



Corte III
C-1214/2012

Sentenza del 2 aprile 2013

Composizione

Giudici: Francesco Parrino (presidente del collegio),
Franziska Schneider, Madeleine Hirsig-Vouilloz;
Cancelliere: Dario Croci Torti.

Parti

A. _____,
rappresentato dal Patronato INCA, Ufficio legale, casella
postale 287, 4005 Basilea,
ricorrente,

Contro

**Ufficio dell'assicurazione per l'invalidità per gli
assicurati residenti all'estero UAIE**, avenue Edmond-
Vaucher 18, casella postale 3100, 1211 Ginevra 2,
autorità inferiore.

Oggetto

Assicurazione invalidità, decisione del 1° febbraio 2012.

Fatti:**A.**

A._____, cittadino italiano, nato il , ha lavorato in Svizzera dal 1978 in poi in diversi settori (segnatamente, da ultimo, come manovratore presso le CFF), solvendo regolari contributi all'assicurazione svizzera per la vecchiaia, i superstiti e l'invalidità. In seguito a plurimi problemi di salute (soprattutto dorsali), in data 22 dicembre 1992, A._____ ha formulato una domanda volta al conseguimento di prestazioni dell'assicurazione svizzera per l'invalidità. Questa prima richiesta è stata respinta per carenza d'invalidità di livello pensionabile il 7 giugno 1993 (doc. 14, incarto cantonale).

In data 14 luglio 1998, l'assicurato ha formulato una seconda domanda di prestazioni AI (doc. 16, incarto cantonale). L'indagine medica relativa a questa domanda aveva posto in evidenza che il richiedente era portatore di uno stato ansioso-depressivo maggiore, lombalgie croniche, sindrome lombare, alterazioni degenerative e strutturali della colonna lombare con discopatia L3-L4, L4-L5 e spina bifida L5, esiti di meniscectomia artroscopica destra nel maggio 1998, esiti di cura di ernia discale L4-L5 e di resezione di una varicosi dorsale della radice di L5 nel gennaio 1998 (cfr., segnatamente, il rapporto del Dott. Rémondeulaz del 16 febbraio 2000 all'Ufficio AI cantonale, Sion, doc. 57, incarto cantonale). Mediante decisione dell'11 maggio 2000, l'Ufficio AI del Canton Vallese ha erogato in favore del nominato una rendita intera dell'assicurazione svizzera per l'invalidità a decorrere dal 1° dicembre 1998 (doc. 72, incarto cantonale).

In seguito a procedure di revisione, il diritto alla rendita intera AI è stato confermato il 4 luglio 2001 ed il 2 dicembre 2003 dall'Ufficio AI cantonale (doc. 93 e 106, incarto cantonale).

Nel 2007, l'Ufficio AI del Canton Vallese ha avviato una nuova procedura di revisione. Il Dott. Battaglia, sanitario del servizio medico regionale "Rhône" (SMR), nel suo rapporto del settembre 2007, ha confermato uno stato d'invalidità del 100% ponendo come diagnosi principale un disturbo depressivo severo in personalità paranoica e come diagnosi secondaria i problemi ortopedici noti, oltre che, in base alla refertazione oggettiva dopo il 2000, problemi di ipostesie e distesie laterocervicali (doc. 120 ed anche 90/9 dell'incarto cantonale). Il diritto alla rendita è stato confermato il 1° ottobre 2007 (doc. 121, incarto cantonale).

Nel luglio 2009, A. _____ è rimpatriato ed i pagamenti delle prestazioni sono stati ripresi, per competenza, dall'Ufficio dell'assicurazione per l'invalidità per gli assicurati residenti all'estero (UAIE) a decorrere dal 1° luglio 2009 (doc. 1).

B.

Nel settembre 2010, l'UAIE ha avviato la prevista procedura di revisione del diritto alla rendita (doc. 2-4).

Il richiedente è stato visitato il 9 dicembre 2010 presso i servizi medici dell'Istituto nazionale della previdenza sociale (INPS) di Brindisi, ove, nel questionario, lo spazio riservato alla diagnosi non è stato compilato; il medico pone comunque un grado d'invalidità del 70% (doc. 24). Sono stati esibiti documenti oggettivi, segnatamente:

- un breve rapporto di visita ortopedica del 24 marzo 2010 (doc. 13); esami ematochimici del 7 ottobre 2009; un referto di biopsia gastrica del 2 marzo 2010 (doc. 14, 15);
- un referto di risonanza magnetica della colonna cervicale e lombosacrale e delle ginocchia del 28 dicembre 2009 (doc. 16);
- un rapporto d'esame elettromiografico a diversi livelli del 12 aprile 2010 (doc. 18);
- un breve rapporto d'esame psichiatrico del 12 novembre 2010 attestante note disforiche reattive ad una condizione morbosa secondaria alla patologia ortopedica con incidenza funzionale moderata (doc. 25).

C.

L'incarto è stato sottoposto in esame al Dott. Battaglia del SMR, il quale, nel rapporto del 1° febbraio 2011, ha proposto di far eseguire una visita polispecialistica in Svizzera (doc. 27). La stessa è stata organizzata presso il Servizio di accertamento medico dell'assicurazione AI (SAM) di Bellinzona dal 18 al 20 luglio 2011. L'assicurato è stato sottoposto ad accertamenti specialistici in reumatologia (Dott. Mariotti), neurologia (Dott. Karau) e psichiatria (Dott. Mari). Nella relazione consegnata il 22 settembre 2011 (doc. 33-36), i medici del SAM hanno ritenuto la diagnosi (riassunto; dettaglio nella parte in diritto): *con influenza sulla capacità di lavoro: sindrome cervicovertebrale con spondilosi e spondiloartrosi con segni elettrofisiologici di una radicolopatia di L5; sindrome lombo vertebrale con diverse discopatie plurisegmentali con stato dopo intervento chirurgico del*

gennaio 1998 per protrusione discale e discectomia, possibile compressione radicolare intermittente di L5 a destra, segni elettrofisiologici di radicolopatia L4 a sinistra ed L5 a sinistra; gonartrosi bilaterale (esiti di contusione del ginocchio destro nel 1997, esiti di meniscectomia destra nel 1998); disturbo distimico cronicizzato; *senza influenza sulla capacità di lavoro*: gonalgia sinistra in esiti di resezione artroscopia nel dicembre 2000, dislipidemia, gastrite. Gli esperti incaricati hanno rilevato un miglioramento generale dello stato di salute di A. _____ e della sua capacità di lavoro in attività confacenti (leggere, semisedentarie, a determinate condizioni di postura, porto pesi, marcia, ecc.). La capacità di lavoro è ora situabile all'80%; il 20% d'invalidità è da imputare a motivi psichiatrici (doc. 28-36). Come data di riferimento pongono quella della perizia medica particolareggiata (doc. 24), ossia il 9 dicembre 2010.

L'incarto è stato risottoposto in esame al Dott. Battaglia, del SMR, che, nel suo rapporto dell'11 ottobre 2011, ha condiviso diagnosi e valutazioni espresse dai sanitari del SAM (doc. 48).

L'Ufficio AI ha effettuato un'indagine comparativa dei redditi dalla quale è risultato che svolgendo attività alternative all'80%, invece di quella di manovratore CFF, l'interessato subirebbe una perdita di guadagno del 44,57%. In questo calcolo, il salario da invalido è stato ridotto del 10% per tenere conto della situazione personale dell'assicurato, come l'età e gli handicap (doc. 49).

D.

Un progetto di decisione comportante la riduzione della rendita AI da intera ad un quarto è stato inviato l'8 novembre 2011 al Patronato INCA di Losanna, già regolare rappresentante di A. _____ (doc. 50).

In merito al progetto di decisione ha preso posizione il Patronato INCA di Basilea, regolare rappresentante del nominato. Con scritto del 20 dicembre 2011, A. _____ ha fatto valere che la perizia del SAM non tiene sufficientemente conto della lunga anamnesi in esame, della situazione psichiatrica e delle discrepanze sorte in materia reumatologica rispetto alla situazione passata (doc. 54). Produce un certificato redatto dal Dott. Rémondeulaz non datato, ma situabile posteriormente ad una visita effettuata il 3 settembre 2011. Il medico ritiene illusorio considerare ora il paziente abile al lavoro in misura dell'80%, dopo che si è rinunciato a reinserirlo (doc. 54).

Ricevute le osservazioni, l'incarto è stato risottoposto in esame al Dott. Battaglia, che si è riconfermato nelle sue precedenti considerazioni (doc. 56).

Mediante decisione del 1° febbraio 2012, l'UAIE ha ridotto la rendita intera AI ad un quarto di rendita a partire dal 1° aprile 2012 (doc. 58).

E.

Con il ricorso depositato il 2 marzo 2012, A._____, sempre rappresentato dal Patronato INCA, chiede, in sostanza, il ripristino del suo diritto alla rendita intera AI dal 31 marzo 2012. In un secondo momento produce un breve rapporto di visita ortopedica del 25 maggio 2012 accompagnato da un'ecotomografia della spalla destra del 16 maggio attestante un disturbo da conflitto subacromiale spalla destra comportante una limitazione funzionale.

F.

Ricevuto il ricorso e la documentazione, l'UAIE ha sottoposto gli atti alla Dott.ssa Fellay-Brand, del SMR, la quale (rapporto 16 luglio 2012, doc. 61) ha posto in evidenza il miglioramento delle condizioni di salute dell'assicurato e ha annotato come il problema scapolare destro non sia di gravità tale da giustificare un aggravamento della situazione valetudinaria generale.

Nelle osservazioni ricorsuali del 15 agosto 2012, l'UAIE ha quindi proposto la reiezione del gravame con argomenti di cui, per quanto occorra, si riferirà nei considerandi in diritto del presente giudizio.

G.

Dopo aver preso atto delle osservazioni dell'Ufficio AI e di altra documentazione di rilievo, il Patronato INCA, con scritto del 18 settembre 2012, ha ribadito l'intenzione del proprio assistito di mantenere il ricorso. Produce diversa documentazione, segnatamente i risultati di un'ecografia renale e pelvica del 20 luglio 2012; un breve certificato psichiatrico del 24 luglio 2012 attestante un disturbo depressivo; un certificato medico del Dott. Colelli del 1° agosto 2012 attestante la nota diagnosi; un verbale di pronto soccorso del 7, 8 e 10 settembre 2012 per colica renale, ematuria, dolore in regione addominale; esami ematochimici dell'8 settembre 2012; un referto d'esame urologico dell'11 settembre 2012.

Ricevuta la replica, l'Ufficio AI ha risottoposto gli atti alla Dott.ssa Fellay-Brand, la quale, nella relazione del 10 ottobre 2012, ha affermato che i

nuovi documenti non comprovano alcun peggioramento della situazione valetudinaria dell'assicurato, ma solo disturbi passeggeri emendabili. Peraltro, l'attestato psichiatrico esibito confermerebbe la non gravità dell'affezione psichica (doc. 63).

Duplicando in data 15 ottobre 2012, l'UAIE ripropone la rieiezione del ricorso.

H.

Con decisione incidentale del 25 ottobre 2012, il Tribunale amministrativo federale ha invitato la parte ricorrente a voler versare un anticipo di 400 franchi, corrispondente alle presunte spese processuali. Detto anticipo è stato versato il 15 novembre 2012.

I.

Con lettera del 23 gennaio 2013, lo scrivente Tribunale amministrativo federale ha invitato l'UAIE a voler far esibire, dall'Ufficio cantonale AI, i rapporti concernenti una degenza a "Gravelone" nel 1999, ove, per la prima volta, venne posta una diagnosi di grave patologia psichiatrica da parte del Dott. Fauchère, menzione che, più volte, altri medici, posteriormente, hanno ripreso (doc. 16 e 17 TAF). Con le risposte del 5 febbraio 2013 (doc. 65) e 20 febbraio 2013 (doc. 19 TAF), le competenti autorità amministrative hanno comunicato non possedere più tali documenti.

J.

Dopo la chiusura dello scambio degli allegati, l'insorgente ha ancora esibito alcuni documenti oggettivi ortopedico/neurochirurgici di recente esecuzione (Dott. Fina; RM spalla sinistra) ed i risultati di un'urografia del 4 ottobre 2012. Non sono stati disposti ulteriori scambi di allegati.

Diritto:

1.

Riservate le eccezioni di cui all'art. 32 della legge del 17 giugno 2005 sul Tribunale amministrativo federale (LTAF, RS 173.32), il Tribunale amministrativo federale (TAF) giudica, in virtù dell'art. 31 LTAF, i ricorsi contro le decisioni ai sensi dell'art. 5 della legge federale del 20 dicembre 1968 sulla procedura amministrativa (PA, RS 172.021) emanate dalle autorità menzionate all'art. 33 LTAF. In particolare, le decisioni rese dall'UAIE possono essere portate innanzi a questo Tribunale conformemente all'art.

69 cpv. 1 lett. b della legge federale del 19 giugno 1959 sull'assicurazione per l'invalidità (LAI, RS 831.20).

2.

2.1 In virtù dell'art. 3 lett. d^{bis} PA la procedura in materia di assicurazioni sociali non è disciplinata dalla PA nella misura in cui è applicabile la legge federale del 6 ottobre 2000 sulla parte generale del diritto delle assicurazioni sociali (LPGA, RS 830.1). Giusta l'art. 1 LAI le disposizioni della LPGA sono applicabili all'assicurazione per l'invalidità (art. 1a-26^{bis} e 28-70), sempre che la presente legge non preveda espressamente una deroga.

2.2 Secondo l'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. Queste condizioni sono adempiute nella specie.

2.3 Il ricorso è tempestivo e rispetta i requisiti minimi prescritti dalla legge (art. 60 LPGA e 52 PA). L'interessato ha versato l'anticipo spese processuali richiesto entro il termine impartito. Il gravame è dunque ammissibile, nulla ostando all'esame del merito dello stesso.

3.

3.1 Il ricorrente è cittadino di uno Stato membro della Comunità europea. Di conseguenza, è applicabile, nella specie, 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).

3.2 L'allegato II che regola il coordinamento dei sistemi di sicurezza sociale è stato modificato il 1° aprile 2012 (Decisione 1/2012 del Comitato misto del 31 marzo 2012; RU 2012 2345). Tuttavia, il caso in esame rimane regolato (a seguito del rinvio dell'art. 80a LAI) dalla versione dell'allegato II in vigore fino al 31 marzo 2012 (cfr. RU 2002 1527, RU 2006 979 e 995, RU 2006 5851, RU 2009 2411 e 2421), in base al quale le parti contraenti applicano fra di loro gli atti comunitari seguenti: 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 (RU 2004 121, RU 2008 4219, RU 2009 4831), normativa applicabile a tutte le

rendite il cui diritto nasce a far data dal 1° giugno 2002 o successivamente e che sostituisce le Convenzioni di sicurezza sociale che disciplinavano i rapporti fra due o più Stati (art. 6 del regolamento) ed il regolamento (CEE) n. 574/71 del Consiglio del 21 marzo 1972 relativo all'applicazione del regolamento (CEE) n. 1408/71 (RU 2005 3909, RU 2009 621, RU 2009 4845).

3.3 Secondo l'art. 3 del regolamento (CEE) n° 1408/71, i cittadini degli Stati membri della Comunità europea ed i cittadini svizzeri godono della parità di trattamento. In base all'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 del presente accordo qualora il medesimo campo sia disciplinato da quest'ultimo. Nella misura in cui l'accordo, in particolare l'allegato II che regola i 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 d'invalidità svizzera sono regolate dal diritto interno svizzero (DTF 130 V 257 consid. 2.4).

4.

4.1 Relativamente al diritto applicabile, deve essere precisato che, a partire dal 1° gennaio 2008, la presente procedura è retta dalla LAI nel suo tenore modificato dalla 6^a revisione, ritenuto tuttavia il principio secondo il quale le norme applicabili sono quelle in vigore al momento in cui dei fatti giuridicamente rilevanti si sono verificati (DTF 130 V 445 consid. 1.2).

4.2 Il periodo di cognizione giudiziaria dello scrivente Tribunale amministrativo federale si estende fino al 1° febbraio 2012, data dell'impugnata decisione. Il giudice delle assicurazioni sociali analizza, infatti, la legalità della decisione impugnata, in generale, secondo lo stato di fatto esistente al momento in cui la decisione in lite è stata resa (DTF 131 V 9 consid. 1, 130 V 445 consid. 1.2 con i rinvii).

5.

5.1 In base all'art. 8 LPGa è considerata invalidità l'incapacità al guadagno totale o parziale presumibilmente permanente o di lunga durata. L'art. 4 LAI precisa che l'invalidità può essere conseguente ad infermità congenita, malattia o infortunio; il cpv. 2 della stessa norma stabilisce che l'inva-

lidità è considerata insorgere quando, per natura e gravità, motiva il diritto alla singola prestazione.

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'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 LPGGA), non è più applicabile quando l'assicurato è cittadino svizzero o dell'UE e vi risiede.

5.3 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 LPGGA) almeno del 40% in media durante un anno senza notevole interruzione; c. al termine di questo anno è invalido almeno al 40%.

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 LPGGA). L'incapacità al guadagno è definita all'art. 7 LPGGA e consiste nella perdita, totale o parziale, della possibilità di guadagno sul mercato del lavoro equilibrato che entra in considerazione, provocata da un danno alla salute fisica, mentale o psichica e che perdura dopo aver sottoposto l'assicurato alle cure ed alle misure d'integrazione ragionevolmente esigibili. 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.

6.

6.1 Giusta l'art. 17 cpv. 1 LPGGA, se il grado d'invalidità del beneficiario di una rendita d'invalidità subisce una modifica, che incide in modo rilevante sul diritto alla rendita, questa sarà, per il futuro, aumentata o ridotta proporzionalmente o soppressa, d'ufficio o su richiesta. La revisione avviene

d'ufficio quando, in previsione di una possibile modificazione importante del grado d'invalidità o di grande invalidità, è stato stabilito un termine nel momento dell'erogazione della rendita o dell'assegno per grandi invalidi, o allorché si conoscono fatti o si ordinano provvedimenti che possono provocare una notevole modificazione del grado d'invalidità o della grande invalidità (art. 87 cpv. 2 dell'ordinanza sull'assicurazione per l'invalidità del 17 gennaio 1961 [OAI, RS 831.201]). Se, di contro, è stata fatta domanda di revisione, nella domanda si deve dimostrare che il grado d'invalidità è modificato in misura rilevante per il diritto a prestazioni (art. 87 cpv. 3 OAI).

6.2 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).

6.3 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). La semplice valutazione diversa di circostanze di fatto che sono 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 deve costituire una base legale che possa 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, p. 15).

6.4 La riduzione o la soppressione della rendita è messa in atto al più presto il primo giorno del secondo mese che segue la notifica della decisione (art. 88^{bis} cpv. 2 lett. a OAI).

7.

Il punto di partenza per stabilire se il grado d'invalidità si è modificato in maniera tale da influire sul diritto alle prestazioni è costituito dall'ultima decisione che ha esaminato materialmente il diritto alla rendita (DTF 133 V 108). Il periodo di riferimento nell'ambito della presente vertenza è pertanto quello intercorrente fra la decisione dell'11 maggio 2000, con la quale l'Ufficio AI del Canton Vallese ha erogato una rendita intera AI a decorrere dal 1° dicembre 1998 ed il 1° febbraio 2012, data dell'impugnata decisione con la quale l'intera prestazione viene ridotta ad un quarto di rendita AI a decorrere dal 1° aprile 2012. Le procedure di revisione intercorse nel frattempo (2001, 2003, 2007) non hanno approfondito, materialmente, l'evoluzione dell'invalidità e si sono concluse con una semplice comunicazione.

8.

8.1 Per quanto risulta dagli atti, l'interessato non ha più lavorato dopo il rimpatrio. Egli non lavora più, praticamente, da dicembre 1997, se non per brevi periodi dovuti a tentativi di ripresa di un'attività e/o reinserimento professionale.

8.2 La nozione d'invalidità di cui all'art. 4 LAI e 8 LPGA è di carattere giuridico economico e non medico (DTF 116 V 249 consid. 1b). In base all'art. 16 LPGA, applicabile per il rinvio dell'art. art. 28a cpv. 1, 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). 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).

8.3 In carenza di documentazione economica, 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 grado d'invalidità dell'assicurato (DTF 114 V 314). 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).

9.

9.1 Al momento in cui venne assegnata la rendita AI, l'indagine medica aveva posto in evidenza che l'assicurato era portatore di uno stato depressivo maggiore, esiti di cura di ernia discale L4-L5, lombalgie croniche residue, sindrome lombare generalizzata, alterazioni degenerative e strutturali della colonna lombare con discopatia fra L3 ed L5 con spina bifida L5, esiti di meniscectomia artroscopia nel maggio 1998, esiti di resezione di una varicosi dorsale della radice di L5 (gennaio 1998; cfr. rapporto del Dott. Rémonduelaz del 16 febbraio 2000, doc. 57, incarto cantonale).

9.2 Al momento della revisione in esame, l'autorità inferiore ha ritenuto quanto esposto nella perizia effettuata al SAM dal 18 al 20 luglio 2011 (rapporto del 20 settembre 2011, doc. 33). I periti incaricati hanno rilevato:

- Diagnosi con influenza sulla capacità lavorativa: Sindrome cervicovertebrale su alterazioni degenerative con osteocondrosi C5-C6 e C6-C7 con spondilosi e spondiloartrosi a questi segmenti, nonché unco-artrosi con/su segni elettrofisiologici di una radicolopatia C5 sin., senza correlato clinico; sindrome lombo vertebrale con componente spondilogenica a destra su alterazioni statiche con scoliosi destro-convessa al passaggio lombosacrale e discopatie plurisegmentali in particolar modo dei segmenti L3-L4 e soprattutto L4-L5 con osteocondrosi e spondilosi con/su: - stato dopo intervento chirurgico il 13 gennaio 1998 per protrusione discale L4-L5 e discectomia a questo livello, nonché contemporaneamente coagulazione di un'importante varicosi del plesso vertebrale, - possibile compressione radicolare intermittente L5 destra, - segni elettrofisiologici di una radicolopatia L4 a sinistra e L5 a sinistra senza correlato clinico; gonartrosi laterale a destra in stato dopo contusione del ginocchio destro nel 1997 nonché meniscectomia laterale destra il 27 maggio 1998, disturbo distimico cronicizzato (ICD-10 F34.1).

- Diagnosi senza influenza sulla capacità di lavoro: gonalgia sinistra in stato dopo resezione artroscopia del menisco laterale sinistro il 6 dicembre 2000, dislipidemia, gastrite cronica.

Il ricorrente ha prodotto documentazione, in sede ricorsuale e di replica, che attesta problemi alla spalla destra (sindrome della cuffia dei rotatori) e una patologia renale acuta passeggera.

10.

Per quanto riguarda le conseguenze invalidanti delle menzionate affezioni, l'Ufficio AI si è fondato sul parere dei medici del SAM. L'assicurato non ha esibito documentazione tale da sovvertire il documentato parere di tali specialisti.

10.1 Una perizia richiesta dall'Ufficio AI non può essere scartata adducendo che si tratta di un referto di parte. 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). In questo contesto l'Ufficio AI agisce quale organo amministrativo preposto all'attuazione della legge, sicché le perizie ordinate in adempimento di questo compito non possono essere considerate di parte (DTF 123 V 175 e 122 V 157).

10.2 Lo stesso vale per quel che riguarda le perizie dell'amministrazione fatte esperire da medici esterni. Il Tribunale federale ha considerato rilevante una perizia affidata al SAM, negando che tale organizzazione sanitaria possa essere considerata parte in causa per sussistenza di un vincolo per cui l'istituto medesimo sarebbe obbligato a tenere in particolare considerazione gli interessi specifici dell'assicurazione per l'invalidità (DTF 136 V 376 consid. 4). 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). 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).

11.

11.1 Dal punto di vista reumatologico (Dott. Mariotti) dopo aver ampiamente passato in rassegna tutti gli organi lesi, rileva come attualmente non vi sono, dal punto di vista clinico, segni di instabilità lombare o segni compressivi od irritativi radicolari. Vi è un dolore alla mobilitazione postero-anteriore del segmento lombare. Il quadro clinico è completato da un'iniziale gonartrosi laterale a destra in stato dopo meniscectomia del 1998, con residui dolori, mentre non vi è nulla di particolare al ginocchio sinistro pur operato nel 2000. Per quanto attiene alle limitazioni funzionali il paziente è impedito in attività non ergonomiche per le colonne cervicale e lombare, in attività ripetitive e monotone in cui è richiesta una rotazione o una flessione laterale del tronco o una flessione in avanti sia della colonna cervicale che lombare. Il paziente è limitato ad alzare pesi superiori ai 7,5 Kg; è limitato nel mantenere le posizioni statiche fermo in piedi per pochi minuti ed in posizione seduta per un massimo di 30 minuti continui. Tuttavia, cambiando appoggio e posizione e muovendosi, il paziente non presenta limitazioni particolari. In seguito agli accennati problemi del ginocchio destro, il paziente non può salire/scendere le scale di continuo, non può camminare su terreni sconnessi, è limitato nell'inginocchiarsi. Il peritando è inabile nel suo precedente lavoro di manovratore delle FFS in misura di almeno il 50%, mentre pur con le limitazioni indicate, in attività adatte, da leggere e medioleggere egli è abile in misura completa. Per esempio, afferma lo specialista, vi sarebbe un'abilità completa come sorvegliante "securitas", attività già svolta dall'interessato nel passato.

11.2 Dal punto di vista neurologico (Dott. Karau) vi è un'incapacità completa come macchinista/manovratore delle FSS poiché ciò farebbe risorgere dei disturbi radicolari importanti. Invece, in professioni adatte al suo stato di salute (lavori in posizioni ergonomiche, che richiedono sforzi fisici di entità lieve e permettono regolari cambiamenti della posizione del corpo) vi è attualmente una capacità lavorativa completa con un'incapacità lavorativa non permanente unicamente in caso di dolore radicolare, ma nessuna incapacità lavorativa permanente. Procedendo ad un esame comparativo rispetto al passato (in base agli atti), l'esperto sottolinea come nel 1998 vi è stata un'incapacità lavorativa importante per qualsiasi professione a causa di un dolore radicolare prevalente ed importante. Per il periodo successivo, la problematica radicolare è, al massimo, intermittente, ma non più continua.

11.3 Sotto il profilo psichiatrico (Dott. Mari) il paziente presenta il più evidente miglioramento delle sue condizioni di salute. Il quadro attuale depone per una sintomatologia depressiva di lieve entità legata ad una situazione di vita piuttosto insoddisfacente anche dopo il rientro in Patria. Rispetto alla patologia psichiatrica riscontrata nel 2001, il perito non ha messo in evidenza un funzionamento di tipo psicotico, né elementi depo-nenti per un franco disturbo della personalità paranoide o per una depressione endogena, quanto piuttosto per un quadro distimico cronicizzato con elementi di postura psicologica rigidamente fissati sui disturbi dell'apparato locomotore. In particolare con il rientro definitivo nel suo Paese, è plausibile (osserva l'esperto) che si sia verificato un relativo adattamento alla situazione di vita nell'ambito di un disturbo distimico cronicizzato comportante un'incidenza funzionale lieve dal lato psichiatrico. Il perito stima al 20% il danno invalidante complessivo dovuto alla residua patologia psichiatrica e ciò in qualsiasi attività.

11.4 Complessivamente, concludono i redattori della perizia del SAM, i quali hanno preso atto e verbalizzato i documenti sanitari relativi al riconoscimento della rendita intera AI, si è potuto constatare un miglioramento dello stato di salute, rispettivamente della capacità lavorativa del paziente in attività confacenti, soprattutto per un miglioramento della patologia psichiatrica rispetto alla situazione precedente.

11.5 Per il resto, l'assicurato, secondo l'esame effettuato al SAM, non presenta ulteriori patologie invalidanti e le sue condizioni di salute sono generalmente buone, ogni altro organo ed apparato essendo indenne da patologie.

12.

12.1 Il collegio giudicante condivide il parere del SAM e del servizio medico dell'autorità inferiore (SMR). Alla luce della refertazione concernente l'assegnazione della rendita intera d'invalidità, si può osservare che all'assicurato venne riconosciuta l'intera prestazione AI poiché, in un secondo momento, dopo aver preso atto della pur importante patologia ortopedica, l'Ufficio AI Cantonale venne a conoscenza che l'assicurato presentava importanti disturbi psichici. È stata questa ragione che ha principalmente motivato il riconoscimento della rendita intera. Infatti, ancora nel rapporto dell'autorità cantonale del 12 aprile 1999 (doc. 32 incarto cantonale) non si accenna a turbe psichiche. Fino allora, figurano ad atti solo documenti riguardanti approfondimenti ortopedici/neurologici e altri atti che interessano un progetto di reinserimento professionale in altra attivi-

tà, in quanto, dopo il dicembre 1998, i sanitari consultati hanno sempre espresso il loro scetticismo circa la possibilità di ripresa del precedente lavoro di manovratore FSS. Solo nel maggio 1999, a seguito di un soggiorno di osservazione a "Gravelone" (Sion), lo psichiatra consultante (Dott. Fauchère), pose la diagnosi di stato depressivo maggiore in una personalità "patologica o paranoica" (?). La terminologia esatta non ha potuto essere verificata poiché il parere del Dott. Fauchère non è più ad atti e non ha più potuto essere ritrovato. Lo stesso Dott. Rémondeulaz, nella relazione del 16 febbraio 2000 (doc. 57, incarto cantonale), sulla quale si è peraltro basato l'Ufficio AI del Canton Vallese per erogare la rendita intera, menziona i due termini con un punto interrogativo. Nonostante questo Tribunale abbia cercato di ottenere la cartella clinica od il rapporto relativo al soggiorno in tale istituto, la richiesta è rimasta senza esito positivo (doc. 16, 17 e 19 inc. TAF e 65). Anche i sanitari del SMR "Rhône" osservano che è stata la patologia psichiatrica a determinare il riconoscimento del diritto all'intera prestazione AI con un grado d'invalidità totale (cfr. parere del Dott. Battaglia dell'11 ottobre 2011 e della Dott.ssa Fellay-Brand del 16 luglio 2012, doc. 48 e 61). Ora, comunque, non siamo più in presenza di una patologia psichica maggiore e debilitante. Questo quadro di relativo benessere è peraltro confermato nel pur breve rapporto psichiatrico del 12 novembre 2010 (doc. 25), che attesta delle semplici turbe disforiche reattive ad una condizione morbosa secondaria alla patologia ortopedica con incidenza funzionale modesta. Il breve certificato psichiatrico del 24 luglio 2012, esibito in sede ricorsuale, non apporta novità di rilievo.

12.2 Per quel che concerne le limitazioni funzionali di natura ortopedica, ben descritte dal Dott. Mariotti, queste non sono (e non erano) tali dall'impedire a A._____ di svolgere attività leggere, semisedentarie, semplici, ripetitive in misura completa.

Per il vero deve essere constatato che nel 2000 non erano presenti lesioni del tratto cervicale (cfr. doc. 57 inc. cantonale). Queste lesioni sono sorte successivamente e sono ampiamente descritte dal Dott. Mariotti (cfr. anche IRM del 9 febbraio 2001, doc. 90, inc. cantonale e successivi rapporti del Dott. Rémondeulaz). Malgrado questo nuovo elemento diagnostico (processo degenerativo cervicale importante) non presente (o non oggettivato) nel 1998-2000, non ci si trova in presenza di un peggioramento della capacità lavorativa dell'interessato. In altre parole, non è dato per acquisito che l'insorgenza posteriore di altri danni di diversa natura (nella specie ortopedica) si traducano in una diminuzione della capacità di lavoro dell'interessato. Nella specie, il Dott. Mariotti ha eseguito un

esame ortopedico generale e, nonostante le affezioni riscontrate (comprese quelle non presenti nel 1998-2000), egli ritiene che queste non causino un'invalidità di rilievo nell'ambito di lavori perlopiù leggeri o semi-leggeri e/o parzialmente sedentari.

Per quel che si riferisce ai problemi alla spalla destra (tendinopatia, sindrome della cuffia dei rotatori) sorti in epoca recente e documentati dalla refertazione oggettiva esibita con il ricorso e successivamente, in particolare la Dott.ssa Fellay-Brand esclude che tale affezione possa in alcun modo modificare il giudizio generale circa la capacità lavorativa in attività di ripiego. Peraltro questo nuovo problema è sorto nel maggio 2012, ossia dopo la data dell'impugnata decisione che limita il potere di cognizione giudiziaria. Lo stesso discorso vale per l'attacco di calcolosi renale segnalato con il ricorso.

Infine, a riguardo della relazione del Dott. Rémondeulaz (già medico di fiducia dell'assicurato), non datata, esibita in sede di audizione (doc. 54), si osserva come essa non accenni al rapporto del SAM e si limita ad esprimere un diverso parere circa le ripercussioni invalidanti delle menzionate affezioni e a sostenere che il paziente, non detenendo formazione specifica alcuna, non potrebbe svolgere attività di sostituzione. Il Dott. Battaglia, rileva appunto che il sanitario menzionato non ha preso conoscenza dello studio approfondito effettuato al SAM e si è basato anche su delle considerazioni riguardanti la formazione personale che non sono di competenza dell'assicurazione invalidità.

12.3 Le attività ancora esigibili possono consistere in lavori come quelli di operaio addetto al controllo di macchine di produzione automatica, operaio imballatore e/o produttore di piccoli oggetti, guardiano/custode, cassiere, aiuto magazziniere, ecc. In questi lavori, se dovessero essere principalmente sedentari, il lavoratore deve comunque avere la possibilità di alzarsi di tanto in tanto, di escludere posture controindicate e il porto di pesi eccessivo (oltre 7,5 kg).

12.4 Secondo un principio generale del diritto delle assicurazioni sociali, ogni assicurato ha l'obbligo di ridurre il danno conseguente la sua invalidità. 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 o domicilio (DTF 130 V 97 consid. 3.2). Problemi congiunturali locali, di disoccupazione importante od altri fattori economici che renderebbero illu-

soria la ricerca di una nuova attività non sono di pertinenza dell'assicurazione AI svizzera, il cui concetto d'incapacità di lavoro e di guadagno si fonda su di un mercato del lavoro supposto equilibrato.

È vero che durante la sua carriera professionale l'insorgente ha svolto principalmente l'attività di operaio edile operaio carpentiere (montatore di chalet), operaio di fabbrica (produzione di bidoni) e soprattutto operaio nelle ferrovie (1988-97). Tuttavia, nel passato professionale, figurano anche un lavoro di 5 anni come agente "Securitas", 1985-90. Si può tuttavia ritenere che, visto il genere d'attività sostitutive in esame e la natura delle sue affezioni, un'attività leggera è esigibile senza che si debba procedere a un adattamento del posto di lavoro alle condizioni di salute del ricorrente e ciò nonostante l'età. Questo Tribunale osserva pure che allo stesso si presenta un ventaglio relativamente ampio di professioni possibili in diversi settori, con mansioni semplici e ripetitive, che non richiedono necessariamente la messa in atto di particolari misure di reintegrazione professionale.

13.

13.1 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 LPG). Occorre pertanto esaminare se, nell'ambito di attività di sostituzione, l'insorgente presenti un'incapacità di guadagno di rilievo.

13.2 L'Ufficio AI ha considerato i dati del 2008. Questo modo di procedere non è appropriato poiché bisognerebbe riferirsi al 2010, anno in cui i sanitari (SAM e medici dell'UAIE) fissano il periodo di miglioramento, e in seguito indicizzare gli importi fino al 2012 quando la decisione impugnata è stata emanata (DTF 128 V 174 e 129 V 222). Tuttavia, il risultato non subirebbe che una differenza minima.

Nel 2008, in attività sostitutive, il salario privo d'invalidità, indicizzato sulla base di quello dichiarato nel 1997 sarebbe stato di 73'814,92 franchi, circostanza non contestata. Al mese, ammonta a 6'151,24 franchi.

13.3 Quale reddito da invalido si deve ritenere quello statistico ottenibile in attività di tipo leggero fino a medio pesante, semplici, non qualificate,

ripetitive. Queste attività (2008) comportano un salario medio mensile di 4'542,25 franchi (valori dell'UFS, tabella TA1, livello 4, uomini). Questo importo deve essere adeguato secondo un orario settimanale di 41.7 medio della categoria, ciò che permette di ottenere un importo di 4'735,30 franchi.

13.4 Questo introito teorico può essere ridotto per tenere conto dei fattori personali dell'assicurato (DTF 126 V 75), quali età, handicap. L'amministrazione, che gode di un ampio margine d'apprezzamento, ha applicato un tasso del 10% complessivo. Il collegio giudicante non ha fondato motivo per scostarsi da tale valutazione che non è arbitraria. Va peraltro rilevato che secondo la consolidata giurisprudenza la riduzione massima è del 25%. Ne consegue un introito mensile di 4'261,77 franchi. Svolta all'80%, questa attività di ripiego consentirebbe un guadagno di 3'409,42 al mese.

Il confronto fra un reddito privo d'invalidità di 6'151,24 franchi ed un introito teorico (finale) dopo l'insorgenza dell'invalidità di 3'409,42 franchi fa risultare una perdita di guadagno del 44,57% (arrotondato al 45%), tasso che comporta il riconoscimento di un quarto di rendita dell'assicurazione svizzera per l'invalidità. Neanche indicizzando i redditi al 2012, la perdita di guadagno raggiungerebbe il 50%.

13.5 Secondo la giurisprudenza, una rendita AI erogata ad un assicurato di più di 55 anni o durante più di 15 anni non potrebbe essere ridotta o soppressa senza che la capacità di lavoro residua medico-teorica risultante dal profilo medico sia oggettivamente confermata con delle misure di reintegrazione professionale (sentenza del Tribunale federale 9C_368/2010 del 31 gennaio 2011 consid. 5.2.2.2 ed anche 9C_254/2011 del 15 novembre 2011 consid. 7.2.2, 9C 163/2009 del 10 settembre 2010 consid. 4.2.2). Nella specie, l'interessato non può vantare 15 anni continuativi di fruizione del diritto alla rendita (dicembre 1998-marzo 2012) e non ha ancora raggiunto i 55 anni di età. È quindi sufficiente attenersi a quanto già osservato nell'ambito dell'obbligo generale di ridurre il danno che incombe a ogni assicurato (cfr. consid. 12.4).

13.6 È quindi a ragione che l'autorità inferiore ha ridotto la rendita intera (ad un quarto di rendita) dal secondo mese che ha seguito la notifica della decisione del 1° febbraio 2012, in applicazione dell'art. 88a OAI e 88^{bis} cpv. 2 lett. a OAI.

Visto quanto precede, il ricorso deve essere respinto e l'impugnata decisione confermata.

14.

14.1 Le spese di procedura di 400 franchi sono poste a carico del ricorrente e sono compensate con l'anticipo da lui fornito il 15 ottobre 2012.

14.2 Visto l'esito del ricorso, non vengono riconosciute indennità per spese ripetibili.

Per quel che 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 nella cause dinanzi al Tribunale amministrativo federale, TS-TAF, RS 173.320.2).

Per questi motivi, il Tribunale amministrativo federale pronuncia:

1.

Il ricorso è respinto.

2.

Le spese di procedura, di 400 franchi, sono poste a carico del ricorrente e vengono compensate con l'anticipo da lui fornito.

3.

Non si riconoscono indennità per spese ripetibili.

4.

Comunicazione a:

- rappresentante del ricorrente (atto giudiziario)
- autorità inferiore (n. di rif. ; raccomandata)
- Ufficio federale delle assicurazioni sociali, Berna (raccomandata)

Il presidente del collegio:

Il cancelliere:

Francesco Parrino

Dario Croci Torti

Rimedi giuridici:

Contro la presente decisione può essere interposto ricorso in materia di diritto pubblico al Tribunale federale, Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerna, entro un termine di 30 giorni dalla sua notificazione (art. 82 e segg., 90 e segg. e 100 della legge sul Tribunale federale del 17 giugno 2005 [LTF, RS 173.110]). Gli atti scritti devono contenere le conclusioni, i motivi e l'indicazione dei mezzi di prova ed essere firmati. La decisione impugnata e – se in possesso della parte ricorrente – i documenti indicati come mezzi di prova devono essere allegati (art. 42 LTF).

Data di spedizione: