



---

Corte III  
C-3560/2022

## **Sentenza del 19 novembre 2024**

---

Composizione

Giudici Michela Bürki Moreni (presidente del collegio),  
Selin Elmiger-Necipoglu, Philipp Egli,  
cancelliere Luca Rossi.

---

Parti

**A.** \_\_\_\_\_, (Italia),  
patrocinato dall'avv. Dr. iur. Costantino Testa, avvocato,  
ricorrente,

contro

**Ufficio dell'assicurazione per l'invalidità per gli  
assicurati residenti all'estero UAIE,**  
autorità inferiore.

---

Oggetto

assicurazione invalidità, sostituzione della rendita intera  
con mezza rendita (decisione del 14 giugno 2022).

**Fatti:****A.**

**A.a** A. \_\_\_\_\_ (di seguito: assicurato, interessato, ricorrente, insorgente), cittadino italiano, nato il (...) 1962, domiciliato a (...) (IT), ha lavorato in Svizzera dal 1986 al 2015, solvendo regolari contributi all'assicurazione svizzera per la vecchiaia, i superstiti e l'invalidità. Egli è stato dapprima attivo come operaio edile per una ditta di (...), fino all'infortunio professionale del 1989 in occasione del quale ha riportato una frattura del radio a sinistra e dell'osso pubico a sinistra. Per le conseguenze di tale sinistro, dal 1° aprile 1992 la B. \_\_\_\_\_ ha riconosciuto all'assicurato una rendita d'invalidità del 40% e dal 1° febbraio 1994 pure l'Ufficio AI del Canton C. \_\_\_\_\_ (UAI-C. \_\_\_\_\_) gli ha riconosciuto un quarto di rendita AI. Nel 1995 l'interessato è stato assunto come manovale al 50% da una ditta di riciclaggio (sita anch'essa a [...]) per la quale da luglio 1996 ha iniziato a lavorare come macchinista pure al 50% (cfr. doc. 11, 13, 15, 20, 27, 31, 33, 39, 49, 94, 179 dell'incarto dell'Ufficio dell'assicurazione per l'invalidità per gli assicurati residenti all'estero [di seguito UAIE]).

**A.b** Con decisione del 6 gennaio 2015 l'UAI-C. \_\_\_\_\_ ha soppresso la rendita per il periodo compreso tra il 1° febbraio 2009 e il 30 novembre 2009, in ragione della violazione del dovere d'annuncio e a partire dal 30 aprile 2014, non essendo più dato un grado d'invalidità pensionabile (doc. 81, 83 e 216).

**A.c** Il 17 agosto 2015 l'interessato ha presentato presso l'Ufficio AI del Canton C. \_\_\_\_\_ (UAI-C. \_\_\_\_\_) una nuova domanda di rendita, in ragione dell'incapacità lavorativa al 100% persistente dal 2 marzo 2015 a seguito di un'operazione al cuore alla quale si sono aggiunte anche delle complicazioni polmonari nel corso della lunga fase riabilitativa (doc. UAIE 88, 96, 97, 102, 119, 131, 245). Il Servizio medico regionale (SMR) ha ritenuto tali problematiche suscettibili di limitare in maniera totale e persistente la capacità lavorativa dell'assicurato (doc. UAIE 101, 121, 141, 142, 149). Con decisione del 20 novembre 2017 all'assicurato è stato riconosciuto il diritto a una rendita intera a partire dal 1° ottobre 2015, in ragione della ridotta funzionalità cardiaca e polmonare (doc. UAIE 152, 161, 165).

**A.d** A seguito dell'espatrio definitivo verso l'Italia, a partire dal 10 gennaio 2018 l'UAIE è divenuto competente per la trattazione del caso e con decisione del 21 marzo 2019 ha confermato il diritto a una rendita intera (doc. UAIE 166, 169).

**B.**

**B.a** Il 19 maggio 2021 l'autorità inferiore ha avviato la procedura di revisione (doc. UAIE 170). Ha in particolare assunto agli atti dall'assicurato il rapporto della dott.ssa D. \_\_\_\_\_, specialista in cardiologia, relativo al test cardiologico del 20 luglio 2021, interrotto per esaurimento muscolare e gonalgia (doc. UAIE 251) e il rapporto del 24 luglio 2021 del dott. E. \_\_\_\_\_, specialista in malattie dell'apparato cardiovascolare (doc. UAIE 253); nonché dalla sede provinciale INPS di (...), il rapporto medico sullo stato attuale (E213) del 17 dicembre 2021 (doc. UAIE 260).

**B.b** Con presa di posizione dell'8 febbraio 2022 il dott. F. \_\_\_\_\_, specialista in medicina interna del SMR, sulla base dei referti medici agli atti – segnatamente un rapporto medico sullo stato attuale (E213), un esame cardiologico, un'ergometria con indicazione circa la classe NYHA dello sforzo ottenuto e fotocopia dell'ECG e infine un'ecocardiografia con indicazione della frazione d'eiezione del ventricolo sinistro – ha ritenuto che la capacità fisica dell'assicurato fosse nettamente migliorata rispetto al 2017. A fronte di risultati stabili della funzione cardiaca, dal 24 luglio 2021 ha quindi ritenuto esigibile la ripresa di un'attività adeguata nella misura del 50%. Egli ha quindi illustrato le limitazioni funzionali e indicato una serie di lavori compatibili con esse ed esigibili dall'assicurato (doc. UAIE 262, 264).

**B.c** Per valutare il grado d'invalidità l'autorità inferiore ha raffrontato il salario statistico da valido nel ramo costruzioni (ISS-2018, tabella TA1, uomini, livello 1 [41-43]), considerando da ultimo l'assicurato impiegato come operaio edile, con quello statistico percepibile in attività semplici e ripetitive (ISS-2018, tabella TA1, uomini, livello 1 [totale]) eseguite a metà tempo, operando una riduzione di tale reddito del 10% in ragione dell'attività svolta a tempo parziale, ottenendo un grado AI del 56% (doc. UAIE 265).

**B.d** Con progetto di decisione del 3 marzo 2022 l'UAIE ha quindi prospettato la riduzione della rendita concessa all'interessato (doc. UAIE 266).

**B.e** Con memoriale del 5 aprile 2022 l'assicurato, per il tramite dell'avv. Testa, si è opposto avverso il suddetto progetto, contestando l'esistenza di un miglioramento dello stato di salute e la completezza degli accertamenti svolti, nonché l'attendibilità del rapporto del dott. F. \_\_\_\_\_, che non è uno specialista in malattie dell'apparato respiratorio e di malattie cardiovascolari e che per valutare l'esigibilità in attività confacenti si è fondato sulla valutazione dell'invalidità italiana. A dimostrazione dei propri asserti egli ha prodotto il rapporto del 15 marzo 2022 del dott. G. \_\_\_\_\_, specialista in

malattie dell'apparato respiratorio. L'interessato ha quindi criticato il raffronto dei redditi operato dall'autorità di prima istanza, nonché la mancata considerazione della sua età nella valutazione delle possibilità di reintegro. Ha infine contestato l'attribuzione di una mezza rendita, ritenendo che, se del caso, questa avrebbe dovuto ammontare al 56% di una rendita intera (doc. UAIE 273, 274).

**B.f** Preso atto del nuovo referto medico, con rapporto del 23 aprile 2022 il dott. F. \_\_\_\_\_ si è riconfermato nelle proprie conclusioni (doc. UAIE 276).

**B.g** Con decisione del 14 giugno 2022 (notificata al rappresentante del ricorrente il 17 giugno 2022 [doc. TAF 3]), l'UAIE ha quindi confermato il progetto di decisione e sostituito la rendita intera con una mezza rendita, ritenendo in specie applicabile il vecchio sistema di rendite valido fino al 31 dicembre 2021 (doc. UAIE 278, 280).

### **C.**

**C.a** Contro il citato provvedimento il 16 agosto 2022 A. \_\_\_\_\_, rappresentato dal proprio patrocinatore, è insorto dinnanzi al tribunale amministrativo federale (di seguito: TAF), lamentando un accertamento inesatto e incompleto dei fatti rilevanti e meglio in relazione agli accertamenti medici su cui si è fondata l'amministrazione per ridurre la rendita d'invalidità. Egli ha quindi chiesto l'annullamento della decisione impugnata. In via principale in particolare postulato la conferma del diritto a una rendita intera anche dopo il 31 luglio 2022, in via subordinata il rinvio degli atti all'autorità inferiore al fine di determinarsi nuovamente sulla pretesa. A suffragio delle proprie allegazioni, ha prodotto un referto medico inedito. Ha inoltre chiesto che al ricorso fosse riconosciuto l'effetto sospensivo e protestato tasse, spese e ripetibili. Dei motivi addotti si dirà nei considerandi in diritto (doc. TAF 1).

**C.b** Con decisione incidentale del 2 settembre 2022 (doc. TAF 4) il ricorrente è stato invitato a versare un anticipo di Fr. 800.-, corrispondente alle presumibili spese processuali, regolarmente saldato il 6 settembre 2022 (doc. TAF 7, 8).

**C.c** Con decisione incidentale del 28 settembre 2022 la giudice dell'istruzione ha respinto l'istanza tendente alla restituzione dell'effetto sospensivo (doc. TAF 9).

**C.d** Con risposta del 3 novembre 2022 l'UAIE, facendo riferimento alla presa di posizione del servizio medico del 14 ottobre 2022, ha confermato la correttezza e la completezza degli accertamenti medici svolti ed ha proposto la reiezione del gravame e la conferma della decisione impugnata (doc. TAF 12).

**C.e** Con memoriale di replica del 31 gennaio 2023 il ricorrente ha lamentato la mancata esecuzione di misure d'integrazione professionali prima della soppressione della rendita, concludendo in via ulteriormente subordinata, in favore del riconoscimento di tali misure integrative e alla prosecuzione della rendita intera fino alla conclusione delle stesse (doc. TAF 19).

**C.f** Con memoriale di duplica del 28 febbraio 2023 – basato sulla presa di posizione del servizio medico dell'8 febbraio 2023 e sul nuovo rapporto di valutazione dell'invalidità, che fondandosi sui dati statistici del 2020 ha determinato un grado AI del 58,3% (tenuto conto di una deduzione del 10% del salario statistico per età e mancanza di formazione) – l'UAIE si è riconfermata nella propria posizione, rilevando che l'interessato, non rientrando nella cerchia degli assicurati non può beneficiare di provvedimenti d'integrazione professionale (doc. TAF 21).

## **Diritto:**

### **1.**

**1.1** Il Tribunale amministrativo federale (TAF) è competente a trattare il presente ricorso (art. 31, 32 e 33 lett. d LTAF [RS 173.32]; art. 69 cpv. 1 lett. b LAI [RS 831.20]). Il ricorrente è toccato dalla decisione impugnata ed ha un interesse degno di protezione al suo annullamento o alla sua modifica. Per conseguenza, l'insorgente è legittimato a ricorrere nel caso in esame (art. 59 LPGGA [RS 830.1]; art. 48 cpv. 1 PA [RS 172.021]). Il ricorso è stato interposto tempestivamente e rispetta i requisiti previsti dalla legge (art. 60 LPGGA; art. 50 cpv. 1 e art. 52 cpv. 1 PA). L'anticipo spese è stato corrisposto entro il termine accordato (art. 63 cpv. 4 PA). Pertanto, il ricorso è ammissibile.

**1.2** La procedura dinanzi al TAF è retta dalla PA, in quanto la LTAF non disponga altrimenti (art. 37 LTAF). In virtù dell'art. 3 lett. d<sup>bis</sup> PA, la procedura in materia di assicurazioni sociali non è disciplinata dalla PA nella misura in cui è applicabile la LPGGA (RS 830.1). Salvo disposizioni transitorie contrarie, le nuove norme procedurali si applicano immediatamente e in

piena misura con la loro entrata in vigore (DTF 129 V 113 consid. 2.2; 130 V 1 consid. 2.2).

## **2.**

**2.1** L'oggetto impugnato e quindi presupposto e contenuto della contestazione sottoposta all'esame di questo Tribunale (DTF 131 V 164 consid. 2.1) è rappresentato dalla decisione dell'UAIE del 14 giugno 2022 mediante la quale la rendita intera fino allora percepita è stata sostituita a partire dal 1° agosto 2022 da una mezza rendita. Oggetto della lite è pertanto il diritto del ricorrente a continuare a percepire una rendita intera.

**2.2** In sintesi, il ricorrente contesta, dal profilo medico, l'effettivo miglioramento dello stato di salute che l'UAIE ritiene essere intervenuto a partire dal 24 luglio 2021, da un punto di vista economico, il grado d'invalidità calcolato dall'autorità inferiore, che hanno determinato la riduzione della rendita intera a partire dal 1° agosto 2022. È inoltre contestata la mancata esecuzione delle misure di reintegrazione, a cui il ricorrente avrebbe avuto diritto, prima della riduzione della rendita.

## **3.**

**3.1** Nell'ambito del ricorso in esame, l'insorgente può far valere la violazione del diritto federale, compreso l'eccesso o l'abuso del potere di apprezzamento, l'accertamento inesatto o incompleto di fatti giuridicamente rilevanti e l'inadeguatezza (art. 49 PA).

**3.2** Nell'ambito delle assicurazioni sociali, la procedura è retta dal principio inquisitorio (art. 43 cpv. 1 LPGa). Il Tribunale amministrativo federale applica il diritto d'ufficio, senza essere vincolato dai motivi del ricorso (art. 62 cpv. 4 PA) o dai considerandi della decisione impugnata. In altri termini, il ricorso potrebbe essere accolto per ragioni diverse da quelle addotte dal ricorrente o respinto in virtù d'argomenti che la decisione impugnata non ha preso in considerazione (DTF 134 III 102 consid. 1.1; 133 V 515 consid. 1.3; DTAF 2013/46 consid. 3.2). Il Tribunale accerta i fatti determinanti per la soluzione della controversia, assume le prove necessarie e le valuta liberamente (art. 12 PA; DTF 136 V 376 consid. 4.1.1). Sempre che la legge non disponga diversamente, il Tribunale statuisce secondo il grado di prova della verosimiglianza preponderante. Deve ritenere un fatto provato, soltanto quando è convinto della sua esistenza (DTF 138 V 218 consid. 6). Le parti sono tenute a cooperare all'accertamento dei fatti (art. 13 PA) e a motivare il ricorso (art. 52 PA). L'autorità di ricorso si limita, di principio, ad

esaminare le censure sollevate, mentre le questioni di diritto non invocate dalle parti solo nella misura in cui gli argomenti delle parti o l'esame dell'incarto ne diano sufficiente motivo (DTF 122 V 157 consid. 1a; 121 V 204 consid. 6c).

#### **4.**

**4.1** Il ricorrente è cittadino di uno Stato membro della Comunità europea, è domiciliato in Italia e sussiste un nesso transfrontaliero, avendo egli lavorato in Svizzera (DTF 145 V 231 consid. 7.1, 143 V 354 consid. 4, 143 V 81, in particolare consid. 8.1, nonché 141 V 521 consid. 4.3.2), per cui è applicabile, di principio, l'Accordo del 21 giugno 1999 tra la Confederazione svizzera e la Comunità europea ed i suoi Stati membri sulla libera circolazione delle persone (ALC, RS 0.142.112.681) ed il relativo Allegato II che regola il coordinamento dei sistemi di sicurezza sociale. L'allegato II ALC prevede in particolare che le parti contraenti applicano tra di loro, dal 1° aprile 2012, il regolamento (CE) n. 883/2004 del Parlamento europeo e del Consiglio del 29 aprile 2004 (RS 0.831.109.268.1) relativo al coordinamento dei sistemi di sicurezza sociale, con le relative modifiche, e il regolamento (CE) n. 987/2009 del Parlamento europeo e del Consiglio del 16 settembre 2009 (RS 0.831.109.268.11) che stabilisce le modalità di applicazione del regolamento (CE) n. 883/2004 (art. 1 cpv. 1 Allegato II ALC in relazione con la Sezione A dell'Allegato II ALC). Il Regolamento (CE) n. 883/2004 è stato ulteriormente modificato dai regolamenti (UE) n. 1244/2010 (RU 2015 343), n. 465/2012 (RU 2015 345) e n. 1224/2012 (RU 2015 353), applicabili nelle relazioni tra la Svizzera e gli Stati membri dell'Unione europea a decorrere dal 1° gennaio 2015. Tuttavia, anche in seguito all'entrata in vigore dell'ALC, l'organizzazione della procedura come pure l'esame delle condizioni di ottenimento di una rendita d'invalidità svizzera, sono regolate dal diritto interno svizzero (art. 46 cpv. 3 del Regolamento n. 883/2004 in relazione con l'Allegato II del regolamento medesimo; DTF 130 V 253 consid. 2.4).

#### **4.2**

**4.2.1** Dal profilo temporale, con riserva di disposizioni particolari di diritto transitorio, 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 146 V 364 consid. 7.1; 139 V 335 consid. 6.2; 136 V 24 consid. 4.3).

**4.2.2** Il 1° gennaio 2022, sono entrate in vigore le modifiche del 19 giugno 2020 della LAI e della LPGA (Ulteriore sviluppo dell'AI; RU 2021 705; FF 2017 2191) e le modifiche del 3 novembre 2021 dell'Ordinanza del 17 gennaio 1961 sull'assicurazione per l'invalidità (OAI, RS 831.201; RU 2021 706). Secondo la lett. c delle disposizioni transitorie della modifica del 19 giugno 2020 della LAI, ai beneficiari di rendita il cui diritto alla rendita è nato prima dell'entrata in vigore di questa modifica e che all'entrata in vigore della modifica stessa hanno (almeno) 55 anni compiuti continua ad applicarsi il diritto anteriore, fino all'estinzione o alla soppressione del diritto alla rendita (Circolare dell'UFAS sull'invalidità e sulla rendita nell'assicurazione per l'invalidità [CIRAI; valida dal 1° gennaio 2022, stato al 1° luglio 2022], cifre marginali 9103 e 9200; Circolare dell'UFAS concernente le disposizioni transitorie della riforma Ulteriore sviluppo dell'AI sul sistema di rendite lineare [C DT US AI; valida dal 1° gennaio 2022, stato al 1° gennaio 2022], cifre marginali 1004, 2002 e 2003).

**4.2.3** Trattandosi in concreto della revisione di una rendita il cui beneficiario, al 1° gennaio 2022, aveva compiuto 59 anni, sono applicabili le disposizioni della LPGA e le disposizioni della LAI e dell'OAI nella loro versione in vigore fino al 31 dicembre 2021.

**4.3** Il potere cognitivo di questo Tribunale è delimitato dalla data della decisione impugnata, in concreto il 14 giugno 2022. Il giudice delle assicurazioni sociali esamina infatti la decisione impugnata sulla base della situazione di fatto esistente al momento in cui essa è stata resa (DTF 132 V 215 consid. 3.1.1; 130 V 445 consid. 1.2). 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; 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 pronunciata (sentenze 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).

## **5.**

**5.1** L'invalidità ai sensi della LPGA e della LAI è l'incapacità al guadagno totale o parziale presumibilmente permanente o di lunga durata che può essere conseguente a infermità congenita, malattia o infortunio (art. 8 LPGA e art. 4 cpv. 1 LAI). L'invalidità è considerata insorgere quando, per natura e gravità, motiva il diritto alla singola prestazione (art. 4 cpv. 2 LAI).

La nozione d'invalidità di cui all'art. 4 LAI e 8 LPGA è un concetto di carattere economico-giuridico e non medico (DTF 116 V 246 consid. 1b; sentenze del TF 8C\_636/2010 del 17 gennaio 2011 consid. 3 e 9C\_529/2008 del 18 maggio 2009).

Secondo l'art. 7 cpv. 1 LPGA, è considerata incapacità al guadagno la 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 e alle misure d'integrazione ragionevolmente esigibili. Per valutare la presenza di un'incapacità al guadagno sono considerate esclusivamente le conseguenze del danno alla salute. Inoltre, sussiste un'incapacità al guadagno soltanto se essa non è obiettivamente superabile (art. 7 cpv. 2 LPGA). Secondo l'art. 6 LPGA, è considerata incapacità al lavoro 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 d'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.

L'assicurazione svizzera per l'invalidità risarcisce pertanto, e di principio, 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 (DTF 116 V 246 consid. 1b).

**5.2** Giusta l'art. 28 cpv. 2 LAI, l'assicurato ha diritto ad un quarto di rendita se è invalido per almeno il 40%, ad una mezza rendita se è invalido per almeno la metà, a tre quarti di rendita se è invalido per almeno il 60% e ad una rendita intera se è invalido per almeno il 70%.

## **6.**

**6.1** Secondo l'art. 17 LPGA (nella versione in vigore fino al 31 dicembre 2021) se il grado d'invalidità del beneficiario della rendita subisce una notevole modificazione, per il futuro la rendita è aumentata o ridotta proporzionalmente o soppressa, d'ufficio o su richiesta.

## **6.2**

**6.2.1** Nell'ambito di una revisione della rendita, al fine di accertare se il grado d'invalidità si è modificato in maniera tale da influire sul diritto alle prestazioni, occorre confrontare, da un lato, la situazione di fatto al

momento della decisione iniziale di assegnazione della rendita, rispettivamente 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, la situazione di fatto vigente all'epoca del provvedimento litigioso (DTF 147 V 167 consid. 4.1; 133 V 108 consid. 5.4; sentenza del TF 9C\_664/2013 del 15 gennaio 2014 consid. 4.4.1).

**6.2.2** Nel caso concreto il periodo di riferimento è quello intercorrente fra la decisione del 20 novembre 2017 (doc. 161) – con cui è stato attribuito il diritto a una rendita intera a partire dal 1° ottobre 2015 – e il 14 giugno 2022, data della decisione impugnata con cui la rendita intera è stata sostituita con una mezza rendita in esito alla procedura di revisione avviata nel maggio 2021 (doc. 278, 280).

**6.3** Costituisce motivo di revisione della rendita d'invalidità ogni modifica rilevante delle circostanze di fatto suscettibile d'influire sul grado d'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 (DTF 130 V 343 consid. 3.5; sentenza del TF 9C\_662/2014 del 23 aprile 2015 consid. 5.3.1), segnatamente in caso di miglioramento della capacità lavorativa a seguito di un adeguamento o di un adattamento alla disabilità (DTF 147 V 167 consid. 4.1). La modifica può risiedere sia in un cambiamento dello stato di salute sia in una modifica della componente lavorativa (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; sentenza del TF 9C\_832/2018 del 27 febbraio 2019 consid. 5.2). 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 (sentenza del TF 8C\_556/2010 del 24 gennaio 2011 consid. 5 e relativi riferimenti). Irrilevante è invece, una diversa valutazione di una fattispecie restata sostanzialmente immutata (DTF 141 V 9 consid. 2.3; sentenza del TF 8C\_534/2014 del 13 agosto 2014 consid. 3.2).

**6.4** Ai sensi dell'art. 88a cpv. 1 OAI, se la capacità al guadagno dell'assicurato o la capacità di svolgere le mansioni consuete migliora, 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.

## 7.

**7.1** Al fine di poter graduare l'invalidità, all'amministrazione (o al giudice in caso di ricorso) è necessario disporre di documenti che devono essere rassegnati dal medico o eventualmente da altri specialisti. Benché l'invalidità sia una nozione economico-giuridica, le certificazioni mediche possono costituire importanti elementi per apprezzare il danno invalidante e per determinare quali lavori siano ancora ragionevolmente esigibili dall'assicurato (DTF 132 V 93 consid. 4). Il compito del medico consiste nel porre un giudizio sullo stato di salute, nell'indicare in quale misura e in quali attività l'assicurato è incapace al lavoro come pure nel fornire un importante elemento di giudizio per determinare quali lavori siano ancora ragionevolmente esigibili dall'assicurato (DTF 140 V 193 consid. 3.2; 132 V 93 consid. 4). Affinché il giudizio medico acquisti valore di prova rilevante, esso deve essere completo in merito ai temi sollevati, deve fondarsi, in piena conoscenza della pregressa situazione valetudinaria (anamnesi), su esami approfonditi e tenere conto delle censure sollevate dal paziente, per poi giungere in maniera chiara a fondate, logiche e motivate deduzioni. Determinante quindi per stabilire se un rapporto medico ha valore di prova non è né la sua origine né la sua denominazione, ad esempio, quale perizia o rapporto, ma il suo contenuto (DTF 134 V 231 consid. 5.1; 125 V 351 consid. 3a). Il rapporto medico deve altresì essere redatto da medici che dispongono delle qualifiche specialistiche richieste nel singolo caso (sentenze del TF 9C\_555/2017 del 22 novembre 2017 consid. 3.1, 9C\_745/2010 del 30 marzo 2011 consid. 3.2 e 9C\_826/2009 del 20 luglio 2010 consid. 4.2). In presenza di rapporti medici contraddittori, il giudice non può evadere la vertenza senza valutare l'intero materiale e indicare i motivi per cui egli si fonda su un rapporto piuttosto che su un altro. Al riguardo va tuttavia precisato che non si può pretendere dal giudice che raffronti i diversi pareri medici e parimenti esponga correttamente da un punto di vista medico, come farebbe un perito, i punti su cui si evidenziano delle carenze e quale sia l'opinione più adeguata (sentenza del TF 8C\_556/2010 del 24 gennaio 2011 consid. 7.2 con rinvii).

**7.2** Il giudice delle assicurazioni sociali deve esaminare in maniera obiettiva tutti i mezzi di prova, indipendentemente dalla loro provenienza, e poi

decidere se i documenti messi a disposizione permettono di giungere ad un giudizio attendibile sulle pretese giuridiche litigiose (DTF 125 V 351 consid. 3a). Il Tribunale federale ha però ritenuto conforme al principio del libero apprezzamento delle prove definire delle direttive in relazione alla valutazione di determinate forme di rapporti e perizie (DTF 125 V 351 consid. 3b). In particolare, le perizie affidate dagli organi dell'amministrazione a medici esterni oppure a un servizio specializzato indipendente, che fondano le proprie conclusioni su esami e osservazioni approfondite, dopo aver preso conoscenza dell'incarto, e che giungono a risultati concludenti, dispongono di forza probatoria piena, a meno che non vi siano indizi concreti atti a mettere in discussione la loro attendibilità (DTF 137 V 210 consid. 2.2.2; 135 V 465 consid. 4.4; 125 V 351 consid. 3b/bb). Per quel che riguarda le perizie di parte, esse contengono considerazioni specialistiche che possono contribuire ad accertare i fatti, da un punto di vista medico. Malgrado esse non abbiano lo stesso valore probatorio di una perizia giudiziaria, il giudice deve valutare se questi referti medici sono atti a mettere in discussione la perizia giudiziaria oppure quella ordinata dall'amministrazione. Giova altresì rilevare che, di principio, deve essere considerato con la necessaria prudenza l'avviso dei medici curanti, anche se specialisti, a causa dei particolari legami che essi hanno con il paziente (DTF 125 V 351 consid. 3b/cc), come pure in relazione allo scopo di trattamento del curante rispetto a quello di un medico perito, per cui, secondo esperienza comune, il medico curante tende generalmente, in caso di dubbio, a pronunciarsi in favore del proprio paziente in ragione del rapporto di fiducia che lo unisce a quest'ultimo (sentenza del TF 9C\_275/2022 del 6 settembre 2022 consid. 4.2). Tuttavia, il semplice fatto che un certificato od una perizia siano redatti dal medico curante non costituisce di per sé un motivo per metterne in dubbio l'attendibilità (DTF 125 V 351 consid. 3b/dd). Il medico curante proprio perché segue da più tempo il paziente può fornire importanti indicazioni quanto all'accertamento dei fatti da un punto di vista medico (sentenza del TF 8C\_278/2011 del 26 luglio 2011 consid. 5.3). I suoi rapporti possono essere atti a mettere in dubbio l'affidabilità e la concluzione dei pareri medici interni (DTF 135 V 465 consid. 4.5). Ai rapporti allestiti da medici alle dipendenze di un'assicurazione può essere attribuito pieno valore probatorio, a condizione che essi si rivelino concludenti, compiutamente motivati e privi di contraddizioni e che, inoltre, non sussistano degli indizi concreti suscettibili di far dubitare della loro attendibilità. Il solo fatto che il medico consultato si trovi in un rapporto di dipendenza con l'assicuratore non permette di metterne in dubbio l'oggettività e l'imparzialità. Devono piuttosto sussistere delle circostanze particolari che permettono di ritenere come oggettivamente fondati i sospetti circa la parzialità dell'apprezzamento (DTF 135 V 465 consid. 4.4; 125 V 351 consid. 3b/ee).

**7.3** Nell'ambito del libero apprezzamento delle prove è di principio consentito che il giudice delle assicurazioni sociali basi la propria decisione unicamente sui rapporti di un medico interno all'assicuratore. Per quanto riguarda l'imparzialità e l'attendibilità di tali rapporti, devono tuttavia essere poste esigenze severe. Nel caso in cui sussista anche il minimo dubbio sull'affidabilità e sulla concluzione dei pareri medici interni dell'assicurazione, non è possibile fondarsi su tali rapporti ed occorre effettuare un completamento dell'istruttoria (DTF 139 V 225 consid. 5.2; 135 V 465 consid. 4.4; 122 V 157 consid. 1d). I pareri del servizio medico regionale e del servizio medico dell'UAIE sono da considerare quali rapporti medici interni all'amministrazione (sentenze del TF 9C\_159/2016 del 2 novembre 2016 consid. 2.2 e 8C\_197/2014 del 3 ottobre 2014 consid. 4).

Giusta l'art. 59 cpv. 2<sup>bis</sup> LAI (nella versione in vigore fino al 31 dicembre 2021) 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'art. 6 LPGA – 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 nel caso specifico.

Se occorre, i servizi medici regionali possono eseguire direttamente esami medici sugli assicurati; mettono per scritto i risultati degli esami (art. 49 cpv. 2 OAI [RS 831.201]). Ai rapporti del SMR può essere attribuito pieno valore probatorio come alle perizie mediche esterne, a condizione che essi soddisfino i presupposti giurisprudenziali di una perizia medica (DTF 134 V 231 consid. 5.1) e siano redatti da un medico che dispone delle qualifiche specialistiche richieste nel singolo caso (DTF 137 V 210 consid. 1.2.1). Nel caso in cui sussista anche il minimo dubbio sull'affidabilità e sulla concluzione dei pareri medici del SMR, non è possibile decidere unicamente sui rapporti SMR, ma occorre effettuare un completamento dell'istruttoria (DTF 139 V 225 consid. 5.2; sentenza del TF 8C\_262/2016 del 22 settembre 2016 consid. 4.2).

## **8.**

**8.1** Nel caso concreto, giova rammentare in via preliminare che nonostante il persistere del dolore residuo e della limitata funzionalità (mobilità e forza) della mano sinistra, della lombalgia post-infortunistica e di uno stato di salute sostanzialmente invariato (doc. UAIE 57), per cui l'assicurato era stato posto al beneficio di un quarto di rendita dal 1994, a partire dal 2006 l'assicurato ha iniziato a percepire uno stipendio sensibilmente più elevato, pur

continuando ad essere impiegato come macchinista dal medesimo datore per il quale svolgeva tale attività dal 1996. Sulla base del raffronto dei redditi eseguito dal Tribunale amministrativo del Canton C. \_\_\_\_\_ è quindi emerso che dal 2006 il ricorrente non raggiungeva più un grado d'invalidità pensionabile. In ossequio a quanto disposto dall'art. 88bis cpv. 2 let. b LAI, la rendita è stata quindi soppressa a partire dal 30 aprile 2014, ossia dal primo giorno del secondo mese consecutivo alla notifica della decisione del 21 marzo 2014 (doc. UAIE 74, 81).

**8.2** A seguito del peggioramento dello stato di salute, che dal 2 marzo 2015 ha determinato un'incapacità lavorativa totale, l'UAI-C. \_\_\_\_\_ ha stabilito, con decisione del 14 gennaio 2016, il ripristino del quarto di rendita precedentemente soppresso a titolo di prestazione transitoria a partire dal 1° marzo 2015 (doc. UAIE 105-108, 245).

## 9.

**9.1** Nell'ambito della procedura di nuova domanda di rendita avviata il 17 agosto 2015 (cfr. consid. A.c), l'UAI-C. \_\_\_\_\_ ha dapprima raccolto la documentazione medica dall'assicurato, dai curanti di quest'ultimo e dall'incarto di H. \_\_\_\_\_, assicuratore perdita di guadagno in caso di malattia. Dai suddetti referti è emerso che oltre alle patologie cardiache – per le quali l'assicurato è stato sottoposto il 13 marzo 2015 all'intervento di ricostruzione della valvola mitrale del cuore presso l'ospedale I. \_\_\_\_\_ e ad una successiva lunga fase riabilitativa – sono insorte anche delle complicazioni difficilmente inquadrabili di natura pneumologica, altrettanto suscettibili di influire sulla capacità lavorativa (doc. UAIE 88, 96, 97, 102, 119, 128, 131, 146, 147, 148). A fronte di una situazione valetudinaria complessa e non del tutto stabilizzata, l'UAI-C. \_\_\_\_\_ ha quindi predisposto ulteriori accertamenti e una visita con il proprio medico fiduciario, dott. L. \_\_\_\_\_, specialista in cardiologia e medicina del lavoro, così come proposto dal SMR dopo l'esame della documentazione medica agli atti (doc. UAIE 101, 121, 141, 142, 145).

**9.2** Con rapporto SMR del 17-23 maggio 2017 il dott. L. \_\_\_\_\_, sulla base della visita clinica e degli esami strumentali del 17 maggio 2017 e della documentazione medica agli atti, ha posto le seguenti diagnosi con influsso sulla capacità lavorativa (doc. UAIE 149, 150, 152):

### 1. Diagnosi cardiologiche

“**Cardiopatia valvolare**”, risultante da:

- Insufficienza valvolare mitralica non reumatica di grado 1-2 dovuta a sindrome da prolasso valvolare mitralico congenito;
- Cardiopatia ipertensiva (ipertrofia concentrica LV preesistente da lungo tempo con EF normale);
- Scompenso cardiaco da ottobre 2014 circa;
- Peggioramento acuto da gennaio 2015 a causa della rottura della corda tendinea nel segmento A2 (vela anteriore);
- Insufficienza della valvola mitrale di grado 3-4 da gennaio 2015;
- Angiografia coronarica per escludere la CHD febbraio 2015 come causa del deterioramento acuto dei parametri vitali.

**“Intervento chirurgico del 13 marzo 2015”**, ospedale I. \_\_\_\_\_: ricostruzione della valvola mitrale:

- Impianto di neocorda A2, commissuroplastica A2/P3, anuloplastica con Physioring Edwards 34 mm, chiusura dell'appendice atriale sinistra;
- Ecocardiografia (ultima luglio 2016): buon risultato chirurgico, funzione normale del ventricolo sinistro con nota ipertrofia concentrica con disfunzione diastolica.

## 2. Diagnosi pneumologica

**“BPCO stadio GOLD 1 A”** (FEV1 >70% del target):

- Abuso di nicotina (interrotto in marzo 2015);
- Asintomatico in caso di terapia inalatoria a lungo termine;
- FEV1 2,0L/s (59 % target), iperinflazione moderata (RV/TLC 162 % target), gas ematici normali a riposo, disturbo da ventilazione pseudo-restrittiva dovuto a intrappolamento di aria.

**Sindrome da apnea notturna lieve-moderata**, prevalentemente periferica-ostruttiva, constatata da luglio 2016:

- Sintomo principale: ipersonnia diurna, insorta successivamente all'operazione alla valvola cardiaca;
- Ritmo giorno-notte gravemente disturbato / "mancanza di igiene del sonno";
- Ipoventilazione alveolare esclusa / “daytime hypercapnia”;
- Inizio della terapia APAP (macchina CPAP automatica),
  - o Aprile 2017 Gravi problemi di adattamento del dispositivo (perdita della maschera),
  - o Maggio 2017 Inizio della sperimentazione dell'ossigeno-terapia continua a lungo termine (LTOT) come alternativa alla ventilazione domiciliare con CPAP.

## 3. Diagnosi non chiarite

**“Problemi di memoria” post-perfusione / post-HLM:**

- Disturbi persistenti della memoria a breve termine;

- Disturbi persistenti della capacità di concentrazione, della pianificazione dell'azione costruttiva-prospettica, della tolleranza della complessità e delle strategie di risoluzione dei problemi;
- Fissazione depressiva reattiva nel senso di una "trance sintomatologica".

**Peggioramento post-perfusione / post-HLM di una perdita uditiva moderata persistente:**

- B. \_\_\_\_\_ - prima diagnosi nel 2000 con perdita dell'udito >50% su entrambi i lati;
- Intolleranza degli apparecchi acustici intrauricolari esistenti dovuto a infezione nosocomiale, otite esterna cronica bilaterale.

**Inspiegabile grave riduzione delle prestazioni fisiche nonostante la normalizzazione postoperatoria della funzione cardiaca e polmonare:**

- limite di potenza spirometrica invariato dal 07/2016 a 80 watt (0,7 watt/kg, 45 % dell'obiettivo), assunzione massima di O<sub>2</sub> variabile tra 12 e 16 ml/kgKG/min (<<5 MET, 48-64 % dell'obiettivo);
- Test del cammino di 6 minuti altamente patologico 17 maggio 2017: Segni di perfusione polmonare gravemente ridotta con sforzo ridotto (NYHA 3: salire una rampa di scale) con dispnea/tachipnea grave e recupero molto lento dallo sforzo, nonché con piattezza della parte superiore del corpo (con manifestazione di sintomi pseudobulbari, possibilmente dovuti a insufficienza basilare);
- Anamnesi di segni di insufficienza cardiaca destra, P-polmonare su ECG a riposo;
- Evidenza clinica di "fisiologia costrittiva" della piccola circolazione / pericardite DD costrittiva / occlusione della vena polmonare.

Come diagnosi senza influsso sulla capacità lavorativa sono state inoltre menzionate la disfunzione erettile (di probabile origine multifattoriale) e la gonartrite gottosa destra dal 2016.

Nella discussione della situazione medica, il dott. L. \_\_\_\_\_ ha riferito di una situazione diagnostica complessiva ancora poco chiara, nonostante i numerosi e precisi accertamenti effettuati e raccomandato l'esecuzione di ulteriori valutazioni specialistiche per fare luce sulle diagnosi indicate come "non chiarite". A suo modo di vedere gli esami condotti fornirebbero una valida indicazione della presenza di una malattia secondaria, probabilmente rara, non considerata in precedenza correlata alla problematica d'insufficienza valvolare mitralica di vecchia data. A fronte dei risultati della visita del 17 maggio 2015, egli ritiene inoltre probabile l'esistenza di una pericardite costrittiva. Infine ritiene necessario chiarire se è presente un'ipertensione polmonare "post-capillare", una complicanza molto rara dell'intervento di ricostruzione del lembo mitralico che in genere si verifica come conseguenza dell'occlusione della vena polmonare.

Sotto il profilo della capacità lavorativa, il dott. L. \_\_\_\_\_, ha ritenuto che l'assicurato si trova attualmente in uno stato di salute "stabile al livello più basso" a causa di un disturbo cardiopolmonare non sufficientemente chiarito insorto nel periodo postoperatorio e che è stato clinicamente plausibile almeno dall'estate 2015, è stato dimostrato mediante l'ergospirometria di luglio 2016 e confermato con quella di gennaio 2017. Sulla base dell'esame clinico del 17 maggio 2017 il medico fiduciario ha quindi ritenuto la capacità lavorativa residua in attività adattate come prevedibilmente esaurita in modo permanente e ciò a partire dal 1° luglio 2015, ossia dall'insorgere delle gravi difficoltà respiratorie (doc. UAIE 149).

**9.3** Fondandosi sul suddetto rapporto SMR, nonché sulla breve annotazione SMR del 30 maggio 2017, relativa alla necessità di acclarare ulteriormente la situazione valetudinaria su alcuni elementi non ancora chiari (doc. UAIE 154), l'UAI-C. \_\_\_\_\_ ha quindi accordato con decisione del 20 novembre 2017 una rendita intera dal 10 ottobre 2015 (doc. UAIE 161).

## **10.**

**10.1** Nell'ambito della procedura di revisione avviata d'ufficio il 19 maggio 2021 (doc. 170, 243) l'UAIE ha raccolto la seguente documentazione:

- Il test cicloergometro del 20 luglio 2021, condotto dalla dott.ssa D. \_\_\_\_\_, specialista in cardiologia, interrotto a causa di esaurimento muscolare e gonalgia (doc. UAIE 251, 252).
- Il rapporto del 24 luglio 2021 del dott. E. \_\_\_\_\_, specialista in malattie dell'apparato cardiovascolare, che ha posto le diagnosi di "ipertensione con lieve cardiopatia ipertensiva e funzione sistolica ventricolare sinistra ai limiti inferiori, esiti di anuloplastica mitralica per stenoinufficienza mitralica, dislipidemia, iperuricemia, lieve obesità in ex fumatore con riferita pregressa broncopatia, sintomatico per dispnea da sforzo con pregresso test ergometrico negativo per ischemia inducibile" (doc. UAIE 253).
- La perizia medica particolareggiata (E213) del 17 dicembre 2021, che fondandosi sulla visita clinica eseguita e sulle diagnosi proposte dal dott. E. \_\_\_\_\_ ha ritenuto migliorata la situazione valetudinaria dell'assicurato ritenendolo in grado di svolgere qualsiasi attività a tempo pieno. Egli ha quindi segnalato che, a partire dalla data della visita clinica del 14 dicembre 2021, ai sensi del diritto italiano l'interessato andrebbe ritenuto invalido al 55% in ogni professione,

considerandolo tuttavia abile ad esercitare un'attività lavorativa adatta a tempo pieno (doc. UAIE 260).

**10.2** I suddetti referti sono stati trasmessi al Servizio medico dell'UAIE. Nella presa di posizione dell'8 febbraio 2022 il dott. F. \_\_\_\_\_, specialista in medicina interna, ha riferito le seguenti diagnosi: "ricostruzione della valvola mitrale il 13 marzo 2015; incidente professionale del 1989 con lombalgia cronica, limitazione funzionale del polso destro dopo frattura e artrodesi parziale, frattura del bacino". Dal 24 luglio 2021 il medico fiduciario ha ritenuto essere sopraggiunto un miglioramento dello stato di salute nell'assicurato dal quale era esigibile la ripresa di un'attività lavorativa adeguata nella misura del 50%. Per giustificare tale conclusione il dott. F. \_\_\_\_\_ si è riferito ai risultati del test sotto sforzo, interrotto per dolori muscolari e al ginocchio, migliori rispetto a quelli del passato. Non sono inoltre emersi segni d'ischemia, sebbene come riferito dal dott. E. \_\_\_\_\_, l'assicurato presenta una dispnea da sforzo. Egli ha quindi riferito che l'ecocardiografia indica una leggera ipertrofia del ventricolo sinistro con delle dimensioni al limite superiore della norma e con una forma sistolica al 55% ed un funzionamento normale della protesi mitrale. Il dott. F. \_\_\_\_\_ ha quindi rilevato che l'incapacità lavorativa del 50% da lui attestata è compatibile con le conclusioni a cui è giunta la sicurezza sociale italiana, che nel rapporto E213 ha attestato un'invalidità del 55%. Il dott. F. \_\_\_\_\_ ha quindi elencato le limitazioni funzionali di cui occorre tenere conto nella determinazione dell'attività sostitutiva e proposto una serie attività semplici e ripetitive ritenute esigibili dall'assicurato (doc. UAIE 262).

**10.3** In sede di osservazioni al progetto di decisione il ricorrente ha prodotto il rapporto pneumologico del 15 marzo 2022 del dott. G. \_\_\_\_\_, specialista in malattie dell'apparato respiratorio e fisiologia, che ha eseguito un test di funzionalità respiratoria (spirometria) riscontrando una sindrome ostruttiva di grado moderato con restrizione lieve. A livello diagnostico egli ha riferito di una BPCO di grado B, stadio ostruttivo III in fase di stazionarietà, ma evoluta in senso peggiorativo rispetto ai dati spirometrici di 5 anni prima (2017); cardiopatia ipertensiva lieve in esiti di anuloplastica mitralica per steno-insufficienza (2015); sindrome da apnee ostruttive del sonno (OSAS); dislipidemia in paziente con ridotta tolleranza glucidica e iperuricemia. Ha quindi prescritto un trattamento farmacologico e previsto l'esecuzione di esami strumentali e radiografici (doc. UAIE 274).

**10.4** Invitato a esporre il proprio parere il dott. F. \_\_\_\_\_, nella presa di posizione del 23 aprile 2022, ha ritenuto che l'esame spirografico e i dati citati dal dott. G. \_\_\_\_\_ non permettono di concludere in favore di un

peggioramento significativo dello stato di salute dell'assicurato. La funzione respiratoria, seppur ridotta, resta a suo modo di vedere compatibile con una attività adeguata da svolgersi al 50% (doc. UAIE 276).

**10.5** In pendenza di ricorso, l'insorgente ha prodotto il rapporto del 15 luglio 2022 del dott. M.\_\_\_\_\_, specialista in cardiologia, che ha riferito di un test ergometrico ampiamente sottomassimale per esaurimento fisico e regolare incremento pressorio (cfr. allegato B, doc. TAF 1). Con rapporto del 9 dicembre 2022 lo stesso dott. M.\_\_\_\_\_ ha segnalato di aver eseguito un nuovo esame ergometrico il cui risultato attesta una ridotta capacità cardiovascolare del paziente rispetto al precedente esame di luglio 2022. In esito all'ecoscopia ha inoltre segnalato "la presenza di uno spazio ecoprivo circonferenziale di 2-3 mm in probabile rapporto a versamento pericardico" (cfr. allegato C, doc. TAF 19).

**10.6** Sia il primo che il secondo rapporto non sono stati ritenuti suscettibili di modificare le conclusioni riguardo all'avvenuto miglioramento dello stato di salute, a cui era in precedenza giunto il dott. F.\_\_\_\_\_ (cfr. annotazioni del 14 ottobre 2022 e dell'8 febbraio 2023 allegate ai doc. TAF 12 e 21).

## **11.**

**11.1** Alla luce di quanto precede, si rileva che l'UAIE ha fondato la decisione impugnata sulla presa di posizione del SMR dell'8 febbraio 2022 (consid. 10.2), senza procedere ad ulteriori accertamenti propri. Sulla base degli atti prodotti dall'assicurato e dall'INPS di (...), il dott. F.\_\_\_\_\_ ha ritenuto che dall'ultima decisione del 20 novembre 2017 con cui è stata erogata una rendita intera sia intervenuto un miglioramento dello stato di salute e della capacità lavorativa dell'assicurato. Il ricorrente dal canto suo contesta tale conclusione in quanto la stessa, emanata da un medico internista, contrasta con la valutazione degli specialisti in cardiologia e in pneumologia che hanno avuto modo di visitarlo e di svolgere test strumentali. Il ricorrente contesta altresì l'influsso che tale miglioramento avrebbe avuto sulla sua residua capacità lavorativa, ritenendo che per attestarne l'entità il dott. F.\_\_\_\_\_ si sarebbe – erroneamente – fondato sul grado d'invalidità del 55% stabilito dal medico italiano nel rapporto E213.

## **11.2**

**11.2.1** Affinché una rendita possa essere modificata, non è sufficiente che sia avvenuto un "qualsiasi" cambiamento delle circostanze fattuali determinanti. La formulazione di una diagnosi aggiuntiva o la revoca di una

diagnosi non costituisce di per sé un motivo di revisione di una rendita. Un'ulteriore diagnosi comporta un peggioramento significativo dello stato di salute rispettivamente la revoca di una diagnosi costituisce un miglioramento significativo dello stato di salute se queste circostanze sono suscettibili di incidere sul diritto alla rendita (DTF 141 V 9 consid. 5.2; sentenza del TF 8C\_676/2018 del 20 febbraio 2019 consid. 3.2).

**11.2.2** Una revisione può essere adottata quando le circostanze di fatto (di natura valetudinaria e/o di natura economica) rilevanti per il diritto alla rendita si sono modificate in maniera considerevole, non per contro già in caso di diverso apprezzamento medico e/o giuridico di una fattispecie sostanzialmente rimasta invariata (DTF 130 V 343 consid. 3.5; sentenza del TF 8C\_428/2017 del 30 ottobre 2017 consid. 2.1). L'accertamento sullo stato di salute e sulle ripercussioni funzionali, fondato sulla valutazione dei rapporti medici agli atti, deve attestare l'effettivo cambiamento dello stato di salute precedentemente descritto (sentenza del TF 9C\_418/2020 del 20 agosto 2011 consid. 4.2). La differente valutazione medica o giuridica di una situazione di fatto essenzialmente rimasta invariata non giustifica una revisione materiale. Eventuali differenze fondate unicamente su un diverso apprezzamento sono irrilevanti dal profilo del diritto alla revisione e devono pertanto essere distinte dalle modifiche fattuali che invece giustificano una revisione. Una conclusione medica che diverge da una precedente nonostante lo stato di salute esaminato non si sia modificato in maniera sostanziale è perlopiù riconducibile a un esercizio divergente del potere di apprezzamento medico (sentenza del TF 9C\_408/2013 del 14 novembre 2013 consid. 2).

**11.3** In concreto, dalla documentazione versata agli atti non parrebbe essere intervenuta alcuna sostanziale modifica a livello diagnostico. Le patologie accertate nel 2017 risultano essere tutt'ora esistenti. Il dott. F. \_\_\_\_\_ ritiene tuttavia che le stesse siano meno limitanti e influiscano in minor misura sulla capacità lavorativa dell'assicurato, mentre gli specialisti consultati dall'assicurato ritengono sia vero l'esatto opposto.

**11.3.1** Al riguardo il dott. G. \_\_\_\_\_ ha constatato che dal punto di vista pneumologico vi è stata un'evoluzione peggiorativa rispetto al 2017, momento in cui la funzionalità polmonare era già ampiamente compromessa. Confrontato con tale valutazione specialistica il dott. F. \_\_\_\_\_ si è limitato a rilevare che la stessa fosse compatibile con un'incapacità lavorativa al 50%, senza tuttavia apportare alcun elemento oggettivo che permetta a questo Tribunale di capire perché si discosti dal parere dello specialista che attesta una situazione a livello respiratorio peggiore rispetto al passato.

Nell'annotazione del 14 ottobre 2022 il medico fiduciario è poi tornato sul rapporto pneumologico asserendo che il peggioramento della situazione attestata dal dott. G. \_\_\_\_\_ non sarebbe documentata da esami obiettivi (allegato al doc. TAF 12). Ora, se è vero che agli atti non figurano elementi concreti e oggettivabili a supporto del peggioramento sostenuto dal dott. G. \_\_\_\_\_, è innegabile che neppure il dott. F. \_\_\_\_\_ ha apportato alcun elemento di seria consistenza a dimostrazione che un miglioramento dello stato di salute sia effettivamente intervenuto. Detta constatazione induce a ritenere che le conclusioni espresse nell'ambito della procedura in esame siano frutto di una valutazione differente di una fattispecie altrimenti rimasta quantomeno invariata e che pertanto non giustificano una revisione della rendita.

**11.3.2** Ad ogni modo, è dal profilo cardiologico che il dott. F. \_\_\_\_\_ ritiene essere intervenuto un sensibile miglioramento della situazione, alla luce del confronto degli esiti dei test ergometrici sotto sforzo. Egli ha rilevato che rispetto all'ergometria del 17 gennaio 2017, che attestava una capacità fisica di 80 watt (4.7 METs) – praticamente identica a quella misurata nel 2015 – dall'esame del 20 luglio 2021 è emersa una capacità di 125 watt (7.5 METs). Ora, alla luce di come si è sviluppato il test sul cicloergometro del 20 luglio 2021 (doc. UAIE 251, p. 2) tale constatazione va relativizzata. Si nota infatti che l'assicurato è riuscito a sostenere tre incrementi di carico ogni due minuti fino a 75 watt; ha mantenuto il carico di 100 watt per circa 20 secondi e non appena il carico è salito a 125 watt l'esercizio è stato interrotto ed è iniziato il defaticamento. In maniera analoga nell'esame ergometrico condotto dal dott. M. \_\_\_\_\_ nel luglio 2022, l'assicurato ha interrotto il test a 90 watt per esaurimento muscolare, dopo aver sostenuto tre incrementi di carico ogni due minuti (cfr. allegato B, doc. TAF 1). In dicembre 2022, per contro l'insorgente non è riuscito ad andare oltre a due incrementi di carico, interrompendo il test a 60 watt, ragione per cui il dott. M. \_\_\_\_\_ ha attestato una riduzione della capacità funzionale cardiovascolare (allegato C, doc. TAF 19). Alla luce di quanto precede e sulla base dei referti a disposizione di questo Tribunale, richiamata la giurisprudenza relativa al minimo dubbio sull'affidabilità dei pareri medici del SMR (cfr. consid. 7.3), la conclusione a cui è giunto il medico fiduciario dell'UAIE non convince; tantopiù che se ci si attiene unicamente all'esame del cicloergometro, come pare fare quest'ultimo, la situazione cardiologica dell'interessato risulta essere quantomeno stazionaria (se non addirittura peggiorata pendente causa).

**11.3.3** Vi sono infine le patologie di natura reumatologica che discendono dall'infortunio del 1989, che pur essendo state menzionate a livello

diagnostico da parte del dott. F. \_\_\_\_\_, non sembrano essere state considerate nella discussione per determinare l'influsso delle stesse sullo stato di salute globale e sulla capacità lavorativa dell'interessato. Si rammenta al riguardo che la soppressione nel 2014 del quarto di rendita che l'assicurato percepiva dal 1994, non era stata dettata da un miglioramento dello stato di salute, bensì della capacità dell'assicurato di mettere maggiormente a frutto la residua capacità lavorativa nella specifica attività di macchinista presso il datore di lavoro per il quale lavorava dal 1996 (cfr. doc. UAIE 40, 48, 49). A partire dal 2006, infatti, dal raffronto fra il reddito che l'interessato avrebbe potuto guadagnare senza il danno alla salute e quello effettivamente percepito risultava una perdita di guadagno inferiore a quella pensionabile. I fattori che hanno indotto tale aumento salariale, possono essere molteplici (incremento del tasso d'impiego, lavoro più flessibile e ausilio di colleghi nell'esecuzione delle mansioni, posto di lavoro particolarmente adattato alle limitazioni funzionali dell'assicurato, fiducia e mansioni da parte del datore di lavoro e mansioni di maggiore responsabilità [e meglio retribuite], ecc.); tuttavia è lecito presumere che questi fossero strettamente legati al posto di lavoro e all'attività svolta dall'interessato e che, in assenza di una modifica dello stato di salute, non fossero ripetibili in qualsiasi altra attività adeguata reperibile sul mercato equilibrato del lavoro, circostanza per altro mai sostenuta, né verificata dal medico fiduciario o dall'autorità inferiore. Tantopiù che agli atti non figura alcun elemento che attesti un miglioramento dello stato valetudinario in relazione alle affezioni fisiche emerse a seguito dell'infortunio del 1989 e dei conseguenti disturbi lombo-vertebrali cronici (dal 2003), che hanno continuato ad essere diagnosticate dai vari medici consultati anche dopo l'insorgere dei disturbi di origine cardiologica (cfr. doc. UAIE 96, anche doc. UAIE 147). Pare al contrario che i medici sentiti – non soltanto curanti (cfr. doc. UAIE 101) – fossero concordi nel ritenere stazionario lo stato delle suddette affezioni. A titolo d'esempio, basti citare i rapporti periodici chiesti al dott. N. \_\_\_\_\_ dall'UAI-C. \_\_\_\_\_ nell'ambito della procedura avviata nell'agosto 2015 per le problematiche cardio polmonari che avevano ulteriormente ridotto la capacità lavorativa. Oltre alle considerazioni legate alle nuove problematiche il medico ha riferito che in breve tempo l'assicurato raggiunge i suoi limiti in termini di prestazioni e di mal di schiena, ovvero dolore che si irradia alla gamba sinistra e alla spalla destra, ragione per cui è in grado di lavorare solo per un periodo di tempo molto breve (doc. UAIE 97, cfr. anche doc. UAIE 109, 119, 131). Dal canto suo, anche il dott. O. \_\_\_\_\_, specialista curante in cardiologia e in medicina dello sport, nel rapporto del 22 febbraio 2016 ha inserito fra le diagnosi con influsso sulla capacità lavorativa uno "stato dopo incidente lavorativo del 1989 con disturbi lombo-vertebrali cronici", ritenendo che, unitamente alle affezioni cardiologiche,

l'interessato raggiunge in breve tempo i suoi limiti in termini di prestazioni e di mal di schiena (doc. UAIE 114). In definitiva, sebbene a partire dal 2015 le problematiche cardio-polmonari fossero preponderanti nel determinare l'incapacità lavorativa totale, le altre affezioni fisiche, anche se in secondo piano, hanno continuato ad influire negativamente sullo stato di salute complessivo dell'assicurato. Al riguardo, nessun medico, neppure il dott. L. \_\_\_\_\_ del SMR si è mai espresso nel senso di un miglioramento delle stesse (cfr. doc. UAIE 141, 142, 149, 152). Nell'ambito della procedura di revisione, per contro, non soltanto non è stato eseguito alcun accertamento, ma neppure è stato più fatto accenno alle suddette affezioni, che nondimeno, in assenza di elementi oggettivi contrari, occorre ritenere tutt'ora presenti e invalidanti.

**11.4** Neppure convince, infine, la valutazione del grado d'incapacità lavorativa attestato dal dott. F. \_\_\_\_\_. Innanzitutto per le ragioni già esposte sopra, riguardo all'effettivo miglioramento dello stato di salute. Non è inoltre dato sapere, in assenza di indicazioni maggiormente circostanziate, come egli sia giunto alla conclusione che a partire dal 24 luglio 2021, data del rapporto cardiologico del dott. E. \_\_\_\_\_, dall'assicurato sia esigibile la ripresa di un'attività sostitutiva adeguata nella misura del 50%. Sebbene questo Tribunale non dubiti della competenza e dell'esperienza maturata in ambito assicurativo dal dott. F. \_\_\_\_\_, occorre nondimeno constatare che nei rapporti riguardanti il presente caso non vi è alcuna valutazione medica (di agevole comprensione) basata sulla sua esperienza professionale, né alcun riferimento alla prassi medica in casi analoghi che permettano di capire su quali elementi egli si sia fondato per attestare proprio tale grado di inabilità lavorativa. D'altro canto, si concorda con il ricorrente che su tale aspetto il dott. F. \_\_\_\_\_ non poteva certo riferirsi al rapporto E213, neppure per ottenere conferma del tasso d'inabilità lavorativa indicato. La dott.ssa P. \_\_\_\_\_, estensore di tale referto, pur menzionando le patologie polmonari non pare infatti disporre di referti specialistici aggiornati, ragione per cui è lecito dubitare, in primo luogo, che la valutazione in esso esposta sia completa e concludente. In secondo luogo, il rapporto risulta contraddittorio in punto all'abilità lavorativa: non è infatti chiaro come si possa sostenere, da un lato, che l'assicurato sarebbe in grado di svolgere a tempo pieno il proprio lavoro abituale, così come un lavoro adeguato alle sue condizioni, per poi ritenerlo comunque invalido al 55% per l'ultimo lavoro svolto, così come per qualsiasi altra attività (cfr. doc. UAIE 260 p. 10). È notorio che il sistema previdenziale italiano e la nozione stessa di invalidità sono fondati su presupposti completamente diversi rispetto a quelli svizzeri. Proprio per tale ragione, la prassi costante di questo Tribunale non permette agli

assicurati residenti in Italia di riferirsi al grado d'invalidità civile stabilito dal diritto italiano per dedurre delle pretese nei confronti dell'assicurazione per l'invalidità svizzera. Allo stesso modo, neppure il medico fiduciario dell'UAIE, che è incaricato di esprimersi unicamente sul grado d'incapacità lavorativa, non d'invalidità, può riferirsi alle indicazioni del grado d'invalidità civile per trarre conferma delle proprie conclusioni in merito all'esigibilità lavorativa.

**11.5** Da ultimo, vale la pena di rilevare, che nell'ambito della procedura che ha portato all'erogazione della rendita, l'UAI-C. \_\_\_\_\_ cosciente della complessità del caso, aveva raccolto numerosi accertamenti clinici e strumentali da parte degli specialisti curanti in ambito cardiologico e pneumologico e aveva predisposto degli accertamenti propri poi condotti in seno al SMR. Nonostante ciò, al momento dell'erogazione della rendita, persisteva dell'incertezza su alcune diagnosi e uno stato di salute non ancora del tutto stabilizzato. Lo stesso dott. L. \_\_\_\_\_, nel rapporto del 19 maggio 2017 sosteneva la necessità di approfondire gli accertamenti cardiologici, mediante Cardio-CT, Cardio-MRT, esame della parte destra del cuore a riposo, sotto provocazione volumetrica e sotto sforzo ergometrico (doc. UAIE 150). Non è dato sapere, non essendovene traccia agli atti, se tali accertamenti siano stati effettivamente eseguiti o meno, tuttavia ciò non ha impedito di ritenere l'assicurato completamente inabile al lavoro in qualsiasi attività. Sorprende quindi, che a fronte di un quadro clinico di siffatta complessità (cfr. consid. 9.2) e in presenza di valutazioni mediche divergenti l'autorità inferiore non abbia ritenuto opportuno e necessario approfondire maggiormente la fattispecie sotto il profilo specialistico.

**11.6** In definitiva, alla luce di quanto esposto sopra, questo Tribunale non ritiene che l'istruttoria condotta dall'UAIE permetta di fornire delle risposte convincenti e concludenti riguardo al preteso miglioramento dello stato di salute dell'interessato e della conseguente capacità lavorativa. In assenza di una valutazione pluridisciplinare, che si esprima dal profilo cardiologico, pneumologico e reumatologico, riguardo all'evoluzione delle patologie e all'attuale stato di salute globale, non è possibile appurare, con il grado della verosimiglianza preponderante valido nelle assicurazioni sociali, che dal 24 luglio 2021 vi sia stato un miglioramento dello stato di salute del ricorrente tale da permettergli di riprendere a lavorare nella misura del 50% in un'attività adeguata. L'UAIE non è quindi riuscito a dimostrare in modo convincente che vi è stata una significativa riduzione del grado di invalidità del ricorrente ai sensi dell'art. 17 cpv. 1 LPGGA, gli accertamenti agli atti risultando particolarmente lacunosi. Si rammenta a tal proposito che nell'ambito di una procedura di revisione, in cui si prospetta la revoca o la

riduzione del diritto a una rendita corrente, l'onere della prova riguardo a un cambiamento significativo del grado di invalidità incombe all'assicuratore. Quest'ultimo sopporta le conseguenze dell'assenza o dell'insuccesso di tale prova, che deve essere stabilita con il grado di verosimiglianza preponderante valida nel diritto delle assicurazioni sociali (ATF 121 V 208 consid. 6a-b e i riferimenti citati; cfr. anche le sentenze del TAF C-3597/2011 dell'11 gennaio 2013, consid. 2.5.1; C-6800/2014 del 26 maggio 2020, consid. 15; C-2687/2017 del 3 febbraio 2022 consid. 9.6).

## **12.**

**12.1** In assenza di un'istruttoria completa sull'evoluzione dell'insieme delle patologie da cui l'assicurato è affetto, non è possibile determinare con cognizione di causa se un miglioramento dello stato di salute, così come preteso dall'amministrazione, è effettivamente intervenuto rispettivamente se esso ha un eventuale influsso sulla capacità lavorativa residua.

**12.2** Sulla base delle indicazioni di approfondimento poste nel rapporto del 19 maggio 2017 dal dott. L. \_\_\_\_\_ (consid. 9.2), il Servizio medico dell'amministrazione valuterà in una prima fase la rilevanza dei disturbi di natura cardiologica e l'eventuale necessità di un aggiornamento del caso dal profilo internistico. Riguardo alle affezioni di natura pneumologica andranno inoltre assunte agli atti delle valutazioni cliniche specialistiche, degli esami spirometrici e ogni altra indagine suscettibile di esaminare la funzionalità polmonare dell'assicurato e l'evoluzione nel tempo della capacità respiratoria. Parimenti andranno esperiti gli accertamenti necessari a determinare l'evoluzione e l'impatto sulla capacità lavorativa delle patologie di natura reumatologica derivanti dall'infortunio del 1989.

**12.3** Nel caso in cui tali accertamenti inducano a ritenere che lo stato di salute sia invariato rispetto al momento in cui è stata emanata la decisione del 20 novembre 2017, l'amministrazione si limiterà a confermare il diritto alla rendita intera, così come percepita dall'assicurato fino al 31 luglio 2022.

## **12.4**

**12.4.1** Nel caso in cui vi siano per contro indizi che permettano ragionevolmente di presumere una modifica della situazione valetudinaria, l'autorità inferiore procederà quindi all'accertamento dello stato di salute e della capacità di lavoro e della sua evoluzione (dalla data della decisione del 20 novembre 2017), da un punto di vista complessivo segnatamente pneumologico, cardiologico, internistico, nonché reumatologico, tramite

l'esperimento di una perizia plurisdisciplinare in Svizzera, conformemente ai principi della giurisprudenza del Tribunale federale (DTF 137 V 210). Dalla suddetta perizia dovrà emergere con chiarezza se e in che misura vi è stato un miglioramento dello stato di salute, non permettendo le attuali refertazioni di ritenere provato con il grado della verosimiglianza preponderante un tale miglioramento.

**12.4.2** Una volta accertata la situazione valetudinaria e l'influsso delle patologie sulla capacità lavorativa, l'autorità inferiore procederà – se necessario – a una valutazione della capacità funzionale (EFL), nonché ad un'analisi dell'esigibilità e della possibilità per l'insorgente di esercitare una nuova attività in un mercato equilibrato del lavoro (a fronte dell'età dell'assicurato, che al momento della riduzione della rendita stava per compiere 60 anni) e delle attività compatibili con le limitazioni funzionali di cui l'assicurato è portatore.

**12.4.3** Sulla scorta delle nuove risultanze, l'autorità inferiore procederà inoltre a una nuova indagine economica, indicizzando i dati salariali laddove necessario e valutando con particolare attenzione quali deduzioni sociali dal reddito da invalido, volte a tenere debitamente conto dei fattori professionali e personali del caso (DTF 126 V 75) entrano in linea di conto in concreto. Al riguardo va infatti rammentato che la deduzione del salario statistico da invalido deve permettere di avvicinarsi il più possibile al salario che l'interessato potrebbe effettivamente percepire da invalido: quindi è necessario procedere a una nuova valutazione della riduzione del salario da invalido ogni qualvolta si procede ad un raffronto dei redditi. Nella nuova valutazione dell'invalidità l'autorità inferiore terrà conto delle critiche mosse dal ricorrente, in sede di ricorso e di replica, in particolare riguardo al reddito di riferimento da valido, così come al mancato conteggio di una riduzione del salario da invalido a causa delle limitazioni funzionali (leidensbedingter Abzug). A tal proposito questo Tribunale rileva che l'autorità inferiore aveva dapprima operato una deduzione dal salario statistico del 10% in ragione dell'attività svolta a tempo parziale (cfr. consid. B.c). Nel successivo raffronto dei redditi essa non ha per contro più menzionato tale fattore di riduzione – sebbene la capacità medico teorica attestata dal SMR fosse sempre del 50% – ma ha comunque operato una deduzione del 10% in ragione dell'età (quasi sessant'anni) e mancanza di formazione (cfr. consid. C.e). Tale incongruenza andrà corretta, tenendo presente che secondo questa Corte è perfettamente ragionevole che tutti e tre i fattori di riduzione menzionati entrino in linea di conto nel caso specifico.

**13.**

**13.1** Giova inoltre rilevare che nel caso concreto non è necessario rendere attento l'assicurato della possibilità di ritirare il ricorso conformemente a quanto stabilito in DTF 137 V 314. In effetti non sussiste l'eventualità di una nuova decisione dell'UAIE a detrimento dell'insorgente (cfr., sul quesito, la già citata DTF 137 V 314 consid. 3.2.4). Il diritto ad almeno una mezza rendita di invalidità dopo il 1° agosto 2022 è infatti non solo incontestato dalle parti, ma comprovato dagli atti di causa e va pertanto confermato in questa sede. Risulta infatti assodato che, in tutto o in parte, le affezioni di cui l'assicurato soffriva al momento dell'allocazione della rendita intera persistono invariate anche dopo il 24 luglio 2021. Al riguardo il dott. F. \_\_\_\_\_ aveva riconosciuto che l'influsso delle affezioni polmonari, in merito alle quali il dott. G. \_\_\_\_\_ aveva fornito un aggiornamento con il rapporto pneumologico del 15 marzo 2022, era senz'altro compatibile con un'incapacità lavorativa del 50% in qualsiasi attività (cfr. consid. 11.3.1). Tali patologie vanno a sommarsi a quelle correlate all'infortunio del 1989 le quali, come visto sopra (cfr. consid. 11.3.3), non risultano aver mai subito un sostanziale miglioramento, ragione per cui dal 1° gennaio 2012 la B. \_\_\_\_\_ continua a versare una rendita per infortunio del 23% (in precedenza del 40% [doc. 221, 235, 240-242]).

**13.2** In siffatte circostanze, neppure la giurisprudenza del Tribunale federale pubblicata in DTF 137 V 210 (segnatamente consid. 4.4.1.4; DTF 139 V 99 consid. 1) si oppone al rinvio della causa all'autorità inferiore per completamento dell'istruttoria e, laddove ritenuto necessario, l'esperimento di una perizia specialistica nel senso indicato, essendo sia un accertamento pluridisciplinare del tutto carente agli atti sia alcuni aspetti medici completamente tralasciati. In assenza di un'istruttoria complementare in tal senso, non risulta pertanto possibile determinarsi con il necessario grado della verosimiglianza preponderante sul grado di invalidità e sul diritto alla rendita dell'assicurato a decorrere dal 1° agosto 2022.

**13.3** Da quanto esposto discende che il ricorso dev'essere parzialmente accolto, nel senso che la decisione impugnata – fermo restando il diritto ad una mezza rendita d'invalidità anche dopo il 1° agosto 2022 – fondandosi su un accertamento incompleto dei fatti rilevanti, va annullata e gli atti di causa ritornati all'amministrazione, affinché proceda al completamento dell'istruttoria nel senso precedentemente indicato.

**14.**

**14.1** Infine, per dare seguito alla censura sollevata dal ricorrente in sede di replica, si osserva che, di regola, prima di poter ridurre o sopprimere la rendita d'invalidità concesse a persone che hanno beneficiato di una rendita per almeno 15 anni oppure hanno già compiuto i 55 anni, va valutato se delle misure d'integrazione debbano essere attuate (sentenza del TAF C-5464/2020 del 16 febbraio 2023 consid. 9.4.2). Dette misure devono essere eseguite in anticipo e protrarsi fino a quando l'assicurato è in grado di sfruttare il potenziale lavorativo attestato dal punto di vista medico-teorico con i propri sforzi e di farne uso per un'attività lucrativa (sentenze del TF 9C\_183/2015 del 6 giugno 2019 consid. 5, 8C\_582/2017 del 22 marzo 2018 consid. 6.3, 8C\_394/2017 dell'8 agosto 2017 consid. 4.2, 9C\_412/2014 del 20 ottobre 2014 consid. 3.1 e 9C\_228/2010 del 26 aprile 2011 consid. 3; sentenza del TAF C-2018/2021 del 4 marzo 2022 consid. 20.2.2). In altre parole, per questi casi una misura di riabilitazione è generalmente una conditio sine qua non per la riduzione o la revoca della rendita (sentenze TF 9C\_707/2018 del 26 marzo 2019 consid. 5.1 e riferimenti citati; 8C\_446/2014 del 12 gennaio 2015 consid. 4.2.4 non pubblicato nella DTF 141 V 5; 9C\_368/2010 del 31 gennaio 2011 consid. 5.1.2 e 5.2.2; MARGIT MOSER-SZELESS, Commentaire romand LPGA, 2018, art. 17 n. 31). In caso di revisione del diritto ad una rendita corrente ai sensi dell'art. 17 LPGA è determinante l'età al momento dell'emanazione del provvedimento di revisione (cfr. DTF 148 V 321 consid. 7.3.2). Il diritto ai provvedimenti d'integrazione nasce al più presto con l'assoggettamento all'assicurazione obbligatoria o facoltativa e si estingue al più tardi allo scadere dell'assicurazione (art. 9 cpv. 1<sup>bis</sup> LAI). L'attuazione delle misure di riabilitazione professionale richiede il rispetto dei requisiti assicurativi (DTF 145 V 266 consid. 4.2 e 5).

**14.2** Al momento dell'emanazione della decisione impugnata, il ricorrente aveva quasi sessant'anni e da svariati anni era al beneficio di una rendita d'invalidità. Tuttavia, a dispetto dell'età, egli non adempiva più i requisiti assicurativi, avendo trasferito definitivamente la sua residenza dalla Svizzera all'Italia nel 2018 e non avendo da allora più svolto alcuna attività lavorativa in Svizzera. Solo le persone che risiedono o svolgono un'attività lavorativa in Svizzera sono infatti assicurate nell'ambito del regime obbligatorio AVS/AI (art. 1a lett. a e b AVS in combinato disposto con l'art. 1b LAI). Con la cessazione dell'assoggettamento all'assicurazione per l'invalidità, l'interessato non aveva pertanto più diritto a misure di reintegrazione ai sensi dell'art. 9 cpv. 1<sup>bis</sup> LAI (cfr. DTF 145 V 266 E. 4.2 e 5; sentenza del TAF C-4426/2017 del 26 febbraio 2020 consid. 8.5).

Nell'evenienza concreta, non trova inoltre applicazione neppure la clausola di continuazione dell'assoggettamento ("Nachversicherungsklausel"), in quanto una tale proroga assicurativa termina al più tardi nel momento in cui il caso viene definitivamente chiuso con l'assegnazione di una rendita – come nel caso di specie - o la reintegrazione è stata completata con successo (DTF 132 V 244 consid. 6; 145 V 266 consid. 6.3.6; cfr anche sentenze del TAF C-5198/2021 del 18 dicembre 2023 consid. 6.4 e riferimenti citati; C-5464/2020 del 16 febbraio 2023 consid. 9.4.2).

**14.3** Ne consegue che, l'autorità inferiore poteva validamente ridurre la rendita contestata senza attuare misure di reintegrazione o dover dimostrare di averne preventivamente valutata l'implementazione. Da questo punto di vista la decisione impugnata non viola pertanto il diritto federale.

## **15.**

**15.1** Visto l'esito della procedura non vengono prelevate spese processuali (art. 63 PA). L'anticipo equivalente alle presunte spese processuali di fr. 800.- versato il 6 settembre 2022 (doc. TAF 7, 8), è restituito al ricorrente.

**15.2** Ritenuto che l'insorgente è rappresentato in questa sede da un legale si giustifica altresì l'attribuzione di un'indennità a titolo di spese ripetibili (art. 64 PA in combinazione con gli art. 7 e segg. del regolamento sulle tasse e sulle spese ripetibili nelle cause dinanzi al Tribunale amministrativo federale del 21 febbraio 2008 [TS-TAF, RS 173.320.2]; cfr. pure DTF 132 V 215 consid. 6.2 secondo cui la parte che ha presentato ricorso in materia d'assegnazione o rifiuto di prestazioni assicurative è reputata vincente, dal profilo delle ripetibili, anche se la causa è rinviata all'amministrazione per complemento istruttorio e nuova decisione). La stessa, in assenza di una nota dettagliata, è fissata d'ufficio (art. 14 cpv. 2 TS-TAF) in 2'800 franchi. L'indennità per ripetibili è posta a carico dell'UAIE.

Il dispositivo è menzionato alla pagina seguente.

**Per questi motivi, il Tribunale amministrativo federale pronuncia:**

**1.**

Il ricorso è accolto, nel senso che la decisione impugnata del 14 giugno 2022 è annullata e gli atti di causa sono rinviati all'UAIE affinché proceda al completamento dell'istruttoria e si pronunci nuovamente sul diritto di A. \_\_\_\_\_ ad una rendita d'invalidità ai sensi del considerando 13.

**2.**

Non si prelevano spese processuali. L'anticipo di fr. 800.-, corrisposto con versamento del 6 settembre 2022, sarà restituito al ricorrente allorquando la presente vertenza sarà passata in giudicato.

**3.**

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

**4.**

Questa sentenza è comunicata al ricorrente e all'autorità inferiore.

I rimedi giuridici sono menzionati alla pagina seguente.

La presidente del collegio:

Il cancelliere:

Michela Bürki Moreni

Luca Rossi

**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. 82 e segg., 90 e segg. e 100 LTF. Il termine è reputato osservato se gli atti scritti sono consegnati al Tribunale federale oppure, all'indirizzo di questo, alla posta svizzera o a una rappresentanza diplomatica o consolare svizzera al più tardi l'ultimo giorno del termine (art. 48 cpv. 1 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: