

# **BVGer C-901/2013 vom 22. Dezember 2014**

Bundesverwaltungsgericht, 2014-12-22, IT

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bvger\\_C-901\\_2013](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bvger_C-901_2013)

FR: TAF C-901/2013 du 22 décembre 2014

IT: TAF C-901/2013 del 22 dicembre 2014

## **Regeste**

Revisione della rendita

## **Erwägungen**

### **E. 2**

Oggetto del contendere è la soppressione, con effetto dal 1° marzo 2013, della rendita intera di invalidità erogata a A. \_\_\_\_\_ dal 1° marzo 2009.

### **E. 3.1**

Il ricorrente è cittadino di uno Stato membro della Comunità europea, per cui è applicabile, di principio, l'Accordo sulla libera circolazione delle persone, del 21 giugno 1999, fra la Confederazione svizzera, da una parte, e la Comunità europea ed i suoi Stati membri, dall'altra, entrato in vigore il 1° giugno 2002 (ALC, RS 0142.112.681), in particolare il suo allegato II relativo al coordinamento dei sistemi di sicurezza sociale. Secondo l'art. 20 ALC, salvo disposizione contraria contenuta nell'allegato II, gli accordi bilaterali fra la Svizzera e gli Stati membri della Comunità europea in materia di sicurezza sociale sono sospesi con l'entrata in vigore dell'Accordo, qualora il medesimo campo sia disciplinato da quest'ultimo.

### **E. 3.2**

L'allegato II è stato modificato con effetto dal 1° aprile 2012 (Decisione 1/2012 del Comitato misto, del 31 marzo 2012; RU 2012 2345). Nella sua nuova versione esso prevede che le parti contraenti applicano tra di loro, nel campo del coordinamento dei sistemi di sicurezza sociale, gli atti giuridici riferiti nella sezione A dello stesso allegato, comprese eventuali loro modifiche o altre regole equivalenti ad essi (art. 1 ch. 1), assimila la Svizzera, a questo scopo, ad uno Stato membro dell'Unione europea (UE; art. 1 ch. 2), e stabilisce, ai fini dell'applicazione delle disposizioni dello stesso allegato, la necessità di tenere in debita considerazione gli atti giuridici dell'UE riferiti nella sezione B (art. 2 ch. 1) e di prendere atto di quelli menzionati alla sezione C (art. 2 ch. 2).

### **E. 3.3**

Gli atti giuridici riportati nella sezione A dell'allegato II sono, in particolare, il regolamento (CE) n. 883/2004 del Parlamento europeo e del Consiglio, del 29 aprile 2004 (RS 0.831.109.268.1), relativo al coordinamento dei sistemi di sicurezza sociale, con le relative modifiche, e il regolamento (CE) n. 987/2009 del Parlamento europeo e del Consiglio, del 16 settembre 2009 (RS 0.831.109.268.11), che stabilisce le modalità di applicazione del regolamento (CE) n. 883/2004, nonché il regolamento (CEE) n. 1408/71 del Consiglio, del 14 giugno 1971 (RU 2004 121, 2008 4219 4237, 2009 4831), relativo all'applicazione dei regimi di sicurezza sociale ai lavoratori subordinati, ai lavoratori autonomi e ai loro familiari che si spostano all'interno della Comunità, con le relative modifiche, e il

regolamento (CEE) n. 574/72 del Consiglio, del 21 marzo 1972 (RU 2005 3909, 2008 4273, 2009 621 4845), che stabilisce le modalità di applicazione del regolamento (CEE) n. 1408/71, con le relative modifiche, entrambi applicabili tra la Svizzera e gli Stati membri fino al 31 marzo 2012 e quando vi si fa riferimento nel regolamento (CE) n. 883/2004 o nel regolamento (CE) n. 987/2009 oppure quando si tratta di casi verificatisi in passato.

#### **E. 3.4**

Secondo l'art. 4 del regolamento (CE) n. 883/2004, salvo quanto diversamente previsto dallo stesso, le persone ad esso soggette godono delle medesime prestazioni e sottostanno agli stessi obblighi di cui alla legislazione di ciascuno Stato membro, alle stesse condizioni dei cittadini di tale Stato. Ciò detto, 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. 4.1**

Per la disamina del diritto a una rendita di invalidità occorre rifarsi alle regole generali del diritto intertemporale, secondo cui sono applicabili le disposizioni in vigore al momento della realizzazione dello stato di fatto che deve essere valutato giuridicamente o che produce conseguenze giuridiche (DTF 130 V 444 consid. 1 pag. 446 seg. con riferimento a DTF 130 V 329; sentenza del TF 9C\_1011/2010 del 15 dicembre 2011.).

#### **E. 4.2**

In concreto la rendita AI è stata soppressa con effetto dal 1° marzo 2013. Le disposizioni della 6a revisione della LAI (primo pacchetto di misure), in vigore dal 1° gennaio 2012 (RU 2011 5659; FF 2010 1603), sono quindi applicabili, come lo sono le disposizioni della LPGa, se e per quanto la LAI lo preveda (art. 2 LPGa).

#### **E. 5.1**

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. 5.2**

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 invalido per almeno il 40% (art. 28 cpv. 2 LAI). 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'UE e vi risiede.

#### **E. 5.3**

Il diritto alla rendita, secondo l'art. 28 cpv. 1 LAI stabilisce che l'assicurato ha diritto ad una rendita alle seguenti condizioni: (a) la sua capacità di guadagno o la sua capacità di svolgere le mansioni consuete non può essere ristabilita, mantenuta o migliorata mediante provvedimenti d'integrazione ragionevolmente esigibili; (b) ha avuto un'incapacità di lavoro

(art. 6 LPGA) almeno del 40% in media durante un anno senza notevole interruzione; e (c) al termine di questo anno è invalido almeno al 40%. Tuttavia, il diritto alla rendita nasce al più presto dopo sei mesi dalla data in cui l'assicurato ha rivendicato il diritto alle prestazioni conformemente all'articolo 29 cpv. 1 LPGA, ma al più presto a partire dal mese seguente il compimento dei 18 anni (art. 29 cpv. 1 LAI).

#### **E. 5.4**

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 obbiettivamente superabile (art. 7 cpv. 2 LPGA, nel suo nuovo tenore dal 1° gennaio 2008).

#### **E. 5.5**

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 (metodo generale del raffronto dei redditi; DTF 130 V 343 c. 3.4, 128 V 30; Pratique VSI 2000 pag. 84). La documentazione medica costituisce un importante elemento di giudizio per determinare quali lavori siano ancora ragionevolmente esigibili dall'assicurato, ma non spetta al medico graduare l'invalidità dell'assicurato (DTF 114 V 314).

#### **E. 6**

Nel caso in esame il ricorrente contesta la validità materiale della decisione dell'UAIE, chiedendo, in via principale, di poter continuare a beneficiare di una rendita intera, in via subordinata almeno il riconoscimento del diritto a tre quarti di rendita dalla data di soppressione del diritto e in via ancor più subordinata l'annullamento del provvedimento impugnato ed il rinvio degli atti all'Ufficio AI perché proceda a nuovi accertamenti sanitari. In materia medica l'insorgente contesta l'accertamento e la valutazione effettuati nella clinica ginevrina. In questo senso produce una relazione medica allestita il 2 aprile 2013 dal Prof. I. \_\_\_\_\_, specialista in medicina legale e delle assicurazioni di S. \_\_\_\_\_. L'esperto di parte, ricordate in particolare le lesioni all'anca destra ed alle spalle nonché la presenza di discopatie multiple, esclude che il paziente possa riprendere il lavoro di operaio edile e reputa come sia difficile che lo stesso trovi un altro lavoro pur sedentario e leggero e

chiede pertanto una diminuzione della sua capacità di lavoro del 70-80%. Produce due referti oggettivi: un referto di visita fisiatrice del 19 febbraio 2013 ed un referto TAC lombosacrale del 14 marzo 2013. Su questa base, rielaborando il calcolo della perdita di guadagno e chiedendo inoltre l'applicazione della riduzione massima (25%) del reddito da invalido, l'insorgente conclude per un pregiudizio economico del 65,18% (reddito privo d'invalidità di fr. 70'000.-, reddito con l'invalidità di fr. 24'375.- dopo le riduzioni). A suo dire infine questo grado d'invalidità potrebbe dar luogo anche ad una rendita intera AI in esito agli ulteriori accertamenti istruttori (doc. TAF 1 e 18).

#### **E. 7.1**

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. 7.2**

Conformemente all'art. 87 cpv. 2 lett. a e b OAI nel tenore in vigore dal 1° gennaio 2012 (RU 2011 5679), 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. 7.3**

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).

#### **E. 7.4**

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. 7.5**

Per costante giurisprudenza le rendite d'invalidità sono soggette a revisione non solo in caso di modifica rilevante dello stato di salute che ha un influsso sulla capacità di guadagno, ma anche quando lo stato di salute è rimasto invariato, se le sue conseguenze su tale capacità hanno subito un cambiamento importante (DTF 113 V 275 consid. 1a). Va ancora rilevato per contro che una valutazione divergente di circostanze di fatto 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). Detto istituto infatti non può 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, pag. 15). 8.1 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. Il punto di partenza per la valutazione di una modifica del grado di invalidità suscettivo di incidere notevolmente sul diritto alla prestazione costituisce in particolare, dal profilo temporale, l'ultima decisione cresciuta in giudicato che è stata oggetto di un esame materiale del diritto alla rendita dopo contestuale accertamento pertinente dei fatti, apprezzamento delle prove e confronto dei redditi (DTF 133 V 108, 114 consid. 5.4) 8.2 In concreto, la decisione iniziale con cui è stato riconosciuto il diritto alla rendita intera con effetto dal 1° marzo 2009, è stata pronunciata il 9 settembre 2009 e poggia su un esame materiale ai sensi della succitata giurisprudenza. La decisione di revisione è stata emessa il 29 gennaio 2013. Ne consegue che il periodo di riferimento per giudicare se è intervenuta verosimilmente una modifica rilevante del grado d'invalidità, tale da giustificare la soppressione della prestazione in corso, è quello tra il 9 settembre 2009 ed il 29 gennaio 2013. 9.1 Il giudice delle assicurazioni sociali fonda la sua decisione, salvo disposizioni di legge contrarie, su fatti che, senza essere stabiliti in modo irrefutabile, appaiono come i più verosimili, ossia che presentano un grado di verosimiglianza preponderante (DTF 126 V 353 consid. 5b e relativi riferimenti). 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). Per costante giurisprudenza le certificazioni mediche possono costituire importanti elementi d'apprezzamento del danno invalidante, allorché permettono di valutare l'incapacità lavorativa dell'interessato in un'attività da lui ragionevolmente esigibile (DTF 115 V 134 consid. 2, 114 V 314 consid. 3c). 9.2 In proposito va rilevato che una perizia richiesta dall'Ufficio AI (in casu a un servizio di accertamento peritale situato nel Cantone di Ginevra, la clinica H. \_\_\_\_\_) non può essere scartata adducendo che si tratta di un referto di parte (DTF 136 V 376 consid. 4, vedi anche sentenza del Tribunale federale 9C\_189/2011 dell'8 luglio 2011 consid. 3.2). Secondo il Tribunale federale la qualità formale di parte dell'organo esecutivo dell'assicurazione per l'invalidità nella procedura giudiziaria, rispettivamente la sua legittimazione a presentare ricorso in materia di diritto pubblico non consentono infatti di considerare come atti di parte le prove assunte dall'amministrazione nella precedente fase non contenziosa (DTF 136 V 376 consid. 4). 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 del servizio di accertamento medico rispetti tutti i principi concernenti la valutazione medica dell'invalidità. Infatti, per quanto concerne il valore probatorio d'un rapporto medico va in particolare accertato se il rapporto è completo per quanto riguarda i temi sollevati, se si riferisce ad esami approfonditi, se tiene conto delle censure del paziente, se è stato redatto con conoscenza della pregressa vicenda valetudinaria (anamnesi), se è chiaro nella presentazione del contesto medico e, infine, se le conclusioni a cui giunge sono fondate. Elemento determinante dal profilo probatorio non è in linea di principio l'origine del mezzo di prova né la designazione del materiale probatorio quale rapporto o di perizia, bensì il suo contenuto (DTF 125 V 352 consid. 3a; 122 V 160 consid. 1c). Va quindi

esaminato caso per caso tenuto conto delle circostanze concrete se è possibile o meno fondarsi su di una perizia eseguita in sede amministrativa (sentenza del Tribunale federale 9C\_189/2011 dell'8 luglio 2011 consid. 3.2). In una successiva 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). 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 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 n. 18 pag. 81 consid. 4.3).

### **E. 10.1**

Nel caso concreto dagli atti emerge che l'autorità amministrativa ha assegnato all'assicurato una rendita intera fondandosi sul rapporto del 17 marzo 2009 del SMR (consid. B) da cui traspariva che il richiedente presentava patologie con influenza invalidante, ossia: esiti di infarto inferiore sub-acuto, stenosi sub-totali in serie della coronaria destra, esiti di installazione di 4 stent in loco, coxartrosi destra (operata), conflitto sub-acromiale della spalla sinistra, rottura del tendine sovra spinato sinistro. L'indagine medica aveva ritenuto che l'assicurato non avrebbe più potuto continuare il suo precedente lavoro nel settore edile e neppure, al momento, attività di sostituzione più leggera (doc. 81 e seg.).

### **E. 10.2**

All'inizio della procedura di revisione, nel gennaio 2010, il SMR aveva ritenuto che, in base alla diagnosi immutata, ossia esiti di protesi totale dell'anca destra, artrosi dell'anca sinistra, artrosi della spalla sinistra trattata con sutura il 15 settembre 2008, conflitto sub-acromiale della spalla destra ed esiti di infarto miocardico del gennaio 2007, nonché, quale nuovo elemento diagnostico, uno stato dopo lesione del tendine sovra spinato destro suturato nel settembre e novembre 2008 (doc. 121), l'assicurato avrebbe potuto svolgere al cento per cento attività alternative da aprile 2010.

### **E. 10.3**

Al momento della revisione in esame i periti della clinica H.\_\_\_\_\_ hanno rilevato sostanzialmente la diagnosi di coxartrosi sinistra in fase iniziale, coxartrosi destra operata nel 2008, conflitto sub-acromiale a sinistra in esito a rottura del sovra spinato ed artrosi acromioclavicolare, conflitto sub-acromiale destro e rottura dei tendini sovra spinati e sottoscapolari, stato dopo epatite virale B, steatosi epatica, obesità, diabete controllato,

arteriopatia obliterante arti inferiori, sindrome delle apnee notturne, esiti di infarto miocardico inferiore sub-acute, ipoacusia bilaterale; fattori psicologici comportamentali associati a delle malattie o disturbi classificati altrove (ICD 10 F 54). Gli esperti incaricati hanno concluso che lo stato attuale era sovrapponibile a quanto accertato dal SMR nel settembre 2009 (recte: rapporto del 17 marzo 2009, cfr. consid. B), ossia che un'attività leggera (seduta, o alternata, senza porto di carichi) sarebbe stata esigibile in misura di 8 ore al giorno dopo la conclusione della fase di convalescenza per la spalla sinistra (doc. 174, pag. 127).

#### **E. 10.4**

Pendente causa di ricorso l'assicurato ha prodotto la relazione dettagliata datata 22 aprile 2013 del Prof. I.\_\_\_\_\_, specialista in medicina legale e delle assicurazioni, il quale ha preso posizione sugli accertamenti eseguiti presso la clinica H.\_\_\_\_\_. Dopo aver riassunto la storia clinica del paziente egli ha evidenziato come quest'ultimo soffre ancora di patologie debilitanti, che non hanno subito alcun miglioramento. L'esperto di parte ha rilevato le patologie riscontrate dai medici della clinica H.\_\_\_\_\_ e prodotto i risultati di una visita fisiatrica del 19 febbraio 2013 come pure un referto di tomografia assiale computerizzata del tratto lombosacrale del 15 marzo 2013.

#### **E. 10.5**

In merito alle conseguenze invalidanti delle menzionate affezioni, i pareri sono divergenti. Da una parte i periti della clinica ginevrina ritengono che la situazione valetudinaria dell'assicurato sia sovrapponibile a quella esistente nel settembre 2009, mentre il Prof. I.\_\_\_\_\_ considera un'incapacità di lavoro generale del 70-80%.

#### **E. 11.1**

Può essere dapprima osservato come la perizia del Prof. I.\_\_\_\_\_ non rispecchi quei principi di completezza e approfondimento così come è richiesto dalla prassi dell'AI, confortata dalla giurisprudenza e dalla dottrina di cui si è parlato al consid. 9. Tale referto rimane pur sempre in limiti descrittivi generali e non approfondisce il tema della revisione. L'esperto di parte non fa che esprimere un altro parere sulla situazione valetudinaria attuale dell'assicurato e non svolge un esame comparativo fra la situazione presente nel 2008/2009 e quella attuale.

#### **E. 11.2**

I medici incaricati di eseguire la perizia pluridisciplinare hanno sottolineato come l'incapacità di lavoro del peritendo è migliorata. Nella loro perizia essi esaminano il motivo per cui la rendita intera è stata assegnata e, prendendo ogni singola diagnosi attuale, ed anche le voci diagnostiche (lunga serie) evocate dal Dott. E.\_\_\_\_\_ (autore del rapporto esibito in sede di audizione, doc. 162), eseguono un esame comparativo. Il cospicuo rapporto peritale (168 pagine) si diffonde inoltre in considerazioni mediche (definizione dottrinale di ogni singola patologia), descrizioni particolareggiate e consigli di cura. 11.3.1 Precedentemente all'assegnazione della rendita intera (1° marzo 2009) le prestazioni assicurative erano state denegate (il 16 maggio 2008, doc. 55, 58) per il solo fatto cardiaco del gennaio 2007 e problemi di coxartrosi a destra, nonché un conflitto sub-acromiale alla spalla sinistra, patologie che pur giustificando l'incapacità al lavoro nella sua precedente attività, non lo avevano limitato eccezion fatta durante cinque mesi dopo l'infarto, nell'ambito di un'attività leggera e/o sedentaria. In altre parole, l'autorità AI aveva riconosciuto ed accertato le patologie allora affliggenti l'assicurato, ma non le aveva ritenute

gravi a tal punto da giustificare l'impossibilità di esercitare un'attività adatta in misura completa (a questo proposito: cfr. rapporto medico della Dott.ssa B. \_\_\_\_\_ del SMR Friburgo del 6 maggio 2008 e rapporto finale dell'Ufficio AI cantonale del 15 maggio 2008, doc. 53, 55). Il calcolo comparativo dei redditi poneva in evidenza una perdita di guadagno del 12% (doc. 58).

11.3.2 Sono state le lesioni scapolari alle spalle (sia la sinistra che la destra) a motivare principalmente, se non esclusivamente, il riconoscimento (provvisorio) della rendita intera AI dal 1° marzo 2009. Quindi, alla lettura del rapporto della clinica H. \_\_\_\_\_ ed esaminando i vari documenti medici ad atti, si evince che la situazione valetudinaria del paziente ha cominciato a peggiorare nel marzo 2008 con l'operazione all'anca destra che ha comportato comunque un'incapacità lavorativa per almeno 5 mesi, pur essendo questo intervento non invalidante su di un periodo lungo ai sensi della LAI. Poi però la situazione alla spalla sinistra è risultata sempre più compromessa a tal punto che il paziente è stato sottoposto a sutura della cuffia dei rotatori (sinistra) il 15 settembre 2008 in presenza anche di un conflitto sub-acromiale alla spalla destra (cfr. doc. 87: rapporto SMR del 17 marzo 2009), poi operata nel novembre 2009. Può essere rilevato che sulla scorta dei nuovi eventi morbosi, l'AI di Friburgo (seduta del 16 marzo 2009, doc. 86) aveva previsto di "statuer sur le droit à la rente et révision rapprochée dans 6 mois", ossia si considerava che gli eventi in parola avessero una ripercussione debilitante (ai fini pensionistici) limitata nel tempo (cfr. anche doc. 100 delibera riconoscimento rendita intera del 16 giugno 2009, con revisione ravvicinata, cifra 1.7.2). Da qui (decisione del 9 settembre 2009, doc. 109), dopo il calcolo comparativo dei redditi, la decisione di attribuire una rendita intera AI da marzo 2009 (un anno dopo la definitiva assenza dal lavoro; cfr. doc. 92: attestato delle indennità giornaliere per incapacità di lavoro della cassa malati rilasciato il 24 marzo 2009).

11.3.3 Il 26 gennaio 2010 il SMR ha svolto una prima verifica dello stato di salute dell'assicurato. Il Servizio aveva preso atto di alcuni referti di un ortopedico (Dott. F. \_\_\_\_\_) secondo cui, oltre alla coxartrosi destra (anca operata nel marzo 2008), la rottura del tendine sovra spinato sinistro, anch'esso operato, l'interessato era stato sottoposto a sutura del sovra spinato destro il 9 novembre 2009. La revisione veniva pertanto rimandata ad aprile 2010 (doc. 121; cfr. anche doc. 116). Il 29 aprile il Dott. F. \_\_\_\_\_ definiva il paziente abile in un'attività leggera in posizione seduta per 8 ore al giorno con rendimento completo (doc. 129). Il giorno dopo l'interessato rimpatriava (doc. 126).

11.3.4 Ora, è sulla scorta di uno scarso referto ortopedico (doc. 126) e su valutazioni pro futuro precedenti che l'Ufficio AI ha deliberato la soppressione della rendita, in quanto il calcolo comparativo dei redditi faceva emergere un salario precedente l'invalidità nel 2010 di fr. 66'521.- a fronte di un reddito dopo l'invalidità di fr. 52'052,75 (già decurtato del 15% per fattori personali), con grado d'invalidità del 22%. In esito all'esercizio del diritto di audizione, ai documenti ivi esibiti (Dott.ri E. \_\_\_\_\_, D. \_\_\_\_\_ e C. \_\_\_\_\_) che facevano stato di altre patologie (pur non documentate) ed anche di una sindrome post-traumatica da stress (doc. 162), l'autorità, su consiglio della Dott.ssa B. \_\_\_\_\_ (doc. 165) ha disposto una visita pluridisciplinare.

#### **E. 11.4**

Gli specialisti della clinica H. \_\_\_\_\_ (doc. 174), durante le visite svoltesi nel giugno 2012 nelle discipline di reumatologia, medicina interna, cardiologia, psichiatria ed otorinolaringoiatria, hanno passato in rassegna le diverse affezioni di cui A. \_\_\_\_\_ è portatore. Della diagnosi si è detto sopra.

##### **E. 11.4.1**

L'affezione principalmente debilitante era quella alle spalle (cfr. perizia pag. 54 punto 1 in fine), ossia il conflitto suacromiale a sinistra in esito alla rottura del sovra spinato ed artrosi acromio-clavicolare così come un conflitto sub-acromiale destro e rottura dei tendini sovraspinati e sottoscapolari. Gli esperti hanno stimato che una remissione significativa dei segni clinici causanti sofferenza clavicolare e limitazione funzionale della spalla sinistra era intervenuta al più tardi il 15 gennaio 2009, ossia 4 mesi dopo l'intervento chirurgico del 15 settembre 2008; per la spalla destra una remissione significativa di tutta la sintomatologia è avvenuta al più tardi il 9 febbraio 2010 (recte: marzo 2010) quattro mesi dopo l'intervento del novembre 2009. Ora, senza entrare nel dettaglio dell'indagine ortopedica, il paziente è limitato solo ai movimenti al di sopra delle spalle, può portare pesi fino a 10 kg occasionalmente, più leggeri sovente; non può utilizzare mezzi meccanici vibranti (doc. 54-67). Quindi, l'ortopedico ha concluso che l'attività di muratore è esclusa, mentre in attività di sostituzione leggera, non necessariamente sedentaria, rispettosa dei limiti sopraddetti, vi è un netto miglioramento rispetto al passato caratterizzato dai due interventi (doc. 174 pag. 67). In altre parole, se i due interventi alle spalle hanno originato e giustificato il riconoscimento del diritto alla rendita intera, l'esito delle operazioni subite (dopo un ragionevole periodo di convalescenza e recupero) ha migliorato la situazione valetudinaria dell'assicurato.

#### **E. 11.4.2**

Una seconda affezione che interessava in modo limitante la capacità di lavoro dell'assicurato era la problematica alle anche, ossia la coxartrosi a sinistra in fase iniziale e la coxartrosi destra operata (protesi) nel marzo 2008. Il paziente ha subito un'incapacità di lavoro di un certo rilievo (debilitante) da marzo 2008 (operazione) per 5 mesi almeno. Tuttavia, l'intervento all'anca destra già al dire dei sanitari ortopedici e del SMR nel 2009 non ha comportato un'invalidità di lunga durata. La lesione degenerativa all'anca sinistra era ed è ancora in una fase iniziale non necessitante di intervento. Il paziente era ed è limitato nella marcia prolungata, nel porto di pesi superiori a 25 kg sempre, ma può portare pesi di 10 kg per un medio tragitto, non deve utilizzare scale a pioli, non deve utilizzare mezzi meccanici pesanti. Complessivamente, rispetto alla situazione presente nel marzo 2008, la situazione valetudinaria è migliorata, poiché gli esiti dell'operazione sono risultati positivi e la situazione sanitaria si è complessivamente consolidata. Il paziente non può più svolgere l'attività di muratore, mentre può esercitare attività leggere rispettose dei limiti sopra detti (doc.174 pag. 35-44).

#### **E. 11.4.3**

Il paziente soffre anche, da tempo (gennaio 2008 i primi riscontri), di una discopatia L5-S1 e di dorso lombalgie con spondilo artrosi (novità rispetto al passato) ed un'accennata osteoporosi (cfr. segnatamente il referto del Dott. C.\_\_\_\_\_ del 14 novembre 2011, doc. 141/B). Gli esami clinici e strumentali eseguiti alla clinica H.\_\_\_\_\_ non hanno evidenziato, né importanti limitazioni funzionali, né patologie degenerative gravi. Il test di Lasègue è negativo, l'indice di Schröber è normale. Questa patologia dorso lombare, allo stadio minimo, non ha mai causato, come non causa alcuna incapacità di lavoro (doc. 174, pag. 45-53).

#### **E. 11.4.4**

Le altre voci poste in diagnosi di natura internistica sono del tutto ininfluenti dal punto di vista dell'invalidità. I sanitari hanno potuto escludere la presenza di un'epatite B, sia

sottoforma cronica che, in base agli atti, dall'anamnesi del paziente. Gli esami oggettivi e strumentali effettuati escludono questa patologia peraltro evocata senza appoggi documentali, da un certificato medico presentato in sede di audizione (Dott. E.\_\_\_\_\_).

Non vi è nemmeno una conclamata steatosi epatica, pure accennata in un'ecografia addominale del 28 luglio 2011. Peraltro trattasi solo di una segnalazione medica di importanza minore e non invalidante (grasso attorno al fegato). La funzione epatica, in base agli esami ematochimici effettuati, è intatta, il processo digestivo è del tutto regolare. Il paziente presenta un'obesità di grado medio (BMI 32,19 kg/m<sup>2</sup>), priva di risvolti debilitanti. Il peritando lamenta inoltre una certa astenia anch'essa priva di conseguenze sulla capacità di lavoro. Il diabete II, conosciuto da tempo (perlomeno dal 2008), non provoca alcuna incapacità di lavoro e, in caso di bisogno, è regolato da ipoglicemizzanti orali. La patologia non provoca alcuna malattia tipicamente correlata. Così è di una sindrome delle apnee notturne semplicemente evocata dal Dott. E.\_\_\_\_\_ (doc. 141 A) e per la quale non sembra che l'interessato segua una particolare cura (con speciale apparecchio respiratorio notturno). Sussiste anche una leggera arteriopatia obliterante, esaminata con ecodoppler agli arti inferiori, soprattutto a destra, priva anch'essa di conseguenze debilitanti. Trattasi di un rilievo clinico utile a livello medico-diagnostico e terapeutico (doc. 174, pag. 76-90). Questa patologia dunque esiste e deve essere curata, ma non costituisce un impedimento nell'ambito di attività di sostituzione.

#### **E. 11.4.5**

Dal punto di vista cardiologico è noto l'infarto leggero del gennaio 2007. Già questo evento non ha causato, nel tempo, un'incapacità lavorativa di lunga durata. Attualmente il paziente conserva un sistema cardiocircolatorio nella norma. Gli esami effettuati non hanno posto in evidenza anomalie. Va comunque rilevato che in esito a questo evento, l'interessato continua ad assumere una terapia medicamentosa importante (doc. 174, pag. 91-97), ossia generalmente la regola dopo eventi infartuali.

#### **E. 11.4.6**

L'assicurato ha lamentato dei problemi di equilibrio (vertigini) ed una leggera ipoacusia (cfr. certificato del Dott. E.\_\_\_\_\_ del 9 novembre 2011). L'esame otorinolaringoiatrico effettuato da uno specialista ha tuttavia permesso di escludere qualsiasi forma morbosa, a parte una leggera ipoacusia priva di qualsiasi significato debilitante.

#### **E. 11.4.7**

Sulla base del certificato del Dott. D.\_\_\_\_\_ (neurologo) del 14 ottobre 2010 (doc. 141/C), ossia in sede di audizione, veniva rilevata un sindrome post-traumatica da stress. Ora, alla clinica H.\_\_\_\_\_ l'interessato è stato sottoposto a visita psichiatrica approfondita la quale ha evidenziato solo dei fattori psicologico o comportamentali associati a delle malattie o turbe classificati altrove (ICD-10-F54). Il peritando presenta segni di distacco sociale, inattività persistente, esagerazione delle doglianze relative alle patologie somatiche, apatia, ma scarsi segni di ansietà e non segni evidenti di un principio di depressione. Lo specialista della clinica H.\_\_\_\_\_, dopo ampia discussione della problematica esaminata, nega la diagnosi posta dal Dott. D.\_\_\_\_\_, in quanto non sussistono elementi oggettivi nel vissuto del paziente che abbiano causato uno stress (evento negativo maggiore, catastrofe, lutto "personale" in ogni senso, ecc.). La diagnosi posta, ritenuto che il paziente conserva in modo integrale le sue capacità psico-cognitive e non sono emerse defezioni psichiche maggiori, non giustifica, né ha mai giustificato, alcuna incapacità di lavoro in qualsivoglia

attività.

### **E. 11.5**

I sanitari della clinica H.\_\_\_\_\_ ritengono che il paziente è migliorato rispetto alla situazione presente al momento in cui l'autorità amministrativa ha riconosciuto il diritto alla rendita intera AI. Infatti, traspare da una esame generale della vertenza che la perizia polidisciplinare è stata richiesta dall'Ufficio AI di Friburgo in quanto il medico del SMR non era in grado di pronunciarsi sui tre referti esibiti in sede d'audizione dall'assicurato (Dott.ri E.\_\_\_\_\_ internista, D.\_\_\_\_\_, neurologo, e C.\_\_\_\_\_, ortopedico, doc. 141) ed anche perché l'interessato si era trasferito in Italia. Ora, a fronte di tale certificazione, pur non sorretta da alcuna refertazione oggettiva-strumentale ed analitica approfondita, i medici della clinica H.\_\_\_\_\_ sono entrati nel merito di tutte le patologie ivi elencate e, punto per punto hanno preso posizione (in special modo sulla serie notevole di patologie elencate dal Dott. E.\_\_\_\_\_). Tale indagine è stata utile e persino superiore a qualsiasi aspettativa, dal momento che ogni singola posizione diagnostica denunciata è stata approfondita in modo scientifico con dettagli anche che esulano da un campo prettamente orientato verso il tema a sapere se rispetto al 2008/2009 vi è stato o meno un miglioramento delle condizioni della capacità di lavoro del peritando. Va poi rilevato che in più documenti, che hanno condotto al riconoscimento del diritto alla rendita intera, era chiara la situazione che il peggioramento delle condizioni di salute (e valetudinarie) dell'assicurato erano emerse a causa di un insieme di circostanze morbose sommatesi su due anni: l'operazione all'anca destra del marzo 2008, l'acuirsi dei problemi alle spalle a fine del 2008 e nel 2009, la rottura del tendine sovraspinato sinistro, il conflitto subacromiale destro, interventi avvenuti a fine 2009, per cui, alla luce di questi fattori e del parere del SMR, l'autorità inferiore aveva optato per il riconoscimento di una rendita intera AI, un anno dopo il marzo 2008, con procedura di revisione ravvicinata (cfr. "espace décisions" del 16 marzo 2009). Pertanto, per l'essenziale, a prescindere quindi dal sostenuto elenco di elementi diagnostici ripresi nella perizia a causa delle certificazioni (non documentate) prodotte in sede di audizione che hanno indotto i periti ad approfondire le indagini, si trattava di sapere se la problematica ortopedica era migliorata. Ossia, quando l'autorità amministrativa decise di riconoscere l'intera prestazione AI a causa del peggioramento della situazione valetudinaria dell'assicurato, la stessa autorità aveva già intravisto che questo peggioramento era solo temporaneo. Tuttavia solo un accertamento a posteriori poteva confermarlo.

### **E. 11.6**

Di minor rilievo è la relazione del Prof. I.\_\_\_\_\_ prodotta in sede ricorsuale. Sebbene l'autorità inferiore abbia rinunciato ad esprimersi in merito, va rilevato come la stessa non contenga quegli elementi di analisi propri dell'assicurazione AI. Questo collegio giudicante non può entrare nel merito di considerazioni sanitarie, ma a fronte della perizia della clinica H.\_\_\_\_\_, può solo concludere che il parere del Prof. I.\_\_\_\_\_ non si caratterizza per un descrizione dettagliata ed esauriente di tutte le patologie denunciate e le ripercussioni di queste sulla capacità di lavoro residua dell'assicurato, visto il tutto sotto l'ottica di una procedura di revisione. In altre parole, l'analisi svolta dallo specialista di parte, pur valida sotto il profilo sanitario, non fa altro che esprimere un altro parere sulla situazione valetudinaria attuale del paziente, senza approfondire la tematica di confronto posta con la presente vertenza. Contrariamente a quanto sostenuto dal perito di parte, per quanto riguarda il riacquisto della piena capacità di lavoro dell'interessato nell'ambito di attività di sostituzione adeguate leggere e/o sedentarie, ripetitive, facili (non necessitanti di una

formazione specifica), questo collegio giudicante è convinto che a partire perlomeno dal marzo 2010, ossia quattro mesi dopo l'intervento alla spalla destra (cfr. doc. 174, pag. 65), tale miglioramento è avvenuto. In ogni caso, al più tardi, questo miglioramento è certo al momento della visita alla clinica H. \_\_\_\_\_ (giugno 2012).

### **E. 11.7**

I periti, alle cui soluzioni questo collegio giudicante si associa, hanno ben risposto ai quesiti posti. La situazione valetudinaria di A. \_\_\_\_\_ è migliorata. A quell'epoca (marzo 2010 o al più tardi giugno 2012) il nominato sarebbe stato in grado di riprendere una regolare attività lucrativa di tipo leggero/semisedentario, rispettosa dei limiti enunciati in particolare in sede di esame ortopedico, non qualificata (data la sua scarsa formazione scolastico professionale) in misura del 100%.

### **E. 12.1**

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 d'eventuali provvedimenti d'integrazione, nell'esercizio di un'attività lucrativa, ragionevolmente esigibile da lui in condizioni normali del mercato del lavoro, e il reddito che potrebbe conseguire se non fosse diventato invalido (art. 16 LPGA). Occorre pertanto esaminare se, nell'ambito di attività di sostituzione, l'insorgente presenti un'incapacità di guadagno di rilievo.

#### **E. 12.1.1**

Di regola, è ritenuto reddito senza invalidità il salario realmente percepito prima dell'insorgere del danno alla salute, aggiornato al momento determinante per il calcolo dell'invalidità e adeguato all'evoluzione dei salari nominali del settore interessato (tra gli altri VSI 2000 p. 310). Nella fattispecie, l'amministrazione, con la sua decisione del 29 gennaio 2013, ha riportato i calcoli effettuati in occasione del progetto di decisione del 22 settembre 2010 (doc. 138), che si riferiscono al 2009. L'anno in cui i periti incaricati fissano il presunto miglioramento è il 2010 (4 mesi dopo l'ultimo intervento operatorio). Quand'anche riferiti al 2012, i risultati non comporterebbero che insignificanti modifiche del grado d'invalidità, per cui lo scrivente Tribunale, effettuerà un controllo dell'operato dell'autorità inferiore e non eseguirà un nuovo calcolo riportato al 2012 o 2013 (anno in cui viene emanata l'attuale decisione impugnata).

#### **E. 12.1.2**

Il salario precedente l'invalidità ammontava, nel 2008 a 64'233; nel 2009, a fr. 65'520.- (doc. 94). Per il 2010 occorre aumentarlo secondo l'indice generale di aumento dei salari nominali (0,8%), ossia fr. 66'044.- La decisione in questo senso è errata in quanto a torto ha ritenuto (ed iniziato il calcolo) con un salario del 2009 a fr. 64'233.-, importo che si riferisce al 2008. Questi dati sono di sicura fonte dal momento che sono stati comunicati dall'ex datore di lavoro fino al 2009 (doc. 94). Il reddito indicato dal ricorrente in fr. 70'000.- è del tutto empirico facendo riferimento ad un ipotetico lavoro straordinario. Peraltro, se si esamina il conto individuale dell'assicurato (doc. TAF 25) si osserva che il reddito massimo lordo ottenuto dall'interessato (che sono retribuzioni lorde) si elevava fr. 63'788.- nel 2006. Atteso che, comunque, l'amministrazione ha tenuto conto di un salario leggermente superiore per il 2010 in considerazione di aumenti salariali avvenuti per la categoria della costruzione, fr. 66'521.-, invece di fr. 66'044.- ci si atterrà a questa soluzione più vantaggiosa per il ricorrente.

### **E. 12.1.3**

Quale reddito da invalido si riterrà quello statistico per il 2010 pari fr 4'901.- al mese, fr. 58'812.- all'anno (Enquête suisse sur la structure des salaires, 2010, tavola TA1, categoria 4, uomini). Questo reddito deve essere riportato ad un orario medio di 41,6 ore, le statistiche essendo fondate su di un orario settimanale standardizzato di 40 ore. Ne consegue un reddito pieno dopo l'insorgenza dell'invalidità di fr. 61'164,48.-.

### **E. 12.1.4**

Questo introito teorico può essere ridotto per tenere conto dei fattori personali dell'assicurato (DTF 126 V 75), quali età, handicap, cambiamento radicale dell'attività ed altre situazioni. Motivi legati a limitazioni funzionali e riduzione del rendimento sono già ampiamente considerati nell'analisi medica. La riduzione massima è del 25%.

L'amministrazione ha operato una deduzione complessiva del 15%. In proposito deve essere precisato che nell'ambito dell'applicazione di tale riduzione per fattori personali, l'amministrazione gode di un'ampia autonomia di giudizio che il giudice può rivedere soli 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 di lavoro (DTF 137 V 71 consid. 5.2; cfr. anche sentenze del TF 9C\_474/2010 consid. 3.2 e 9C\_40/2011 del 1° aprile 2011 consid. 2.3).

### **E. 12.1.5**

Ora, il ricorrente ritiene che la riduzione operata dall'amministrazione nella misura del 15% sia insufficiente. Questo collegio giudicante di prima istanza, tenuto conto del riserbo di cui deve dar prova, non intravede alcun arbitrio da parte dell'Ufficio AI cantonale nell'aver ammesso una riduzione del 15%. Di fatto, all'interessato, 53enne nel 2010, sostanzialmente non impedito nello svolgimento di attività semplici, ripetitive, semisedentarie, non può essere riconosciuta una deduzione maggiore di quanto stabilito dall'autorità inferiore. Pertanto, il salario medico teorico di fr. 61'164,48, ridotto del 15%, fa trasparire un reddito dopo l'insorgenza dell'invalidità di fr. 51'989,80.

### **E. 12.2**

Il confronto fra un reddito privo d'invalidità di fr 66'521.- ed un introito teorico dopo l'insorgenza dell'invalidità di fr. 51'989,80.-, causa una perdita di guadagno del 21,85% (arrotondato al 22%), tasso che esclude il diritto a prestazioni dell'assicurazione svizzera per l'invalidità.

### **E. 12.3**

Può essere annotato che il grado d'invalidità sarebbe ancora di gran lunga inferiore al 40%, sia se si dovesse ammettere un salario precedente l'invalidità di fr. 70'000.- come sostenuto, senza prove, dal ricorrente, sia se si dovesse ammettere (situazione del tutto ingiustificata) una riduzione per fattori personali del 25%, anziché il 15%. Per il resto, l'adeguamento dei dati all'anno 2013 (data delle decisioni) non comporterebbe che minime differenze, in quanto sia il reddito precedente l'invalidità, che i dati statistici relativi alle attività di sostituzione aumenterebbero, sostanzialmente, in misura proporzionale. Un calcolo

comparativo dei redditi più affinato e meritevole d'attenzione e approfondimento da parte dell'autorità giudiziaria di prima istanza è giustificabile quando la perdita di guadagno si avvicina percentualmente a dati legalmente significativi.

### **E. 13**

In merito alla questione principale, ossia se la revisione operata dall'autorità inferiore sia o meno tutelabile, il ricorso deve essere respinto e l'impugnata decisione confermata.

### **E. 14**

Il ricorso tuttavia deve essere parzialmente e limitatamente accolto per un altro motivo. Infatti, la decisione di soppressione è datata 29 gennaio 2013 ed è stata ricevuta dall'interessato, in Sicilia, nel corso del mese di febbraio 2013 (cfr. fotocopia scarsamente leggibile della ricevuta postale di ritorno, doc. 182). Giusta il menzionato art. 88bis cpv. 2 lett. a OAI (cfr. consid. 7.4), 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. Ora, visto quanto precede, la soppressione, a prescindere dall'esito finale di questa vertenza, decorre dal 1° aprile 2013 e non 1° marzo 2013.

### **E. 15**

Con decisione incidentale del 23 luglio 2014, la parte ricorrente è stata posta al beneficio dell'assistenza giudiziaria e del gratuito patrocinio. L'avv. Probst è stato designato come patrocinatore d'ufficio.

#### **E. 15.1**

Visto quanto precede non vengono prelevate spese processuali.

#### **E. 15.2**

In base all'art. 64 cpv. 1 PA e l'art. 7 cpv. 2 del regolamento TS-TAF (RS 173.320.2), sono assegnate indennità per spese ripetibili solo nella misura in cui la parte ricorrente è parzialmente vincente. Visto l'esito del ricorso e la circostanza che il ricorrente è vincente solo su una parte di dettaglio, si riconosce allo stesso un'indennità di fr. 500.- a titolo di spese ripetibili, da porre a carico dell'autorità inferiore.

#### **E. 15.3**

Vista infine l'ammissione al gratuito patrocinio e l'art. 12 TS-TAF, che rinvia agli art. 8 e seg. TS-TAF, visto l'art. 14 TS-TAF, considerata la difficoltà della causa (unicamente per quel che riguarda il ricorso innanzi questa autorità giudiziaria e non la fase istruttoria), si giustifica riconoscere in favore del mandatario un'indennità per patrocinio d'ufficio di fr. 2'400.-, da porre a carico della cassa di questo Tribunale.

#### **E. 15.4**

L'UAIE, in quanto autorità federale, non ha diritto ad un'indennità a titolo di ripetibili (art. 7 cpv. 3 TS-TAF), né alcuna spesa processuale le è messa a carico (art. 63 cpv. 2 PA in relazione all'art. 37 LTAF). (dispositivo alla pagina seguente)