



Corte III
C-200/2012

Sentenza del 3 maggio 2013

Composizione

Giudici Elena Avenati-Carpani (presidente del collegio),
Francesco Parrino, Daniel Stufetti,
cancelliere Dario Quirici.

Parti

A. _____,
patrocinato dall'avv. Mario Blandolino, Via O. Del Balzo 3,
IT-73020 Scorrano (LE),
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 2 dicembre 2011.

Fatti:**A.**

A.a A._____, cittadino italiano nato il ..., coniugato e padre di due figli, ha lavorato in Svizzera dapprima come muratore capomastro, quindi in qualità d'elettrotecnico, versando i relativi contributi obbligatori all'assicurazione per la vecchiaia, i superstiti e l'invalidità (AVS/AI). Nel marzo del 1990 l'assicurato aveva formulato all'Ufficio dell'assicurazione per l'invalidità del Canton Berna (UAI-BE) una domanda di prestazioni per adulti, la cui istruzione era sfociata, da un lato, nell'esecuzione di una riconversione professionale con l'ottenimento da parte dell'interessato di un diploma d'elettrotecnico, e, dall'altro lato, nel riconoscimento, mediante decisioni del 17 giugno 1994 (doc. 92), cresciute in giudicato senza essere state impugnate, del diritto ad una mezza rendita, sulla base di un grado d'invalidità del 54%, con le relative rendite complete per la moglie ed i figli, dal 1° al 30 settembre 1990 e dal 1° settembre 1993. In seguito al rientro in Italia dell'assicurato, l'incarto era poi stato trasmesso per competenza dall'UAI-BE all'Ufficio dell'assicurazione per l'invalidità per gli assicurati residenti all'estero (UAIE; doc. 1 a 96).

A.b Una prima revisione d'ufficio del diritto alla rendita si era conclusa il 24 agosto 1998, con la constatazione, dopo esame materiale della fattispecie, che il grado d'invalidità non era mutato e che le prestazioni assegnate fino ad allora continuavano ad esserlo senza cambiamenti (doc. 97 a 113). Una seconda revisione d'ufficio si era terminata il 4 luglio 2003, senza che fossero rilevate modifiche del diritto alla rendita (doc. 114 a 131). Una susseguente domanda di revisione presentata dall'assicurato non era stata esaminata, il 13 giugno 2005, facendo difetto la plausibilità di eventuali cambiamenti del grado d'invalidità (doc. 132 a 136). La terza revisione d'ufficio del grado d'invalidità si era conclusa il 28 giugno 2007, con la constatazione dell'assenza di mutamenti nel grado d'invalidità e nel diritto alla mezza rendita (doc. 139 a 156).

B.

Il 30 marzo 2010 l'UAIE ha dato avvio alla B._____ revisione d'ufficio del diritto alla mezza rendita d'invalidità (doc. 163), raccogliendo in particolare i documenti seguenti:

- il questionario per la revisione della rendita, del 21 maggio 2010 (doc. 166), da cui risulta che l'assicurato non esercita alcuna attività lavorativa,

- un referto di risonanza magnetica (RM) del 27 novembre 2006 (doc. 169), relativo alle zone cervicale e lombosacrale,
- un certificato medico del 20 maggio 2010 (doc. 170), in cui sono esposte le affezioni di cui soffre l'assicurato,
- referti di visite ortopedica e otorinolaringoiatrica, del 25 maggio e 1° giugno 2010 (doc. 171 e 172),
- una perizia particolareggiata E 213 della dott.ssa B._____, medico dell'Istituto italiano della previdenza sociale (INPS), del 22 giugno 2010 (doc. 173), diagnosticante, nell'ambito di condizioni di salute stazionarie, una spondilodiscartrosi a livello cervicale, lombare e sacrale, con documentate protrusioni discali multiple senza deficit radicolari, un'ipertensione arteriosa in fase d'accertamento, acufeni all'orecchio destro e una broncopneumopatia cronica ostruttiva (BPCO). Nella perizia è precisato che l'assicurato è in grado di svolgere regolarmente il suo ultimo lavoro nonché attività leggere, controindicati essendo l'umidità, il freddo, il calore, i rumori, il fumo, i gas, i vapori, il lavoro notturno e a turni, frequenti flessioni, il trasporto e il sollevamento di pesi, il rischio di cadute, come pure la salita di piani inclinati, scale e scale a pioli, ed è fissato un grado d'invalidità, secondo criteri propri del diritto italiano, del 55% (non invalido),
- due certificati pneumologici del 22 ottobre 2008 (non numerati),
- una cartella audiologica del 23 marzo 2009, di difficile lettura (non numerata),
- un referto ecografico dell'addome superiore, del 29 ottobre 2009 (doc. 194),
- un referto d'analisi del sangue (doc. 195),
- un referto di RM lombosacrale, dorsale e cervicale, del 22 dicembre 2010 (doc. 196),
- un rapporto ambulatoriale di cardiologia, dell'8 febbraio 2011 (doc. 197), facente stato di una dispnea da sforzo in persona in sovrappeso, affetta da ipercolesterolemia, ipertesa e fumatrice, con buon compenso emodinamico,

- un certificato medico del 10 febbraio 2011 (doc. 198), in cui sono elencate le patologie da cui è affetto l'assicurato.

C.

L'UAIE ha quindi sottoposto l'incarto alla valutazione del proprio servizio medico, nella persona del dott. C._____, il quale, nel suo rapporto finale dell'11 agosto 2010 (doc. 177), ha ripreso la diagnosi esposta nella perizia E 213 e suggerito l'esecuzione in Svizzera di una perizia in ambito reumatologico, otorinolaringoiatrico e pneumologico.

A questo scopo l'UAIE ha incaricato il Servizio d'accertamento medico (SAM) di Bellinzona, la cui perizia è stata redatta dalle dott.sse D._____ e E._____ il 14 luglio 2011 (doc. 205), sulla base dei rispettivi rapporti dei dottori F._____, reumatologo, del 16 marzo 2011 (doc. 199), G._____, otorinolaringoiatra, del 21 marzo 2011 (doc. 200), Mari, psichiatra, del 22 marzo 2011 (doc. 201), H._____, pneumologo, del 25 marzo 2011 (doc. 202), e I._____, neurologo, del 13 aprile 2011 (doc. 203), dopo l'esecuzione d'accertamenti ambulatoriali che hanno avuto luogo dal 14 al 17 marzo 2011. Dal canto suo, l'assicurato ha esibito due certificati pneumologici del 22 ottobre 2008 (non numerati), una cartella audiologica del 23 marzo 2009, di difficile lettura (non numerata), un referto ecografico dell'addome superiore, del 29 ottobre 2009 (doc. 194), un referto d'analisi del sangue (doc. 195), un referto di RM lombosacrale, dorsale e cervicale, del 22 dicembre 2010 (doc. 196), un rapporto ambulatoriale di cardiologia, dell'8 febbraio 2011 (doc. 197), facente stato di una dispnea da sforzo in persona in sovrappeso, affetta da ipercolesterolemia, ipertesa e fumatrice, con buon compenso emodinamico, ed un certificato medico del 10 febbraio 2011 (doc. 198), in cui sono elencate le patologie da cui è affetto l'assicurato.

Nella perizia è posta la diagnosi, con influenza sulla capacità lavorativa, di sindromi lombospondilogenica cronica (pregressa ernia discale L5-S1 ora del tutto regredita, modiche alterazioni degenerative multisegmentali senza neuro compressione, modici esiti da distrofia di crescita di Scheuermann) e cervicospondilogenica cronica (modiche alterazioni degenerative in C5/6 e C6/7 senza neurocompressione), come pure la diagnosi, senza influenza sulla capacità lavorativa, d'ipoacusia bilaterale quasi simmetrica di media entità, di tinnito leggero, di BPCO Gold 1 con importante pregresso abuso tabagico (cinquanta pacchetti di sigarette all'anno – "50 pack-years/py"), attualmente stabile sotto terapia con Spiriva, di pterigio bilaterale, di probabile diabete mellito di tipo II, di sospetta angina pectoris anamnestica sotto sforzo, con test da sforzo

negativo per ischemia cardiaca, di lieve valgismo dell'alluce sinistro, di microcalcificazioni con dilatazione calicopielica sinistra in microlitiasi del rene destro, d'ipertrofia epatica con diffusa steatosi, di turbe dispeptiche con esofagite da reflusso, di esiti da colecistectomia, d'ipertensione arteriosa in trattamento farmacologico, d'ipercolesterolemia non trattata e d'obesità.

Nella perizia è valutata una capacità lavorativa globale del 60% come muratore e dell'80% come elettrotecnico, riduzioni dovute esclusivamente alle affezioni reumatologiche, migliorate progressivamente dal 1993, e ciò a partire dalla data della stessa perizia. È inoltre descritta l'esigibilità per altre occupazioni leggere di principio sedentarie, per le quali è fissata una capacità lavorativa dell'80%, che permettano di alternare la posizione seduta e in piedi, di eseguire una breve pausa ogni ora e siano conformi alle regole ergonomiche della schiena. In attività pesanti o mediamente pesanti, nel rispetto delle regole ergonomiche della schiena, e per le mansioni domestiche, è stabilita una capacità lavorativa completa con un rendimento ridotto al massimo del 40, rispettivamente del 20%.

D.

L'UAIE ha così trasmesso gli atti per apprezzamento al proprio servizio medico, nella persona del dott. L._____, il quale, nel suo rapporto finale del 19 agosto 2011 (doc. 207), ha adottato le conclusioni peritali del SAM, formulando un'incapacità lavorativa del 40% come muratore e del 20% come elettrotecnico nonché in altre attività confacenti, e ciò dal 17 marzo 2011, data della stesura della stessa perizia.

L'UAIE ha peraltro effettuato un calcolo del grado d'invalidità il 12 settembre 2011 (doc. 208), tenendo conto di un salario da valido come muratore capomastro nel 2008 di Fr. 6'236.54 (valore considerato dall'UAI-BE nel 1994, indicizzato; doc. 73), e, secondo i dati dell'Ufficio federale di statistica (UFS) relativi ad attività leggere (commercio all'ingrosso e al dettaglio, servizi forniti ad imprese), adattati a 41.7 ore lavorative settimanali, di un salario medio da invalido di Fr. 4'907.05, all'80% e ridotto del 15% per le circostanze personali dell'assicurato, ossia Fr. 3'336.79, dovendo così ottenere una perdita di guadagno del 46.50%, corrispondente ad un grado d'invalidità pari al 47%.

E.

Il 20 settembre 2011 l'UAIE ha dunque approntato un progetto di decisione (doc. 209), con il quale ha ventilato all'assicurato la riduzione della sua mezza rendita d'invalidità ad un quarto, invitandolo nel

contempo a formulare eventuali osservazioni entro un termine di trenta giorni. L'assicurato si è opposto al progetto, presentando diversi documenti medici, tra cui un referto di RM del 5 ottobre 2011 ed un certificato medico del 17 ottobre 2011 (doc. 210 a 217), che il dott. L._____ ha considerato, il 14 novembre 2011 (doc. 219), non apportare nuovi elementi medici suscettibili di modificare l'apprezzamento del caso.

Di conseguenza, il 2 dicembre 2011 (doc. 222), l'UAIE ha emanato una decisione di sostituzione della mezza rendita d'invalidità con una rendita di un quarto, e ciò a decorrere dal 1° febbraio 2012.

F.

Contro questa decisione, rappresentato dal proprio avvocato, l'assicurato ha inoltrato ricorso al Tribunale amministrativo federale il 7 gennaio 2012, chiedendo implicitamente una rendita intera d'invalidità o di grado inferiore, ed ha prodotto diversi documenti medici, in parte già agli atti.

Il dott. L._____ si è nuovamente pronunciato sul caso il 31 maggio 2012 (doc. 227), alla luce particolare dei detti documenti, concludendo che essi non apportano alcun elemento medico oggettivo che non sia già stato considerato in precedenza.

L'UAIE ha così risposto al ricorso il 12 giugno 2012, chiedendone il rigetto con la conferma della decisione impugnata.

G.

Il ricorrente ha replicato il 20 luglio 2012, producendo diversa documentazione medica a sostegno delle proprie pretese, tra cui un certificato del dott. Russo, non datato, in cui è negata la regressione dell'ernia discale L5/S1.

Il dott. L._____ ha preso posizione su di essa il 7 settembre 2012 (doc. 229), rilevando sostanzialmente che non vi sono constatazioni cliniche oggettive che permettano di mettere in dubbio le conclusioni della perizia del SAM.

L'UAIE ha quindi brevemente duplicato il 12 settembre 2012, confermando il proprio punto di vista riguardo all'esito da riservare al ricorso.

H.

Con decisione incidentale del 19 settembre 2012, questo Tribunale ha

invitato il ricorrente a versare un anticipo equivalente alle presunte spese processuali di Fr. 400.-, il quale è stato saldato il 23 ottobre 2012.

I.

Il ricorrente ha inviato un nuovo scritto il 24 ottobre 2012, corredato da diversi documenti medici, che il dott. L._____ ha considerato, il 23 novembre 2012 (doc. 231), non essere suscettibili di modificare la valutazione del caso, dimodoché l'UAIE ha reiterato le proprie conclusioni il 29 novembre 2012.

Diritto:

1.

1.1 In virtù dell'art. 31 della legge sul Tribunale amministrativo federale del 17 giugno 2005 (LTAF, RS 173.32), questo Tribunale giudica i ricorsi contro le decisioni ai sensi dell'art. 5 della legge federale sulla procedura amministrativa del 20 dicembre 1968 (PA, RS 172.021), emanate dalle autorità menzionate all'art. 33 LTAF, riservate le eccezioni di cui all'art. 32 LTAF. In particolare, le decisioni rese dall'UAIE concernenti l'assicurazione per l'invalidità possono essere portate davanti al Tribunale amministrativo federale conformemente all'art. 69 cpv. 1 lett. b della legge federale sull'assicurazione per l'invalidità del 19 giugno 1959 (LAI, RS 831.20).

Di conseguenza, questo Tribunale è competente a giudicare il presente ricorso.

1.2 Secondo l'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). In conformità con l'art. 2 LPGA, le disposizioni della presente legge sono applicabili alle assicurazioni sociali disciplinate dalla legislazione federale, se e per quanto le singole leggi sulle assicurazioni sociali lo prevedano. Giusta l'art. 1 cpv. 1 LAI, le disposizioni della LPGA sono applicabili all'assicurazione per l'invalidità (art. 1a-26^{bis} e 28-70), sempreché la LAI non deroghi alla LPGA.

1.3 Conformemente all'art. 59 LPGA, ha diritto di ricorrere chiunque è toccato dalla decisione o dalla decisione su opposizione ed ha un

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

1.4 In concreto, il ricorso è ammissibile nella misura in cui è stato presentato tempestivamente e nel rispetto dei requisiti previsti dalla legge (art. 59 e 60 LPGA, nonché l'art. 52 cpv. 1 PA), e visto che l'anticipo di Fr. 400.-, relativo alle spese processuali, è stato versato nel termine impartito.

2.

2.1 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 parte, 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. Per il periodo fino al 31 maggio 2002 rimane quindi applicabile la Convenzione del 14 dicembre 1962 tra la Confederazione svizzera e la Repubblica italiana relativa alla sicurezza sociale (RS 0.831.109.454.2).

2.2 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). Tuttavia, il caso in esame rimane regolato, anche a seguito del rinvio dell'art. 80a LAI, dalla versione dell'allegato II in vigore fino al 31 marzo 2012 (RU 2002 1527, 2006 979 e 995, 2006 5851, 2009 2411 e 2421), in base alla 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, 2008 4219, 2009

4831), normativa applicabile a tutte le rendite il cui diritto nasce 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 n. 1408/71), ed il regolamento (CEE) n. 574/71 del Consiglio, del 21 marzo 1972, relativo all'applicazione del regolamento n. 1408/71 (RU 2005 3909, 2009 621, 2009 4845).

2.3 Secondo l'art. 3 del regolamento n. 1408/71, i cittadini degli Stati membri della Comunità europea ed i cittadini svizzeri godono della parità di trattamento. Ciò detto, nella misura in cui l'Accordo, in particolare l'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 257 consid. 2.4). Così, per costante giurisprudenza, l'ottenimento di una pensione straniera d'invalidità non pregiudica l'apprezzamento di un'invalidità secondo il diritto svizzero (sentenza del Tribunale federale I 435/02 del 4 febbraio 2003, consid. 2).

3.

L'esame del diritto a prestazioni secondo la LAI è retto dal tenore della stessa al momento della decisione impugnata, in virtù del principio secondo il quale sono determinanti le norme materiali in vigore al momento della realizzazione dello stato di fatto giuridicamente determinante (DTF 130 V 445 consid. 1.2 e relativi riferimenti). Le disposizioni della 5^a revisione della LAI, in vigore dal 1° gennaio 2008, si applicano quindi in concreto, visto che la procedura di revisione è stata iniziata nel 2010, ma non le norme della 6^a revisione della LAI (primo pacchetto di misure), in vigore dal 1° gennaio 2012 (RU 2011 5659; FF 2010 1603). Sono inoltre applicabili le disposizioni della LPGa, se e per quanto la LAI lo preveda (art. 2 LPGa).

4.

4.1 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.

4.2 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.

4.3 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).

4.4 Per incapacità al lavoro s'intende qualsiasi incapacità, totale o parziale, derivante da un danno alla salute fisica, mentale o psichica di compiere un lavoro ragionevolmente esigibile nella professione o nel campo di attività abituale. In caso d'incapacità al lavoro di lunga durata possono essere prese in considerazione anche le mansioni esigibili in un'altra professione o campo d'attività (art. 6 LPGa). L'incapacità al guadagno è definita all'art. 7 cpv. 1 LPGa e consiste nella perdita, totale o parziale, della possibilità di guadagno sul mercato del lavoro equilibrato che entra in considerazione, provocata da un danno alla salute fisica, mentale o psichica e che perdura dopo aver sottoposto l'assicurato alle cure ed alle misure d'integrazione ragionevolmente esigibili. Per valutare la presenza di un'incapacità al guadagno sono considerate esclusivamente le conseguenze del danno alla salute; inoltre, sussiste un'incapacità al guadagno soltanto se essa non è obiettivamente superabile (art. 7 cpv. 2 LPGa, nel suo nuovo tenore dal 1° gennaio 2008).

4.5 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 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).

5.

Il ricorrente contesta la validità materiale della decisione dell'UAIE, chiedendo che gli sia riconosciuto il diritto ad una rendita intera d'invalidità o di grado inferiore.

6.

6.1 Secondo l'art. 17 cpv. 1 LPGa, se il grado d'invalidità del beneficiario della rendita subisce una notevole modificazione, per il futuro la rendita è aumentata o ridotta proporzionalmente o soppressa, d'ufficio o su richiesta.

6.2 Conformemente all'art. 87 cpv. 2 OAI, la revisione avviene d'ufficio quando, in previsione di una possibile modifica importante del grado d'invalidità, è stato stabilito un termine nel momento dell'erogazione della rendita o allorché si conoscono fatti o si ordinano provvedimenti che possono provocare una notevole modifica del grado d'invalidità.

6.3 Se la capacità al guadagno dell'assicurato migliora, v'è motivo di ammettere che il cambiamento determinante sopprime, all'occorrenza, tutto o parte del diritto a prestazioni dal momento in cui si può supporre che il miglioramento constatato perduri. Lo si deve in ogni caso tenere in considerazione allorché è durato tre mesi, senza interruzione notevole, e che presumibilmente continuerà a durare (art. 88a cpv. 1 OAI). Se la capacità al guadagno o la capacità di svolgere mansioni consuete peggiora, occorre tenere conto del cambiamento determinante il diritto a prestazioni non appena esso perdura da tre mesi senza interruzione notevole (art. 88a cpv. 2 OAI).

L'aumento della rendita avviene al più presto, se l'assicurato ha

chiesto la revisione, a partire dal mese in cui la domanda è stata inoltrata, mentre se la revisione ha luogo d'ufficio, a partire dal mese in cui è stata prevista (art. 88^{bis} 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. 88^{bis} cpv. 2 lett. a).

6.4 La costante giurisprudenza ha stabilito che le rendite d'invalidità sono soggette a revisione non solo in caso di modifica rilevante dello stato di salute che ha un influsso sull'attività lucrativa, ma anche quando lo stato di salute è rimasto invariato, se le sue conseguenze sulla capacità di guadagno hanno subito un cambiamento importante (DTF 113 V 275 consid. 1a).

Va ancora rilevato che la semplice valutazione diversa di circostanze di fatto che sono rimaste sostanzialmente invariate non giustifica una revisione ai sensi dell'art. 17 cpv. 1 LPG (DTF 112 V 372 consid. 2b e 390 consid. 1b, RCC 1987 p. 36, SVR 2004 IV n. 5 consid. 3.3.3). L'istituto della revisione non deve giustificare un riesame senza condizioni del diritto alla rendita (cfr. anche: RUDOLF RUEDI, Die Verfügungsanpassung als verfahrensrechtliche Grundfigur namentlich von Invalidenrentenrevisionen, in: SCHAFFHAUSER/SCHLAURI, Die Revision von Dauerleistungen in der Sozialversicherung, San Gallo, 1999, pag. 15).

7.

7.1 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. Decisioni intercalari sono pertinenti unicamente se sono state emesse sulla base di una nuova valutazione materiale del grado d'invalidità, ossia dopo delucidazione dei fatti, apprezzamento delle prove ed esecuzione del raffronto dei redditi (DTF 133 V 108).

7.2 In concreto, la decisione iniziale è stata pronunciata il 17 giugno 1994 (doc. 92), mentre la decisione di revisione qui impugnata è stata emessa il 2 dicembre 2011 (doc. 222), con decisioni (non formali) intercalari intervenute il 24 agosto 1998 (doc. 113), il 4 luglio 2003 (doc. 131), il 13 giugno 2005 (doc. 136) e il 28 giugno 2007 (doc. 156). Ne consegue che, seguendo la giurisprudenza, il periodo di riferimento per giudicare se verosimilmente è intervenuta una modifica rilevante

del grado d'invalidità, tale da giustificare la riduzione da metà ad un quarto di rendita, come disposto dall'UAIE, è quello tra il 28 giugno 2007, data dell'ultima decisione di revisione con esame materiale completo della fattispecie, ed il 2 dicembre 2011.

8.

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 e di guadagno dell'interessato in un'attività da lui ragionevolmente esigibile (DTF 115 V 134 consid. 2, 114 V 314 consid. 3c). Perché un rapporto medico abbia valore probatorio è determinante che esso valuti ed esamini in maniera completa i punti litigiosi, si fondi su degli esami approfonditi, prenda conto di tutte le affezioni di cui si lamenta l'assicurato, sia stabilito in piena conoscenza dei suoi antecedenti (anamnesi) e sia chiaro nell'esposizione delle correlazioni mediche o nell'apprezzamento della situazione medica; le conclusioni dell'esperto devono inoltre essere motivate (DTF 125 V 352, 122 V 160). Per quel che riguarda i rapporti concernenti il medico curante, secondo la generale esperienza della vita, il giudice deve tenere conto del fatto che, alla luce del rapporto di fiducia esistente con il paziente, il medico curante attesterà, in caso di dubbio, in favore del suo paziente (DTF 125 V 353; VSI 2001 pag. 109).

9.

In concreto, dalla documentazione medica agli atti e, in particolare, dalla perizia E 213 della dott.ssa B._____, medico dell'INPS, del 22 giugno 2010 (doc. 173), dal rapporto finale del dott. C._____, medico dell'UAIE, dell'11 agosto 2010 (doc. 177), dalla perizia pluridisciplinare delle dott.sse D._____ e F._____, medici del SAM, del 14 luglio 2011 (doc. 205), e dal rapporto finale del dott. L._____, medico dell'UAIE, del 19 agosto 2011 (doc. 207), emerge la diagnosi, con influenza sulla capacità lavorativa, di sindromi lombospondilogenica cronica (pregressa ernia discale L5-S1 ora del tutto regredita, modiche alterazioni degenerative multisegmentali senza neuro compressione, modici esiti da

distrofia di crescita di Scheuermann) e cervicospondilogeno cronica (modiche alterazioni degenerative in C5/6 e C6/7 senza neurocompressione), come pure la diagnosi, senza influenza sulla capacità lavorativa, d'ipoacusia bilaterale quasi simmetrica di media entità, di tinnito leggero, di BPCO Gold 1 con importante pregresso abuso tabagico (cinquanta pacchetti di sigarette all'anno), attualmente stabile sotto terapia con Spiriva, di pterigio bilaterale, di probabile diabete mellito di tipo II, di sospetta angina pectoris anamnestica sotto sforzo, con test da sforzo negativo per ischemia cardiaca, di lieve valgismo dell'alluce sinistro, di microcalcificazioni con dilatazione calicopielica sinistra in microlitiasi del rene destro, d'ipertrofia epatica con diffusa steatosi, di turbe dispeptiche con esofagite da reflusso, di esiti da colecistectomia, d'ipertensione arteriosa in trattamento farmacologico, d'ipercolesterolemia non trattata e d'obesità.

Questa diagnosi è univoca agli atti e non è contestata dal ricorrente, per cui questo Tribunale può adottarla senza riserve.

10.

10.1 Per quanto attiene all'incidenza sulla capacità lavorativa delle affezioni diagnosticate, la dott.ssa B._____ ha precisato, nella sua perizia E 213, che il ricorrente è in grado di svolgere regolarmente il suo ultimo lavoro nonché attività leggere, controindicati essendo l'umidità, il freddo, il calore, i rumori, il fumo, i gas, i vapori, il lavoro notturno e a turni, frequenti flessioni, il trasporto e il sollevamento di pesi, il rischio di cadute, come pure la salita di piani inclinati, scale e scale a pioli, fissando un grado d'invalidità, secondo criteri propri del diritto italiano, del 55% (non invalido).

10.2 Gli specialisti del SAM hanno valutato, a partire dal 14 luglio 2011, data della loro perizia, e per cause esclusivamente reumatologiche, una capacità lavorativa globale del 60% come muratore e dell'80% sia come elettrotecnico, sia in occupazioni leggere di principio sedentarie, che permettano di alternare la posizione seduta e in piedi, di eseguire una breve pausa ogni ora e siano conformi alle regole ergonomiche della schiena. In attività pesanti o mediamente pesanti, nel rispetto delle regole ergonomiche della schiena, e per le mansioni domestiche, gli stessi periti hanno stabilito una capacità lavorativa completa con un rendimento ridotto al massimo del 40, rispettivamente del 20%. Riguardo all'evoluzione dello stato di salute del ricorrente, il dott. F._____, reumatologo, ha sottolineato, nel suo rapporto del 16 marzo 2011 (doc.

199), che la grossa ernia discale L5/S1, principale causa dell'incapacità lavorativa, è stata documentata da ultimo il 28 ottobre 1993, dopodiché è regredita fino a scomparire, e che ciò testimonia di un graduale miglioramento, il cui andamento non può però essere stabilito con precisione, l'inizio della nuova capacità lavorativa del 60% come muratore e dell'80% come elettrotecnico, potendo essere fissato, al più tardi, a decorrere dalla data della perizia del SAM. Quanto alle valutazioni dei dottori G._____, Mari, H._____ e I._____, dai loro rispettivi punti di vista otorinolaringoiatrico, psichiatrico, pneumologico e neurologico, esse non hanno evidenziato patologie che riducano la capacità lavorativa del ricorrente.

Peraltro, sia nell'ambito della procedura di revisione, il 19 agosto e 14 novembre 2011 (doc. 207 e 219), sia nel quadro della presente procedura, il 31 maggio, il 7 settembre e il 23 novembre 2012 (doc. 227, 229 e 231), il dott. L._____ ha confermato pienamente le conclusioni del rapporto peritale del SAM, rilevando in sostanza che le discopatie diagnosticate, siano esse chiamate protrusioni, ernie o "bulging", non inducono attualmente alcun deficit neurologico e, pertanto, non hanno ripercussioni funzionali, contrariamente a quanto preteso dal ricorrente in particolare sulla base del certificato del dott. Russo.

10.3 Visto quanto precede, questo Tribunale non può che constatare un miglioramento dello stato di salute del ricorrente dal 14 luglio 2011, data della perizia del SAM, con una capacità lavorativa globale del 60% come muratore e dell'80% sia come elettrotecnico, sia in occupazioni leggere di principio sedentarie, secondo l'esigibilità descritta dagli specialisti del SAM, nonché una capacità lavorativa completa con un rendimento ridotto al massimo del 40% in attività pesanti o medio pesanti, e del 20% per le mansioni domestiche.

11.

Come già esposto nel consid. 4.4, secondo l'art. 16 LPGA, per valutare il grado d'invalidità, il reddito che l'assicurato invalido potrebbe conseguire esercitando l'attività ragionevolmente esigibile da lui dopo la cura medica e l'eventuale esecuzione di provvedimenti d'integrazione, tenuto conto di una situazione equilibrata del mercato del lavoro (reddito da invalido), è confrontato con il reddito che egli avrebbe potuto ottenere se non fosse diventato invalido (reddito da valido).

In concreto, l'UAIE ha realizzato il calcolo del grado d'invalidità il 12 settembre 2011 (doc. 208), tenendo conto di un salario da valido come

muratore capomastro nel 2008 di Fr. 6'236.54 (valore considerato dall'UAI-BE nel 1994, indicizzato; doc. 73), e, secondo i dati dell'UFS relativi ad attività leggere (commercio all'ingrosso e al dettaglio, servizi forniti ad imprese), adattati a 41.7 ore lavorative settimanali, di un salario medio da invalido di Fr. 4'907.05, all'80% e ridotto del 15% per le circostanze personali del ricorrente, ossia Fr. 3'336.79, dimodoché ha ottenuto una perdita di guadagno del 46.50%, corrispondente ad un grado d'invalidità pari al 47%, ciò che dà diritto ad un quarto di rendita d'invalidità.

Questo calcolo, che il ricorrente non ha contestato, è stato eseguito correttamente dall'UAIE e deve quindi essere approvato, anche se è necessario puntualizzare che i salari da valido e da invalido avrebbero dovuto essere indicizzati al 2012, anno in cui la riduzione della rendita diventa effettiva, ciò che comunque non influisce sul risultato finale del grado d'invalidità, che rimane inferiore al 50%.

12.

12.1 Secondo la giurisprudenza costante del Tribunale federale ed un principio generale del diritto delle assicurazioni sociali, ogni ricorrente ha l'obbligo di ridurre il danno conseguente alla sua invalidità (DTF 130 V 97 consid. 3.2 e relativi riferimenti). In virtù di tale obbligo, l'assicurato deve intraprendere tutto quanto sia ragionevolmente esigibile per ovviare nel modo migliore possibile alle conseguenze della sua invalidità, segnatamente mettendo a profitto la sua residua capacità lavorativa, se necessario in una nuova professione (sentenza del Tribunale federale I 543/03 del 27 agosto 2004; DTF 113 V 22 consid. 4a). Questa giurisprudenza conferma il principio che l'integrazione ha priorità sulla rendita, la cui assegnazione entra in linea di conto solo qualora non siano attuabili provvedimenti di integrazione. Un miglioramento della capacità di lavoro medicalmente attestato permette quindi di principio di ritenere che, nonostante la rendita sia stata concessa per un lungo periodo, la capacità di guadagno sia migliorata e di procedere ad un nuovo paragone dei redditi. L'esame delle condizioni per un eventuale diritto a misure d'integrazione si effettua secondo gli stessi principi sia nell'ambito di una revisione della rendita, sia nell'ambito di una domanda di rendita d'invalidità. Se la rendita è stata attribuita per un lungo periodo, la giurisprudenza considera tuttavia che non è opportuno sopprimerla o ridurla, malgrado l'esistenza di una capacità lavorativa medicalmente documentata, prima che le possibilità teoriche di lavoro non siano state confermate con l'aiuto di misure mediche d'integrazione e/o di

provvedimenti d'integrazione professionale (in particolare, sentenza del Tribunale federale 9C_163/2009 del 10 settembre 2010). Il Tribunale federale ha tuttavia ristretto l'applicazione di questa prassi ai casi in cui un assicurato ha beneficiato di una rendita per più di 15 anni o ha superato i 55 anni: l'amministrazione che intende procedere ad una revisione del diritto alla rendita deve esaminare preliminarmente l'opportunità di provvedimenti d'integrazione professionale (sentenza del Tribunale federale 9C_228/2010 del 26 aprile 2011).

12.2 In concreto, il ricorrente ha percepito la mezza rendita d'invalidità per ventuno anni fino al momento della riduzione ad un quarto a decorrere dal 1° febbraio 2012. Occorre pertanto esaminare se abbia diritto o meno a dei provvedimenti d'integrazione. Ora, viste le attività sostitutive proposte dall'UAIE conformemente all'esigibilità formulata dai periti del SAM e confermata dal dott. L._____, e le solide conoscenze professionali di cui dispone il ricorrente, sia come muratore capomastro, sia come elettrotecnico, è lecito concludere che lo stesso non ha bisogno di alcuna misura d'integrazione particolare al fine di mettere in valore la sua capacità lavorativa residua.

13.

In conclusione, il ricorso deve essere respinto e la decisione impugnata confermata.

14.

Secondo l'art. 63 cpv. 1 PA, le spese processuali sono di regola messe a carico della parte soccombente. In concreto, visto l'esito della procedura, le spese processuali di Fr. 400.- sono poste a carico del ricorrente e compensate con l'anticipo dello stesso ammontare, versato il 23 ottobre 2012.

In conformità con l'art. 64 cpv. 1 PA, l'autorità di ricorso, se ammette il ricorso in tutto o in parte, può assegnare al ricorrente una indennità per le spese indispensabili e relativamente elevate che ha sopportato (spese ripetibili). Visto l'esito della procedura, non si assegnano al ricorrente indennità per spese ripetibili.

Per quanto concerne l'UAIE, le autorità federali non hanno diritto ad un'indennità a titolo di ripetibili (art. 7 cpv. 3 del Regolamento del 21 febbraio 2008 sulle tasse e sulle spese ripetibili nelle cause dinanzi al Tribunale amministrativo federale [TS-TAF, RS 173.320.2]).

Per questi motivi, il Tribunale amministrativo federale pronuncia:

1.

Il ricorso è respinto.

2.

Le spese processuali di Fr. 400.- sono poste a carico del ricorrente e compensate con l'anticipo versato il 23 ottobre 2012.

3.

Non si assegnano indennità per spese ripetibili.

4.

Comunicazione:

- al rappresentante del ricorrente (Raccomandata/AR);
- all'autorità inferiore (n. di rif. ...; Raccomandata);
- all'Ufficio federale delle assicurazioni sociali, Berna (Raccomandata).

La presidente del collegio: Il cancelliere:

Elena Avenati-Carpani

Dario Quirici

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: