



Corte III
C-3454/2011

Sentenza del 6 febbraio 2012

Composizione

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

Parti

A. _____, **Cassa pensioni,**
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,

B. _____,
intimato, rappresentato dal Patronato ACLI, via Balestra 19
6900 Lugano,

Oggetto

Assicurazione invalidità, decisione del 17 maggio 2011.

Fatti:**A.**

B. _____, cittadino italiano, nato il _____, ha lavorato in Svizzera dal 1981 al 1996, soprattutto nel settore della ristorazione (cuoco), solvendo regolari contributi all'assicurazione svizzera per la vecchiaia, i superstiti e l'invalidità. Il 29 ottobre 1997, il nominato ha formulato una domanda volta al conseguimento di una prestazione dell'assicurazione svizzera per l'invalidità. L'indagine medica relativa a questo caso aveva posto in evidenza che l'assicurato era portatore di un'ipertensione polmonare secondaria a embolie polmonari recidivanti, dispnea da sforzo, broncopneumopatia cronica-ostruttiva, esiti di tromboflebite recidivante ai due arti inferiori con grave insufficienza del sistema venoso profondo, grave componente ansioso-depressiva. Con decisione dell'11 marzo 1999, l'Ufficio AI del Cantone Ticino ha erogato in favore di B. _____ una rendita intera dell'assicurazione svizzera per l'invalidità a decorrere dal 1° settembre 1997 (doc. 1-45).

Dopo il trasferimento in Italia, i pagamenti delle prestazioni sono stati ripresi, per competenza, dall'Ufficio AI per gli assicurati residenti all'estero (UAI, ora Ufficio dell'assicurazione per l'invalidità per gli assicurati residenti all'estero, UAIE) da maggio 1999 (doc. 47).

Una prima procedura di revisione del diritto alla rendita, promossa nel 2001, non ha posto in luce sostanziali mutamenti della capacità di lavoro dell'assicurato, per cui il diritto all'intera prestazione AI è stato confermato nel settembre senza comunicazione all'assicurato (doc. 93). In particolare era stato accertato che un certo miglioramento poteva essere constatato in relazione alla patologia polmonare, ma che un peggioramento era insorto sotto il profilo psichiatrico (doc. 93).

B.

Nel luglio 2005, l'UAI ha avviato la seconda procedura di revisione del diritto alla rendita. L'indagine medica aveva rilevato che B. _____ era portatore di una broncopatia cronica in terapia, pregressa embolia polmonare con residua moderata ipertensione polmonare, prolasso mitralico, spondilodiscoartrosi con cervicaglia e lombalgia, prostatite con sclerosi del collo vescicale, insufficienza venosa arti inferiori più volte operata, modico deficit funzionale gomito destro in artrosi post-traumatica, depressione ricorrente medio-grave con necessità di terapia

continua (cfr. perizia medica particolareggiata, E 213, INPS, del 29 luglio 2005, doc. 112). Dal punto di vista psichiatrico B._____ è stato sottoposto a visita specialistica in Svizzera, dove è stata accertata la diagnosi di disturbo depressivo ricorrente di media intensità in remissione parziale con recupero interepisodico completo con trattamento, personalità a forti tratti schizotipici (cfr. perizia del Dott. Ferroni del 5 maggio 2006, doc. 123). In base al giudizio del Dott. Battaglia, medico dell'UAI, l'assicurato non presentava più alcuna invalidità (doc. 126, 132). Con decisione del 1° febbraio 2007, l'UAI ha soppresso il diritto a prestazioni con effetto 1° aprile 2007 (doc. 134).

B._____ ha impugnato il suddetto provvedimento amministrativo innanzi allo scrivente Tribunale amministrativo federale. Con sentenza del 22 ottobre 2008, il Tribunale ha parzialmente accolto l'impugnativa ed ha rinviato gli atti all'amministrazione perché procedesse a nuovi accertamenti sanitari (doc. 139). Il Tribunale aveva constatato che non potevano essere condivise né le conclusioni del Dott. Battaglia in merito ad un presunto miglioramento della situazione patologica polmonare, né quelle del Dott. Ferroni circa la situazione psichiatrica.

C.

Dal 6 al 10 aprile 2009, B._____ è stato sottoposto a visita pluridisciplinare presso il Servizio di accertamento medico dell'AI di Bellinzona (SAM). Sostanzialmente (dettaglio, se del caso, ripreso nella parte in diritto) è stata ritenuta la diagnosi di sindrome cervico-vertebrale cronica e cervico-cefalica, lombalgie croniche, artrosi e condromatosi gomito destro, gonalgie bilaterali, cardiopatia di origine indeterminata, bronco-pneumopatia cronica ostruttiva, sindrome depressiva ricorrente; esiti di embolie recidivanti, insufficienza venosa cronica arti inferiori plurivaricectomizzata, esiti di embolie polmonari, lieve sindrome del tunnel carpale, sovrappeso. Dopo discussione nei vari settori specialistici (psichiatria, cardiologia, ortopedia, pneumologia), gli esperti incaricati hanno affermato che, come cuoco, l'interessato presenta un grado d'incapacità di lavoro del 50% da febbraio 2008. Essi constatano un miglioramento sul piano psichiatrico rispetto al 2001. In attività adatta, sedentaria, che rispetti certi limiti funzionali (dettati da ragioni ortopediche), il paziente sarebbe abile al lavoro in misura del 70% a partire da marzo 2007 (sospensione della presa a carico psichiatrica). L'invalidità residua (30%) è da imputare principalmente a motivi psichiatrici (30%) e reumatologici (20%) non sommabili. Le altre patologie, in attività adeguate, non provocherebbero (più) invalidità di rilievo (doc. 159-166). Il medico dell'UAIE, Dott. Battaglia, nel rapporto del

28 agosto 2009 (doc. 168) ha dunque ammesso un miglioramento con nuovo grado d'incapacità del 30% da marzo 2007 in attività adeguate, con invito (come da perizia SAM) a (ri)sottoporsi a cura psichiatrica specifica. Come cuoco è stata ammessa un'inabilità del 50% da febbraio 2008.

In un calcolo comparativo dei redditi, l'amministrazione ha ritenuto una perdita di guadagno del 37%. In questo esame è stato ammesso un introito senza invalidità di 4'397.38 franchi al mese; un introito dopo l'insorgenza dell'invalidità di 4'397.38 franchi al mese che deve essere ridotto del 10% per tenere conto della situazione personale dell'assicurato (età, handicap) ed ulteriormente del 30% per attività ridotta come da giudizio medico, ossia Fr. 2'770,35 (doc. 169).

L'amministrazione, a complemento dell'istruttoria, ha interpellato il proprio consulente in psichiatria, Dott. Arquint, il quale, nella relazione del 7 dicembre 2009, ha condiviso il parere del Dott. Battaglia (doc. 177).

Con progetto di decisione dell'11 gennaio 2010, l'UAIE ha disposto la soppressione del diritto alla rendita con effetto dal 1° giugno 2007 (doc. 178).

D.

In procedura di audizione, B._____, regolarmente rappresentato dal Patronato ACLI di Lugano, con scritto del 18 febbraio 2010, si è opposto a tale progetto. A suffragio delle sue conclusioni ha esibito, segnatamente:

- una dettagliata relazione sanitaria allestita il 5 febbraio 2010 dal Dott. Robustelli della Cuna; l'esperto, dopo aver richiamato le sue precedenti perizie del 1° marzo ed 8 ottobre 2007, ha ribadito la gravità delle patologie plurime sofferte dal peritando. Egli insiste in particolare sull'affezione psichiatrica (aggravatasi negli ultimi tempi) allegando un rapporto d'esame specialistico (v. sotto), quella pneumologica affermando l'esistenza di un vero e proprio cuore polmonare debilitante (diagnosi non posta dal consulente specialista del SAM) e quella linfo-flebostatica e pone un tasso d'invalidità del 100% in qualsiasi situazione (doc. 184);

- un rapporto del Centro ambulatoriale di psichiatria di Morbegno del 1° febbraio 2010 a cura del Dott. Ciapponi dal quale si deduce che il paziente non è attualmente in grado di svolgere un'attività regolare ed è

bisognoso di cure costanti (farmaci) e controlli ambulatoriali frequenti (doc. 183).

L'amministrazione ha risottoposto l'incarto al Dott. Battaglia, il quale, nella sua relazione dell'11 marzo 2010, ha osservato che la relazione del medico di parte non apporta novità essenziali e la relazione psichiatrica non apparirebbe solidamente motivata (doc. 187).

In un secondo tempo (30 marzo 2010) il Patronato ACLI (doc. 199) ha prodotto una nuova relazione sanitaria del Dott. Robustelli della Cuna del 29 marzo 2010. Il perito di parte esprime il suo disaccordo con la perizia medica del SAM. Egli ricorda che l'assicurato non solo è affetto da ipertensione polmonare, ma anche da vero e proprio cuore polmonare cronico che (dopo ampia spiegazione dell'affezione) conduce ad una ridotta contrattilità del ventricolo destro e sfocia nello scompenso cardiaco; la bronco pneumopatia cronica non può essere definita lieve, ma è, secondo i dati spirometrici, gravemente ostruttiva; anche la sindrome depressiva endoreattiva è di natura grave e non di lieve o media entità, come traspare dai referti dei medici specialisti curanti; che anche le altre patologie sono a livello tale da escludere la possibilità che il nominato possa riprendere un'attività seppur leggera. Produce ulteriori documenti medici che attestano oggettivamente quanto descritto, quali: un referto manoscritto del 25 marzo 2010 attestante un recente trauma contusivo alla spalla sinistra con rottura della cuffia dei rotatori (con ecomuscolotendinea del 24 marzo precedente); un elettrocardiogramma del 24 marzo 2010 con rapporto cardiologico; un ecocolordoppler venoso ed arterioso degli arti inferiori del 19 marzo 2010; i risultati di una spirometria del 19 marzo 2010, un referto radiologico del torace e della scapola e spalla a sinistra del 14 marzo 2010 (doc. 189-198).

Ricevuta l'impugnativa, l'UAIE ha risottoposto gli atti al Dott. Battaglia, il quale, nella relazione del 6 luglio 2010, ha osservato che i documenti prodotti non rappresentano che delle critiche ed un apprezzamento differente di una situazione di fatto rimasta uguale ed accertata nella perizia del SAM, esame, quest'ultimo che maggiormente corrisponderebbe ai criteri di valutazione AI in vigore in Svizzera. Tuttavia, il Dott. Battaglia consiglia una presa di posizione da parte di un esperto in psichiatria e dei sanitari del SAM (doc. 204).

L'amministrazione ha dunque sottoposto gli atti al Dott. Arquint. Dopo riesame del caso, l'esperto dell'UAIE ha proposto di ammettere un grado d'invalidità del 50% (e non del 30%) in ogni attività (doc. 206).

L'UAIE si è riunito il 10 dicembre 2010. Secondo il verbale (doc. 210) l'Ufficio in parola si è chinato sul problema a sapere se sussista o meno un reale miglioramento della situazione valetudinaria dell'assicurato fra il settembre 2001 (1° procedura di revisione che ha confermato il diritto alla rendita) ed il luglio 2009 (perizia SAM). L'Ufficio ha rilevato che la patologia polmonare ha necessitato ancora un'ospedalizzazione nel 2008 e non è migliorata e che la perizia psichiatrica (SAM) accerta un peggioramento temporaneo. Non ci sarebbe, al dire dell'Ufficio AI, alcun chiaro miglioramento ai sensi di legge e quindi il versamento dell'intera prestazione AI dovrebbe essere ripreso da aprile 2007 (data delle soppressione).

Dopo aver accertato che l'interessato non ha nel frattempo ripreso un'attività lucrativa (doc. 212), l'UAIE ha emanato un nuovo progetto di decisione comportante il ripristino della rendita intera AI dal 1° aprile 2007 (doc. 214). Copia di questo progetto è stato inviato anche alla Cassa pensioni A._____. L'incarto è stato inviato a quest'ultima (doc. 217, 222).

Mediante decisione del 17 maggio 2011, l'UAIE ha ripristinato il diritto alla rendita intera dell'assicurazione svizzera per l'invalidità con effetto 1° aprile 2007 (doc. 223).

E.

Con il ricorso depositato il 17 giugno 2011, la Cassa pensioni A._____ contesta la ripresa del versamento della rendita intera AI. La Cassa pensione fa presente che secondo la perizia del SAM è dato un grado d'invalidità massimo del 30% solo per delle ragioni psichiatriche, tutte le altre patologie, secondo gli esperti, non originando alcuna invalidità nell'ambito di attività di sostituzione. Secondo il rapporto del Dott. Arquint del 15 agosto 2009 il peggioramento postulato sarebbe causato dal preannuncio della sospensione della rendita. La Cassa pensione A._____ fa presente che l'amministrazione avrebbe violato i principi che reggono l'assunzione delle prove in materia di AI e le regole che determinano la fissazione del tasso d'invalidità, limitandosi, in una riunione, a denegare le risultanze emerse nel corso della procedura d'accertamento caratterizzata, fra l'altro, dalla perizia del SAM. L'insorgente rileva una violazione del principio inquisitorio qualora, effettivamente, l'amministrazione avesse dubbi in merito a quanto emerso dopo la perizia del SAM. In questo caso avrebbe dovuto riordinare un nuovo accertamento medico. Secondo la ricorrente, inoltre, l'UAIE avrebbe tralasciato di esaminare l'obbligo, per il ricorrente, di ridurre il

danno tramite provvedimenti d'integrazione violando, di conseguenza, il principio secondo il quale l'integrazione precede del diritto alla rendita. Infine, la Cassa pensione denuncia il fatto di non avere ricevuto il preavviso di decisione o di averlo ricevuto solo con la decisione stessa e quindi non aver avuto il tempo di formulare all'UAIE le sue osservazioni.

F.

Con le osservazioni del 17 agosto 2011, B._____, regolarmente rappresentato dal Patronato ACLI di Lugano, ha chiesto la conferma della decisione dell'UAIE del 17 maggio 2011. A suffragio di quanto chiesto, produce una nuova relazione del Dott. Robustelli della Cuna del 5 agosto 2001, il quale prende posizione sulle obiezioni di carattere medico formulate dalla ricorrente. L'esperto di parte ribadisce che le patologie in atto sono ampiamente documentate da referti rilasciati da strutture pubbliche e non discendono dal suo esclusivo parere. La perizia del SAM, come già ricordato in corso di procedura, sarebbe carente sull'accertamento della situazione medica. Si fa riferimento alla presenza di cuore polmonare cronico e non di semplice ipertensione polmonare accertata al SAM; il marcato danno ostruttivo della broncopneumopatia cronica. Questi dati sono stati documentati. Il Dott. Robustelli della Cuna contesta la perizia psichiatrica del SAM (Dott. Lazzarini) nel senso che il peritando presenterebbe anche una sindrome da indennizzo o da pensione; per il vero, osserva il Dott. Robustelli della Cuna, la storia della patologia psichica in atto smentisce completamente tale affermazione. L'affezione grave e di lunga data è ampiamente documentata dalla refertazione ad atti (cfr. documento seguente). Esibisce inoltre un'ampia relazione dell'ambulatorio di psichiatria che fa stato di una depressione endoreattiva grave sorta nel 1997 ed ad andamento incostante (cfr. doc. 183). Produce anche documentazione sanitaria già ad atti.

Dal canto suo, l'UAIE, nelle sue osservazioni ricorsuali del 22 settembre 2011, propone la reiezione dell'impugnativa con argomenti di cui, per quanto occorra, si riferirà nei considerandi in diritto del presente giudizio. Segnatamente, l'UAIE ricorda che non vi è stata alcuna violazione del diritto di essere sentito, dal momento che il progetto di decisione del 17 gennaio 2011 è stato inviato anche all'attuale ricorrente (doc. 214 e 215). In merito alla revisione, l'amministrazione ricorda che sebbene il SAM abbia stimato l'esistenza di un tasso d'invalidità in attività sostitutive del 70%, l'esame dei periti non ha però posto in luce un miglioramento della capacità di lavoro e di guadagno ai sensi di legge rispetto all'epoca in cui la prestazione venne assegnata, per cui, il parere dei periti incaricati e, in

un primo tempo, anche dei sanitari dell'Ufficio AI, si configura in un apprezzamento differente di una situazione rimasta uguale.

G.

Dopo aver preso atto delle osservazioni dell'amministrazione e dell'intimato, la Cassa pensione A._____, con scritto del 3 novembre 2011, ha rinunciato a replicare.

H.

Con decisione incidentale del'8 novembre 2011, la parte ricorrente è stata inviata a versare un anticipo di 500 franchi, corrispondente alle presunte spese processuali. Detto anticipo è stato versato il 28 novembre 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 concernenti l'assicurazione per l'invalidità possono essere portate innanzi a questo 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. In base all'art. 49 cpv. 4 LPGA, se prende una decisione che concerne l'obbligo di un altro assicuratore di fornire prestazioni, l'assicuratore deve comunicare anche a lui la decisione. Quest'ultimo dispone dei medesimi rimedi giuridici dell'assicurato. Questo è il presente caso di specie. La parte ricorrente, nella sua qualità di istituto di

previdenza, è toccata dalla decisione dell'assicuratore AI in ragione del suo obbligo di concedere prestazioni a titolo susseguente ed ha un interesse degno di protezione alla sua annullazione o alla sua modifica (cfr. anche art. 48 PA). Secondo l'art. 59 LPGGA 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 (cfr. anche DTF 134 V 153 consid. 5.2). Queste condizioni sono adempiute nella specie.

2.3. Il ricorso è tempestivo e rispetta i requisiti minimi prescritti dalla legge (art. 60 LPGGA e 52 PA). L'insorgente ha versato l'anticipo di Fr. 500.-, corrispondente alle presunte spese processuali, 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.

4.

4.1. La parte ricorrente ha affermato che l'UAIE avrebbe violato il diritto di essere sentito nella misura in cui non l'ha informata delle decisioni che intendeva adottare, segnatamente con il mancato invio della pre-decisione o progetto di decisione.

4.2. Il diritto di essere sentito, la cui garanzia è ancorata nell'art. 29 cpv. 2 Cst., comprende il diritto per il prevenuto di prendere visione dell'incarto (DTF 132 II 485 consid. 3, 126 I 7 consid. 2b), di esprimersi in merito agli elementi pertinenti prima che una decisione sia emessa nei suoi confronti, di produrre delle prove pertinenti, di ottenere che sia dato seguito alle sue offerte di prove pertinenti, di partecipare all'amministrazione delle prove essenziali o almeno di potersi esprimere sul suo risultato allorquando questo è proprio ad influenzare la decisione da emanare (DTF 124 II 132 consid. 2b). Nel quadro della procedura amministrativa il diritto di essere sentito è consacrato dagli art. 26-28 (diritto di esaminare gli atti), dagli art. 29-33 (diritto di essere sentito strictu-sensu) e dall'art. 35 PA (diritto di ottenere una decisione motivata).

4.3. Nella fattispecie, il progetto di decisione del 17 gennaio 2011 è stato regolarmente inviato anche alla Cassa pensioni A._____ di C._____ (doc. 214). La stessa ha confermato tale ricevuta con lettera del 17 gennaio successivo (doc. 215), con la quale ha anche chiesto tutti gli atti istruttori (scritto inviato all'Ufficio AI cantonale ticinese, ma subito trasmesso all'UAIE, doc. 216). Con risposta del 28 febbraio 2011, l'UAIE ha inviato l'intero incarto alla Cassa pensioni A._____ con facoltà di tenersele (doc. 217). Un ulteriore scambio di informazioni fra la A._____ e l'UAIE è avvenuto in forma orale il 19 maggio 2011 (doc. 221). Con scritto del 18 maggio 2011, l'UAIE ha confermato alla Cassa pensioni A._____ che nel frattempo non era pervenuta nuova documentazione per cui l'incarto già inviato era da considerarsi completo (doc. 222). È vero che questi due ultimi atti sono avvenuti dopo

l'emanazione dell'impugnata decisione del 17 maggio 2011, ma per l'essenziale, ossia la visione del progetto di decisione (e degli atti) e la possibilità di prendere posizione in merito a questo, l'obbligo dell'UAIE, nei confronti dell'attuale ricorrente, è stato prontamente adempiuto ben prima dell'emanazione dell'impugnata decisione. Non sussiste dunque violazione del diritto di essere sentito.

5.

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 (DTF 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).

Il periodo di cognizione giudiziaria dello scrivente Tribunale amministrativo federale si estende fino al 17 maggio 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 136 V citata).

6.

6.1. Va ricordato che 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 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 LPGGA) 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 LPGGA). L'incapacità al guadagno è definita all'art. 7 LPGGA e consiste nella perdita, totale o parziale, della possibilità di guadagno sul mercato del lavoro equilibrato che entra in considerazione, provocata da un danno alla salute fisica, mentale o psichica e che perdura dopo aver sottoposto l'assicurato alle cure ed alle misure d'integrazione ragionevolmente esigibili. Per valutare la presenza di un'incapacità al guadagno sono considerate esclusivamente le conseguenze del danno alla salute; inoltre, sussiste un'incapacità al guadagno soltanto se essa non è obiettivamente superabile (art. 7 cpv. 2 LPGGA).

7.

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

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).

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). 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).

7.5. 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 dell'11 marzo 1999, con la quale l'Ufficio AI del Cantone Ticino ha erogato in favore dell'assicurato il diritto ad una rendita intera AI dal 1° settembre 1997 ed il 17 maggio 2011, data della decisione impugnata. Vero è che nel 2001 si è svolta una procedura di revisione, la quale tuttavia non si è conclusa con una decisione e nemmeno, sembra, con una comunicazione. L'ultimo documento concernente questa procedura consiste nel parere del medico dell'UAI (doc. 93).

9.

9.1. L'interessato non ha più lavorato dopo il 1996 (doc. 164, pag. 1, anamnesi sociale e professionale; doc. 6).

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

9.3. In carenza di documentazione economica, la documentazione medica costituisce un importante elemento di giudizio per determinare quali lavori siano ancora esigibili dall'assicurato, ma non spetta al medico graduare il 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).

9.4. Inoltre, perché un rapporto medico abbia valore probatorio è determinante che esso valuti ed esamini in maniera completa i punti litigiosi, si fondi su degli esami approfonditi, prenda conto di tutte le affezioni di cui si lamenta l'assicurato, sia stabilito in piena conoscenza dei suoi antecedenti (anamnesi) e sia chiaro nell'esposizione delle correlazioni mediche o nell'apprezzamento della situazione medica; le conclusioni dell'esperto devono inoltre essere motivate (DTF 125 V 352, 122 V 160).

10.

10.1. Al momento in cui venne riconosciuta la rendita intera AI, l'autorità amministrativa si era fondata su di una documentazione medica dalla quale traspariva che l'assicurato era portatore di notevoli disturbi polmonari e respiratori caratterizzati da un'ipertensione polmonare derivante sia da diverse embolie polmonari che da dispnea e da bronco pneumopatia cronica ostruttiva; esiti da tromboflebiti recidivanti dei due

arti inferiori con grave insufficienza del sistema venoso profondo. Esisteva anche una componente ansioso-depressiva.

10.2. Nel caso attualmente in esame è lecito riferirsi, per quel che attiene alla diagnosi, a quanto esposto dai sanitari del SAM di Bellinzona nella loro indagine svolta fra il 6 e 10 aprile 2009. Nel rapporto finale del 28 luglio 2009 (doc. 166), essi hanno rilevato:

Diagnosi con influenza sulla capacità lavorativa: sindrome cervico-vertebrale cronica e cervico-cefalica: pregressa sindrome cervico-brachiale destra (febbraio 2008), discopatia C6/7 con lievi alterazioni degenerative C4/5 e C5/6, ipotrofia del deltoide e parziale scollamento della scapola destra (anamnesticamente dal febbraio 2008); lombalgie croniche su discopatia L4/5 con piccola ernia discale mediana; artrosi e condromatosi gomito destro in stato dopo frattura all'età di 14 anni; gonalgie bilaterali ad espressione femoro-patellare e leggera instabilità del ginocchio sinistro; cardiopatia di origine indeterminata, ventricolo sinistro leggermente dilatato, lieve ipertrofia eccentrica, frazione di eiezione del 50-55%, lieve disfunzione diastolica, fattore di rischio il sovrappeso, cateterismo cardiaco e coronarografia blandi, pressione polmonare normale; bronco pneumopatia cronico-ostruttiva di grado leggero-medio con componente asmatica, sindrome delle apnee notturne sotto ventilazione terapia con apparecchiatura C-PAP, sindrome depressiva ricorrente, episodi attuali di media entità (ICD10 F 33.0).

Diagnosi senza influenza sulla capacità lavorativa: stato dopo embolie polmonari recidivanti; stato dopo 2 episodi di ingestione incongrua di psicofarmaci (2000 e 2001), insufficienza venosa cronica, stato dopo plurimi interventi di varicectomia e stato dopo embolie polmonari; modici disturbi minzionali di tipo irritativo in esiti di incisione del collo vescicale nel febbraio 2005 per una sclerosi, idrocele sinistra; lieve sindrome del tunnel carpale (documentata elettro-neurograficamente a destra); sovrappeso.

Già il Dott. Robustelli della Cuna, nella sua (prima) perizia del 5 febbraio 2010 (doc. 184, in sede di audizione) contestava parte della diagnosi suesposta rilevando che dal punto di vista pneumologico non si era evidenziata la circostanza che il paziente è portatore di un cuore polmonare cronico secondario a trombo-embolia e che il danno respiratorio ostruttivo è di notevole entità; dal punto di vista psichiatrico la diagnosi consiste in una sindrome depressiva endoreattiva grave e fonda questo parere sul referto d'esame psichiatrico del Presidio ospedaliero di Morbegno del 1° febbraio 2010 allegato (doc. 183). Il Dott. Robustelli della Cuna insiste anche sulla gravità dell'affezione linfo-flebostatica. Diversi documenti confortano il parere diagnostico dell'esperto di parte (doc. 191-193). Queste addende diagnostiche sono spiegate in modo

ancor più approfondito nel rapporto del Dott. Robustelli della Cuna del 29 marzo 2010 (doc. 198, sempre in sede di audizione).

11.

11.1. Per quanto attiene alle conseguenze invalidanti delle menzionate affezioni, in un primo tempo, l'UAIE ha seguito il parere del SAM. Secondo gli esperti di tale istituto, l'assicurato a partire da marzo 2007 (quando sospende la presa a carico psichiatrica), in un lavoro adatto ed a determinate condizioni di porto pesi, posture, marcia ed intervalli di recupero, dettate da motivi ortopedici/reumatologici, sarebbe abile al lavoro in misura del 70%. L'invalidità restante (30%) è dovuta a motivi psichiatrici (30%) e ortopedici (20%) non sommabili. Questo parere era stato condiviso dal Dott. Battaglia, dell'UAIE, nel rapporto del 28 agosto 2009 e dal Dott. Arquint (psichiatra di fiducia dell'UAIE) nel rapporto del 7 dicembre 2009 (doc. 168, 177).

Dal canto suo, il Dott. Robustelli della Cuna, autore di varie relazioni esibite in sede di audizione e di ricorso, è del parere che il paziente presenti sempre un'incapacità di lavoro in qualsiasi professione in misura superiore al 70% (doc. 184, 198 e rapporto 5 agosto 2011 prodotto con il ricorso). Dello stesso parere è il servizio medico-psichiatrico dove l'interessato è costantemente seguito (cfr. per esempio il rapporto del Dott. Ciapponi del 1° febbraio 2010 ed i seguenti, doc. 183).

In seguito alla procedura di audizione, alla luce del parere del Dott. Robustelli della Cuna, del referto del Servizio psichiatrico locale e della documentazione clinica esibita, il Dott. Battaglia (relazioni dell'11 marzo 2010, doc. 187) si è riconfermato nel suo precedente parere, mentre il Dott. Arquint, il 15 agosto 2010 (doc. 206) ha proposto di ammettere un tasso d'invalidità generale del 50%, dettato da motivi psichiatrici.

11.2. Di regola una perizia richiesta dall'Ufficio AI (in casu un servizio di accertamento medico specifico dell'assicurazione per l'invalidità, SAM) 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 recente giurisprudenza il Tribunale federale ha tra l'altro precisato che quando in opposizione ad un accertamento di un servizio medico specifico dell'AI viene presentata una perizia che contraddice 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).

11.3.

11.3.1. Va ora già rilevato che il Dott. Battaglia, alla luce dell'ampia documentazione esibita in sede di audizione a due riprese, pur confermando la valutazione del SAM, nella relazione del 6 luglio 2010 (doc. 204), ha proposto di sottoporre gli atti "agli esperti stessi". Invece, l'UAIE, dopo aver sentito il parere del Dott. Arquint di cui sopra (doc. 206), nella sua riunione del 10 dicembre 2010 (doc. 210) ha finalmente considerato che, nel caso in esame, il SAM non avrebbe posto in luce un sensibile miglioramento della capacità di lavoro dell'assicurato. Sostanzialmente, secondo l'UAIE, non si poteva constatare un miglioramento della patologia polmonare e si doveva ammettere un peggioramento, sebbene temporaneo, dell'affezione psichiatrica sempre necessitante di cura costante da parte di specialisti.

11.3.2. Appare da quanto sopra che sia il (secondo) parere del Dott. Arquint del 15 agosto 2010 (doc. 206), come pure quello dell'Ufficio AI del 10 dicembre 2010 (doc. 210) non appaiono sufficientemente motivati per

invalidare l'opinione del SAM. Comunque, detti pareri, associati a quelli dei Dott.ri Robustelli della Cuna e del servizio psichiatrico di Morbegno, hanno contribuito a porre dei dubbi sulla validità della perizia SAM.

Segnatamente, senza entrare nel dettaglio meramente medico-scientifico, appare che la questione polmonare è controversa. L'esperto di parte afferma che l'assicurato, contrariamente a quanto sostenuto al SAM, non solo è affetto da ipertensione polmonare, ma da vero e proprio cuore polmonare cronico ciò che provoca disturbi di diverso genere ben spiegati dal Dott. Robustelli della Cuna, il cui risultato finale è la ridotta contrattilità del ventricolo destro che sfocia in uno scompenso cardiaco. Questa situazione si configura in un peggioramento rispetto a quella precedentemente esistente. Va tuttavia precisato che, nel complesso, anche il Dott. Quadri (pneumologo del SAM), aveva indicato un peggioramento del quadro clinico e funzionale rispetto al 1997 con apparizione di un disturbo ventilatorio ostruttivo e delle apnee del sonno (doc. 164, cifra 3 delle conclusioni).

Sotto il profilo psichiatrico, la valutazione è pure nettamente divergente se si leggono i rapporti, rispettivamente del Dott. Lazzarini (SAM), Arquint (UAIE) e Ciapponi (specialista di fiducia). Probabilmente è questo aspetto che più induce a porre dei dubbi sulla valutazione SAM. In fondo, il rapporto del Dott. Lazzarini, che peraltro ha limitato il suo esame ad una visita, non è convincente in merito al miglioramento della situazione valetudinaria di B._____.

11.3.3. Dal momento che i pareri degli esperti, sia del SAM che dell'UAIE come pure quelli di fiducia dell'assicurato, sono divergenti e che, di principio, le conclusioni del SAM, al quale è stata affidata una perizia, possono essere contestate con adeguate motivazioni, l'amministrazione avrebbe dovuto spiegare il suo parere diverso con argomenti più consistenti. All'UAIE si può rimproverare il fatto di non aver sottoposto i documenti medici esibiti dall'interessato, a più riprese, al SAM. Questa documentazione è di rilievo e contesta nei punti più determinanti, con argomenti convincenti, l'esposto del SAM, sia per quel che concerne l'accertamento che per quanto si riferisce alla valutazione.

11.3.4. L'altro aspetto della causa che induce a ritenere insufficiente l'istruttoria è costituito dal fatto che la perizia del SAM risale all'aprile 2009, mentre la decisione impugnata è del maggio 2011. Più di due anni intercorrono quindi dall'accertamento sanitario alla decisione e, nel frattempo, come sostenuto dai medici di parte, non è escluso che le

condizioni valetudinarie dell'assicurato siano peggiorate. Si pensa pur sempre alla questione del cuore polmonare avanzata dal Dott. Robustelli della Cuna in contestazione dell'accertamento del Dott. Quadri e, soprattutto, al quadro patologico psichiatrico il quale sembra non aver mai subito un evidente miglioramento, se non per brevi periodi di remissione.

12.

12.1. Ora, fatte queste considerazioni, il collegio giudicante si trova nell'impossibilità di determinare la misura dell'eventuale modifica dell'incapacità di lavoro e di guadagno subita dall'interessato nel periodo di cognizione giudiziaria.

12.2. In queste circostanze è necessario accogliere parzialmente il ricorso, annullare la decisione impugnata e rinviare l'incarto all'UAIE, affinché emani una nuova decisione. Certo, l'art. 61 cpv. 1 PA permette solo eccezionalmente di ricorrere ad una tale procedura. Nel caso concreto, l'applicazione dell'eccezione prevista è tuttavia giustificata se si considerano le numerose lacune dell'incarto e l'ampiezza delle informazioni da raccogliere (DTF 137 V 210 consid. 4.4.1.4).

12.3. L'UAIE dovrà quindi completare l'istruttoria delucidando la situazione medica per il periodo dal 1997 fino alla data dell'impugnata decisione (17 maggio 2011). L'UAIE emanerà poi un nuovo provvedimento impugnabile. A tale fine il ricorrente dovrà essere sottoposto a nuovi esami presso il SAM in particolare in pneumologia, psichiatria, flebologia e cardiologia. Se del caso, l'amministrazione effettuerà poi un'indagine comparativa dei redditi, tenendo conto della reale capacità dell'assicurato di riprendere un'attività lucrativa malgrado il periodo di inattività.

13.

13.1. Visto l'esito del ricorso, non vengono prelevate spese processuali. L'anticipo per le spese processuali di 500 franchi è restituito alla parte ricorrente.

13.2. Di principio, gli istituti d'assicurazione sociale non possono pretendere delle indennità a titolo di ripetibili. Il Tribunale federale ha ritenuto che gli assicuratori sociali, pur parte vincenti in causa innanzi ad una giurisdizione di prima istanza, non hanno diritto a tali indennità salvo

nei casi di ricorsi temerari e assimilabili (DTF 126 V 143 consid. 4; sentenza del Tribunale federale 9C_950/2008 del 18 marzo 2009 consid. 5). Oltretutto, nel caso in esame, la parte ricorrente ha agito tramite i suoi organi (il ricorso è firmato dal gerente della Cassa pensioni e da un consulente giuridico) e non ha dunque fatto appello ad un rappresentante a titolo professionale (cfr. art. 9 e seg. del regolamento del 21 febbraio 2008 sulle tasse e sulle spese ripetibili nelle cause dinanzi al Tribunale amministrativo federale, TS-TAF, RS 173.320.2). Infine, l'insorgente non ha dimostrato di avere sopportato delle spese particolari e relativamente elevate ai sensi dell'art. 64 cpv. 1 PA e 13 lett. a e b TS-TAF. Non sono pertanto assegnate indennità per le spese ripetibili alla parte ricorrente.

Per questi motivi, il Tribunale amministrativo federale pronuncia:

1.

Il ricorso è parzialmente accolto nel senso che, annullata l'impugnata decisione del 17 maggio 2011, l'incarto è rinviato all'autorità inferiore perché proceda ai sensi del considerando 12 e statuisca di nuovo.

2.

Non si prelevano spese processuali. L'anticipo di 500 franchi versato dalla ricorrente il 28 novembre 2011 le è restituito.

3.

Non si assegnano indennità per spese ripetibili.

4.

Comunicazione a:

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

I rimedi giuridici sono menzionati alla pagina seguente.

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, nella misura in cui sono adempiute le condizioni di cui agli art. 72 e seg. e 1000 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: