



Corte III
C-366/2014

Sentenza del 27 settembre 2016

Composizione

Giudici Vito Valenti (presidente del collegio),
Franziska Schneider e Michael Peterli,
cancelliera Marcella Lurà.

Parti

A. _____,
rappresentato dal Patronato INAS,
ricorrente,

contro

**Ufficio dell'assicurazione per l'invalidità per gli
assicurati residenti all'estero (UAIE),**
Avenue Edmond-Vaucher 18, casella postale 3100,
1211 Ginevra 2,
autorità inferiore.

Oggetto

Assicurazione per l'invalidità; revisione della rendita (decisione del 10 dicembre 2013).

Fatti:**A.**

A.a Con decisione del 15 giugno 2010, l'Ufficio dell'assicurazione per l'invaliderità per gli assicurati residenti all'estero (UAIE) ha deciso di erogare in favore di A. _____ – cittadino italiano, nato il (...; doc. A 1-1) – una rendita intera dell'assicurazione svizzera per l'invaliderità a decorrere dal 1° novembre 1999 (doc. A 22-1). Nella motivazione della decisione, l'autorità inferiore ha indicato che dagli atti (segnatamente dal rapporto dell'aprile 2010 del dott. B. _____, medico SMR [doc. A 15-1], che, a sua volta, si era fondato sui documenti medici componenti l'incarto dell'Istituto nazionale svizzero di assicurazione contro gli infortuni [assicurazione C. _____]) risultava che l'interessato – affetto in particolare da trauma distorsivo della caviglia destra, rottura del tendine del perone breve, tendinosi dei peronei, dolore neuropatico, instabilità del retro piede – presentava una totale incapacità al lavoro e di guadagno in una qualsiasi attività lucrativa dal 26 agosto 2008 (doc. A 20-1).

A.b Il diritto alla rendita intera d'invaliderità è poi stato confermato con comunicazioni dell'Ufficio dell'assicurazione invaliderità del Cantone D. _____ (Ufficio AI) del 3 agosto 2011, del 24 aprile e del 2 ottobre 2012 (secondo le quali non risultava una modifica rilevante del grado d'invaliderità; doc. A 33-1, 46-1 e 58-1).

B.

B.a Nel mese di settembre del 2013, l'Ufficio AI del Cantone D. _____ ha avviato una nuova procedura di revisione del diritto alla rendita (doc. A 63-1). Dalle carte processuali risulta che sono stati assunti agli atti lo scritto del 27 agosto 2013 della C. _____ ed il rapporto del 28 agosto 2013 della dott.ssa E. _____, specialista in chirurgia ortopedica, medico incaricato dalla C. _____ (doc. B 61-1 e 62-1).

B.b Con progetto di decisione del 16 ottobre 2013, l'Ufficio AI del Cantone D. _____, dopo avere constatato, in virtù degli atti dell'incarto dell'assicurazione C. _____, che l'interessato, da agosto del 2013, è abile al lavoro nella misura del 100% in un'attività sostitutiva adeguata, ciò che comporta un grado d'invaliderità del 3% (doc. A 65-1), ha comunicato al medesimo che non sussiste (recte: non sussisterebbe) più un diritto ad una rendita, essendo intervenuto un notevole miglioramento dello stato di salute (doc. A 68-1).

B.c Con scritto del 21 novembre 2013, l'interessato ha chiesto il riesame del caso. Ha prodotto i rapporti medici dell'11 e 13 novembre 2013 della dott.ssa F._____ (doc. A 70-1).

B.d Nel rapporto del 26 novembre 2013, il dott. B._____ ha rilevato che i rapporti medici della dott.ssa F._____ descrivono un quadro clinico differente e concludono ad una diversa valutazione della capacità lavorativa rispetto alla valutazione dell'assicurazione C._____, senza peraltro riferire della presenza di una patologia extra-infortunistica (doc. A 72-1).

B.e Con decisione del 10 dicembre 2013, l'UAIE ha deciso di sopprimere (con effetto dalla fine del mese che segue la notifica della decisione) la rendita intera d'invalidità pagata fino ad allora all'assicurato (doc. A 79-1).

C.

Il 22 gennaio 2014 (e con atto di complemento datato 22 aprile 2014), l'interessato ha interposto ricorso dinanzi al Tribunale amministrativo federale contro la decisione dell'UAIE del 10 dicembre 2013 mediante il quale ha chiesto d'accogliere il gravame, d'annullare la decisione impugnata nonché di riconoscere il suo diritto ad una rendita intera d'invalidità (anche successivamente al 1° febbraio 2014). Si è doluto di un'errata valutazione delle sue condizioni di salute; in particolare, le patologie infortunistiche e le affezioni extra-infortunistiche di cui è affetto comportano una completa incapacità al lavoro. Ha prodotto il certificato d'infortunio LAINF, un referto di esame degli arti inferiori del 7 gennaio 2014, i rapporti medici del 9 gennaio, 31 marzo, 7 e 16 aprile 2014 della dott.ssa F._____ ed il rapporto di visita fisiatrica del 10 aprile 2014 (doc. TAF 1 e 5). Il 23 maggio 2014, l'interessato ha esibito il formulario "domanda di gratuito patrocinio" (doc. TAF 9),

D.

Con risposta del 10 giugno 2014, l'UAIE ha proposto la reiezione del gravame e la conferma della decisione impugnata. Ha rinviato alla presa di posizione dell'Ufficio AI del Cantone D._____ del 22 maggio 2014, secondo la quale, in virtù del rapporto dell'agosto 2013 della dott. E._____ (medico incaricato dall'assicurazione C._____), l'assicurato è abile al lavoro nella misura del 100% in attività confacenti allo stato di salute da agosto del 2013. Detto Ufficio ha altresì precisato, in virtù del rapporto del 14 maggio 2014 del dott. G._____, medico SMR, che la documentazione medica prodotta in sede ricorsuale non riferisce della presenza di alcuna patologia extra-infortunistica a carattere invalidante. L'Ufficio AI ha altresì ribadito la correttezza del confronto dei redditi effettuato (doc. TAF 10).

E.

Nella replica del 14 luglio 2014, l'interessato si è riconfermato nelle argomentazioni in fatto e in diritto di cui al ricorso del 22 gennaio 2014 (doc. TAF 12), atto di replica che è poi stato trasmesso all'autorità inferiore per conoscenza (doc. TAF 13).

Diritto:**1.**

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

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

1.3 In virtù dell'art. 3 lett. d^{bis} PA, la procedura in materia di assicurazioni sociali non è disciplinata dalla PA nella misura in cui è applicabile la LPGA (RS 830.1). Giusta l'art. 1 cpv. 1 LAI, le disposizioni della LPGA sono applicabili all'assicurazione per l'invalidità (art. 1a-26^{bis} e 28-70), sempre che la LAI non deroghi alla LPGA.

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

2.

2.1 Il ricorrente è cittadino di uno Stato membro della Comunità europea, per cui è applicabile, di principio, l'ALC (RS 0.142.112.681).

2.2 L'allegato II è stato modificato con effetto dal 1° aprile 2012 (Decisione 1/2012 del Comitato misto del 31 marzo 2012; RU 2012 2345). Nella sua nuova versione esso prevede in particolare che le parti contraenti applicano tra di loro, nel campo del coordinamento dei sistemi di sicurezza sociale, gli atti giuridici di cui alla sezione A dello stesso allegato, comprese

eventuali loro modifiche o altre regole equivalenti ad essi (art. 1 ch. 1) ed assimila la Svizzera, a questo scopo, ad uno Stato membro dell'Unione europea (art. 1 ch. 2).

2.3 Gli atti giuridici riportati nella sezione A dell'allegato II sono, in particolare, 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, nonché il regolamento (CEE) n. 1408/71 del Consiglio del 14 giugno 1971 (RU 2004 121, 2008 4219 4237, 2009 4831) 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, con le relative modifiche, e il regolamento (CEE) n. 574/72 del Consiglio del 21 marzo 1972 (RU 2005 3909, 2008 4273, 2009 621 4845) che stabilisce le modalità di applicazione del regolamento (CEE) n. 1408/71, con le relative modifiche, entrambi applicabili tra la Svizzera e gli Stati membri fino al 31 marzo 2012 e quando vi si fa riferimento nel regolamento (CE) n. 883/2004 o nel regolamento (CE) n. 987/2009 oppure quando si tratta di casi verificatisi in passato.

2.4 Secondo l'art. 4 del regolamento (CE) n. 883/2004, salvo quanto diversamente previsto dallo stesso, le persone ad esso soggette godono delle medesime prestazioni e sottostanno agli stessi obblighi di cui alla legislazione di ciascuno Stato membro, alle stesse condizioni dei cittadini di tale Stato. Ciò premesso, nella misura in cui l'ALC e, in particolare, il suo allegato II, non prevede disposizioni contrarie, l'organizzazione della procedura, come pure l'esame delle condizioni di ottenimento di una rendita d'invalidità svizzera, sono regolate dal diritto interno svizzero (DTF 130 V 253 consid. 2.4).

3.

3.1 Dal profilo temporale sono applicabili le disposizioni in vigore al momento della realizzazione dello stato di fatto che deve essere valutato giuridicamente o che produce conseguenze giuridiche (DTF 136 V 24 consid. 4.3 e 130 V 445 consid. 1.2 e relativi riferimenti nonché 129 V 1 consid. 1.2). La procedura di revisione del diritto alla rendita essendo stata avviata nel mese di settembre del 2013, al caso in esame si applicano di principio le disposizioni della 6a revisione della LAI (primo pacchetto) entrate in vigore il 1° gennaio 2012.

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

4.

4.1 L'UAIE ha reso il 10 dicembre 2013 una decisione di revisione, ai sensi dell'art. 17 LPGGA, della rendita d'invalidità fino ad allora accordata al ricorrente.

4.2 Secondo l'art. 17 LPGGA, se il grado d'invalidità del beneficiario della rendita subisce una notevole modificazione, per il futuro la rendita è aumentata o ridotta proporzionalmente o soppressa, d'ufficio o su richiesta. Il cpv. 2 della stessa norma prevede che ogni altra prestazione durevole accordata in virtù di una disposizione formalmente passata in giudicato è, d'ufficio o su richiesta, aumentata, diminuita o soppressa se le condizioni che l'hanno giustificata hanno subito una notevole modificazione.

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

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

il miglioramento constatato perduri. Lo si deve in ogni caso tenere in considerazione allorché è durato tre mesi, senza interruzione notevole, e che presumibilmente continuerà a durare.

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

4.6 Secondo la giurisprudenza del Tribunale federale, costituisce motivo di revisione della rendita d'invalidità ogni modifica rilevante delle circostanze di fatto suscettibile d'influire sul grado di invalidità e, quindi, sul diritto alla rendita. Per conseguenza, la rendita può essere soggetta a revisione non soltanto in caso di modifica significativa dello stato di salute, ma anche quando detto stato è rimasto invariato, ma le sue conseguenze sulla capacità di guadagno hanno subito un cambiamento significativo (sentenza del TF I 870/05 del 2 maggio 2007; DTF 130 V 343 consid. 3.5). Peraltro, per procedere alla revisione di una rendita d'invalidità occorre che il grado d'invalidità abbia subito una notevole modifica (art. 17 cpv. 1 LPGA). A differenza di quanto prescritto dall'art. 17 cpv. 2 LPGA per le altre prestazioni durevoli, l'art. 17 cpv. 1 LPGA non esige in relazione alla revisione di una rendita d'invalidità una modifica notevole dello stato di fatto, ma (solo) una modifica notevole del grado d'invalidità. Questa modifica può risiedere sia in un cambiamento dello stato di salute sia in una modifica della componente lucrativa (DTF 133 V 545 consid. 6.1-6.3). Anche una modifica di poco conto nello stato di fatto determinante può così dare luogo a una revisione di una rendita dell'assicurazione per l'invalidità se tale modifica determina un superamento (per eccesso o per difetto) di un valore limite (DTF 133 V 545 consid. 6.3). In tale evenienza i parametri di calcolo dell'invalidità, compresi gli aspetti parziali del diritto alla rendita (quali sono segnatamente la determinazione del reddito con e senza invalidità), possono essere ridefiniti facendo capo alle regole applicabili al momento del nuovo esame (cfr. sentenza del TF 9C_696/2007 consid. 5.1 e relativi riferimenti). Irrilevante è invece, una diversa valutazione di una fattispecie restata sostanzialmente immutata (DTF 112 V 371 consid. 2b).

4.7 Al fine di accertare se il grado di invalidità si è modificato in maniera tale da influire sul diritto alle prestazioni, si deve confrontare, da un lato, la situazione di fatto dell'ultima decisione cresciuta in giudicato che è stata

oggetto di un esame materiale del diritto alla rendita dopo contestuale accertamento pertinente dei fatti, apprezzamento delle prove e confronto dei redditi, e, dall'altro lato, la situazione di fatto vigente all'epoca del provvedimento litigioso (sentenza del TF I 759/06 del 5 settembre 2007; DTF 133 V 108). Il periodo di riferimento nell'ambito della presente vertenza è quello intercorrente tra il 2 ottobre 2012, data della comunicazione dell'Ufficio AI del Cantone D. _____ mediante la quale è stata confermata l'erogazione di una rendita d'invalidità (sulla questione del valore di decisione di una comunicazione, v. le sentenze del TF 8C_747/2011 del 9 febbraio 2012 consid. 4.1 e 9C_771/2009 del 10 settembre 2010 consid. 2.1), e il 10 dicembre 2013, data della decisione impugnata. 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 impugnata è stata resa (DTF 130 V 445 consid. 1.2 e 1.2.1). L'esito della presente vertenza non sarebbe altresì diverso neppure qualora si volesse considerare come periodo di riferimento quello intercorrente tra la decisione dell'UAIE del 15 giugno 2010, mediante la quale è stata accordata la rendita intera, e la data della decisione impugnata del 10 dicembre 2013 (cfr. considerando 8 [segnatamente 8.3] del presente giudizio).

5.

In virtù dell'art. 43 LPGA nonché degli art. 12 e 13 PA e dell'art. 19 PA in relazione con l'art. 40 PCF (RS 273), il tribunale accerta, con la collaborazione delle parti, i fatti determinanti per la soluzione della controversia, assume le prove necessarie e le valuta liberamente. Secondo giurisprudenza, se il giudice ritiene che i fatti non sono sufficientemente delucidati, può, peraltro non senza qualche limitazione (cfr. DTF 137 V 210 consid. 4.4.1.4), sia rinviare la causa all'amministrazione per completamento dell'istruzione sia procedere lui medesimo a tale istruzione complementare. Un rinvio all'amministrazione che ha per scopo di completare l'accertamento dei fatti non viola né i principi della semplicità e della celerità né il principio inquisitorio. In particolare, un siffatto rinvio appare in generale siccome giustificato se l'amministrazione ha proceduto ad una constatazione dei fatti sommaria nella speranza che in caso di ricorso sarebbe poi stato il Tribunale ad effettuare i necessari accertamenti fattuali (cfr. sentenza del TF 9C_162/2007 del 3 aprile 2008 consid. 2.3 e relativi riferimenti).

6.

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. 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. Peraltro, per stabilire se un rapporto medico ha valore di prova non è determinante né la sua origine né la sua denominazione – ad esempio quale perizia o rapporto – ma il suo contenuto (DTF 125 V 351 consid. 3).

7.

Dalla documentazione medica agli atti appare che l'insorgente soffre segnatamente di persistenti dolori del retropiede destro lateralmente, stato dopo osteotomia calcagno destro e tenolisi peroneo lungo con tenodesi peroneo lungo, instabilità del retropiede destro, stato dopo plastica tendine peroneo breve caviglia destra, rottura cronica del tendine peroneo breve della caviglia destra, stato da trauma distorsivo (cfr. rapporto di visita medica del 28 agosto 2013 della dott.ssa E._____, specialista in chirurgia ortopedica, medico incaricato dall'assicurazione C._____[doc. B 62-1]) nonché di lombalgia, ipertensione ed obesità (rapporti medici del 17 settembre 2012 e dell'11 novembre 2013 della dott.ssa F._____[doc. A 56-1 e 70-2]).

8.

8.1 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, il compito del medico consistendo 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. Spetta in seguito al consulente professionale, avuto riguardo alle indicazioni sanitarie, valutare quali attività professionali siano concretamente ipotizzabili (sentenza del TF 9C_13/2007 del 31 marzo 2008 consid. 3 e relativi riferimenti).

8.2 In particolare, per l'art. 59 cpv. 2bis LAI, i servizi medici regionali sono a disposizione degli uffici AI per valutare le condizioni mediche del diritto alle prestazioni, stabiliscono la capacità funzionale dell'assicurato – determinante per l'AI secondo l'articolo 6 LPGGA – di esercitare un'attività lucrativa o di svolgere le mansioni consuete in una misura ragionevolmente esi-

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

8.3

8.3.1 Questo Tribunale rileva che l'autorità inferiore, nella decisione impugnata del 10 dicembre 2013, ha segnalato, sotto la rubrica "esito degli accertamenti", che "a seguito della recente revisione avviata d'ufficio lo scorso mese di settembre, in particolare dagli atti dell'assicuratore infortuni C._____ è emerso che dall'agosto 2013 (data della visita medica di chiusura) l'assicurato è abile nella misura del 100% nello svolgimento di un'attività adeguata e rispettosa dei limiti funzionali. L'attività da ultimo svolta di asfaltatore non è più esigibile". Sotto la rubrica "audizione", ha poi indicato che "(...), grazie alla visita medica di chiusura del 26.08.2013, l'assicuratore infortuni ha determinato la capacità lavorativa residua dell'assicurato, pertanto ci è già stato possibile procedere con il confronto dei redditi volto a calcolare il nuovo grado d'invalidità. Dagli atti in nostro possesso risulta che la C._____ ha emesso la decisione in data 25.11.2013" (doc. A 79-2). A prescindere dal fatto che la decisione impugnata non consente di farsi un'idea dell'insieme delle affezioni di cui soffre il ricorrente e neppure delle attività in cui il medesimo potrebbe mettere a profitto la sua residua capacità lavorativa (è fatto riferimento ad "un'attività adeguata e rispettosa dei limiti funzionali"), la stessa appare fondata esclusivamente sul rapporto di visita medica dell'agosto 2013 della dott.ssa E._____, specialista in chirurgia ortopedica, medico incaricato dall'assicurazione C._____ (medico

che si sarebbe basato su un rapporto d'uscita del luglio 2013 della Clinica di H. _____ [soggiorno presso la Clinica riabilitativa dal 12 giugno al 17 luglio 2013; doc. B 83-2], documento non reperibile agli atti di causa; doc. B 62-1). Per quanto emerge dalle carte processuali, l'Ufficio AI del Cantone D. _____ si è in effetti limitato ad assumere agli atti l'incarto dell'assicurazione C. _____ (doc. B 1-1 a 65-23) e ad effettuare un calcolo del grado d'invalidità (doc. A 65-1 a 65-3), senza preoccuparsi di verificare l'esistenza di eventuali affezioni extra-infortunistiche. Non è in particolare dato sapere, in virtù delle risultanze processuali, per quale ragione detta autorità abbia rinunciato a questa indispensabile istruttoria complementare, segnatamente ad assumere una perizia medica E 213 rispettivamente far visitare personalmente il ricorrente da un medico del Servizio medico regionale dell'AI (SMR). Da questo profilo, non soccorre l'autorità inferiore l'affermazione che non sarebbero stati prodotti agli atti documenti di data anteriore alla decisione impugnata che dimostrino l'esistenza di affezioni extra-infortunistiche. In effetti, tale affermazione contrasta manifestamente con le risultanze processuali, dal momento che già nel rapporto medico del 17 settembre 2012 della dott.ssa F. _____ emerge che il ricorrente è sottoposto a cura anti-ipertensiva e soffre di obesità e lombalgia (doc. A. 56-6) e in quello della medesima dottoressa dell'11 novembre 2013 è confermato che l'insorgente accusa frequenti lombalgie, non diagnosticate nel rapporto del 28 agosto 2013 della dott.ssa E. _____ su cui si fonda la decisione litigiosa, e che l'affezione dell'articolazione "determina una modificazione strutturale e dinamica della colonna che si è verticalizzata nel tratto lombare, causando frequenti lombalgie al paziente". Stante queste premesse, non soccorre l'autorità inferiore neppure la presa di posizione del 26 novembre 2013 del dott. B. _____, medico SMR (presa di posizione peraltro successiva allo scritto di opposizione del 21 novembre 2013), il quale si limita ad indicare che "l'oggettività clinica descritta dal dr. I. _____ (recte dott.ssa F. _____, segnatamente nei rapporti medici dell'11 e 13 dicembre 2013) si distingue in diversi punti da quella della C. _____ e la valutazione dalla capacità lavorativa residuale è fondamentalmente diversa" (doc. A 72-1). Per sovrabbondanza, può ancora essere rilevato che secondo un rapporto medico del 16 dicembre 2013 della medesima dott.ssa F. _____ (doc. TAF 1) appare essere subentrata anche una problematica psichica (sindrome ansioso depressiva) e secondo un rapporto medico del 9 gennaio 2014 (doc. TAF 1) pure una di natura angiologica (recidiva di necrosse con moncone di safena interna destra; si consiglia intervento chirurgico). Non può altresì essere escluso, in assenza dei necessari accertamenti fattuali, che tali affezioni fossero sorte entro la data in cui è stata resa la decisione impugnata.

8.3.2 Peraltro, nel rapporto medico dell'11 novembre 2013 della dott.ssa F._____ (doc. A 70-4) è indicato che il ricorrente non è più collocabile sul mercato del lavoro. In considerazione di tale assunto nonché del fatto che ancor prima del rapporto del 28 agosto 2013 della dott.ssa E._____, incaricata dalla C._____, il ricorrente aveva già compiuto i 61 anni, l'autorità inferiore avrebbe dovuto confrontarsi con la problematica della sfruttabilità da parte dell'insorgente della residua capacità lavorativa medico-teorica in un mercato del lavoro equilibrato, ciò che invece, a torto, non ha fatto.

8.4 Da quanto esposto, discende che non è possibile determinarsi con cognizione di causa sull'esistenza di un miglioramento dello stato di salute dell'insorgente suscettibile di influire sul grado d'invalidità nel periodo determinante e di giustificare un'(eventuale) riduzione o soppressione della rendita d'invalidità finora accordata. Pertanto la decisione impugnata, fondata su un insufficiente accertamento dei fatti giuridicamente rilevanti, viola il diritto federale ed incorre nell'annullamento.

9.

9.1 Quando il Tribunale amministrativo federale annulla una decisione, esso può sostituirsi all'autorità inferiore e giudicare direttamente nel merito o rinviare la causa, con istruzioni vincolanti, all'autorità inferiore per un nuovo giudizio (art. 61 cpv. 1 PA; cfr. sentenza del TAF C-1045/2012 del 7 luglio 2014 consid. 11.1). In particolare, esso si sostituirà all'autorità inferiore se gli atti sono completi e comunque sufficienti a statuire sull'applicazione del diritto federale (v. sentenza del TF 9C_162/2007 del 3 aprile 2008 consid. 2.3 e relativi riferimenti; DTF 126 II 43 e 125 II 326). Tale non è il caso nella presente fattispecie per i motivi precedentemente indicati.

9.2 Gli atti di causa sono pertanto rinviati all'autorità inferiore affinché la stessa proceda a completare l'accertamento dei fatti giuridicamente rilevanti e ad emanare una nuova decisione. La cassazione si giustifica per il fatto che dovranno essere eseguiti rispettivamente completati i necessari accertamenti medici, segnatamente effettuato un esame sullo stato di salute generale (rapporto medico su modulo E 213) e completato l'esame ortopedico-reumatologico (cfr., sulla possibilità di un rinvio all'autorità inferiore in siffatte circostanze, DTF 137 V 210 4.4.1.4), nonché effettuato ogni ulteriore esame (da documenti medici del dicembre 2013 e gennaio 2014, prodotti dall'insorgente il 22 gennaio 2014 [doc. TAF 1], appare infatti essere subentrata anche una problematica psichica e pure una di natura an-

giologica, di cui non è però dato sapere quando siano effettivamente intervenute) che pure l'evoluzione nel tempo dello stato di salute del ricorrente dovesse ancora rendere necessario. Per il resto, e a seconda del risultato di tale esame, l'UAIE dovrà pronunciarsi pure sulla sfruttabilità di un'(eventuale) residua capacità lavorativa medico-teorica nonché, a seconda del risultato di tale esame, effettuare un confronto dei redditi determinanti sulla base delle possibili attività sostitutive adeguate ritenute.

9.3 Occorre peraltro rilevare che nell'ambito dell'accertamento ancora da esperire dall'autorità inferiore, a seguito del rinvio degli atti di causa, non sussiste l'eventualità di una nuova decisione dell'UAIE a detrimento dell'insorgente (cfr., sulla questione, DTF 137 V 314 consid. 3.2.4) dal momento che nella decisione impugnata del 10 dicembre 2013 l'autorità inferiore ha deciso di sopprimere, con effetto al 1° febbraio 2014, la rendita intera d'invalidità versata fino ad allora. Non era pertanto necessario conferire al ricorrente la facoltà di ritirare il proprio gravame.

10.

10.1 Visto l'esito della causa, non sono prelevate delle spese processuali (art. 63 PA). La domanda di assistenza giudiziaria, nel senso della dispensa dal versamento delle spese processuali, è pertanto divenuta senza oggetto.

10.2 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 del 21 febbraio 2008 sulle tasse e sulle spese ripetibili nelle cause dinanzi al Tribunale amministrativo federale [TS-TAF, RS 173.320.2]). La stessa, in assenza di una nota dettagliata, è fissata d'ufficio (art. 14 cpv. 2 TS-TAF) in fr. 1'000.-, tenuto conto del lavoro utile e necessario, limitato, svolto dal rappresentante del ricorrente. L'indennità per ripetibili è posta a carico dell'UAIE.

(dispositivo alla pagina seguente)

Per questi motivi, il Tribunale amministrativo federale pronuncia:

1.

Il ricorso è parzialmente accolto, nel senso che la decisione impugnata del 10 dicembre 2013 è annullata e gli atti di causa sono rinviati all'UAIE affinché proceda al completamento dell'istruttoria ed emani una nuova decisione ai sensi dei considerandi.

2.

Non si prelevano spese processuali. La domanda di assistenza giudiziaria, nel senso della dispensa dal versamento delle spese processuali, è pertanto divenuta senza oggetto.

3.

L'UAIE rifonderà al ricorrente fr. 1'000.- a titolo di spese ripetibili.

4.

Comunicazione a:

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

Il presidente del collegio:

La cancelliera:

Vito Valenti

Marcella Lurà

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. 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 – i documenti indicati come mezzi di prova devono essere allegati (art. 42 LTF).

Data di spedizione: