i ricorsi contro le decisioni ai sensi dell'art. 5 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 impugnate davanti al Tribunale amministrativo federale (TAF) conformemente all'art. 69 cpv. 1 lett. b LAI (RS 831.20). Di conseguenza questo Tribunale è competente a giudicare il presente ricorso.

E. 1.2

Secondo l'art. 3 lett. dbis PA, a cui rinvia l'art. 37 LTAF, la procedura in materia di assicurazioni sociali non è disciplinata dalla PA, nella misura in cui è applicabile la LPGA (RS 830.1). In conformità con l'art. 2 LPGA, le disposizioni di tale 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-26bis e 28-70), sempreché la LAI non deroghi alla LPGA.

E. 1.3

In concreto, il ricorso è ammissibile nella misura in cui è stato presentato tempestivamente e nel rispetto dei requisiti previsti dalla legge (art. 59 e 60 LPGA, nonché l'art. 52 cpv. 1 PA). L'anticipo sulle spese processuali è stato inoltre tempestivamente saldato (doc. TAF 12).

E. 2.1

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

E. 2.2

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

E. 2.3

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

E. 2.4

Gli atti giuridici riportati nella sezione A dell'allegato II sono, in particolare, il regolamento (CE) n. 883/2004 del Parlamento europeo e del Consiglio del 29 aprile 2004 (RS 0.831.109.268.1) relativo al coordinamento dei sistemi di sicurezza sociale, con le relative modifiche, e il regolamento (CE) n. 987/2009 del Parlamento europeo e del Consiglio del 16 settembre 2009 (RS 0.831.109.268.11) che stabilisce le modalità di applicazione del regolamento (CE) n. 883/2004, nonché il regolamento (CEE) n. 1408/71 del Consiglio del 14 giugno 1971 (RU 2004 121, 2008 4219 4237, 2009 4831) relativo all'applicazione dei regimi di sicurezza sociale ai lavoratori subordinati, ai lavoratori autonomi e ai loro familiari che si spostano all'interno della Comunità, con le relative modifiche, e il regolamento (CEE) n. 574/72 del Consiglio del 21 marzo 1972 (RU 2005 3909, 2008 4273, 2009 621 4845) che stabilisce le modalità di applicazione del regolamento (CEE) n. 1408/71, con le relative modifiche, entrambi applicabili tra la Svizzera e gli Stati membri fino al 31 marzo 2012 e quando vi si fa riferimento nel regolamento (CE) n. 883/2004 o nel regolamento (CE) n. 987/2009 oppure quando si tratta di casi verificatisi in passato.

E. 2.5

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

E. 2.6

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

E. 2.7

Nell'evenienza concreta, il diritto alla rendita è stato soppresso con effetto dal 1° maggio 2012 (doc. 214). Ne consegue che sono applicabili le modifiche legislative di cui alla 6a revisione in vigore dal 1° gennaio 2012 (RU 2011 5659; FF 2010 1603), pur non comportanti cambiamenti rispetto al diritto precedente in merito alla valutazione dell'invalidità, così come eventuali modifiche entrate in vigore successivamente fino alla pronuncia della decisione impugnata.

E. 3

Il potere cognitivo di questo Tribunale è delimitato dalla data della decisione impugnata, in quanto il giudice delle assicurazioni sociali esamina il provvedimento sulla base della

situazione di fatto esistente al momento in cui essa è stata pronunciata (DTF 136 V 24 consid. 4.3). Tiene tuttavia conto dei fatti verificatisi dopo tale data quando essi possano imporsi quali elementi d'accertamento retrospettivo della situazione anteriore alla decisione stessa (DTF 129 V 1 consid. 1.2 e 121 V 362 consid. 1b), in altri termini se gli stessi sono strettamente connessi all'oggetto litigioso e se sono suscettibili di influire sull'apprezzamento del giudice al momento in cui detta decisione litigiosa è stata resa (cfr. sentenza del TF 8C_278/2011 del 26 luglio 2011 consid. 5.5 nonché 9C_116/2010 del 20 aprile 2010 consid. 3.2.2; DTF 118 V 200 consid. 3a in fine).

E. 4.1

Oggetto del contendere è, nel caso concreto, la questione se la capacità di guadagno del ricorrente ha subito una modifica tale da giustificare la soppressione della mezza rendita d'invalidità con effetto retroattivo al 1° maggio 2012.

E. 4.2

Al riguardo l'insorgente evidenzia che il peggioramento del suo stato di salute è incontestato e di non essere in grado di lavorare per tutta la durata dell'anno, adducendo in particolare di aver diritto ad una rendita in virtù delle affezioni reumatologiche, cardiache e lombari alle quali si è aggiunto un decadimento cerebrale documentato dai recenti referti medici. Egli sostiene in particolare di essere "assolutamente impossibilitato a svolgere qualsivoglia attività lavorativa, avendo una ridottissima capacità di movimento", motivo per cui si imporrebbe una perizia giudiziaria volta a determinare l'attuale stato di salute e capacità lavorativa. Inoltre, egli censura il raffronto dei redditi effettuato dall'autorità inferiore, precisando - tra l'altro - che l'UAIE avrebbe fatto affidamento sul salario ipotetico che poteva essere percepito da un dipendente senza affezioni e non il salario da lui effettivamente percepito.

E. 4.3

L'amministrazione, per contro, poggiandosi sul parere del proprio servizio medico, sostiene che, nonostante una situazione medica stazionaria, il lavoro stagionale concretamente svolto a partire dal 2012, è esigibile durante tutto l'anno ad un tasso dell'80% e pertanto il grado di invalidità è pari al 39%.

E. 5

Il TAF applica il diritto d'ufficio, senza essere vincolato in nessun caso dai motivi del ricorso (art. 62 cpv. 4 PA). In virtù dell'art. 12 PA e dell'art. 19 PA in relazione con l'art. 40 della legge federale di procedura civile del 4 dicembre 1947 (PCF, RS 273), il Tribunale accerta i fatti determinanti per la soluzione della controversia, assume le prove necessarie e le valuta liberamente. Le parti sono tenute a cooperare all'accertamento dei fatti (art. 43 LPGa ed anche art. 13 PA) ed a motivare il proprio ricorso (art. 52 PA). Ne consegue che l'autorità di ricorso adita si limita di principio ad esaminare le censure sollevate, mentre le questioni di diritto non invocate dalle parti solo nella misura in cui queste emergono dagli argomenti delle parti o dall'incarto (DTF 122 V 157 consid. 1a; 121 V 204 consid. 6c e sentenza del TAF C-6034/2009 del 20 gennaio 2010 consid. 2).

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

E. 6.3

L'assicurato ha diritto ad una rendita intera se è invalido per almeno il 70%, a tre quarti di rendita se è invalido per almeno il 60%, ad una mezza rendita se è invalido per almeno la metà e ad un quarto di rendita se è invalido per almeno il 40% (art. 28 cpv. 2 LAI). In seguito all'entrata in vigore dell'Accordo bilaterale, la limitazione prevista dall'art. 29 cpv. 4 LAI, secondo il quale le rendite per un grado d'invalidità inferiore al 50% sono versate solo ad assicurati che sono domiciliati e dimorano abitualmente in Svizzera (art. 13 LPGA), non è più applicabile quando l'assicurato è cittadino dell'UE (DTF 130 V 253 consid. 2.3). Dopo l'entrata in vigore dei nuovi regolamenti (CE) n. 883/2004 e n. 987/2009, i cittadini svizzeri e dell'Unione europea che presentano un grado d'invalidità del 40% almeno, hanno diritto ad un quarto di rendita in applicazione dell'art. 28 cpv. 1 LAI indipendentemente dal loro domicilio e residenza (art. 4 del regolamento [CE] n. 883/04).

E. 6.4

Per incapacità al lavoro s'intende qualsiasi incapacità, totale o parziale, derivante da un danno alla salute fisica, mentale o psichica di compiere un lavoro ragionevolmente esigibile nella professione o nel campo di attività abituale. In caso d'incapacità al lavoro di lunga durata possono essere prese in considerazione anche le mansioni esigibili in un'altra professione o campo d'attività (art. 6 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 obiettivamente superabile (art. 7 cpv. 2 LPGA).

E. 6.5

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.

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).

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 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 (DTF 112 V 372 consid. 2b e 390 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: Schaffhauser/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. b OAI, la riduzione o la soppressione della rendita è messa in atto retroattivamente dalla data in cui avvenne la modificazione determinante se il beneficiario ha ottenuto indebitamente la prestazione o ha violato l'obbligo di informare impostogli ragionevolmente dall'articolo 77, indipendentemente dal fatto che la prestazione abbia continuato a essere versata a causa dell'ottenimento indebito della medesima o della violazione dell'obbligo di informare.

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

E. 8.2

In concreto, il periodo di riferimento è pertanto quello intercorrente fra la procedura di revisione avviata nel luglio 2009 e che dopo gli accertamenti medici del caso - abbastanza approfonditi - è sfociata nella conferma della mezza rendita di invalidità in data 8 marzo 2010 (doc. 89; cfr. consid. E), ed il 14 settembre 2015, data della decisione impugnata (doc. 214).

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 permettono di giungere ad un giudizio attendibile sulle pretese giuridiche litigiose.

E. 9.2

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. 9.3

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 conclusione. 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. 9.4

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 assurge 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. 9.5

Va altresì rilevato che l'avviso dei medici curanti va considerato con la necessaria prudenza, in quanto essi 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. 9.6

Non va infine dimenticato che se vi sono rapporti medici contraddittori il giudice non può 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

In concreto va ricordato che al momento della conferma del diritto alla mezza rendita dell'8 marzo 2010 (doc. 89), l'autorità inferiore aveva rilevato che dagli accertamenti effettuati risultava che il grado di invalidità non si era modificato in misura rilevante. Con presa di posizione del 27 febbraio 2010, il dr. G. _____, aveva difatti constatato che l'assicurato zoppicava in virtù dell'artrosi sviluppata in seguito alla frattura del calcagno così come l'assenza di miglioramento, confermando un'incapacità lavorativa residua del 45% con un'ulteriore deduzione del 15% (cfr. doc. 88 in combinazione con doc. 55 e 33 e 31).

E. 10.2

In primo luogo questo Tribunale rileva che va considerato provato con il grado della verosimiglianza preponderante che lo stato di salute del ricorrente non ha subito miglioramenti neppure dopo la procedura di revisione del 2009 (cfr. consid. D e segg.; doc. 88). Del resto, tale fatto non è di principio contestato neppure dall'amministrazione (cfr. consid. 4.2).

E. 10.3

D'altro canto, hanno attestato un miglioramento dello stato di salute unicamente i dr. i M. _____ e N. _____.

E. 10.3.1

Il primo, nella perizia particolareggiata E213 del 24 gennaio 2013 (doc. 106), ha evidenziato che le condizioni dell'assicurato erano migliorate e che poteva svolgere a tempo pieno il lavoro di intonacatore o eventuali attività adeguate, confermando nondimeno la

preesistente situazione valetudinaria, in particolare la talalgia e la lombalgia posturale che ne derivava (cfr. consid. F.d). Da una parte il medico ha quindi confermato le affezioni riscontrate nel passato ma, dall'altra, senza fornire alcuna motivazione, egli non ha riconosciuto l'incapacità lavorativa precedentemente ammessa in virtù di tali patologie. In simili condizioni si tratta di una valutazione non motivata, che appare manifestamente contraddittoria, ragion per cui non risulta possibile trarre conclusioni attendibili.

E. 10.3.2

Le prese di posizione del dr. N._____ del 12 marzo 2013 (doc. 111) e del 24 maggio 2013 (doc. 126), si fondano sostanzialmente sul formulario E213 del dr. M._____ e rispecchiano pertanto le incoerenze sopra evidenziate. In particolare, anche il dr. N._____ ritiene tra l'altro quale diagnosi la frattura del calcagno destro con artrosi postraumatica nella caviglia destra e lombalgia. Nonostante ciò, rinviando al formulario E213, conclude in favore di un miglioramento dello stato di salute in quanto l'assicurato non avrebbe più zoppicato ed aveva intrapreso una nuova attività lavorativa. Tuttavia, come poi attestato in seguito, la nuova attività economica permetteva al ricorrente di stare prevalentemente seduto proprio in virtù dei suoi problemi di deambulazione, tra l'altro esplicitamente riconosciuti dal nuovo datore di lavoro. Anche le valutazioni del dr. N._____ appaiono dunque contraddittorie e non possono essere ritenute attendibili, segnatamente perché anch'egli ha confermato integralmente le affezioni ed i limiti funzionali che giustificavano un'incapacità lavorativa del 70% nell'attività precedente all'infortunio, ma contestualmente ha negato che le stesse potessero avere conseguenze anche sulle attività adeguate, tralasciando di argomentare in maniera compiuta tale scelta che si discostava dai precedenti pareri medici, in cui era stata attestata un'incapacità lavorativa del 50%, rispettivamente del 45% (consid. G.e) .

E. 10.3.3

Gli altri sanitari che si sono chinati sul caso hanno generalmente ritenuto una situazione valetudinaria stabile se non tendente al peggioramento, in particolare per quel che concerne l'artrosi alla caviglia destra (cfr. ad esempio doc. 103, 129, 143 e 199). Facendo riferimento alla vasta documentazione medica agli atti, ed in particolare alla certificazione del dr. L._____ del 19 gennaio 2013 (doc. 103) e alla perizia particolareggiata E213 del dr. M._____ (doc. 106), la dr.ssa O._____ ha illustrato in maniera convincente che lo stato di salute del ricorrente è verosimilmente rimasto invariato anche dopo la conferma del diritto alla rendita dell'8 marzo 2010. Su esplicita domanda dell'amministrazione, essa ha spiegato che i citati referti medici indicavano chiaramente un'andatura antalgica ed una lombalgia dovuta ad una postura scorretta, ragion per cui andava ritenuto che lo stato di salute, segnatamente le conseguenze dell'incidente lavorativo del 3 marzo 1998, non fossero migliorati (cfr. anche consid. G.c, doc. 129).

E. 10.3.4

Tali valutazioni sono in seguito state confermate anche dai dr.i P._____ e S._____ con perizie particolareggiate E213 rispettivamente del 20 settembre 2013 e del 3 giugno 2015 (doc. 143 e 199).

E. 11.1

Va pertanto esaminato se le conseguenze dello stato di salute sulla capacità lavorativa si sono modificate. Nell'ambito dell'attuale procedura di revisione, il ricorrente ha infatti informato l'amministrazione di aver lavorato a tempo pieno (40 ore a settimana) dal 7 aprile

al 14 ottobre 2012, conseguendo uno stipendio lordo di EUR 1'353.- (doc. 108) e di aver ripreso quest'attività, con modalità simili, nel 2013, 2014 e 2015.

E. 11.2.1

Alla luce di quanto sopra esposto va verificato se è a giusto titolo che l'autorità inferiore ha ritenuto il ricorrente abile a svolgere l'attività di portinaio all'80% durante tutto l'arco dell'anno - fatto contestato dal ricorrente - e se, eventualmente, sono intervenute modifiche rilevanti della capacità lavorativa fino al 14 settembre 2015, data in cui è stata adottata la decisione impugnata.

E. 11.2.2

A proposito della capacità lavorativa residua, va ricordato che nella precedente procedura di revisione, il medico dell'UAIE e l'UAIE stesso avevano confermato una capacità lavorativa del 55% in attività adeguate (doc. 88 e 31).

E. 11.2.3

Nell'attuale procedura di revisione, l'autorità inferiore ha accertato, tramite il proprio servizio medico, che l'impiego presso il H. _____ o un'occupazione analoga - svolta in posizione prevalentemente seduta - era esigibile durante tutta la durata dell'anno (cfr. ad es. doc. 109, 124, 128 e 161). Seppur con delle motivazioni differenti, sia il dr. N. _____ che la dr. O. _____ (cfr. doc. 162) hanno indicato che il ricorrente era abile a svolgere il lavoro in questione al 100%, rispettivamente all'80% (in virtù della difficoltà di deambulazione), per tutto l'anno.

E. 11.2.4

Il parere della dr. O. _____ concorda con quanto attestato dalla perizia particolareggiata E213 del 20 settembre 2013, allestita dal dr. P. _____, il quale, dopo aver riscontrato un'andatura antalgica con calcagno dolente alla digitopressione ha confermato tra l'altro la diagnosi di lombalgia cronica posturale per talalgia destra in esiti di pregressa frattura calcagno destro, concludendo che erano esigibili regolarmente unicamente lavori leggeri (doc. 143)

E. 11.3.1

In seguito, a partire segnatamente da novembre 2014 (cfr. doc. 163, 174, 175, 178, 183, 188), l'assicurato ha comunicato all'amministrazione l'insorgere di nuove affezioni, oggettivate con referti medici trasmessi a più riprese nel periodo novembre 2014 - marzo 2015 (cfr. consid. G.j).

E. 11.3.2

Dalla lettera di dimissione dell'11 febbraio 2015, risulta in particolare un'ospedalizzazione di sette giorni per dolore toracico con dispnea insorta dopo uno sforzo fisico, cardiopatia ipertensiva, ectasia del bulbo aortico e ipopotassemia in corso di definizione diagnostica (doc. 179).

E. 11.3.3

Nella valutazione neuropsicologica del 10 marzo 2015, effettuata dalla dr.ssa R. _____, la specialista attestava un "deficit selettivo di memoria a lungo termine e non verbale" (doc. 195).

E. 11.3.4

Con certificazione del 22 maggio 2015, la dr.ssa U._____ confermava una cardiopatia ipertensiva e ipopotassiemia in trattamento (doc. 198).

E. 11.3.5

Dalla perizia medica particolareggiata E213 del 3 giugno 2015, redatta dalla dr.ssa S._____, risulta che le condizioni del paziente erano peggiorate rispetto alla precedente visita. La dr.ssa ha posto la diagnosi di cardiopatia ipertensiva in buon compenso emodinamico, ectasia del bulbo aortico, ipopotassiemia in trattamento, ridotta tolleranza glucidica, pregressa frattura del calcagno destro e vasculopatia cerebrale cronica. Sulla base di questa nuova situazione medica, la dr.ssa ha considerato che l'assicurato era in grado di svolgere regolarmente unicamente lavori leggeri, che non era autonomo nell'esercizio della sua attività professionale (né sul posto di lavoro, né a domicilio), che non poteva svolgere a tempo pieno il suo ultimo lavoro ma unicamente a tempo parziale un lavoro adeguato alle sue condizioni (doc. 199).

E. 11.3.6

L'UAIE ha sottoposto i documenti in questione alla dr.ssa O._____ del servizio medico, la quale, con presa di posizione del 15 luglio 2015, ha apprezzato i recenti ulteriori problemi di salute dell'assicurato, allineandosi sostanzialmente a quanto attestato dalla dr.ssa S._____ nel formulario E213 del 3 giugno 2015, in particolare, per quel che concerne una capacità lavorativa residua parziale in attività adeguate. Il medico ha difatti precisato che, nonostante l'attività specifica di portinaio presso il H._____ sarebbe in teoria stata esigibile durante tutto l'anno con una percentuale dell'80%, conveniva nondimeno - alla luce anche dei recenti sviluppi nella situazione valetudinaria - mantenere un'incapacità lavorativa del 50% in attività adeguate (doc. 201).

E. 11.3.7

L'esigibilità dal punto di vista medico del lavoro di portinaio presso la H._____ SpA è del resto confermata dal fatto che a partire dal 1° maggio 2015, dunque posteriormente all'ospedalizzazione del 4 febbraio 2015 (doc. 179), il ricorrente ha regolarmente ripreso il lavoro stagionale svolto negli anni precedenti (doc. 217).

E. 11.4

Questo Tribunale non ha motivo di scostarsi dalle valutazioni motivate e concludenti della dr.ssa O._____, concordanti con quanto ritenuto dai periti che hanno compilato i formulari E213 del 20 settembre 2013 (doc. 143) e del 3 giugno 2015 (doc. 199), dove anch'essi avevano considerato peggiorate le condizioni dell'assicurato, ma che quest'ultimo era nondimeno in grado di svolgere regolarmente lavori leggeri, essendo abile a svolgere a tempo parziale un lavoro adeguato alle sue condizioni (si confronti considerando 1.3.6).

E. 11.5

I documenti trasmessi in sede ricorsuale, in particolare il certificato medico del dr. I._____ del 7 agosto 2015 (doc. TAF 1) ed il rapporto di ospedalizzazione del 24 settembre 2015 (doc. TAF 1 e doc. 239) sono stati sottoposti alla dr.ssa O._____ del 27 aprile 2016, la quale ha ritenuto che essi confermavano in sostanza le affezioni già conosciute e, tra l'altro, neppure si esprimevano in merito ai limiti funzionali e ad un eventuale peggioramento della capacità lavorativa del ricorrente. Di conseguenza, non apportando nuovi elementi, essi non erano suscettibili di rendere verosimile un peggioramento significativo di tale aspetto prima dell'adozione della decisione impugnata.

E. 11.6

In conclusione, risulta quindi provato con il grado della verosimiglianza preponderante valido nelle assicurazioni sociali che, dal punto di vista prettamente medico, a partire dal 7 aprile 2012 e perlomeno fino alla data in cui è stata emessa la decisione impugnata, lo stato di salute permetteva al ricorrente di svolgere l'attività di portinaio/guardiano svolto in posizione prevalentemente seduta presso la H. _____ SpA durante l'intero arco dell'anno con un grado di capacità lavorativa dell'80%, mentre in altre attività adeguate è stata confermata la capacità lavorativa attestata nelle precedenti procedure di revisione e meglio pari al 50%.

E. 12.1

Dal 19 al 24 settembre 2015 il ricorrente è stato nuovamente ospedalizzato per un'iperpotassemia da insufficienza renale acuta iatrogena con bradicardia sinusale in soggetto con sindrome di bartter e cardiopatia ipertensiva (doc. 239 e doc. TAF 1). In seguito, con scritto del 12 luglio 2016, la patrocinatrice del ricorrente ha indicato che il suo assistito era in cura per Alzheimer (doc. TAF 24; si confrontino a tal proposito anche i documenti allegati al doc. TAF 1 del 25 novembre 2014, dell'11 marzo 2015 e del 7 agosto 2015). Infine, nel maggio 2017 essa ha segnalato che il suo assistito era degente in ospedale a causa di un'emorragia cerebrale che gli aveva provocato uno stato di coma (doc. TAF 29).

E. 12.2

Al riguardo va rilevato che il peggioramento dello stato di salute intervenuto dopo la pronuncia della decisione impugnata del 14 settembre 2015, rilevabile dagli scritti del 12 luglio 2016 (doc. TAF 24) e del 5 maggio 2017 (doc. TAF 29), dovrà essere oggetto di ulteriori accertamenti da parte dell'amministrazione. Attestando i documenti in questione dei fatti verificatisi dopo l'adozione della decisione litigiosa, essi non sono difatti suscettibili di influire sull'apprezzamento della stessa da parte di questo Tribunale.

E. 12.3

Su questo punto l'incarto va pertanto trasmesso per competenza all'UAIE affinché esamini se sono dati i presupposti per procedere alla revisione della rendita alla luce delle affezioni summenzionate di natura nefrologica, cardiaca, neurologica e dell'emorragia cerebrale.

E. 13.1

Occorre ancora infine esaminare se l'UAIE ha stabilito correttamente il grado di invalidità.

E. 13.1.1

L'invalidità è determinata stabilendo il rapporto fra il reddito del lavoro che l'assicurato conseguirebbe dopo la manifestazione dell'invalidità e dopo l'esecuzione di eventuali provvedimenti di integrazione nell'esercizio di un'attività ragionevolmente esigibile da lui in condizioni normali del mercato del lavoro e il reddito che potrebbe conseguire se non fosse diventato invalido (art. 16 LPGGA).

E. 13.1.2

Secondo l'art. 25 cpv. 1 OAI sono considerati redditi ai sensi dell'art. 16 LPGGA i redditi annui presumibili sui quali sarebbero riscossi i contributi disposti dalla LAVS.

E. 13.1.3

In caso di revisione della rendita, il momento determinante per il raffronto dei redditi, è quello in cui si realizzano i fatti che potrebbero giustificare una modifica del grado di invalidità. Pertanto i redditi con e senza invalidità devono essere determinati sulla base dei dati validi per lo stesso anno (sentenza del TF I 471/05 del 11 maggio 2006 consid. 3.2) tenendo conto delle eventuali modifiche intervenute, suscettibili di influire sul diritto alla rendita fino all'emissione della decisione dell'autorità competente (DRF 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. 13.1.4

La comparazione dei redditi determinanti per valutare il grado di invalidità di un assicurato residente all'estero, deve inoltre essere eseguita sul medesimo mercato del lavoro, posto che la disparità della remunerazione e del costo della vita da un paese all'altro non permette di procedere a una comparazione oggettiva dei redditi in questione (ATF 110 V 273 consid. 4b; sentenza del TAF C-1509/2013 del 7 gennaio 2015, consid. 14.3).

E. 13.2.1

Nella fattispecie, per determinare il reddito da valido, l'amministrazione ha fatto ricorso alle statistiche dell'Organizzazione internazionale del lavoro e più precisamente ai dati relativi all'Italia desumibili dall'inchiesta "Salaires et durée du travail par profession et prix de détail de produits alimentaires. Statistiques de l'Enquête d'octobre du BIT", Ginevra 2009 (qui di seguito anche "statistiche BIT"), da cui si evince che un intonacatore nel 2008 percepiva uno stipendio orario di EUR 10.59 con un carico lavorativo di 40 ore settimanali (cifra 89, Italia, della statistica "Salaires et durée du travail par profession, octobre 2007 et 2008"), che corrisponde ad un salario mensile di EUR 1'835.60 (EUR 10.59 x 40 x 52 / 12).

E. 13.2.2

Il reddito da invalido è invece stato ottenuto dividendo per dodici il reddito lordo annuale che avrebbe percepito il ricorrente lavorando a tempo pieno come portinaio/guardiano presso il suo ultimo datore di lavoro in Italia, tenendo conto di un'esigibilità medica dell'80%.

E. 13.2.3

Dopo aver indicizzato i redditi al 2014 l'autorità inferiore ha concluso per un'invalidità del 39%.

E. 13.3

In primo luogo giova ricordare che per determinare il reddito ipotetico conseguibile dalla persona assicurata senza il danno alla salute (reddito da valido), va di regola, considerato l'ultimo reddito conseguito dalla persona assicurata prima dell'insorgenza 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 ricorrendo ai dati statistici di cui all'ISS (DTF 134 V 322 consid. 4.1 pag. 325; 129 V 222 consid. 4.3.1 pag. 224 con riferimenti).

E. 13.4.1

Il reddito da invalido è determinato di principio sulla base della situazione professionale concreta dell'interessato, a condizione però che siano adempiuti cumulativamente i seguenti presupposti: (i) il rapporto lavorativo sia particolarmente stabile, (ii) vi sia un impiego

completo e ragionevole della residua capacità lavorativa e (iii) un reddito adeguato derivante dall'attività, rispettivamente l'assenza di un salario sociale ("Soziallohn", DTF 126 V 76 consid. 3b/aa e riferimenti; sentenza del TF 9C_125/2009 del 19 marzo 2010, consid. 4.3.1). Se invece non esiste un siffatto guadagno, in particolare perché l'assicurato non ha intrapreso un'attività lucrativa da lui esigibile, il reddito da invalido, va ricavato dai rilevamenti statistici ufficiali, editi dall'Ufficio federale di statistica (DTF 126 V 76 consid. 3b/bb; RCC 1991 pag. 332 consid. 3c, 1989 pag. 485 consid. 3b).

E. 13.4.2

Come detto l'amministrazione si è fondata sulla situazione professionale concreta dall'interessato, computando tuttavia non il reddito effettivamente percepito, bensì il reddito che avrebbe percepito se avesse lavorato durante tutto l'anno all'80%. Tale procedere non è conforme alla giurisprudenza federale. In primo luogo va rilevato che nella fattispecie, il datore di lavoro era in grado di offrire un'occupazione al 100% unicamente nei mesi estivi (all'incirca per sei mesi). Pertanto, risulta evidente che l'assicurato, svolgendo l'attività stagionale in questione, non sfruttava appieno la capacità di lavoro residua, pari all'80% durante tutto l'anno. Per di più, il datore di lavoro, una struttura alberghiera a (...), era verosimilmente oggettivamente impossibilitato ad aumentare la durata dell'impiego dell'assicurato in ragione dell'attività stagionale, motivo per cui non è conforme alla giurisprudenza del Tribunale federale proiettare il salario mensile su di un intero anno, seppur all'80%. Il Tribunale federale ha già avuto modo di stabilire che, se il datore di lavoro non può offrire una percentuale superiore a quella attribuita alla persona interessata e questa non sfrutta appieno la sua capacità lavorativa - come nel caso di specie - il reddito non può essere adeguato in tal senso (sentenza del TF 8C_7/2014 del 10 luglio 2014, consid. 7.2). La questione può tuttavia restare indecisa alla luce di quanto esposto al considerando seguente.

E. 13.4.3

A proposito del requisito di un rapporto di lavoro particolarmente stabile va inoltre puntualizzato che dalla documentazione agli atti risulta che sia l'inizio che la fine dell'attività stagionale risultavano variabili e che il rapporto di lavoro poggiava, di regola, su contratti a termine di breve durata prorogati di volta in volta a dipendenza delle necessità del datore di lavoro (cfr. doc. 108). Ogni primavera l'interessato doveva contattare la struttura alberghiera per informarsi circa la possibilità di riprendere l'attività, in quale data e con secondo quali modalità (cfr. doc. 119). In simili circostanze non è giustificato ritenere che l'insorgente beneficiasse di un rapporto lavorativo particolarmente stabile nella struttura in esame.

E. 13.5

Alla luce di quanto esposto discende che il reddito da invalido non può essere determinato sulla base di quanto l'assicurato avrebbe potuto percepire presso il H._____ se avesse lavorato durante tutto l'anno all'80%, motivo per cui va tenuto conto della capacità lavorativa attestata nelle precedenti procedure di revisione e confermata a più riprese dalla dr. O._____ e meglio pari al 50% in attività adeguate (consid. 11.3.6). La percentuale dell'80% si riferisce, come detto, solo all'attività di portinaio svolta prevalentemente in posizione seduta (un cosiddetto "Glücksfall", Ueli Kieser, ATSG Kommentar, 2015, Art. 16 N. 52).

E. 13.6

In simili circostanze la situazione non è in concreto mutata rispetto all'ultima conferma del diritto alla rendita dell'8 marzo 2010: né dal punto di vista dello stato di salute, né per quel che concerne le conseguenze dello stesso sulla capacità lavorativa e pertanto neppure del grado di invalidità. Ne consegue che i presupposti per una revisione della rendita non erano dati, che il diritto alla mezza rendita di invalidità non poteva essere soppresso con effetto dal 1° maggio 2012 e che lo stesso va ripristinato. Il ricorso va pertanto accolto.

E. 14.1

Visto l'esito della procedura non vengono prelevate spese processuali (art. 63 PA).

E. 14.2

Ritenuto che l'insorgente è rappresentato in questa sede da un legale si giustifica altresì l'attribuzione di un'indennità a titolo di spese ripetibili (art. 64 PA in combinazione con gli 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]). In assenza di una nota dettagliata, tenuto conto del lavoro effettivo ed utile svolto dal patrocinatore del ricorrente, il collegio giudicante determina d'ufficio (art. 14 cpv. 2 TS-TAF) un'indennità per ripetibili di CHF 2'500.- (sentenza del TAF C-2115/2013 del 13 agosto 2014). L'indennità è posta a carico dell'UAIE. (dispositivo alla pagina seguente)

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