

BVGer C-8033/2010 vom 5. März 2012

Bundesverwaltungsgericht, 2012-03-05, IT

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bvger_C-8033_2010

FR: TAF C-8033/2010 du 5 mars 2012

IT: TAF C-8033/2010 del 5 marzo 2012

Regeste

Revisione della rendita

Erwägungen

E. 1.1

In virtù dell'art. 31 della legge sul Tribunale amministrativo federale del 17 giugno 2005 (LTAF, RS 173.32), questo tribunale giudica i ricorsi contro le decisioni ai sensi dell'art. 5 della legge federale sulla procedura amministrativa del 20 dicembre 1968 (PA, RS 172.021), emanate dalle autorità menzionate all'art. 33 LTAF, riservate le eccezioni di cui all'art. 32 LTAF. In particolare, le decisioni rese dall'UAIE concernenti l'assicurazione per l'invalidità possono essere portate davanti al Tribunale amministrativo federale conformemente all'art. 69 cpv. 1 lett. b della legge federale sull'assicurazione per l'invalidità del 19 giugno 1959 (LAI, RS 831.20). In concreto, la decisione impugnata è stata emessa dall'UAIE conformemente all'art. 40 cpv. 2 dell'ordinanza sull'assicurazione per l'invalidità del 17 gennaio 1961 (OAI, RS 831.201), relativo alla notificazione delle decisioni ai frontalieri. Di conseguenza, questo Tribunale è competente a giudicare il presente ricorso.

E. 1.2

Secondo l'art. 3 lett. dbis PA, la procedura in materia di assicurazioni sociali non è disciplinata dalla PA, nella misura in cui è applicabile la legge federale del 6 ottobre 2000 sulla parte generale del diritto delle assicurazioni sociali (LPGA, RS 830.1). In conformità con l'art. 2 LPGA, le disposizioni della presente legge sono applicabili alle assicurazioni sociali disciplinate dalla legislazione federale, se e per quanto le singole leggi sulle assicurazioni sociali lo prevedano. Giusta l'art. 1 cpv. 1 LAI, le disposizioni della LPGA sono applicabili all'assicurazione per l'invalidità (art. 1a-26bis e 28-70), sempreché la LAI non deroghi alla LPGA.

E. 1.3

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

E. 1.4

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

e visto che l'anticipo di Fr. 400.-, relativo alle spese processuali, è stato versato nel termine impartito.

E. 2.1

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

E. 2.2

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

E. 2.3

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

E. 2.4

Per costante giurisprudenza, l'ottenimento di una pensione straniera d'invalidità non pregiudica l'apprezzamento di un'invalidità secondo il diritto svizzero (v. sentenza del Tribunale federale I 435/02 del 4 febbraio 2003 consid. 2). Anche in seguito all'entrata in vigore dell'ALC, il grado d'invalidità di un assicurato che pretende una rendita dell'assicurazione svizzera è determinato esclusivamente secondo il diritto svizzero (DTF 130 V 253 consid. 2.4).

E. 3

Relativamente al diritto applicabile, deve essere ancora precisato che la presente procedura è retta dalla LAI nel suo tenore modificato il 6 ottobre 2006 (5a revisione) ed in vigore dal 1° gennaio 2008, considerato tuttavia il principio secondo il quale le norme applicabili sono quelle in vigore al momento in cui dei fatti giuridicamente rilevanti si sono verificati (DTF 130 V 445 consid. 1.2 e 1.2.1). Deve essere ancora precisato che non sono invece

applicabili le norme della 6a revisione della LAI (primo pacchetto di misure), in vigore dal 1° gennaio 2012 (RU 2011 5659; FF 2010 1603).

E. 4.1

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

E. 4.2

Secondo l'art. 28 cpv. 2 LAI, l'assicurato ha diritto ad una rendita intera se è invalido per almeno il 70%, a tre quarti di rendita se è invalido per almeno il 60%, ad una mezza rendita se è invalido per almeno la metà e ad un quarto di rendita se è invalido per almeno il 40%. In seguito all'entrata in vigore dell'ALC, la limitazione prevista dall'art. 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 svizzero o dell'Unione europea e vi risiede. Conformemente all'art. 28 cpv. 1 LAI, l'assicurato ha diritto ad una rendita alle seguenti condizioni: (a) la sua capacità di guadagno o la sua capacità di svolgere le mansioni consuete non può essere ristabilita, mantenuta o migliorata mediante provvedimenti d'integrazione ragionevolmente esigibili; (b) ha avuto un'incapacità di lavoro (art. 6 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. 4.3

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

E. 5

Il ricorrente contesta la validità materiale della decisione di revisione dell'UAIE, chiedendo che gli sia riconosciuto il diritto ad una rendita intera d'invalidità anche dopo il 30 novembre 2010.

E. 6.1

Secondo 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. 6.2

Conformemente all'art. 87 cpv. 2 OAI, la revisione avviene d'ufficio quando, in previsione di una possibile modifica importante del grado d'invalidità, è stato stabilito un termine nel

momento dell'erogazione della rendita o allorché si conoscono fatti o si ordinano provvedimenti che possono provocare una notevole modifica del grado d'invalidità.

E. 6.3

Se la capacità al guadagno dell'assicurato migliora, v'è motivo di ammettere che il cambiamento determinante sopprime, all'occorrenza, tutto o parte 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 (art. 88a cpv. 1 OAI). Se la capacità al guadagno o la capacità di svolgere mansioni consuete peggiora, occorre tenere conto del cambiamento determinante il diritto a prestazioni non appena esso perdura da tre mesi senza interruzione notevole (art. 88a cpv. 2 OAI). L'aumento della rendita avviene al più presto, se l'assicurato ha chiesto la revisione, a partire dal mese in cui la domanda è stata inoltrata, mentre se la revisione ha luogo d'ufficio, a partire dal mese in cui è stata prevista (art. 88bis cpv. 1 lett. a e b). La riduzione o la soppressione della rendita è messa in atto, il più presto, il primo giorno del secondo mese che segue la notifica della decisione (art. 88bis cpv. 2 lett. a).

E. 6.4

La costante 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 sue conseguenze sulla capacità di guadagno hanno subito un cambiamento importante (DTF 113 V 275 consid. 1a). Va ancora rilevato che la semplice valutazione diversa di circostanze di fatto che sono rimaste sostanzialmente invariate non giustifica una revisione ai sensi dell'art. 17 cpv. 1 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 deve giustificare un riesame senza condizioni 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, pag. 15).

E. 7

Al fine di giudicare se sussistono indizi sufficienti per ritenere verosimile una modifica rilevante del grado d'invalidità, si deve considerare il periodo tra la decisione iniziale e quella che pronuncia la revisione. Decisioni intercalari sono pertinenti unicamente se sono state emesse sulla base di una nuova valutazione materiale del grado d'invalidità, ossia dopo delucidazione dei fatti, apprezzamento delle prove e esecuzione del raffronto dei redditi (DTF 133 V 108). In concreto, la decisione iniziale è stata pronunciata il 16 ottobre 2008, mentre la decisione di revisione qui impugnata è stata emanata il 15 ottobre 2010, per cui, seguendo la giurisprudenza, il periodo di riferimento per giudicare se verosimilmente è intervenuta una modifica rilevante del grado d'invalidità, tale da giustificare la riduzione della rendita, come disposto dall'UAIE, è quello tra il 16 ottobre 2008 ed il 15 ottobre 2010.

E. 8.1

Come già anticipato al consid. 3, il giudice delle assicurazioni sociali analizza la legalità della decisione impugnata, in generale, secondo lo stato di fatto esistente al momento in cui essa è stata resa (DTF 130 V 445 consid. 1.2 e 1.2.1). Egli deve esaminare in maniera obiettiva tutti i mezzi di prova, indipendentemente dalla loro provenienza, e poi decidere se i documenti messi a disposizione permettono di giungere ad un giudizio attendibile sulle

pretese giuridiche litigiose (DTF 125 V 352 consid. 3a). Perché un rapporto medico abbia valore probatorio è determinante che esso valuti ed esamini in maniera completa i punti litigiosi, si fondi su degli esami approfonditi, prenda conto di tutte le affezioni di cui si lamenta l'assicurato, sia stabilito in piena conoscenza dei suoi antecedenti (anamnesi) e sia chiaro nell'esposizione delle correlazioni mediche o nell'apprezzamento della situazione medica; le conclusioni dell'esperto devono inoltre essere motivate (DTF 125 V 352, 122 V 160). Per quel che riguarda i rapporti concernenti il medico curante, secondo la generale esperienza della vita, il giudice deve tenere conto del fatto che, alla luce del rapporto di fiducia esistente con il paziente, il medico curante attesterà, in caso di dubbio, in favore del suo paziente (DTF 125 V 353; VSI 2001 p. 109).

E. 8.2

È importante rilevare che una perizia richiesta dall'amministrazione non può essere scartata adducendo che si tratta di un referto di parte (DTF 136 V 376 consid. 4; v. anche sentenza del Tribunale federale 9C_189/2011 dell'8 luglio 2011 consid. 3.2). Infatti, la legge attribuisce all'amministrazione il compito di istruire le domande di rendita, procurandosi gli atti necessari, in particolare circa lo stato di salute, l'attività, la capacità di lavoro e l'idoneità all'integrazione dei richiedenti. A tale scopo possono essere domandati rapporti e informazioni, ordinate perizie, eseguiti sopralluoghi e consultati specialisti dell'aiuto pubblico o privato agli invalidi (art. 69 cpv. 2 OAI). Determinante è la circostanza che la perizia rispetti tutti i principi concernenti la valutazione medica dell'invalidità, così come esposti al consid. 8.1. A questo proposito, elemento decisivo dal profilo probatorio non è in linea di principio l'origine del mezzo di prova né la designazione del materiale probatorio quale rapporto o perizia, bensì il suo contenuto (DTF 125 V 352 consid. 3a; 122 V 160 consid. 1c).

E. 8.3

In una recente giurisprudenza, il Tribunale federale ha tra l'altro precisato che quando, in opposizione ad un accertamento di un servizio medico specifico dell'AI, viene presentata una perizia che contraddice in modo scientifico ed esauriente quanto espresso dalla precedente indagine sia in ambito diagnostico che nelle conclusioni, ed il giudice non è in grado di decidere quali fra le due può essere condivisa, è lecito far allestire una perizia giudiziaria indipendente e conclusiva (DTF 137 V 210 consid. 4.4.1.4). Ancora più recentemente, il Tribunale federale ha però specificato che l'esigenza di eseguire una perizia giudiziaria indipendente, con le relative garanzie procedurali costituzionali, benché riguardi di principio anche i casi già pendenti al momento della pubblicazione della menzionata decisione, sarebbe sproporzionata se dovesse implicare che le perizie messe in opera secondo la vecchia prassi, ma munite di forza probatoria convincente, non fossero considerate (sentenza del Tribunale federale 8C_360/2011, del 13 febbraio 2010).

E. 9

La nozione d'invalidità di cui all'art. 4 cpv. 1 LAI e 8 cpv. 1 LPGA è di carattere giuridico economico, non medico (DTF 116 V 249 consid. 1b). In base all'art. 16 LPGA, applicabile per il rinvio dell'art. 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, tenuto conto di una situazione equilibrata del mercato del lavoro, è confrontato con il reddito che egli avrebbe potuto ottenere se non fosse diventato invalido. In altri termini, l'assicurazione svizzera per

l'invalidità risarcisce soltanto la perdita economica che deriva da un danno alla salute fisica o psichica dovuto a malattia o infortunio, non la malattia o la conseguente incapacità lavorativa. In carenza di documentazione economica affidabile, come nella fattispecie, visto che il ricorrente non ha più esercitato alcuna attività lucrativa da fine 2006, la documentazione medica costituisce un importante elemento di giudizio per determinare quali lavori siano ancora esigibili dall'assicurato, ma non spetta al medico graduare il tasso d'invalidità dell'assicurato (DTF 114 V 314, 105 V 158). Infatti, per costante giurisprudenza, le certificazioni mediche possono costituire importanti elementi d'apprezzamento del danno invalidante, allorché permettono di valutare l'incapacità lavorativa e di guadagno dell'interessato in un'attività da lui ragionevolmente esigibile (DTF 115 V 134 consid. 2, 114 V 314 consid. 3c).

E. 10

Dalla documentazione medica all'incarto e, in particolare, dalla perizia pluridisciplinare della dott.ssa C._____e del dott. D._____, medici del SAM, del 21 dicembre 2009 (doc. 41/1 a 16), e dal rapporto del dott. B._____, medico dell'UAI-TI, del 23 dicembre 2009 (doc. 42), si evince la diagnosi, con influenza sulla capacità lavorativa, d'insufficienza renale cronica di terzo stadio, di tremore fine invalidante d'origine medicamentosa, di sindrome astenica ed intolleranza allo sforzo di probabile origine multifattoriale, di cancerofobia nell'ambito di una terapia immunodepressiva cronica, di disestesie e parestesie intermittenti alla mano sinistra non meglio caratterizzabili e di una sindrome vertiginosa periferica con episodi di breve durata ad insorgenza improvvisa su rotazione del capo, come pure la diagnosi, senza influenza sulla capacità lavorativa, d'ipertensione arteriosa renoparenchimatosa ben controllata grazie alla terapia medicamentosa, di sindrome ansioso-depressiva e di sovrappeso. Questa diagnosi è univoca agli atti e non contestata dal ricorrente, dimodoché il collegio giudicante non può che aderirvi.

E. 11.1

Per quanto attiene alle ripercussioni delle affezioni diagnosticate, la dott.ssa C._____e il dott. D._____hanno stabilito una capacità lavorativa medico-teorica globale, dal profilo fisico e psichico, intesa come riduzione del rendimento sull'arco di un'intera giornata, del 40% nell'attività di manovale edile e del 50% in attività confacenti leggere, prevedenti la possibilità di effettuare pause regolari, senza lavori fini, di precisione o con rischio di caduta, e ciò da inizio 2009, specificando che l'incapacità lavorativa psichiatrica del 20% per qualsiasi attività, così come formulata dal dott. F._____, non deve essere sommata alle due altre incapacità "in quanto tutte le patologie che causano una limitazione della capacità lavorativa comportano sempre una riduzione del rendimento" (perizia, pag. 15). I periti del SAM hanno in particolare sottolineato che l'evoluzione post-trapianto del rene destro risulta favorevole, senza episodi di rigetto e manifestazioni infettive acute opportunistiche, anche se la funzione dello stesso, caratterizzata da un'insufficienza residua di terzo stadio imputabile ad un processo arteriosclerotico avanzato già presente nel donatore, non è ottimale, la triterapia immunosoppressiva stabilizzandola comunque a livelli accettabili senza importanti complicazioni metaboliche o ematologiche. Gli specialisti hanno inoltre precisato che la detta triterapia ingenera una sindrome astenica con intolleranza allo sforzo ed un tremore fine persistente, verosimilmente dovuto all'inibitore della calcineurina, i quali risultano essere limitanti per il fatto che implicano la necessità di riposarsi spesso e l'impossibilità di eseguire lavori fini, ad esempio stringere una vite con un cacciavite, come limitanti sono pure la sindrome vertiginosa parossistica per i rischi di

caduta e la cancerofobia legata alla triterapia immunosoppressiva, con paura di esporsi al sole per il rischio di contrarre un tumore alla pelle (v. perizia, pagg. 14 e 15).

E. 11.2

Dal canto suo, il dott. B._____ ha confermato questa valutazione a due riprese, in un primo tempo con rapporto del 23 dicembre 2009, ribadendo l'inizio della capacità lavorativa del 50% a decorrere da gennaio 2009, e in un secondo tempo mediante breve annotazione del 20 settembre 2010 (doc. 59), dopo avere preso conoscenza del rapporto stilato dal medico curante del ricorrente il 31 agosto 2010. Nell'ambito della presente procedura, in un'annotazione del 10 febbraio 2011, il dott. H._____, medico dell'UAI-TI, ha riaffermato l'apprezzamento del caso formulato dai periti del SAM e ripreso dal dott. B._____, rilevando che il referto nefrologico del 6 settembre 2010, prodotto dal ricorrente, non apporta nulla di nuovo rispetto al suo stato di salute.

E. 11.3

Visto quanto precede, il collegio giudicante non può che adottare le conclusioni dei periti del SAM e dei medici dell'UAI-TI, non confutate dalla documentazione medica esibita dal ricorrente, e constatare che quest'ultimo dispone di una capacità lavorativa medico-teorica globale, dal punto di vista fisico e psichico, intesa come riduzione del rendimento sull'arco di un'intera giornata, a partire da gennaio 2009, del 40% nell'attività di manovale edile e del 50% in attività confacenti leggere, prevedenti la possibilità di effettuare pause regolari, senza lavori fini, di precisione o con rischio di caduta.

E. 12.1

Come già esposto nel consid. 9, secondo l'art. 16 LPGA, 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 (reddito da invalido), è confrontato con il reddito che egli avrebbe potuto ottenere se non fosse diventato invalido (reddito da valido). Occorre ancora specificare che il salario da invalido, quale introito teorico, può essere ridotto per tenere conto di fattori personali dell'assicurato (DTF 126 V 75), come l'età o un handicap. Nell'ambito dell'applicazione di tale riduzione, l'amministrazione gode di un'ampia autonomia di giudizio che il giudice può rivedere solamente in casi particolari. Il giudice delle assicurazioni sociali non può, senza motivo pertinente, sostituire il proprio apprezzamento a quello dell'amministrazione. Se lo fa, deve motivare in modo appropriato che una diversa valutazione s'impone. Inoltre, la deduzione non va effettuata automaticamente, ma solo se nel singolo caso sussistono elementi che lascino presagire che la persona assicurata, a causa di una o più di queste circostanze, ben difficilmente riuscirà a sfruttare la sua capacità residua di lavoro (DTF 137 V 71 consid. 5.2).

E. 12.2

In concreto, il 4 gennaio e il 12 maggio 2010 (doc. 43 e 46), l'UAI-TI ha calcolato un salario da valido di Fr. 63'032.- per il 2008, fondandosi sul valore orario di Fr. 25.55 fornito dall'ex datore di lavoro, debitamente indicizzato, ossia Fr. 64'293.-, ed un salario da invalido di Fr. 61'244.25, sulla base delle tabelle RSS dell'UFS, ridotto del 7% in funzione delle circostanze personali del ricorrente e considerato nella misura del 50% (riduzione del rendimento), ossia Fr. 28'478.58. In questo modo l'UAI-TI ha ricavato una perdita di guadagno del 55.71%, corrispondente ad un grado d'invalidità del 56%, il quale dà diritto ad

una mezza rendita d'invalidità svizzera. Ciò detto, fermo restando che nulla cambia rispetto all'esito della causa, l'UAI-TI avrebbe dovuto indicizzare i salari da valido e da invalido non al 2008, ma al 2010, nella misura in cui la rendita d'invalidità è stata ridotta a partire dal 1° dicembre 2010. Fatta questa puntualizzazione, il calcolo eseguito dall'UAI-TI, che del resto non è stato contestato dal ricorrente, deve essere approvato in questa sede.

E. 13.1

È necessario a questo punto ricordare che, secondo la giurisprudenza costante del Tribunale federale ed un principio generale del diritto delle assicurazioni sociali, ogni ricorrente ha l'obbligo di ridurre il danno conseguente alla sua invalidità (DTF 130 V 97 consid. 3.2 e relativi riferimenti). In virtù di tale obbligo, l'assicurato deve intraprendere tutto quanto sia ragionevolmente esigibile per ovviare nel modo migliore possibile alle conseguenze della sua invalidità, segnatamente mettendo a profitto la sua residua capacità lavorativa se necessario in una nuova professione (sentenza del Tribunale federale I 543/03 del 27 agosto 2004; DTF 113 V 22 consid. 4a). Questa giurisprudenza conferma il principio che l'integrazione ha priorità sulla rendita, la cui assegnazione entra in linea di conto solo qualora non siano attuabili provvedimenti di integrazione. Un miglioramento della capacità di lavoro medicalmente attestato permette quindi di principio di ritenere che, nonostante la rendita sia stata concessa per un lungo periodo, la capacità di guadagno sia migliorata e di procedere ad un nuovo paragone dei redditi (in particolare, sentenza del Tribunale federale 9C_163/2009 del 10 settembre 2010). L'esame delle condizioni per un eventuale diritto a misure d'integrazione si effettua secondo gli stessi principi sia nell'ambito di una revisione della rendita sia nell'ambito di una domanda di rendita d'invalidità. Il Tribunale federale ha tuttavia ristretto l'applicazione di questa prassi ai casi in cui un assicurato ha beneficiato di una rendita per più di quindici anni o ha superato i cinquantacinque anni: l'amministrazione che intende procedere ad una revisione del diritto alla rendita deve esaminare preliminarmente l'opportunità di provvedimenti d'integrazione professionale (sentenza 9C_228/2010 del 26 aprile 2011).

E. 13.2

In concreto, benché non abbia percepito la rendita intera d'invalidità per più di quindici anni e non abbia ancora raggiunto l'età di cinquantacinque anni, è comunque pertinente rilevare che il ricorrente, malgrado abbia svolto quasi esclusivamente l'attività di manovale edile durante la sua carriera, non appare abbia bisogno di particolari misure d'integrazione professionale, visto il genere di occupazioni sostitutive esigibili, caratterizzate da mansioni semplici e ripetitive, presenti in misura relativamente ampia in vari settori del mercato del lavoro.

E. 14

Di conseguenza, in applicazione delle norme legali e della giurisprudenza sopraccitate, la decisione di revisione del 15 ottobre 2010, qui impugnata, deve essere confermata e il ricorso respinto.

E. 15

Secondo l'art. 63 cpv. 1 PA, le spese processuali sono di regola messe a carico della parte soccombente. In concreto, visto l'esito della procedura, le spese processuali di Fr. 400.- sono poste a carico del ricorrente e compensate con l'anticipo dello stesso ammontare, versato il 27 aprile 2011. In conformità con l'art. 64 cpv. 1 PA, l'autorità di ricorso, se ammette il ricorso in tutto o in parte, può assegnare al ricorrente una indennità per le spese

indispensabili e relativamente elevate che ha sopportato (spese ripetibili). Visto l'esito della procedura, non si assegnano al ricorrente indennità per spese ripetibili. Per quanto concerne l'UAIE, le autorità federali non hanno diritto ad un'indennità a titolo di ripetibili (art. 7 cpv. 3 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]).

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