



Corte III
C-3107/2014

Sentenza del 15 maggio 2017

Composizione

Giudici Michela Bürki Moreni (presidente del collegio),
Madeleine Hirsig-Vouilloz, Christoph Rohrer,
cancelliere Graziano Mordasini.

Parti

A. _____,
patrocinato dall'avv. Patrick Untersee,
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 per l'invalidità, revisione della rendita
(decisione del 5 maggio 2014).

Fatti:**A.**

A._____, cittadino svizzero, nato il..., coniugato (doc. A 110-1 dell'incarto dell'Ufficio dell'assicurazione invalidità del Cantone Ticino [Ufficio AI]), con un figlio (doc. A 105-6), ha lavorato in Svizzera a partire dall'agosto 1992 fino al 2 ottobre 2008, dapprima in qualità di giardiniere paesaggista (luglio 1992-luglio 1994), in seguito quale panettiere (agosto 1994-agosto 1996) ed infine nuovamente quale giardiniere paesaggista (doc. A 52-1 a 52-6 e 53-1 a 53-6).

B.

B.a A seguito di un infortunio sciistico verificatosi il 16 gennaio 1999 con conseguente frattura tipo Burst di L1, il 21 gennaio seguente l'assicurato è stato sottoposto ad un intervento di fissazione transpeduncolare posteriore Th12-L2 e spondilodesi postero-laterale Th12-L1 (doc. A 56-17 a 56-19). Dopo un decorso inizialmente abbastanza favorevole con ripresa del lavoro al 100% circa quattro mesi dopo l'infortunio, l'interessato ha manifestato ripetuti episodi di bloccaggio dorso-lombare e lombare prevalentemente a destra, comportanti un'incapacità lavorativa dal mese di dicembre 2001. In data 5 giugno 2002 egli è stato sottoposto ad un intervento di rimozione del materiale, AMO in toto di Diapason Th12-L2 (doc. A 56-17 a 56-18).

B.b Con rapporto del 24 novembre 2008 il dott. B._____, primario di neurochirurgia, ha confermato la diagnosi di insufficienza/instabilità bisegmentaria L4/L5 e L5/S1 posta nel marzo 2003, ritenuto l'assicurato inabile nell'attività attuale a seguito di tre episodi di blocco iperalgico lombare (uno alla transizione lombosacrale, due nella porzione media) con segni incipienti di coinvolgimento degli arti inferiori presentatisi nell'ultimo mese e mezzo e consigliato una riqualifica professionale (doc. A 56-7 a 56-8).

C.

C.a In data 2 marzo 2009 A._____ ha formulato, all'attenzione dell'Ufficio dell'assicurazione invalidità del Cantone Ticino [Ufficio AI], una richiesta volta all'ottenimento di una rendita dell'assicurazione svizzera per l'invalidità (doc. A 49-1 a 49-10).

C.b Con rapporto del 3 aprile 2009 all'attenzione dell'AI il medico curante C._____, generalista, ha attestato che dal 2003 l'assicurato soffriva di lombalgie e dorsalgie ricorrenti (stato dopo vecchia frattura di L2; infortunio del 1999, incipiente osteocondrosi L3-L4, L4-L5 con bulding diffusi senza conflitti radicolari, turbe statiche), più intense dal 2007, per cui gli è difficile mantenere una posizione statica e svolgere attività manuali pesanti. Questi disturbi avevano comportato diversi periodi di inabilità al lavoro nel biennio 2007-2008 e del 100% dal 2 ottobre 2008. Egli ha proposto un cambio d'attività tramite l'esecuzione di provvedimenti professionali (doc. A 56-1 a 56-6).

C.c Dopo aver svolto un periodo di accertamento professionale dal 4 maggio al 3 giugno 2009 presso il Centro di accertamento professionale di D._____ (CAP; doc. A 71-1 a 71-22), nel settembre seguente l'assicurato ha intrapreso una riqualifica professionale in qualità di ortopedico (doc. A 79-1 a 79-5).

C.d Con annotazione del 4 febbraio 2010 il dott. E._____, medico AI, specialista in medicina interna generale, ha indicato che da ottobre 2009 era intervenuto un peggioramento algico, trattato senza successo con infiltrazioni a livello lombare tra dicembre 2009 e gennaio 2010, comportante un'incapacità lavorativa del 100% anche in attività adeguate e leggere e l'interruzione della riqualifica professionale intrapresa. La situazione andava rivalutata dopo sei mesi (doc. A 83-1; si confronti in particolare il rapporto del 12 ottobre 2009 del dott. F._____, primario in neurochirurgia della clinica G._____ [doc. A 85-1 a 85-2], e il rapporto del Centro di integrazione professionale [CIP] del 5 febbraio 2010 [doc. A 88-1 a 88-2]).

C.e Mediante decisione del 17 marzo 2010 (doc. A 90-3 a 90-5), preceduta da un progetto di decisione del 5 febbraio (doc. A 89-1 a 89-3), l'Ufficio AI ha pertanto riconosciuto, in favore di A._____, una mezza rendita dell'assicurazione svizzera per l'invalidità con un grado del 57% dal novembre 2009 (media d'incapacità al guadagno annua) e una rendita intera con un grado del 100% dal 1° febbraio 2010.

D.

D.a Il 30 luglio 2010 l'Ufficio AI ha avviato una procedura di revisione della rendita (doc. A 97-1 a 97-2).

D.b Agli atti sono stati assunti i rapporti medici della G._____ Klinik del 12 ottobre 2009 (doc. A 100-11 a 100-12), 15 marzo 2010 (esecuzione di

un'infiltrazione L5-S1, doc. A 100-8 a 100-9), 4 maggio 2010 (situazione invariata rispetto al 2007 da un punto di vista RM, doc. A 100-6 a 100-7), 1° giugno 2010 (infiltrazione L4-L5 a causa dell'insuccesso della precedente, doc. A 100-4 a 100-5), 15 luglio 2010 (causa probabile dei dolori è la degenerazione dei dischi L4-L5, L5-S1, doc. A 100-1 a 100-2) e infine il rapporto dettagliato del 10 agosto 2010 (doc. A 98-1 a 98-4), nonché quelli radiologici del 12 febbraio 2010 (doc. A 100-10) e del 7 luglio 2010 (doc. A 100-3).

D.c Con rapporto del 18 agosto 2010 (doc. A 99-1 a 99-6) il dott. C._____ ha ripreso parzialmente il contenuto del precedente referto del 3 aprile 2009 (doc. A 56-1 a 56-6). Egli ha posto la diagnosi supplementare di ernia discale L4-L5, ribadito che l'interessato presentava una lombalgia cronica, tuttavia attualmente con episodi molto frequenti di bloccaggio, comportante un'incapacità lavorativa totale quale giardiniere dal 2 ottobre 2008 e continua e fatto riferimento ai consulti a cui l'assicurato si era periodicamente sottoposto presso la G._____ Klinik.

D.d Alla luce della suddetta documentazione, con annotazione del 7 febbraio 2011 il dott. H._____, medico del Servizio medico regionale (SMR), la cui specializzazione non è nota, constatato che nell'ultimo anno era intervenuto un peggioramento dello stato di salute, ha indicato la necessità di un completamento istruttorio volto a valutare l'evoluzione dello stato di salute, le limitazioni funzionali per l'attività abituale o per attività adeguate, le eventuali risorse e la determinazione temporale della capacità lavorativa residua (doc. A 102-1 a 102-2).

D.e L'amministrazione ha pertanto ordinato l'esecuzione di una perizia pluridisciplinare da parte del Servizio Accertamento Medico (SAM). Il referto del 26 ottobre 2011 (doc. A 105-1 a 105-20) comprende una perizia reumatologica del 20 giugno 2011 del dott. I._____, specialista in reumatologia (doc. A 105-28 a 105-35) ed una psichiatrica del 6 ottobre 2011 ad opera della dott.ssa L._____, specialista in psichiatria e psicoterapia (doc. A 105-21 a 105-27). Il dott. M._____, specialista in medicina generale e la dott.ssa N._____, specialista in medicina interna, hanno attestato dal punto di vista reumatologico un'inabilità al lavoro completa dal 2 ottobre 2008 nella sua professione abituale di giardiniere e paesaggista e un'abilità lavorativa completa a decorrere dal 15 ottobre 2010, con una riduzione del rendimento del 10% in un lavoro che tenga conto dei limiti funzionali, quale ad esempio l'attività prevista dalla riformazione professionale, come ortopedico, addetto alla costruzione di ortesi e protesi, mentre

dal punto di vista psichiatrico hanno constatato l'assenza di limitazioni alla capacità lavorativa (doc. A 105-18).

D.f Nel rapporto finale del 19 dicembre 2011 (doc. A 107-1 a 107-4) il dott. H._____ ha ripreso le conclusioni del SAM, riconoscendo all'assicurato un'incapacità al lavoro del 100% dall'ottobre 2008 nell'attività abituale di giardiniere, mentre in un'attività sostitutiva adeguata (come addetto alla costruzione di ortesi e protesi) una capacità lavorativa del 90% dal 15 ottobre 2010.

E.

Agli atti sono stati assunti gli esiti di una risonanza magnetica della colonna lombare eseguita da A._____ il 31 marzo 2012 (a livello L5-S1 più accentuata protrusione del disco a larga base con minimo contatto disco radicolare al passaggio intra-extraforaminale omolaterale con la radice L4 sinistra, doc. A 119-1 a 119-2), nonché i rapporti medici della G._____ Klinik del 22 giugno 2012 (doc. A 120-3 a 120-4) e del 4 luglio seguente (esecuzione di un'infiltrazione a seguito di un blocco sacrale, doc. A 120-1 a 120-2).

F.

Nel quadro di misure di riqualifica professionale nel settembre 2012 l'assicurato ha svolto uno stage di una settimana presso un laboratorio odontotecnico (doc. A-124-1 a 124-2 e 126-1 a 126-3). Le grosse difficoltà a livello fisico incontrate dall'interessato e un'ulteriore peggioramento dello stato di salute avevano però impedito la buona riuscita dei provvedimenti reintegrativi propostigli (doc. A 145-1).

G.

G.a Con certificato medico del 2 aprile 2013 il dott. O._____, specialista in medicina interna, medico curante, ha dichiarato che negli ultimi mesi l'interessato aveva accusato un chiaro peggioramento dei disturbi alla schiena, per cui lo stato di salute sarebbe stato rivalutato presso la clinica G._____ (doc. A 146-1; allegato al doc. TAF 27).

G.b Con rapporto del 14 maggio 2013 il dott. P._____, specialista in neurochirurgia presso la G._____ Klinik, ha attestato che il reiterarsi dei blocchi lombari era da ricondurre alla degenerazione dei dischi intervertebrali e proposto l'adozione di terapie conservative (doc. A 148-1 a 148-2).

H.

Il 14 giugno 2013 A._____ si è trasferito in Q._____ (doc. A 149-2 e doc. TAF 10). L'ufficio AI ha pertanto trasmesso l'incarto all'Ufficio dell'assicurazione per l'invalidità per gli assicurati residenti all'estero (UAIE) per competenza (doc. B 2-1 dell'incarto UAIE).

I.**I.a**

I.a.a Con progetto di decisione del 20 gennaio 2014 l'UAIE ha ritenuto che la perizia pluridisciplinare del 26 ottobre 2011 (doc. A 105-1 a 105-20) e l'incarto dell'Ufficio AI evidenziavano un miglioramento dello stato di salute dell'interessato. L'autorità di prime cure gli ha pertanto riconosciuto un'incapacità lavorativa totale nell'ultima attività esercitata di giardiniere paesaggista, mentre nell'esercizio di un'attività rispettosa dei limiti funzionali un'incapacità al lavoro del 10% con una diminuzione della capacità di guadagno del 31%, comunicando pertanto all'assicurato la soppressione della rendita. Il suddetto ufficio ha altresì concesso all'interessato la facoltà di formulare, nel termine di 30 giorni dalla ricezione del progetto di decisione, delle osservazioni per iscritto (doc. B 13-1 a 13-3).

I.a.b Tramite osservazioni del 21 e 28 febbraio 2014 (doc. B 19-1 e B 21-1 a 21-4) A._____, per il tramite del suo patrocinatore, ha sostenuto che le affezioni degenerative al rachide presenti nel 2009 confermate nel 2011, erano ulteriormente peggiorate, così come riconosciuto dai medici della G._____ Klinik con rapporto del 14 maggio 2013 (doc. A 148-1 a 148-2), al punto da condurre all'interruzione della riformazione professionale. Egli ha altresì contestato il grado di invalidità riconosciuto dall'autorità di prime cure.

I.a.c Con scritto del 10 marzo 2014 (doc. B 24-1 a 24-2) il ricorrente ha prodotto ulteriore documentazione medica attestante frequenti " blocchi " alla schiena in zona L4/L5 e L5/S1 (doc. B 22 e 23).

I.b Nella presa di posizione del 24 marzo 2014 il dott. R._____, medico SMR, specialista in medicina generale, ha sostenuto che la documentazione prodotta dall'interessato non apportava alcun nuovo elemento rispetto a quanto attestato dai medici della G._____ Klinik nel maggio 2013 (doc. B 28).

I.c Con ulteriore progetto di decisione del 10 aprile 2014 l'autorità di prime cure ha pertanto ribadito le proprie conclusioni (doc. B 31-1 a 31-3).

I.d Con decisione del 5 maggio 2014 (doc. B 33-1 a 33-3), l'UAIE ha decretato che la documentazione medica agli atti permetteva di evidenziare un miglioramento dello stato di salute dell'insorgente e confermato l'assenza di un diritto ad una rendita di invalidità a partire dal 1° luglio 2014.

J.

J.a Il 6 giugno 2014, tramite del suo patrocinatore, A. _____ ha interposto ricorso dinanzi al Tribunale amministrativo federale avverso la suddetta decisione dell'UAIE (doc. TAF 1). Ha in particolare segnalato che non vi era stato alcun miglioramento, tantomeno sensibile o significativo, né del suo stato di salute, né della sua capacità lavorativa, rispetto a quanto accertato nell'ambito della procedura in cui gli era stata riconosciuta una rendita intera. Al contrario le sue affezioni erano persino peggiorate rispetto al 2010, come confermato dal dott. O. _____, con rapporto del 2 aprile 2013 (allegato al doc. TAF 27) e dal dott. P. _____ con referto del 14 maggio seguente (doc. A 148-1 a 148-2).

J.b Il 2 luglio 2014 l'insorgente ha versato l'anticipo spese richiesto (doc. TAF 4).

K.

Con risposta del 23 settembre 2014 l'UAIE ha proposto la reiezione del gravame e la conferma della decisione impugnata (doc. TAF 6). Ha indicato come, con valutazione medica del 12 dicembre 2013 (doc. B 11-1 a 11-7), il dott. R. _____ aveva ritenuto un netto miglioramento dello stato di salute del ricorrente, riconoscendogli un'incapacità lavorativa del 70% nell'attività svolta in precedenza e una capacità lavorativa del 90% in attività più leggere e adeguate alle sue condizioni fisiche a decorrere dal 21 giugno 2011 (recte 20 giugno 2011; data del consulto peritale reumatologico del dott. I. _____; doc. A 105-28 a 105-35), opinione confermata poi durante la procedura di audizione con rapporto del 24 marzo 2014 (doc. B 28).

L.

A sostegno delle proprie conclusioni ricorsuali, con scritti del 26 settembre 2014 (allegato al doc. TAF 11), 24 novembre 2014 (allegato al doc. TAF 12), 30 gennaio 2015 (doc. TAF 13) e 16 febbraio 2015 (doc. TAF 15), A. _____ ha trasmesso numerosi referti di medici Q. _____.

M.

Invitato a pronunciarsi in merito alla suddetta documentazione, con presa di posizione del 5 maggio 2015 l'UAIE si è riconfermato nelle proprie allegazioni di fatto e di diritto (doc. TAF 17).

N.

Tramite scritto del 27 aprile 2016 l'insorgente ha prodotto ulteriori rapporti medici (allegati al doc. TAF 19).

O.

Con presa di posizione del 22 giugno 2016 l'UAIE, richiamato il parere della dott.ssa S._____, medico SMR, specialista in medicina generale, del 10 giugno precedente (doc. TAF 25 con allegati) ha indicato che la documentazione prodotta non provava alcun peggioramento dello stato di salute del ricorrente, precisando che la sua situazione non si era modificata in maniera significativa posteriormente alla perizia pluridisciplinare del 26 ottobre 2011 (doc. A 105-1 a 105-20).

P.

Con osservazioni del 18 agosto 2016 (doc. TAF 27 e allegati) l'insorgente ha ribadito il peggioramento del suo stato di salute certificato dai numerosi referti medici prodotti, indicando nel contempo come nella diagnosi con influenza sulla capacità del SAM non vi fosse alcun riferimento alla discopatia L3-L4 diagnosticata dal dott. T._____, del 27 luglio 2016.

Q.

Tramite scritto del 28 settembre 2016 l'UAIE, richiamato il parere della dott.ssa S._____ del 21 settembre, ha rilevato che una certa instabilità del quadro clinico dell'interessato era già stata evocata al momento della perizia. L'autorità di prime cure ha poi precisato che le conclusioni e proposte scaturite nel quadro dei controlli a cui il ricorrente si era sottoposto presso la G._____ Klinik nel maggio 2013 erano sovrapponibili a quelle del dott. T._____ (doc. TAF 31 con allegati).

Diritto:**1.**

1.1 Il Tribunale amministrativo federale esamina d'ufficio e con piena cognizione la sua competenza (art. 31 e segg. LTAF), rispettivamente l'ammissibilità dei gravami che gli vengono sottoposti (DTF 133 I 185 consid. 2 e relativi riferimenti).

1.2 Riservate le eccezioni – non realizzate nel caso di specie – di cui all'art. 32 LTAF, questo Tribunale giudica, in virtù dell'art. 31 LTAF in combinazione con l'art. 33 lett. d LTAF e l'art. 69 cpv. 1 lett. b LAI (RS 831.20), i ricorsi contro le decisioni, ai sensi dell'art. 5 PA, rese dall'Ufficio AI per le persone residenti all'estero.

1.3 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 LPGGA (RS 830.1). Giusta l'art. 1 cpv. 1 LAI, le disposizioni della LPGGA sono applicabili all'assicurazione per l'invalidità (art. 1a-26^{bis} e 28-70), sempre che la LAI non deroghi alla LPGGA.

1.4 Presentato da una parte direttamente toccata dalla decisione, avente un interesse degno di protezione al suo annullamento o alla sua modifica (art. 59 LPGGA) e che ha pagato l'acconto spese richiesto, il ricorso – interposto tempestivamente e rispettoso dei requisiti previsti dalla legge (art. 60 LPGGA nonché art. 52 PA) – è pertanto ammissibile.

2.

Il ricorrente è un cittadino svizzero residente in Q._____. Tra la Svizzera e Q._____ è stata conclusa la convenzione di sicurezza sociale del 9 ottobre 2006 entrata in vigore il 1° gennaio 2008 (RS 0.831.109.158.1).

Per quanto riguarda la Svizzera la convenzione è applicabile alla legislazione federale concernente l'assicurazione per l'invalidità (art. 2 par. 1 lett. a ii). Giusta il suo art. 3 lett. a i essa si applica ai cittadini degli Stati contraenti e ai loro familiari e superstiti.

3.

3.1

3.1.1 Dal profilo temporale sono applicabili le disposizioni in vigore al momento della realizzazione dello stato di fatto che deve essere valutato giuridicamente o che produce conseguenze giuridiche (DTF 136 V 24 consid. 4.3 e 130 V 445 consid. 1.2 e relativi riferimenti nonché 129 V 1 consid. 1.2). Se è intervenuto un cambiamento delle norme legislative nel corso del periodo sottoposto ad esame giudiziario, il diritto eventuale alle prestazioni si determina secondo le vecchie disposizioni per il periodo anteriore e secondo le nuove a partire dalla loro entrata in vigore (applicazione del principio pro rata temporis; DTF 130 V 445).

3.1.2 La procedura di revisione essendo stata avviata il 30 luglio 2010 (doc. A 97-1 a 97-2) ed avendo esplicitato i propri effetti dal 1° luglio 2014, al caso in esame si applicano le disposizioni della 5ª revisione della LAI entrate in vigore il 1° gennaio 2008, così come quelle della 6ª revisione della LAI (primo pacchetto) entrate in vigore il 1° gennaio 2012 (RU 2011 5659; FF 2010 1603) ed eventuali successive modifiche legislative intervenute fino alla pronuncia della decisione impugnata.

3.2 Giova altresì rilevare che il potere cognitivo di questo Tribunale è delimitato dalla data della decisione impugnata. Il giudice delle assicurazioni sociali esamina infatti la decisione impugnata sulla base della situazione di fatto esistente al momento in cui essa è stata pronunciata, nel caso concreto il 5 maggio 2014. Tiene tuttavia conto dei fatti verificatisi dopo tale data quando essi possano imporsi quali elementi d'accertamento retrospettivo della situazione anteriore alla decisione stessa (DTF 129 V 1 consid. 1.2 e 121 V 362 consid. 1b), in altri termini se gli stessi sono strettamente connessi all'oggetto litigioso e se sono suscettibili di influire sull'apprezzamento del giudice al momento in cui detta decisione litigiosa è stata resa (cfr. sentenza del TF 8C_278/2011 del 26 luglio 2011 consid. 5.5 nonché 9C_116/2010 del 20 aprile 2010 consid. 3.2.2; DTF 118 V 200 consid. 3a in fine).

4.

Oggetto del contendere è il diritto di A. _____ di percepire una rendita intera di invalidità anche dopo il 1° luglio 2014 (doc. B 33-1 a 33-3). In concreto va quindi esaminato se la situazione di salute, rispettivamente la capacità lavorativa dell'assicurato sono migliorate in misura tale da giustificare la soppressione della rendita intera di invalidità.

4.1 In particolare l'insorgente sostiene che non è intervenuto alcun miglioramento dello stato di salute e della capacità lavorativa dopo il 1° febbraio 2010 e che, al contrario, le sue affezioni sarebbero persino peggiorate (doc. B 19-1, B-21-1 a 21-4 e doc. TAF 1 con relativi allegati).

4.2 L'amministrazione ritiene per contro, segnatamente sulla base della perizia pluridisciplinare del SAM del 26 ottobre 2011 (doc. A 105-1 a 105-20), che lo stato di salute del ricorrente è migliorato e che egli presenta un'incapacità lavorativa totale nell'ultima attività esercitata di giardiniere paesaggista, mentre una capacità al lavoro del 90% con una diminuzione della capacità di guadagno del 31% nell'esercizio di un'attività rispettosa delle limitazioni funzionali (doc. B 13-1 a 13-3 e 33-1 a 33-3).

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'invalidità 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).

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

L'incapacità al guadagno è definita all'art. 7 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 oggettivamente superabile.

6.

6.1 Secondo l'art. 17 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. Il cpv. 2 della stessa norma prevede che ogni altra prestazione durevole accordata in virtù di una disposizione formalmente passata in giudicato è, d'ufficio o su richiesta, aumentata, diminuita o soppressa se le condizioni che l'hanno giustificata hanno subito una notevole modificazione.

6.2 Giusta l'art. 87 cpv. 1 OAI (RS 831.201), la revisione avviene d'ufficio quando, in previsione di una possibile modifica importante del grado d'invalidità o della grande invalidità oppure del bisogno di assistenza o di aiuto dovuto all'invalidità è stato stabilito un termine al momento della fissazione della rendita, dell'assegno per grandi invalidi o del contributo per l'assistenza (lett. a) o allorché si conoscono fatti o si ordinano provvedimenti che possono provocare una notevole modifica del grado d'invalidità, della grande invalidità oppure del bisogno di assistenza o di aiuto dovuto all'invalidità (lett. b).

6.3 L'art. 88a cpv. 1 OAI prevede che se la capacità al guadagno dell'assicurato o la capacità di svolgere le mansioni consuete migliora oppure se la grande invalidità o il bisogno di assistenza o di aiuto dovuto all'invalidità si riduce, il cambiamento va considerato ai fini della riduzione o della soppressione 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.

6.4 Giusta l'art. 88^{bis} cpv. 2 OAI, la riduzione o la soppressione della rendita, dell'assegno per grandi invalidi o del contributo per l'assistenza è messa in atto: a) il più presto, il primo giorno del secondo mese che segue la notifica della decisione; b) retroattivamente dalla data in cui avvenne la modificazione determinante se l'erogazione indebita è dovuta all'ottenimento illecito di una prestazione da parte dell'assicurato o se quest'ultimo ha violato l'obbligo di informare, impostogli ragionevolmente dall'art. 77 OAI.

6.5 Secondo la giurisprudenza del Tribunale federale, costituisce motivo di revisione della rendita d'invalidità ogni modifica rilevante delle circostanze di fatto suscettibile d'influire sul grado di invalidità e, quindi, sul diritto alla rendita. Per conseguenza, la rendita può essere soggetta a revisione non soltanto in caso di modifica significativa dello stato di salute, ma anche quando detto stato è rimasto invariato, ma le sue conseguenze sulla capacità di guadagno hanno subito un cambiamento significativo (sentenza del TF I 870/05 del 2 maggio 2007; DTF 130 V 343 consid. 3.5). Peraltro, per procedere alla revisione di una rendita d'invalidità occorre che il grado d'invalidità abbia subito una notevole modifica (art. 17 cpv. 1 LPGA). A differenza di quanto prescritto dall'art. 17 cpv. 2 LPGA per le altre prestazioni durevoli, l'art. 17 cpv. 1 LPGA non esige in relazione alla revisione di una rendita d'invalidità una modifica notevole dello stato di fatto, ma (solo) una modifica notevole del grado d'invalidità. Questa modifica può risiedere sia

in un cambiamento dello stato di salute sia in una modifica della componente lucrativa (DTF 133 V 545 consid. 6.1-6.3). Anche una modifica di poco conto nello stato di fatto determinante può così dare luogo a una revisione di una rendita dell'assicurazione per l'invalidità se tale modifica determina un superamento (per eccesso o per difetto) di un valore limite (DTF 133 V 545 consid. 6.3). In tale evenienza i parametri di calcolo dell'invalidità, compresi gli aspetti parziali del diritto alla rendita (quali sono segnatamente la determinazione del reddito con e senza invalidità), possono essere ridefiniti facendo capo alle regole applicabili al momento del nuovo esame (cfr. sentenza del TF 9C_696/2007 consid. 5.1 e relativi riferimenti). Irrilevante è invece, una diversa valutazione di una fattispecie restata sostanzialmente immutata (DTF 112 V 371 consid. 2b).

7.

7.1 Al fine di accertare se il grado di invalidità si è modificato in maniera tale da influire sul diritto alle prestazioni, si deve confrontare, da un lato, la situazione di fatto dell'ultima decisione cresciuta in giudicato che è stata oggetto di un esame materiale del diritto alla rendita dopo contestuale accertamento pertinente dei fatti, apprezzamento delle prove e confronto dei redditi, e, dall'altro lato, la situazione di fatto vigente all'epoca del provvedimento litigioso (sentenza del TF I 759/06 del 5 settembre 2007; DTF 133V 108).

7.2 Il periodo di riferimento nell'ambito della presente vertenza è quello intercorrente tra il 17 marzo 2010, data della decisione mediante la quale l'Ufficio AI ha riconosciuto in favore del ricorrente una mezza rendita di invalidità dal novembre 2009 al 31 gennaio 2010 ed una rendita intera dal 1° febbraio 2010 (doc. A 90-3 a 90-5) e il 5 maggio 2014, data della decisione impugnata (doc. B 33-1 a 33-3).

8.

8.1 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. 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 (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).

8.2 In assenza 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).

8.3 In particolare, secondo l'art. 43 LPGGA (in combinazione con l'art. 57 LAI), l'assicuratore esamina le domande, intraprende d'ufficio i necessari accertamenti e raccoglie le informazioni di cui ha bisogno. Conformemente all'art. 59 cpv. 1 LAI, gli Uffici AI si organizzano in modo da garantire che i compiti elencati nell'art. 57 siano eseguiti con professionalità ed efficienza nel rispetto delle prescrizioni e delle istruzioni della Confederazione e, giusta il capoverso 2, approntano i servizi medici regionali interdisciplinari. Secondo l'art. 59 cpv. 2bis LAI, i servizi medici regionali sono a disposizione degli uffici AI per valutare le condizioni mediche del diritto alle prestazioni, stabiliscono la capacità funzionale dell'assicurato - determinante per l'AI secondo l'articolo 6 LPGGA - di esercitare un'attività lucrativa o di svolgere le mansioni consuete in una misura ragionevolmente esigibile e sono indipendenti per quanto concerne le decisioni in ambito medico nei singoli casi. Scopo e senso dell'art. 59 cpv. 2bis LAI, come pure dell'art. 49 OAI, risiedono nella possibilità, per gli uffici AI, di fare capo a propri medici per la valutazione degli aspetti sanitari del diritto alla rendita.

8.4 Quanto alla valenza probatoria di un rapporto medico, determinante, secondo la giurisprudenza, è che i punti litigiosi importanti siano stati oggetto di uno studio approfondito, che il rapporto si fondi su esami completi, che consideri parimenti le censure espresse, che sia stato approntato in piena conoscenza dell'incarto (anamnesi), che la descrizione del contesto medico sia chiara e che le conclusioni del perito siano ben motivate. Determinante quindi per stabilire se un rapporto medico ha valore di prova non è tanto né l'origine del mezzo di prova, né la denominazione, ad esempio, quale perizia o rapporto (sentenza del TF 8C_153/2007 del 7 maggio 2008; DTF 125 V 351 consid. 3a pag. 352; 122 V 157 consid. 1c pag. 160;

HANS-JAKOB MOSIMANN, Zum Stellenwert ärztlicher Beurteilungen, in: *Aktuelles im Sozialversicherungsrecht*, 2001, pag. 266). Nella sentenza pubblicata in VSI 2001 pag. 106 segg. la Corte ha però ritenuto conforme al principio del libero apprezzamento delle prove (art. 40 PC e art. 19 PA, art. 95 cpv. 2, art. 113 e 132 vOG) definire delle direttive in relazione alla valutazione di determinate forme di rapporti e perizie.

8.5 Una valutazione medica completa, comprensibile e concludente che, considerata a sé stante in occasione di un'unica (prima) valutazione del diritto alla rendita, andrebbe ritenuta probante, non assurge a prova attendibile in caso di revisione, se non attesta in modo sufficiente in che modo rispettivamente in che misura ha avuto luogo un effettivo cambiamento nello stato di salute. Sono tuttavia riservati i casi evidenti (SVR 2012 IV n. 18 pag. 81 consid. 4.2). Dalla perizia deve quindi emergere chiaramente che i fatti con cui viene motivata la modifica sono nuovi o che i fatti preesistenti si sono modificati sostanzialmente per quanto riguarda la loro natura rispettivamente la loro entità. L'accertamento di una modifica dei fatti è in particolare sufficientemente comprovata se i periti descrivono quali aspetti concreti nell'evoluzione della malattia e nell'andamento dell'incapacità lavorativa hanno condotto alla nuova valutazione diagnostica e alla stima dell'entità dei disturbi. Le summenzionate esigenze devono trovare riscontro nel tenore delle domande poste al perito (sentenza del TF 9C_158/2012 del 5 aprile 2013; SVR 2012 IV pag. 81 consid. 4.3).

8.6 Alla luce dell'art. 59 cpv. 2bis LAI, come pure dell'art. 49 OAI, i medici SMR, grazie alle loro specifiche conoscenze medico-assicurative, sono chiamati a valutare la capacità funzionale della persona assicurata. In questo modo è stata creata una chiara separazione di competenze tra medici curanti e assicurazione sociale. Sulla base delle indicazioni del SMR, l'UAIE deve così decidere cosa si può ragionevolmente pretendere da un assicurato e cosa invece no (sentenza del TF 9C_9/2010 del 29 settembre 2010 consid. 2). Peraltro, i rapporti SMR hanno per funzione di effettuare una sintesi delle informazioni e degli esami medici di cui agli atti di causa e formulare delle raccomandazioni quanto al seguito da dare all'incarto da un punto di vista medico (sentenza del TF 9C_542/2011 del 26 gennaio 2012 consid. 4.1). Per poter loro attribuire pieno valore probatorio, i rapporti dei servizi medici regionali devono essere redatti da medici che dispongono delle qualifiche specialistiche richieste nel singolo caso di specie. Se ciò non è il caso, il loro valore probatorio è affievolito (sentenza del TF 9C_826/2009 del 20 luglio 2010 consid. 4.2).

9.

9.1 In occasione della procedura tendente all'attribuzione di una rendita avviata nel marzo 2009 (doc. A 49-1 a 49-10) l'Ufficio AI si è in particolare fondato sul rapporto del 3 aprile 2009 del dott. C. _____ in cui è stato stabilito che dal 2003 A. _____ soffriva di lombalgie e dorsalgie ricorrenti, stato dopo vecchia frattura di L2 (infortunio del 1999), più intense dal 2007 con difficoltà a mantenere una posizione statica (eretta o seduta) e nello svolgimento di attività manuali pesanti, incipiente osteocondrosi L3-L4, L4-L5 (doc. A 56-1 a 56-6).

Con annotazione del 4 febbraio 2010 il dott. E. _____ (fondandosi sul rapporto del dott. F. _____ del 12 ottobre 2009, doc. A 100-11 a 100-12), constatato un peggioramento algico da ottobre 2009, trattato senza successo con infiltrazioni a livello lombare tra dicembre 2009 e gennaio 2010 presso la clinica G. _____ (doc. A 83-1), ha proposto l'interruzione della riqualifica professionale intrapresa dall'assicurato nel settembre precedente attualmente inadeguata a causa dello stato clinico instabile (doc. A 79-1 a 79-5 e doc. A 88-1 a 88-1) e di rivalutare il caso trascorsi sei mesi.

9.2 Il 17 marzo 2010 l'Ufficio AI ha quindi riconosciuto all'interessato una mezza rendita di invalidità dal novembre 2009 e una rendita intera con un grado del 100% dal 1° febbraio 2010 (doc. A 90-3 a 90-5).

10.

Il 30 luglio 2010 l'Ufficio AI ha promosso una procedura di revisione della rendita (doc. A 97-1 a 97-2).

10.1 Con rapporto del 18 agosto 2010 (doc. A 99-1 99-6) il dott. C. _____ ha rinviato ai consulti eseguiti presso la clinica G. _____ (doc. A 100-1 a 100-12; consid. D.B) e diagnosticato una sindrome lombosacrale cronica in stato dopo frattura a livello L2, trattato in osteosintesi (1999) in presenza di turbe statico-degenerative e di ernia discale L4-L5, precisando che i disturbi del paziente erano sempre gli stessi (cfr. doc. A 56-1 56-6) e consistevano in lombalgia cronica con episodi molto soventi di bloccaggio.

10.2 Nella valutazione del 7 febbraio 2011 il dott. H. _____ ha attestato, presumibilmente alla luce del rapporto del dott. C. _____ (doc. A 99-1 a 99-6) e dei referti della clinica G. _____ (doc. A 100-1 a 100-9) un peggioramento dello stato di salute dell'insorgente nell'ultimo anno, posto le

diagnosi con influo sulla capacità lavorativa di sindrome lombo vertebrale cronica, stato dopo frattura L2, trattato con osteosintesi (1999), ernia discale L4-L5 e retrolistesi L4 su L5 e L5 su S1, e indicato nel contempo la necessità di esperire ulteriori accertamenti per valutare l'evoluzione dello stato di salute, rispettivamente le limitazioni funzionali per l'abituale attività o per attività adeguate, le eventuali risorse e la determinazione temporale della capacità di lavoro residua (doc. A 102-1 a 102-2).

10.3

10.3.1 Nella perizia pluridisciplinare del SAM del 26 ottobre 2011 (doc. A 105-1 a 105-20), comprendente una valutazione reumatologica del 20 giugno 2011 del dott. I. _____ (doc. A 105-28 a 105-35) ed una psichiatrica del 6 ottobre 2011 ad opera della dott.ssa L. _____ (doc. A 105-21 a 105-27), il dott. M. _____ e la dott.ssa N. _____ hanno esaminato lo stato di salute a partire dal febbraio 2010.

10.3.2 Da un punto di vista reumatologico sono state poste le diagnosi con ripercussione sulla capacità lavorativa di sindrome lombospondilogenica cronica in esiti da spondilodiosi L1-L3 il 21 gennaio 1999 dopo frattura stabile di L2 il 16 gennaio 1999 con asportazione del materiale di osteosintesi il 5 giugno 2002, discopatie plurisegmentali lombari caudali con sospetto d'instabilità segmentale L5-S1, ernia discale L4/L5 con iniziale lussazione sublegamentaria, anomalia di transizione lombosacrale con lombarizzazione di S1, tendenza ad ipermobilità articolare, disturbi statici del rachide (scoliosi sinistroconvessa lombare), decondizionamento e sbilancio muscolare (doc. A 105-32).

10.3.3 Da un punto di vista psichiatrico l'esperta ha indicato che dall'esame psichico era possibile escludere una comorbidità con disturbi psichiatrici in associazione alla patologia reumatologica, non si evidenziavano elementi clinici significativi per un disturbo a carattere invalidante inquadabile nell'ambito di un disturbo dell'umore, d'ansia o di personalità secondo i criteri diagnostici dell'ICD-10 o DSM-IV (doc. A 105-25).

Questa valutazione non è stata contestata dall'assicurato.

10.4

10.4.1 Complessivamente l'interessato è stato considerato inabile al lavoro al 100% dal 2 ottobre 2008 nella precedente attività di giardiniere e paesaggista (doc. A 105-18).

10.4.2 Nella perizia è stato inoltre indicato che “ l’attività prevista dalla ri-formazione professionale, come ortopedico, addetto alla costruzione di or-tesi e protesi, premesso che questo lavoro tenga pienamente conto dei limiti funzionali sopraindicati, può essere giudicata adatta allo stato di sa-lute: in questo ambito, l’assicurato è abile al lavoro in misura di 8-9 ore al giorno, ma con una diminuzione del rendimento del 10% “. Secondo i periti la capacità lavorativa suesposta decorre dal 15 ottobre 2010 e meglio a distanza di tre mesi dall’ultima visita presso la clinica G. _____ di U. _____ (doc. A 105-19).

Dalla perizia non emerge l’evoluzione dello stato di salute e della capacità lavorativa dell’assicurato a far tempo dal marzo 2010, data dell’attribuzione della rendita intera, né in cosa consisterebbe il netto miglioramento della capacità lavorativa attestato dal SAM.

10.5 Nel rapporto finale del 19 dicembre 2011 (doc. A 107-1 a 107-4) il dott. H. _____, riprendendo parzialmente la diagnosi posta dal SAM, le con-seguenze sulla capacità lavorativa e i limiti funzionali, ha dichiarato che lo stato di salute era migliorato.

10.6 Le grosse difficoltà riscontrate a livello fisico dall’interessato e un’ulte-riore peggioramento dello stato di salute, di cui l’Ufficio AI era a conoscenza (doc. A 145-1), avevano impedito la buona riuscita dei provvedimenti rein-tegrativi intrapresi nel settembre 2012 presso un laboratorio odontotecnico (doc. A-124-1 a 124-2 e 126-1 a 126-3).

11.

11.1 In occasione di un consulto specialistico del 2 aprile 2013, trasmesso solo pendente causa (allegato al doc. TAF 27), il dott. O. _____ ha for-mulato le diagnosi di esiti di frattura di L2 nel 1999, spondilodesi L1-L3, discopatie da L4 a L5-S1 con bulging discale L4-L5 senza coinvolgimento delle radici nervose, protrusione discale a base larga L5-S1 con compres-sione del sacco durale e di L4 sinistra, sindrome radicolare irritativa-algica cronica recidivante con blocchi lombari ripetuti, esiti di tre infiltrazioni locali (l’ultima nel marzo 2012) senza esiti positivi, assenza di deficit neurologici e rilevato che da sei mesi il ricorrente presentava un peggioramento dei disturbi con frequenti blocchi lombari, ripetute lombosciatalgie a destra specialmente, diminuzione della forza sui forti dolori, assenza del patellare destro e nessun miglioramento con Fortecortin.

In un altro attestato di medesima data il dott. O. _____ ha pure dichiarato che negli ultimi mesi l'interessato aveva accusato un chiaro peggioramento dei problemi alla schiena (doc. A 146/1). Con scritto del 4 aprile 2013 quest'ultimo ha sostenuto che i blocchi alla schiena comparivano circa quattro volte al mese e gli causavano dolori persistenti (doc. A 146-2).

11.2 Con rapporto del 14 maggio 2013 all'attenzione del medico curante (doc. A 148-1 a 148-2) il dott. P. _____ della G. _____ klinik ha posto le diagnosi di chron. lumbales Schmerzsyndrom mit/bei: St. n. LWK 2 Fraktur mit bisegmentale Spondylodese L1-L3, 1999, lumbo-sakrale Übergangsanomalie mit lumbalisiertem S1 sowie langbogige linkskonvexe Lumbalskoliose mit Oblique Take off von Sacrum und ein Cobb-Winkel von 17° gemessen Grundplatte L5, Deckplatte Th11, leichte bis mässige Diskusdegeneration L4/5 und L5/S1 (Pfirmann Grad III – IV A), jeweils mit Aufhellungszone im dorsalen Anulus (MRI vom 12.02.2010), Verdacht auf segmentale Instabilität L5/S1 (Funktionsaufnahme vom 08.10.2009, St. N. Facettengelenksinfiltration L5/S1 (15.03.2010) ohne wesentliche Beschwerdebesserung und St. n. Facettengelenksinfiltration L4/5 bds, 28.05.2010 mit geringem Ansprechen.

Egli ha inoltre indicato che: " Herr A. _____ wird uns aktuell von Seiten des Hausarztes aufgrund einer erneut akut exazerbierten Schmerzsituation zur Evaluierung eines operativen Vorgehens zugewiesen. Der Patient berichtet, dass er nach einer routinehaften Bewegung plötzlich eine Blockierung tief lumbal verspürte. Der Unterschied zu den Episoden zuvor war, dass diese Schmerzart länger anhielt und auch auf die Schmerztherapie, speziell die Kortisontherapie nicht reagierte. Erst nach einem Monat besserte sich die Symptomatik, aktuell ist der Patient wieder deutlich schmerzgemindert. Im Anfall strahlen die Schmerzen bis zum Knie entlang des lateralen Oberschenkels " .

11.3 Con osservazioni del 21 e 28 febbraio 2014 (doc. B 19-1 e 21-1 a 21-4) al progetto di decisione dell'autorità inferiore del 20 gennaio 2014 (doc. B 13), il ricorrente ha sostenuto che le affezioni degenerative al rachide presenti nel 2009 confermate nel 2011, erano ulteriormente peggiorate, così come riconosciuto dai medici della G. _____ Klinik con rapporto del 14 maggio 2013 (doc. A 148-1 a 148-2), al punto da condurre all'interruzione della riformazione professionale. Egli ha inoltre prodotto tre certificati di medici Q. _____ del 1°-2 ottobre 2013 (doc. B 22 e 23), rispettivamente 15 marzo 2014 (doc. B 27) attestanti i " blocchi " alla schiena in zona L4/L5 e L5/S1 a cui egli era periodicamente confrontato, con conseguenti dolori forti e duraturi trattati con iniezioni di antidolorifici.

11.4 Invitato a pronunciarsi in merito alla suddetta documentazione, con presa di posizione del 24 marzo 2014 (doc. B 28) il dott. R._____ ha sostenuto che essa non apportava alcun nuovo elemento rispetto a quanto attestato dai medici della G._____ Klinik nel maggio 2013 (doc. B 28).

12.

12.1 Pendente causa di ricorso l'assicurato ha presentato ulteriore documentazione, in particolare il certificato medico del 15 settembre 2014 del dott. V._____, (allegato al doc. TAF 7), i rapporti del dott. Z._____ del 12 novembre 2014 (allegato al doc. TAF 12) e 7 gennaio 2015 (allegato al doc. TAF 14), nonché il certificato medico del dott. AA._____ del 10 febbraio 2015 (allegato al doc. TAF 15), le cui specializzazioni non sono note, i quali confermerebbero il persistere e la cronicità della patologia alla schiena, così come la sua gravità.

Nella sua presa di posizione del 5 maggio 2015 l'UAIE ha indicato che gli atti sottopostigli non fornivano nuovi elementi (doc. TAF 17).

12.2 Il ricorrente ha poi prodotto ulteriore documentazione medica, e meglio il rapporto del 25 febbraio 2016 con il quale il dott. BB._____, la cui specializzazione non è nota, ha posto le diagnosi di vecchia frattura da compressione in L2 con artrodesi secondaria in L1/2 e artrodesi delle faccette articolari in L2/3; prolasso paracentrale sinistro dei dischi in L4/5 e L5/S1 e vertebra di transizione, nonché le valutazioni del dott. AA._____ del 23 febbraio e 22 aprile 2016 in cui l'esperto ha indicato che l'interessato presentava prevalentemente dei dolori alla parte inferiore del rachide lombare, una fusione di L1/2/3 a seguito di gabbia di livello 3 dopo incidente sugli sci e schiacciamento vertebrale completo di L2, S1 di transizione e retrolistesi in L5/S1 e bulging discali in L4/5 e L5/S1 (allegati al doc. TAF 19).

12.3 Con rapporto del 10 giugno 2016 (allegato al doc. TAF 25) la dott.ssa S._____ ha sostenuto che i suddetti referti medici non consentivano di modificarne la valutazione clinico-lavorativa.

12.4 In data 21 settembre 2016 riferendosi alla valutazione del dott. T._____ del 27 luglio 2016 prodotta dal ricorrente (allegato al doc. TAF 27) la dott.ssa S._____ ha dichiarato che " l'examen clinique est rassurant; une instabilité avait déjà été évoquée lors de l'expertise, et l'assuré avait été évalué à la G._____ Klinik en 2013, dont les conclusions et propositions sont superposables à celle du Dr. T._____. Par ailleurs la

nouvelle formation prévue a été considérée comme adaptée par l'expert "(allegato al doc. TAF 31).

13.

13.1 In via preliminare va rilevato che, alla luce della documentazione prodotta, in particolare dei rapporti del dott. C. _____ del 3 aprile 2009 (doc. A 56-1 a 56-6) e 18 agosto 2010 (doc. A 99-1 a 99-6), di quelli del dott. F. _____ della clinica G. _____ del 12 ottobre 2009 (doc. A 100-11 a 100-12) e del CIP del 5 febbraio 2010 (doc. A 88-1 a 88-2), nonché dell'annotazione del 4 febbraio 2010 del dott. E. _____ (doc. A 83-1), nella sua valutazione del 7 febbraio 2011 il dott. H. _____ aveva constatato che nell'ultimo anno si era verificato un peggioramento dello stato di salute del ricorrente (doc. A 102-1 a 102-2), del resto ampiamente confermato dagli atti della clinica G. _____ (doc. A 100-1 a 100-12). In simili circostanze l'asserita necessità di esperire un complemento di istruttoria per chiarirne l'evoluzione non appare comprensibile, in quanto in contraddizione con gli atti dell'incarto, ritenuto che l'assicurato era già stato riconosciuto invalido al 100% dal 1° febbraio 2010 con decisione del 17 marzo 2010 (doc. A 90-3 a 90-5).

13.2 Inoltre i progetti di decisione del 20 gennaio 2014 e 10 aprile 2014, così come la decisione del 5 maggio 2014 che ha effetto dal 1° luglio 2014, si fondano essenzialmente sulla perizia pluridisciplinare del SAM del 26 ottobre 2011, che attesta una capacità lavorativa in attività adeguate da ottobre 2010, e non tengono quindi conto dell'evoluzione dello stato di salute intervenuto posteriormente a tale data. La decisione impugnata si fonda pertanto su un accertamento incompleto dei fatti rilevanti per quanto riguarda l'evoluzione dello stato di salute e della capacità lavorativa nel periodo da ottobre 2011 a luglio 2014. Già solo per questi motivi dev'essere annullata.

13.3

13.3.1 D'altronde, secondo questa Corte, dagli atti medici dell'incarto non emerge un miglioramento dello stato di salute, contrariamente a quanto attesta il dott. H. _____ in un secondo tempo. In primo luogo va rilevato che per quanto riguarda la diagnosi lo stato di salute attestato dal dott. I. _____ nella sua perizia reumatologica del 20 giugno 2011 (consid. 10.3.2) appare più grave rispetto a quello accertato durante la procedura che aveva condotto alla decisione di rendita del 17 marzo 2010 (consid. 9.1) che tiene conto soltanto del rapporto della clinica G. _____ del

29 ottobre 2009 (doc. A 100-11 a 100-12). Inoltre esse corrispondono in buona sostanza a quelle formulate dai medici della G._____ Klinik nei loro rapporti del 15 marzo 2010 (doc. A 100-8 a 100-9), 4 maggio 2010 (doc. A 100-6 a 100-7), 1° giugno 2010 (doc. A 100-4 a 100-5), 15 luglio 2010 (doc. A 100-1 a 100-2) e 10 agosto 2010 (doc. A 98-1 a 98-4), nonché a quelle ritenute dal dott. C._____ il 18 agosto 2010 (doc. A 99-1 a 99-6), il quale aveva attestato una situazione peggiorata, in seguito alla comparsa dei frequenti blocchi lombari. Lo stato di salute di A._____ risulta eventualmente stabile nel corso degli anni, se non addirittura peggiorato, come peraltro appunto riconosciuto in un primo momento dal dott. H._____ nella sua valutazione del 7 febbraio 2011 (doc. A 102-1 a 102-2).

La perizia del dott. I._____ inoltre non indica in cosa sarebbe consistito l'asserito miglioramento dello stato di salute né prova pertanto che la situazione di salute e la capacità lavorativa del ricorrente sarebbero mutate in modo tale da rendere possibile l'esercizio di un'attività adeguata al 100 % con una diminuzione del rendimento del 10 % da ottobre 2010. Il perito si limita infatti ad attestare la decorrenza della nuova capacità lavorativa, segnatamente tre mesi dopo la penultima visita presso la clinica G._____. Tale circostanza non è tuttavia motivata e quindi non comprensibile. Su questo punto quindi la perizia non può essere considerata affidabile né conforme alla giurisprudenza.

Infine gli atti medici posteriori alla perizia del dott. I._____, in particolare il rapporto del dott. O._____ del 2 aprile 2013 (tre infiltrazioni locali senza esiti positivi, peggioramento dei disturbi con frequenti blocchi lombari, allegato al doc. TAF 27), quello del dott. P._____ della G._____ Klinik del 14 maggio 2013 (... erneut akut exazerbierten Schmerzsituation. Der Unterschied zu den Episoden zuvor war, dass diese Schmerzart länger anhielt und auch auf die Schmerztherapie, speziell die Kortisontherapie nicht reagierte, doc. A 148-1 a 148-2), nonché la documentazione prodotta dall'insorgente pendente causa (cfr. supra 12) evidenziano non solo che la sua situazione di salute non si era modificata in maniera significativa dal momento della concessione della rendita ma che, al contrario, risultava perfino peggiorata per quanto riguarda la sintomatologia e la frequenza dei problemi alla schiena.

Tale situazione ha del resto compromesso anche l'esito dei provvedimenti integrativi posti in atto (doc. A-124-1 a 124-2, 126-1 a 126-3 e 145-1).

13.3.2 In simili condizioni appare evidente che l'UAIE non poteva sopprimere la rendita con effetto dal 1° luglio 2014, non essendo provato con il grado della verosimiglianza preponderante che il miglioramento dello stato di salute rispettivamente delle conseguenze dello stesso sulla capacità lavorativa fosse effettivamente intervenuto. La documentazione agli atti appare al contrario sufficiente per ritenere provata, con il grado della verosimiglianza preponderante, la situazione contraria e meglio che, dal marzo 2010, la situazione era semmai peggiorata. Tale fatto è tuttavia irrilevante beneficiando già l'assicurato di una rendita intera. Alla luce di quanto esposto la prestazione non poteva evidentemente essere soppressa con effetto dal 1° luglio 2014 e pertanto, in accoglimento al ricorso, va ripristinata, anche posteriormente a tale data.

14.

14.1 Visto l'esito della procedura non si prelevano spese processuali (art. 63 cpv. 1 PA). L'anticipo spese, di fr. 400.-, versato dall'insorgente il 2 luglio 2014 verrà restituito al ricorrente.

14.2 Ritenuto che l'insorgente è rappresentato in questa sede da un mandatario professionale, si giustifica altresì l'attribuzione di un'indennità a titolo di spese ripetibili (art. 64 PA in combinazione con l'art. 7 segg. del regolamento sulle tasse e sulle spese ripetibili nelle cause dinanzi al Tribunale amministrativo federale [TS-TAF, RS 173.320.2]). La stessa, in assenza di una nota dettagliata, è fissata d'ufficio (art. 14 cpv. 2 TS-TAF) in 2'800 franchi, tenuto conto che il ricorrente è vincente e del lavoro utile e necessario svolto dal suo patrocinatore. L'indennità per ripetibili è posta a carico dell'UAIE.

(dispositivo pagina seguente)

Per questi motivi, il Tribunale amministrativo federale pronuncia:

1.

Il ricorso è accolto e la decisione impugnata del 5 maggio 2014 è riformata nel senso che a A._____ è riconosciuto il diritto ad una rendita intera anche posteriormente al 1° luglio 2014.

2.

Gli atti di causa sono trasmessi all'UAIE affinché calcoli l'ammontare della prestazione.

3.

Non si prelevano spese processuali. L'anticipo di fr. 400.-, versato il 2 luglio 2014, sarà restituito al ricorrente allorquando la presente sentenza sarà cresciuta in giudicato.

4.

L'UAIE rifonderà al ricorrente 2'800 franchi a titolo di spese ripetibili.

5.

Comunicazione a:

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

I rimedi giuridici sono menzionati alla pagina seguente.

La presidente del collegio:

Il cancelliere:

Michela Bürki Moreni

Graziano Mordasini

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 LTF). 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: