



Corte III
C-2644/2011

Sentenza del 4 luglio 2012

Composizione

Giudici: Francesco Parrino (presidente del collegio),
Elena Avenati-Carpani, Beat Weber;
Cancelliere: Dario Croci Torti.

Parti

A. _____,
patrocinato dall'avv. Christian Perrone, Via Pazzo 2,
IT-73010 S. Donato di Lecce
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 dell'8 marzo 2011.

Fatti:**A.**

A._____, cittadino italiano, nato il , ha lavorato in Svizzera a partire dal 1984 come gessino alle dipendenze di terzi, solvendo regolari contributi all'assicurazione svizzera per la vecchiaia, i superstiti e l'invalidità. Nell'aprile 1996 ha subito un infortunio automobilistico dal quale ha riportato contusioni alla testa ed alla colonna cervicale. In data 9 maggio 1997, A._____ ha formulato una domanda volta al conseguimento di prestazioni dell'assicurazione svizzera per l'invalidità. L'assicurato presentava gli esiti neurologici dell'infortunio, una depressione somatizzata ed un disturbo del dolore somatoforme; egli era considerato inabile ad ogni lavoro in misura dell'80% (cfr. rapporto del Dott. Zumstein, neurologo, del 19 settembre 1997, doc. 29, e rapporto dei Dott.ri Herold ed Erhardt, psichiatri, dell'11 giugno 1998, doc. 49). Mediante decisione del 15 settembre 1998, la Cassa di compensazione del Cantone di Zurigo ha erogato in favore del nominato una rendita intera dell'assicurazione svizzera per l'invalidità dal 1° aprile 1997 (doc. 54).

Una prima breve procedura di revisione del diritto alla rendita non ha posto in luce sostanziali mutamenti della capacità di lavoro e di guadagno dell'interessato, per cui il diritto alla prestazione è stato confermato il 2 ottobre 2000 (doc. 67). Lo stesso esito ha avuto la seconda procedura di revisione intrapresa nel 2003 con conferma del diritto alla rendita intera il 13 ottobre 2003 (doc. 76). Nel corso di quest'ultima procedura era risultato che A._____ presentava anche un'affezione oculistica (peraltro già denunciata in precedenza) consistente in un difetto di acuità visiva del campo esterno (difficoltà di convergenza ed accomodazione) ed una fotofobia (cfr. rapporto del Dott. Gass, oculista, del 18 maggio 2001, doc. 68).

In seguito al rimpatrio, i pagamenti delle prestazioni sono stati ripresi, per competenza, dalla Cassa svizzera di compensazione, Ginevra dal 1° ottobre 2005 (doc. 81).

Deve essere ancora precisato che da parte dell'Istituto nazionale svizzero d'assicurazione contro gli infortuni (INSAI/SUVA), l'assicurato percepisce, dall'ottobre 1996 una rendita pari al 18% d'invalidità (doc. 78).

B.

Nel febbraio 2009, l'Ufficio dell'assicurazione per l'invalidità per gli assicurati residenti all'estero (UAIE) ha avviato la prevista procedura di revisione del diritto alla rendita (doc. 98 e 99).

A._____ è stato visitato l'8 aprile 2009 presso i servizi medici dell'Istituto nazionale della previdenza sociale (INPS) di Lecce, dove il medico incaricato ha rilevato la diagnosi di esiti stabilizzati di pregresso trauma cranico-cervicale in spondilodiscoartrosi, disturbo somatoforme ed ha posto un tasso d'invalidità del 50% (doc. 116). Sono stati esibiti documenti oggettivi, segnatamente:

- un rapporto d'esame neurologico del 25 marzo 2009 a cura del Dott. Baldassarre (doc. 110, 111);
- un rapporto del medico curante Dott. Romano del 26 marzo 2009 (doc. 112);
- un rapporto d'esame fisiatrico del 30 marzo 2009 a cura del Dott. Gabellone (doc. 113).

L'Ufficio AI ha quindi disposto una visita specialistica in Svizzera (doc. 104, 114) e A._____ è stato visitato dal 10 al 13 agosto 2009 presso il Servizio medico d'accertamento dell'assicurazione per l'invalidità di Bellinzona (SAM). L'assicurato è stato sottoposto a visite specialistiche in reumatologia (Dott. Christen), neurologia (Dott. Karau), psichiatria (Dott. Mari) ed oftalmologia (Dott. Rossi). In sostanza (dettaglio nella parte in diritto) i medici incaricati hanno rilevato la diagnosi invalidante di sindrome depressiva persistente e da dolore somatoforme, sindrome cervicovertebrale e lombovertebrale, tendenza fibromialgica, decondizionamento muscolare; come diagnosi senza influenza sulla capacità di lavoro, hanno rilevato disturbi statici del rachide, cefalea muscolo-tensiva, iperglicemia, epatopatia, blefarocongiuntivite. Gli esperti incaricati hanno ritenuto che il peritendo presenta ora una capacità di lavoro del 50% come gessatore oppure in attività sostitutive adeguate (presenza tutto il giorno, rendimento ridotto). L'evoluzione positiva durerebbe già da diversi anni, perlomeno dal 2005 (rientro in Patria), soprattutto dal punto di vista neurologico e psichiatrico.

L'incarto è stato risottoposto in esame al Dott. Croisier, medico dell'UAIE, il quale nella sua relazione del 17 novembre 2009 ha proposto di ammettere un tasso d'invalidità globale del 50% come gessino (doc. 133).

Nella sua risposta del 28 luglio 2010 il Dott. Croisier ha affermato che la sola patologia reumatologica comporta una riduzione del rendimento di un terzo per l'attività di gessino (doc. 141).

Con progetto di decisione del 20 ottobre 2010, l'UAIE ha disposto la riduzione della prestazione AI alla metà come prospettato dai medici del SAM (doc. 145).

C.

Con scritto del 17 dicembre 2010, A._____ si è opposto a tale progetto affermando di considerarsi invalido come in precedenza. Produce una dichiarazione del Dott. Riederer, neurologo a Zurigo. Questo medico invita l'assicurato ad opporsi a tale progetto poiché in base ai suoi dati (consultazione del 19 agosto 2009), sussisterebbero i medesimi disturbi presenti nel passato (doc. 146). Esibisce inoltre un breve referto di visita psichiatrica (Dott. Petronio) del 23 novembre 2010 attestante un disturbo depressivo endoreattivo; un rapporto di un'esofago-gastro-duodeno-scopia del 2 dicembre 2010 attestante un'esofagite da reflusso con ernia iatale da scivolamento e gastroduodenite, un rapporto d'esame neurologico del 13 dicembre 2010 a cura del Dott. Sambati (doc. 147-152).

Ricevute le osservazioni e la documentazione menzionata, l'Ufficio AI ha sottoposto gli atti al Dott. Croisier, il quale, nella sua relazione del 17 gennaio 2011 (doc. 154), ha osservato che il rapporto del Dott. Riederer (successivo di tre giorni alla visita al SAM) si limita ad esprimere un parere diverso da quello dei periti incaricati del SAM; lo stesso si annota per i referti del Dott. Sambati (neurologo) e del Dott. Petronio (psichiatra). La lesione gastrica ha invece carattere del tutto benigno ed è emendabile.

Mediante decisione dell'8 marzo 2011, l'UAIE ha ridotto la prestazione AI alla metà con effetto 1° maggio 2011 (doc. 158).

D.

Con il ricorso depositato il 4 maggio 2011, A._____, regolarmente rappresentato dall'avv. Perrone, chiede, sostanzialmente, l'annullamento del summenzionato provvedimento amministrativo e il ripristino del suo diritto alla rendita intera AI. In un primo tempo produce documentazione già ad atti (quella esibita nel corso della procedura di audizione ed altra risalente al 2005). Con complemento del 30 giugno 2011, l'insorgente produce, segnatamente: una relazione di visita orl del 7 maggio 2011

(Dott. De Benedittis) attestante, nella sostanza, una vertigine parossistica posizionale benigna; un rapporto di visita oculistica del 5 maggio 2011; un referto di visita cardiologica del 10 maggio 2011 attestante una cardiopatia ipertensiva di III grado; un referto di visita psichiatrica (Dott. Scardino) del 7 maggio 2011 attestante un disturbo depressivo endoreattivo con compromissione delle prestazioni cognitive; una relazione di visita neurologica a cura del Dott. Sambati del 29 giugno 2011.

E.

Ricevuto il ricorso, l'UAIE ha sottoposto gli atti al Dott. Croisier. Egli ha osservato (rapporto del 12 agosto 2011, doc. 161) che la nuova documentazione prodotta non apporta novità patologiche di rilievo invalidante e, in parte, non fa che esprimere un parere diverso da quello del SAM circa le conseguenze invalidanti di affezioni conosciute da tempo.

Nelle sue osservazioni ricorsuali del 22 agosto 2011, l'UAIE propone dunque la reiezione dell'impugnativa, con argomenti di cui, per quanto occorra, si riferirà nei considerandi in diritto del presente giudizio.

F.

Dopo aver preso atto della risposta dell'Ufficio AI e di altra documentazione di rilievo, l'avv. Perrone, con replica del 28 settembre 2011, ha ribadito l'intenzione del proprio assistito di mantenere il ricorso. Egli produce documentazione medica del 2002/2003 ed inoltre una perizia del Dott. Prete del 18 settembre 2011 che conferma nella sostanza la diagnosi già conosciuta per la quale indica un'incapacità lavorativa del 60%.

G.

Ricevuta la replica, l'Ufficio AI ha sottoposto gli atti al Dott. Croisier, il quale, nella sua nota del 21 novembre 2011 (doc. 163), ha rilevato che la perizia del Dott. Prete esprime un parere diverso su di una situazione oggettiva già esaminata dal SAM. Duplicando in data 24 novembre 2011, l'UAIU ripropone la reiezione del ricorso.

H.

Con decisione incidentale del 5 ottobre 2011, il Tribunale amministrativo federale ha invitato la parte ricorrente a versare un anticipo di 400 franchi a titolo di copertura delle presunte spese processuali. Detta somma è stata versata nella misura di 390.83 franchi il 28 ottobre 2011.

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 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 per le spese processuali nella misura di 390.83 franchi, entro il termine impartito. Il gravame è dunque ammissibile, nulla ostando all'esame del merito dello stesso.

3.

3.1 Il 1° giugno 2002 sono entrati in vigore l'Accordo tra la Confederazione svizzera, da una parte, e la Comunità europea ed i suoi Stati membri, dall'altra, sulla libera circolazione delle persone del 21 giugno 1999 (ALC, RS 0.142.112.681) ed il correlato Allegato II che regola il coordinamento dei sistemi di sicurezza sociale nonché il Regolamento (CEE) n° 1408/71 del Consiglio del 14 giugno 1971 relativo all'applicazione dei regimi di sicurezza sociale ai lavoratori subordinati, ai

lavoratori autonomi e ai loro familiari che si spostano all'interno della Comunità (RS 0.831.109.268.1) come pure il corrispondente Regolamento di applicazione (Regolamento CEE n° 574/72 del Consiglio del 21 marzo 1972 relativo all'applicazione del Regolamento n° 1408/71, RS 0.831.109.268.11). Si tratta di una normativa che si applica a tutte le rendite il cui diritto sorge a far data dal 1° giugno 2002 o successivamente e che sancisce il principio della parità di trattamento tra cittadini che risiedono in uno Stato membro della Comunità europea ed i cittadini svizzeri (art. 3 e 6 del Regolamento CEE n° 1408/71).

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

3.3 L'art. 80a LAI sancisce espressamente l'applicabilità nella presente procedura, trattandosi di un cittadino che risiede nell'Unione europea, dell'ALCP e dei Regolamenti (CEE) n° 1408/71 del Consiglio del 14 giugno 1971 e (CEE) n° 574/72 del Consiglio del 21 marzo 1972 relativo all'applicazione del Regolamento n° 1408/71. I nuovi regolamenti (CEE) n° 883/2004 e n° 987/2009 concernenti il coordinamento dei sistemi di sicurezza sociale in vigore dal 1° aprile 2012 fra la Svizzera e gli Stati membri dell'UE, che sostituiscono i regolamenti (CEE) n° 1408/71 e 574/72, non sono applicabili.

4.

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 il 6 ottobre 2006 (5^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 (ATF 136 V 24 consid. 4.3). Le disposizioni relative alla 6^a revisione AI (primo pacchetto di misure) che sono entrate in vigore il 1° gennaio 2012 non sono invece applicabili (RU 2011 5659, FF 2010 1603).

5.

Il periodo di cognizione giudiziaria dello scrivente Tribunale amministrativo federale si estende fino all'8 marzo 2011, 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 130 V 445 consid. 1.2). Il giudice delle assicurazioni sociali può tuttavia tenere conto dei fatti verificatisi dopo la data della decisione impugnata quando essi possono imporsi quali elementi d'accertamento retrospettivo della situazione anteriore alla decisione stessa (DTF 130 V 138, vedi anche 121 V 366 consid. 1b, 116 V 248 consid. 1a).

6.

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

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

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

6.4 Per incapacità al lavoro s'intende qualsiasi incapacità, totale o parziale, derivante da un danno alla salute fisica, mentale o psichica di compiere un lavoro ragionevolmente esigibile nella professione o nel

campo di attività abituale. In caso d'incapacità al lavoro di lunga durata possono essere prese in considerazione anche le mansioni esigibili in un'altra professione o campo d'attività (art. 6 LPGA). L'incapacità al guadagno è definita all'art. 7 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.

7.

7.1 Giusta l'art. 17 cpv. 1 LPGA, 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.

7.2 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]).

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).

7.4 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).

7.5 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 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 verfahrenrechtliche Grundfigur namentlich von Invalidenrentenrevisionen, in: Schaffhauser/Schlauri, Die Revision von Dauerleistungen in der Sozialversicherung, San Gallo, 1999, p. 15).

7.6 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).

8.

Il punto di partenza per stabilire se il grado d'invalidità si è modificato in maniera da influire sul diritto a prestazioni è costituito dall'ultima decisione che ha esaminato materialmente il diritto alla rendita (DTF 133 V 108 consid. 5.4). Il periodo di riferimento nell'ambito della presente vertenza è pertanto quello intercorrente fra la decisione del 15 dicembre 1998, con la quale la Cassa di compensazione del Cantone di Zurigo ha erogato in favore dell'assicurato una rendita intera AI a decorrere dal 1° aprile 1997, e l'8 marzo 2011, data della decisione impugnata. Le procedure di revisione avviate nel 2000 e nel 2003 non sono influenti dal momento che sono state scarsamente motivate.

9.

L'interessato non ha più esercitato attività lucrativa dopo il rimpatrio.

9.1 La nozione d'invalidità di cui all'art. 4 LAI e 8 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. 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).

9.2 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 tasso 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).

10.

10.1 Quando venne riconosciuta la rendita intera AI dal punto di vista medico risultava che l'assicurato soffriva di una sindrome somatoforme cronicizzata con depressione somatizzata, esiti di infortunio stradale dell'aprile 1996 comportante commozione cerebrale e diversi disturbi neurologici, trauma della cervicale (cfr. perizia neurologica del 19 settembre 1997 del Dott. Zumstein e perizia psichiatrica dell'11 giugno 1998 dei Dott.ri Herold ed Erhardt (doc. 29, 49). Una lieve patologia oftalmica è sorta o perlomeno accertata nel 2001 e consiste in una difficoltà di convergenza ed accomodazione (doc. 68).

10.2 Al momento della revisione in esame, l'UAIE ha ritenuto utile sottoporre il caso ad un'indagine in psichiatria, reumatologia, neurologia ed oftalmologia presso il SAM di Bellinzona. I sanitari incaricati, nel rapporto del 16 ottobre 2009 (visite dal 10 al 13 agosto 2009), hanno rilevato una diagnosi con influenza sulla capacità lavorativa di sindrome depressiva persistente (ICD 10 F 34.1), sindrome somatoforme da dolore persistente (ICD 10 F 45.4), sindrome cervicale con/su alterazioni degenerative (iniziale condrosi C5-C6, osteocondrosi C6-C7, uncartrosi C5-C7, spondilosi anteriore C4-C7), sindrome lombo vertebrale con/su alterazioni degenerative (osteocondrosi dorsale L5-S1), tendenza alla fibromialgia, decondizionamento muscolare ed una diagnosi senza influenza sulla capacità lavorativa di disturbi statici del rachide con/su ipercifosi dorsale alta, protrazione del capo, scoliosi sinistra convessa dorsale, cefalea muscolotensiva, iperglicemia (sospetto diabete mellito II),

epatopatia, blefarocongiuntivite costituzionale. Il Dott. Petronio nella sua relazione del 23 novembre 2010 attesta un disturbo depressivo endoreattivo (cfr. anche il rapporto del Dott. Scardino del 7 maggio 2011), mentre indagini gastroenterologiche evidenziano nel dicembre 2010 un'esofagite da reflusso ed altri disturbi gastrici minori. Successivi rapporti rilevano un'ipertensione arteriosa ed una sindrome vertiginosa (disturbo peraltro più volte avanzato dal paziente) catalogata come vertigine parossistica posizionale benigna (cfr. rapporto del Dott. De Benedittis del 7 maggio 2011). Dalla perizia medica allestita dal Dott. Del Prete (18 settembre 2011) ed esibita in sede di replica non risultano patologie diverse da quelle già rilevate dal SAM.

10.3 In relazione alla sindrome da dolore somatoforme, va rilevato che tra i danni alla salute psichica, i quali come i danni fisici possono determinare un'invalidità ai sensi dell'art. 4 cpv. 1 LAI, devono essere annoverati – oltre alle malattie mentali propriamente dette – le anomalie psichiche parificabili a malattia (MEYER-BLASER, *Der Rechtsbegriff der Arbeitsunfähigkeit und seine Bedeutung in der Sozialversicherung, namentlich für den Einkommensvergleich in der Invaliditätsbemessung*, in Schaffhauser/Schlauri, *Schmerz und Arbeitsunfähigkeit*, San Gallo 2003, p. 64 n. 93). Non sono considerati effetti di uno stato psichico morboso, e dunque non costituiscono turbe a carico dell'AI le limitazioni della capacità di guadagno cui l'assicurato potrebbe ovviare dando prova di buona volontà. La misura di quanto è ragionevolmente esigibile deve essere apprezzata nel modo più oggettivo possibile (vedi anche DTF 102 V 166; VSI 2001 pag. 224 consid. 2b; DTF 127 V 298 consid. 4c in fine). Peraltro, il Tribunale federale ha avuto modo di precisare che l'inesigibilità della ripresa lavorativa presuppone in ogni caso la presenza manifesta di una comorbidità psichiatrica di notevole gravità, intensità e durata oppure la presenza costante ed intensa di altri criteri qualificati quali (1) l'esistenza di concomitanti affezioni organiche accompagnate da un decorso patologico pluriennale con sintomi stabili o in evoluzione senza remissione duratura, (2) la perdita di integrazione sociale in tutti gli ambiti della vita, (3) uno stato psichico consolidato, senza possibilità di evoluzione sul piano terapeutico, ad indicare allo stesso tempo l'insuccesso e la liberazione dal processo risolutivo dei conflitti psichico oppure (4) l'insuccesso di trattamenti ambulatoriali o stazionari conformi alle regole dell'arte nonché di provvedimenti riabilitativi a dispetto degli sforzi profusi dalla persona assicurata (DTF 132 V 65 consid. 4.3, 130 V 352 consid. 2.2.2; cfr. anche DTF 135 V 201).

11.

11.1 Per quanto riguarda le conseguenze invalidanti delle menzionate affezioni, il collegio giudicante può riferirsi a quanto emerso dalla perizia del SAM.

Al proposito, va rilevato che una perizia richiesta dall'UAIE (in casu un servizio di accertamento medico specifico dell'assicurazione per l'invalidità) 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). 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). 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).

11.2 Ora, è ben chiaro che l'intera prestazione AI era stata erogata con effetto dal 1° aprile 1997 in un contesto morbosissimo piuttosto grave. Al proposito ci si può riferire in particolare alle perizie dei Dott.ri Zumstein, Herold ed Erhardt menzionate.

11.3 Al momento attuale, invece, la situazione valetudinaria è migliorata. Già a partire dall'esame dell'INPS, lo stesso medico indica che il paziente è migliorato e sarebbe in grado di svolgere attività semipesanti (doc. 116, cifre 8, 9) e che il nominato potrebbe svolgere il suo precedente lavoro limitato al 50% (cifra 11.4).

11.3.1 Dal punto di vista psichiatrico è da notare che il paziente non è seguito in modo costante da uno specialista in Italia. Gli psichiatri intervenuti in questa procedura di revisione e di ricorso lo hanno fatto su appello dell'interessato. Da un punto di vista psichiatrico A._____ presenta ancora un'incapacità di lavoro del 50% in tutte le professioni. La diminuzione della capacità lavorativa è dovuta alla sintomatologia depressiva ed ai disturbi della memoria e della concentrazione. Per quanto riguarda la sindrome da dolore somatoforme vero è che il Dott. Mari non menziona esplicitamente i criteri fissati dalla giurisprudenza e riassunti al considerando 10.3, tuttavia nella sostanza si deve constatare che gli elementi e le condizioni sopra esposte sono state esaminate nel suo rapporto. L'esame psichico da lui svolto (pag. 3) ritraccia un quadro tutto sommato ben migliore di quello constatato al momento del riconoscimento dell'intera prestazione AI. Quasi tutti gli elementi esaminati sono nella norma e soddisfacenti. Solo il comportamento psicomotorio appare rallentato ed il tono dell'umore risulta modicamente deflesso. L'esperto conclude che fatta eccezione per le difficoltà di concentrazione e di memoria legate essenzialmente alla problematica depressiva cronica non si osservano segnali grossolani di deterioramento cognitivo. In queste circostanze non vi sono motivi per discostarsi dalla valutazione del Dott. Mari. L'incapacità lavorativa del 50% tiene sufficientemente conto delle patologie di cui è affetto l'interessato.

11.3.2 Dal punto di vista reumatologico/ortopedico il paziente è ora abile al cento per cento in attività adatte e come gessatore presenta una diminuzione del rendimento di 1/3. Al momento attuale, secondo l'indagine ortopedica, il paziente può molto spesso sollevare e portare pesi fino a 5 kg fino all'altezza dei fianchi, molto spesso tra i 5-10 kg fino all'altezza dei fianchi, talvolta fra i 10 ed i 25 kg fino all'altezza dei fianchi, di rado fra i 25-45 kg fino all'altezza dei fianchi, mai oltre i 45 kg; egli può sollevare talvolta pesi fino ai 5 kg sopra l'altezza del petto, talvolta superiori a 5 kg sopra l'altezza del petto; il paziente può molto spesso maneggiare attrezzi di precisione, spesso maneggiare attrezzi di media entità, talvolta attrezzi pesanti, di rado maneggiare attrezzi molto pesanti. La rotazione manuale è normale; egli può effettuare lavori al disopra della testa, talvolta effettuare la rotazione del tronco, molto spesso assumere la

posizione seduta ed inclinata in avanti, talvolta la posizione in piedi ed inclinata in avanti, molto spesso assumere la posizione inginocchiata in avanti, molto spesso effettuare la flessione della ginocchia; il paziente può assumere spesso la posizione seduta di lunga durata, spesso la posizione in piedi di lunga durata; l'interessato può molto spesso camminare fino a 50 metri, molto spesso oltre 50 metri, molto spesso camminare per lunghi tragitti, come pure molto spesso camminare su terreno accidentato, può molto spesso salire le scale, talvolta salire su scale a pioli.

11.3.3 Dal punto di vista neurologico l'esame è nella norma non essendoci indizi per una patologia a carico del sistema nervoso centrale e/o periferico. Rispetto al passato vi è un netto miglioramento delle funzioni esecutive che ora sono nella norma; vi è ora un'evoluzione positiva consistente in una normalizzazione della memoria a breve ed anche a lungo termine. Sotto questo punto di vista specialistico, il paziente è ora abile al cento per cento in qualsiasi attività a lui proponibile.

11.3.4 Non vi nulla da rilevare dal lato oftalmologico. Il paziente non è mai risultato invalido, in nessuna misura, sotto questo punto di vista. Non vi sono problemi oculari, né anatomici, né funzionali. Fotofobia o problemi di convergenze o ancora una banale blefaro-congiuntivite non assumono alcun carattere invalidante.

11.3.5 Concludendo, i sanitari del SAM reputano che un miglioramento sostanziale è avvenuto dal punto di vista neurologico e, sotto gli altri profili, il miglioramento è di tipo funzionale e cognitivo. L'influenza delle patologie in atto nel 1996/97 non è più determinante in modo tale da giustificare un tasso d'invalidità superiore al 70%. Permane un'incidenza debilitante del 50% di origine psichiatrica, mentre dal punto di vista reumatologico l'assicurato presenta una diminuzione del rendimento di un terzo come gessatore. Globalmente, tenendo conto di tutti gli aspetti, vi è un'incapacità lavorativa generale del 50% essenzialmente dovuta a motivi psichiatrici (presenza tutto il giorno, ma con rendimento ridotto); come gessino vi è pure una riduzione complessiva del 50%, sia per motivi psichiatrici che per tenere conto delle limitazioni funzionali sopra ricordate. Va in proposito rilevato come il grado d'invalidità non risulta dalla somma delle singole incapacità lavorative (di origine somatica o psichica) ma piuttosto da una valutazione globale dell'incidenza di queste patologie sulla capacità di lavoro residua (DTF 123 V 45 consid. 3b e SVR 2008 IV n.15 consid. 2.1).

11.3.6 Per quanto attiene alla certificazione polispecialistica esibita in sede di audizione di ricorso e di replica, questa, pur ponendo diagnosi in parte diversa, non ha le caratteristiche di completezza ed indagine scientifica come quella presentata dai sanitari del SAM. La parte ricorrente si sofferma sui rapporti del neurologo Dott. Riederer che però risalgono a un'epoca non determinante per il presente esame. Gli altri medici consultati, come lo rileva il Dott. Croisier, si limitano ad esprimere un parere differente da quello espresso dai medici del SAM.

11.4 Alla luce di queste considerazioni, il collegio giudicante può condividere il parere del SAM e dei medici dell'UAIE. La situazione valetudinaria si è modificata in modo determinante nel corso di questi ultimi anni. Gli esperti indicano il 2005 come riferimento, ossia grosso modo all'epoca del rimpatrio.

12.

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.

12.2 Nella fattispecie, visto che l'interessato può riprendere almeno parzialmente la sua professione precedente di gessino, non è necessario procedere ad un raffronto dei redditi. Il reddito ipotetico che l'assicurato realizzerebbe senza invalidità corrisponde ad un tasso del 50%, fissato tenendo conto, in particolare, delle constatazioni mediche e di altre circostanze determinanti (Prozent-Vergleich, cfr. sentenze del Tribunale federale 9C_947/2008 del 29 maggio 2009 e 9C_1/2011 del 22 febbraio 2012). In altre parole, l'insorgente essendo in grado di riprendere al 50% il suo precedente lavoro di gessino, come pure altre attività adeguate che tengano conto del suo stato di salute, la perdita di guadagno corrisponde all'incapacità di lavoro. L'interessato può dunque avere diritto al massimo a una mezza rendita d'invalidità.

12.3 Va ancora rilevato che l'interessato non lavora più dal 1996, ossia, se si considera la data dell'impugnata decisione, da praticamente 15 anni. In questi casi, l'Ufficio AI è tenuto ad esaminare le residue possibilità di

reintegrazione professionale. Segnatamente è necessario esaminare se la reintegrazione professionale nel mercato del lavoro debba essere preceduta da una misura di reintegrazione. L'amministrazione può comunque esimersi dal procedere in tal senso quando la persona assicurata è in grado di reinserirsi da sola (cfr. sentenza del Tribunale federale 9C_368/2010 del 31 gennaio 2011 consid. 5.4 e 9C_163/2009 del 10 settembre 2010 pubblicata in SVR 2011 IV n° 30 e precisata in 9C_228/2010 del 26 aprile 2011 consid. 3.3). Nel caso di specie il problema non si pone, poiché l'assicurato è stato dichiarato abile al lavoro, sia pure in misura parziale, nella sua precedente attività di gessino.

12.4 Un miglioramento della situazione valetudinaria deve essere quindi ammesso dal 2005 o, al più tardi, dalla data della visita presso il SAM di Bellinzona, agosto 2009. Questo miglioramento durava pertanto per più di tre mesi alla data dell'impugnata decisione dell'8 marzo 2011 e si deve considerare come duraturo ai sensi dell'art. 88a cpv. 1 OAI menzionato. La soppressione del diritto alla rendita con effetto dal 1° maggio 2011 (art. 88^{bis} cpv. 2 lett. a OAI) deve essere pertanto tutelata ed il ricorso respinto.

13.

13.1 Le spese processuali, di 400 franchi, sono poste a carico del ricorrente e sono in parte compensate con l'anticipo da lui fornito di 390.83 franchi. Il saldo di 9.17 franchi è posto a carico del ricorrente.

13.2 Non sono assegnate 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 processuali, di 400 franchi, sono poste a carico del ricorrente e sono compensate con l'anticipo fornito di 390.83 franchi. Il saldo di 9.17 franchi è posto a carico del ricorrente.

3.

Non si assegnano indennità per spese ripetibili.

4.

Comunicazione a:

- rappresentante del ricorrente (raccomandata A/R)
- 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: