



Corte III
C-582/2014

Sentenza del 27 ottobre 2016

Composizione

Giudici Michela Bürki Moreni (presidente del collegio),
Daniel Stufetti, Madeleine Hirsig-Vouilloz;
cancelliere Dario Croci Torti.

Parti

A. _____,
patrocinato dall'avv. Stefan Galligani,
5040 Schöffland,
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 2 dicembre 2013).

Fatti:**A.**

A.a A._____, cittadino italiano, nato il , ha lavorato in Svizzera dal 1981 al 1996, dapprima nel settore dell'edilizia e, da ultimo, in quello metallurgico (cfr. conti individuali, doc. 144 dell'incarto dell'UAIE). L'interessato ha cessato di svolgere attività lavorativa nell'agosto 1996 per problemi di salute (doc. 5, pag. 2, doc. 19 in toto).

A.b In data 6 marzo 1997 A._____ ha formulato all'Ufficio AI del cantone di Argovia una richiesta volta al conseguimento di prestazioni dell'assicurazione svizzera per l'invalidità (doc. 1). I periti allora interpellati avevano posto le seguenti diagnosi: "Chronisches Schmerzsyndrom im Bereich der unteren Lendenwirbelsäule mit somatoformer Reaktion (Angst, Depression; cfr. perizia ortopedica del Dott. B._____ del 14 maggio 1998, doc. 5) e "Anhaltende somatoforme Schmerzstörung (F 45-4 mit sekundärer Verhaltensstörung beim einfachst strukturierter Persönlichkeit), Entwicklung körperlicher Symptome aus psychischen Gründen (F 68.0) e altresì, "chronisches therapierefraktäres Lumbovertebralsyndrom, medio-lateral links gelegene Diskusherniation L4/L5" (perizia psichiatrica del Dott. Weber del 2 novembre 1998; doc. 5 in toto).

Il perito aveva precisato che da un punto di vista reumatologico nella precedente attività svolta non vi era alcuna limitazione. Complessivamente l'interessato era stato considerato in grado di lavorare cinque ore al giorno (doc. 5 pag. 8) a determinate condizioni, segnatamente con pause prolungate, così che l'incapacità al lavoro era stata quantificata nel 50%.

A.c L'amministrazione AI aveva poi calcolato la perdita di guadagno al 72%, computando un salario precedente l'invalidità di fr. 58'500.- quale saldatore e pari a fr. 16'373.- in attività sostitutive al 50% (doc. 6 pag. 2).

A.d Con decisione del 18 maggio 1999 l'UAI cantonale aveva pertanto erogato all'assicurato, una rendita intera AI dal 1° agosto 1997 (doc. 7).

B.

In seguito al rimpatrio dell'assicurato, alla fine del 2000 (doc. 10), i pagamenti delle prestazioni sono stati ripresi, per competenza, dall' UAIE.

C.

C.a Nel maggio 2002 l'amministrazione ha avviato la procedura di revisione (doc. 12), acquisendo ad atti la perizia medica particolareggiata (E 213, doc. 16, da pag. 1 a pag. 6) eseguita l'11 settembre 2002 dal dottor C._____, medico di fiducia dell'Istituto nazionale di previdenza sociale (INPS), il quale ha posto la diagnosi di ipertensione arteriosa I stadio, spondilosi con discopatia e lieve impegno funzionale.

C.b Il medico dell'UAIE, Dott. D._____, generalista, nel suo rapporto del 19 dicembre 2002, in cui ha accertato l'esistenza di "diffuse Atralgien und bekannte rezidivierenden Ischialgien" (doc. 20, pag. 1), ha proposto di mantenere invariato il grado d'invalidità dell'assicurato, non essendo intervenuto nessun miglioramento.

C.c Con comunicazione del 27 dicembre 2002, l'UAIE ha confermato il diritto alla rendita in corso (doc. 21).

D.

D.a Nel 2007 l'amministrazione ha avviato la seconda procedura di revisione, da cui è emerso che l'assicurato, il 16 febbraio 2004, è stato ricoverato per cardiomiopatia dilatativa primitiva con dispnea da sforzo ed ipertensione arteriosa (doc. 23). Una precedente degenza era avvenuta nel gennaio 2004 (doc. 37). La perizia particolareggiata E 213 del 26 marzo 2007 rilevava una cardiomiopatia dilatativa primitiva, lombosciatalgia bilaterale per discopatie lombosacrali (protrusione complessiva di L4/5 con impronta mediana sul sacco durale; bulging di L2/L3 e schisi dell'arco posteriore di S1, ipertensione arteriosa in terapia. Il medico fissava un grado d'invalidità del 70% in qualsiasi attività (doc. 26-32). È stato pure trasmesso il rapporto della visita psichiatrica eseguita presso l'INPS in data 30 maggio 2007, da cui è emersa l'assenza di psicopatologie in atto (doc. 45).

D.b In base a queste perizie ed agli esami strumentali specialistici, il medico dell'UAIE, Dott. E._____, generalista, nella relazione del 17 agosto 2007 (doc. 50), ha affermato che, rispetto alla precedente revisione, lo stato di salute si era nettamente modificato. In origine la rendita era infatti stata assegnata per motivi psichici, mentre l'attuale esame attestava l'assenza di patologie psichiatriche. Per contro si era manifestata un'affezione cardiologica che giustificava, assieme alle altre patologie, la conferma dell'incapacità lavorativa ammessa finora.

D.c Con comunicazione del 21 agosto 2007 l'amministrazione ha pertanto confermato la prestazione in corso (doc. 51).

E.

E.a Nel luglio 2011 l'UAIE ha avviato la terza procedura di revisione (doc. 52, 57). Dalla perizia particolareggiata E 213 del 4 novembre 2011 è emersa una cardiomiopatia dilatativa con discopatie multiple cervicali e lombari con spondilosi ed artrosi, che provoca un grado d'invalidità del 70% in qualsiasi lavoro (doc. 61). Sono inoltre stati esibiti i risultati di alcuni esami strumentali cardiologici dell'ottobre 2011 (doc. 58-60).

E.b L'incarto è stato quindi sottoposto al Dott. F._____, del Servizio medico regionale (SMR) Rhône, generalista, secondo cui era necessaria in concreto un'approfondita indagine in ortopedia, cardiologia e psichiatria (relazione del 14 febbraio 2012, doc. 64).

E.c L'interessato è quindi stato convocato al Servizio di accertamento medico (SAM) dell'assicurazione invalidità di Bellinzona dal 28 al 31 gennaio 2013 ed è stato sottoposto a visita internistica generale e visite specialistiche in reumatologia (Dott. G._____), cardiologia (Dott. H._____) e psichiatria (Dott. I._____. Gli esperti incaricati, nella loro relazione del 26 marzo 2013 (doc. 106-109), hanno posto la diagnosi con influenza sulla capacità lavorativa di (riassunto): sindrome cervicovertebrale su alterazioni degenerative in C5-C6 e C6-C7; sindrome lombovertebrale su alterazioni statiche e degenerative da L2 fino ad S1. Diagnosi senza ripercussione sulla capacità di lavoro: sviluppo di reumatismo delle parti molli a tendenza fibromialgica nell'ambito di una sindrome da dolore somatoforme, cardiomiopatia ipocinetica dilatativa idiopatica con influenza in classe NYHA I-II funzionale, extrasistolia ventricolare. I periti hanno concluso che l'interessato presentava unicamente limitazioni a livello reumatologico (doc. 109 pag. 23) e che ora era in grado di lavorare in attività di grado fra il moderato ed il moderato intenso, a determinate condizioni di porto pesi, postura e marcia a partire dall'agosto 2007 (data dell'ultima revisione, doc. 109 pag. 25).

E.d L'incarto è stato risottoposto al Dott. F._____ del SMR, il quale, nel rapporto del 29 aprile 2013, ha condiviso diagnosi e valutazione espresse dai medici del SAM ed ha quindi proposto l'azzeramento dell'incapacità lavorativa in attività sostitutive dal 31° gennaio 2013 (doc. 112), ribadendo l'assenza di diagnosi psichiatriche.

F.

F.a Con progetto di decisione del 10 giugno 2013, l'UAIE, indicando di aver riesaminato il diritto alla rendita in seguito alle disposizioni finali di cui alla 6a revisione della LAI, ne ha disposto la soppressione in via di revisione, adducendo che non esistono più disturbi relativi al dolore somatoforme, ma una diagnosi di cervicalgia e lombalgia dovute a alterazioni statiche e degenerative che causano un'incapacità di lavoro nell'attività abituale del 30% e concludendo che la documentazione medica non oggettiva alcuna diagnosi che possa giustificare un'incapacità lavorativa duratura (doc. 116).

F.b

F.b.a Con scritto del 2 agosto 2013, A._____, rappresentato dall'avv. Galligani, si è opposto al progetto, facendo presente, in via principale, che la prestazione, in corso da ben oltre 15 anni, non poteva più essere soppressa in virtù delle disposizioni finali della 6a revisione della LAI, l'interessato non essendo più reinseribile nel mondo del lavoro, come già accertato nel 1996. A suo dire, inoltre, la situazione non si sarebbe modificata, quindi non sarebbero adempite le condizioni per la revisione (doc. 120).

F.b.b Successivamente, l'assicurato ha esibito un referto del medico curante, Dott. L._____, specialista in ORL, medicina interna e chirurgia, del 16 luglio 2013, che attesta le diagnosi cardiologiche e ortopediche (doc. 121). Anche un referto del traumatologo Dott. M._____ del 15 luglio 2013 attesta principalmente lesioni cervicali e lombari (doc. 122). Infine, con rapporto del 5 luglio 2013 (doc. 125), la psichiatra Dott.ssa N._____, riferisce che il paziente presenta una sintomatologia che la inducono a ritenere la diagnosi di depressione maggiore ricorrente con attuale episodio depressivo grave con manifestazioni psicotiche congrue all'umore.

F.c L'incarto è stato risottoposto al Dott. F._____, il quale, nel rapporto del 26 agosto 2013, ha affermato che la sola novità consisteva nell'affezione psichiatrica. Tuttavia la patologia, tenuto conto della debole terapia instaurata, era soltanto agli inizi e peraltro del tutto inesistente al momento dell'esecuzione della perizia psichiatrica al SAM (doc. 127).

In proposito si è espresso anche (doc. 131) il Dott. O._____, psichiatra di fiducia dell'UAIE, secondo cui non poteva esservi un disturbo depressivo ricorrente in assenza di un episodio depressivo precedente (doc. 133, 136).

F.d Mediante decisione del 2 dicembre 2013, l'UAIE ha quindi soppresso la rendita AI di cui beneficiava A. _____, con effetto dal 1° febbraio 2014 (doc. 138), ribadendo le motivazioni espresse nel progetto.

G.

Con il ricorso depositato il 20 gennaio 2014, A. _____, ancora rappresentato dall'avv. Galligani chiede, in sostanza, l'annullamento del provvedimento amministrativo e, di conseguenza, il ripristino del diritto alla rendita. Postula inoltre il riconoscimento dell'assistenza giudiziaria con gratuito patrocinio. A sostegno del proprio gravame produce un rapporto d'esame cardiologico completo del 10 gennaio 2014 a cura del Dott. P. _____, a cui ha allegato gli esami eseguiti. Egli ribadisce in primo luogo che, essendo già trascorsi quindici anni dall'assegnazione della rendita - a suo dire si terrebbe conto già dell'uscita dal mondo del lavoro intervenuto in concreto il 29 agosto 1996 e non della decorrenza della rendita, il 1° agosto 1997 (conformemente a quanto statuito in DTF 139 V 442 c. 4.2.2.2), la prestazione non può essere riesaminata alla luce delle disposizioni finali della 6a revisione della LAI. Al fine del calcolo non si può inoltre tener conto dell'avvio effettivo della procedura di revisione, che coincide con il 22 luglio 2011 (doc. 52), da un lato, in quanto allora la revisione 6a non era ancora in vigore e dall'altro poiché l'assicurato è venuto a conoscenza del motivo di revisione solo tramite il progetto di decisione del 10 giugno 2013. In secondo luogo egli sostiene che, alla luce dell'età, del fatto che percepisce una rendita da 17 anni e dei disturbi di varia natura di cui soffre, una reintegrazione professionale appare impossibile conformemente a quanto previsto alla lettera a cpv. 4 delle succitate disposizioni finali (consid. 5.8 ricorso). Già nel 2007, del resto, dopo aver percepito la rendita per 10 anni, era stato stabilito che una reintegrazione nel mercato del lavoro era impossibile. Pure una revisione in virtù dell'art. 17 LPGA, infine, appare infondata, in quanto non è intervenuto alcun miglioramento dello stato di salute, né il SAM avrebbe sufficientemente considerato la malattia cardiaca di cui soffre, tanto che l'assicurato si sarebbe visto costretto a sottoporsi ad esami specialistici a sue spese. Dai valori agli atti emergerebbe un'insufficienza cardiaca del 64 rispettivamente 51%. Il SAM non avrebbe inoltre considerato l'esame cardiologico del dottor H. _____ del 31 gennaio 2013, in quanto il ricorrente non ha raggiunto la frequenza cardiaca minima necessaria per effettuare la valutazione e della necessità di tale esame non avrebbe informato il ricorrente.

H.

Con decisione incidentale del 28 maggio 2014 l'allora giudice istruttore ha statuito che la procedura si sarebbe svolta in lingua italiana (doc. TAF 7).

I.

Con risposta del 10 novembre 2014 l'UAIE ha proposto alla Corte adita di respingere il gravame e di confermare la decisione impugnata. A motivazione delle proprie richieste l'amministrazione ha addotto in primo luogo che, al momento dell'entrata in vigore della 6a revisione della LAI, l'assicurato non aveva ancora 55 anni e che al momento della messa in atto della procedura non percepiva una rendita da 15 anni. L'UAIE ha inoltre aggiunto che (doc TAF 15)

“In base alla perizia pluridisciplinare e tenuto conto di tutta la documentazione medica del caso, il nostro servizio medico, nelle sue valutazioni del 29 aprile 2013 (doc. 112), del 26 agosto 2013 (doc. 127) e del 9 ottobre 2013 (doc. 133), ha stabilito che A._____ presenta un'incapacità lavorativa del 30% nella sua precedente attività di saldatore. Lo ritiene tuttavia abile al 100% in attività più leggere ed adeguate alle sue condizioni fisiche a decorrere dal 31 gennaio 2013 (data del consulto peritale pluridisciplinare). Di conseguenza, il ricorrente non subisce un'incapacità lavorativa di livello pensionabile. A tal proposito rileviamo che qualora i presupposti per una revisione secondo le disposizioni finali della 6a revisione LAI non dovessero essere soddisfatte, la rendita dell'interessato doveva comunque essere soppressa giusta l'art. 17 LPGA, poiché il ricorrente non subisce più un'incapacità lavorativa a livello pensionabile”.

J.

Tramite replica del 30 gennaio 2015 (doc. TAF 19) l'assicurato ha ribadito le argomentazioni esposte con il ricorso.

K.

Con duplice del 3 marzo 2015 l'UAIE si è riconfermato nella propria posizione (doc. TAF 21).

L.

Tramite decisione incidentale del 23 luglio 2015 la giudice dell'istruzione ha respinto la domanda di assistenza giudiziaria con gratuito patrocinio in quanto il ricorrente non aveva fatto fronte integralmente all'obbligo di sostanziare la propria situazione patrimoniale (doc. TAF 23).

M.

Con osservazioni dell'11 agosto 2015 il ricorrente ha preso posizione, su espressa richiesta della giudice dell'istruzione, sulla nuova giurisprudenza del Tribunale federale in materia di disturbi da dolore somatoforme e di malattie psicosomatiche assimilate a questi ultimi (doc. TAF 24 e 27). Al

riguardo l'interessato ha, tra l'altro, addotto che, in concreto, vanno riesaminate con particolare cura le risorse individuali.

N.

Il 15 ottobre 2015 il ricorrente ha versato anticipo spese (doc. TAF 29).

O.

In data 30 novembre 2015 anche l'UAIE, tramite la Dott.ssa Q._____, psichiatra e medico SMR, ha preso posizione sulla nuova giurisprudenza del TF (doc. TAF 36 e allegato), adducendo in concreto che la patologia invalidante è di natura somatica, come indicato dal SAM, mentre la diagnosi di sindrome da dolore somatoforme è stata scartata dagli esperti, motivo per cui le prese di posizione del Dott. F.____ e del Dott. O._____ restano attuali.

P.

Il ricorrente si è espresso sulla presa di posizione dell'UAIE in data 27 gennaio 2016 (doc. TAF 40), precisando che nel rapporto del servizio medico non sono stati elencati gli indicatori, che permetterebbero di valutare la sua capacità prestativa.

Diritto:

1.

In virtù dell'art. 31 LTAF, questo Tribunale giudica i ricorsi contro le decisioni ai sensi dell'art. 5 PA, emanate dalle autorità menzionate all'art. 33 LTAF, riservate le eccezioni di cui all'art. 32 LTAF. In particolare, le decisioni rese dall'UAIE concernenti l'assicurazione per l'invalidità possono essere impugnate davanti al Tribunale amministrativo federale (TAF) conformemente all'art. 69 cpv. 1 lett. b LAI (RS 831.20). Di conseguenza, questo Tribunale è competente a giudicare il presente ricorso.

2.

Secondo l'art. 3 lett. dbis PA, per rimando dell'art. 37 LTAF, la procedura in materia di assicurazioni sociali non è disciplinata dalla PA, nella misura in cui è applicabile la LPGA (RS 830.1). In conformità con l'art. 2 LPGA, le disposizioni della presente legge sono applicabili alle assicurazioni sociali disciplinate dalla legislazione federale, se e per quanto le singole leggi sulle assicurazioni sociali lo prevedano. Giusta l'art. 1 cpv. 1 LAI, le disposizioni

della LPGA sono applicabili all'assicurazione per l'invalidità (art. 1a-26bis e 28-70), sempreché la LAI non deroghi alla LPGA.

3.

Conformemente all'art. 59 LPGA, ha diritto di ricorrere chiunque è toccato dalla decisione o dalla decisione su opposizione ed ha un interesse degno di protezione al suo annullamento o alla sua modificazione. Il ricorso deve essere interposto entro 30 giorni dalla notificazione della decisione o della decisione contro cui l'opposizione è esclusa (art. 60 LPGA). Esso deve contenere le conclusioni, i motivi, l'indicazione dei mezzi di prova e la firma del ricorrente o del suo rappresentante, con allegati la decisione impugnata e i documenti indicati come mezzi di prova, se sono in possesso del ricorrente (art. 52 cpv. 1 PA).

4.

In concreto, il ricorso è ammissibile nella misura in cui è stato presentato tempestivamente e nel rispetto dei requisiti previsti dalla legge (art. 59 e 60 LPGA, nonché l'art. 52 cpv. 1 PA), ed altresì l'anticipo relativo alle spese processuali è stato versato nel termine impartito.

5.

5.1 Dal profilo temporale si applicano 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 con rinvii, nonché 129 V 1 consid. 1.2). Se le disposizioni legali si sono modificate nel corso del periodo sottoposto ad esame giudiziario, il diritto alle prestazioni si determina secondo le vecchie disposizioni per il periodo anteriore e secondo le nuove a partire della loro entrata in vigore (applicazione pro rata temporis; DTF 130 V 445).

5.2 Contestata è in concreto la soppressione della rendita intera di invalidità con effetto dal 1° febbraio 2014. Ne consegue che in concreto è applicabile la 6a revisione della LAI in vigore dal 1° gennaio 2012 (RU 2011 5659; FF 2010 1603), pur non avendo comportato dei cambiamenti rispetto al vecchio diritto in merito alla valutazione dell'invalidità.

6.

Giova altresì rilevare che il potere cognitivo di questo Tribunale è delimitato dalla data della decisione impugnata, in concreto il 2 dicembre 2013. 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 posteriormente quando essi possono 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. 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).

7.

Il ricorrente è cittadino di uno Stato membro della Comunità europea, per cui è applicabile, di principio, l'ALC (RS 0.142.112.681), entrato in vigore il 1° giugno 2002.

7.1 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).

7.2 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.

Gli atti giuridici elencati nella sezione B dell'allegato II rappresentano diverse decisioni della Commissione amministrativa per il coordinamento dei sistemi di sicurezza sociale, mentre quelli esposti nella sezione C corrispondono a due raccomandazioni della stessa commissione.

7.3 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).

8.

Contestata è, in concreto, la soppressione, con effetto dal 1° febbraio 2014, del diritto alla rendita intera, di cui era al beneficio l'assicurato sin dal 1° agosto 1997.

8.1 L'insorgente sostiene in proposito da un lato che né lo stato di salute né la sua capacità di lavoro sarebbero migliorati e dall'altro che egli beneficia di una rendita da oltre quindici anni e pertanto non può venir soppressa alla luce delle disposizioni finali della 6a revisione.

8.2 Dal canto suo l'UAIE, alla luce delle conclusioni peritali del SAM ritiene che l'assicurato è in grado di svolgere un'attività lucrativa sostitutiva a determinate condizioni al 100%, mentre la precedente attività può essere svolta al 70%.

9.

Il TAF applica il diritto d'ufficio, senza essere vincolato in nessun caso dai motivi del ricorso (art. 62 cpv. 4 PA). In virtù dell'art. 12 PA e dell'art. 19 PA in relazione con l'art. 40 della legge federale di procedura civile del 4 dicembre 1947 (PCF, RS 273), il Tribunale accerta i fatti determinanti per la soluzione della controversia, assume le prove necessarie e le valuta liberamente. Le parti sono tenute a cooperare all'accertamento dei fatti (art. 13 PA) ed a motivare il proprio ricorso (art. 52 PA). Ne consegue che l'autorità di ricorso adita si limita di principio ad esaminare le censure sollevate, mentre le questioni di diritto non invocate dalle parti solo nella misura in cui queste emergono dagli argomenti delle parti o dall'incarto (DTF 122 V 157

consid. 1a; 121 V 204 consid. 6c e sentenza del TAF C-6034/2009 del 20 gennaio 2010 consid. 2).

10.

In base all'art. 8 cpv. 1 LPGA è considerata invalidità l'incapacità al guadagno totale o parziale presumibilmente permanente o di lunga durata. L'art. 4 cpv. 1 LAI precisa che l'invalidità può essere conseguente ad infermità congenita, malattia o infortunio; il cpv. 2 della stessa norma stabilisce che l'invalidità è considerata insorgere quando, per natura e gravità, motiva il diritto alla singola prestazione.

11.

L'assicurato ha diritto ad una rendita intera se è invalido per almeno il 70%, a tre quarti di rendita se è invalido per almeno il 60%, ad una mezza rendita se è invalido per almeno la metà e ad un quarto di rendita se è invalido per almeno il 40% (art. 28 cpv. 1 LAI). Va ricordato che fino al 31 dicembre 2003, la LAI prevedeva il diritto al quarto di rendita con un tasso d'invalidità del 40% almeno, alla mezza rendita con un tasso d'invalidità del 50% almeno ed alla rendita intera con un tasso d'invalidità dei due terzi (66.67%). In seguito all'entrata in vigore dell'ALC, la limitazione prevista dall'art. 28 cpv. 1ter LAI (art. 29 cpv. 4 LAI, a partire dal 1° gennaio 2008), secondo il quale le rendite per un grado d'invalidità inferiore al 50% sono versate solo ad assicurati che sono domiciliati e dimorano abitualmente in Svizzera (art. 13 LPGA), non è più applicabile quando l'assicurato è cittadino svizzero o dell'Unione europea e vi risiede.

12.

Il diritto alla rendita, secondo l'art. 29 cpv. 1 LAI, nasce, al più presto, nel momento in cui l'assicurato presenta un'incapacità permanente di guadagno pari almeno al 40% (lettera a), oppure quando egli è stato per un anno e senza notevoli interruzioni, incapace al lavoro per almeno il 40% in media (lettera b). La prima lettera si applica allorché lo stato di salute dell'assicurato si è stabilizzato; la seconda se lo stato di salute è labile, vale a dire suscettibile di evolvere verso un miglioramento od un peggioramento (DTF 121 V 264, 111 V 21 consid. 2b).

13.

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

o campo d'attività (art. 6 LPGGA). L'incapacità al guadagno è definita all'art. 7 cpv. 1 LPGGA e consiste nella perdita, totale o parziale, della possibilità di guadagno sul mercato del lavoro equilibrato che entra in considerazione, provocata da un danno alla salute fisica, mentale o psichica e che perdura dopo aver sottoposto l'assicurato alle cure ed alle misure d'integrazione ragionevolmente esigibili. Per valutare la presenza di un'incapacità al guadagno sono considerate esclusivamente le conseguenze del danno alla salute; inoltre, sussiste un'incapacità al guadagno soltanto se essa non è obiettivamente superabile (art. 7 cpv. 2 LPGGA, nel suo nuovo tenore dal 1° gennaio 2008).

14.

La nozione d'invalidità di cui all'art. 4 cpv. 1 LAI e 8 cpv. 1 LPGGA è di carattere giuridico economico, non medico (DTF 116 V 249 consid. 1b). In base all'art. 16 LPGGA, applicabile per il rinvio dell'art. 28 cpv. 2 LAI (art. 28a cpv. 1 LAI, dal 1° gennaio 2008), per valutare il grado d'invalidità, il reddito che l'assicurato potrebbe conseguire esercitando l'attività ragionevolmente esigibile da lui dopo la cura medica e l'eventuale esecuzione di provvedimenti d'integrazione, tenuto conto di una situazione equilibrata del mercato del lavoro, è confrontato con il reddito che egli avrebbe potuto ottenere se non fosse diventato invalido. In altri termini, l'assicurazione svizzera per l'invalidità risarcisce soltanto la perdita economica che deriva da un danno alla salute fisica o psichica dovuto a malattia o infortunio, non la malattia o la conseguente incapacità lavorativa.

15.

15.1 In base all'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.

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

grande invalidità oppure del bisogno di assistenza o di aiuto dovuto all'invalidità (lett. b).

15.3 L'art. 88a cpv. 1 OAI prevede che se la capacità al guadagno dell'assicurato o la capacità di svolgere le mansioni consuete migliora oppure se la grande invalidità o il bisogno di assistenza o di aiuto dovuto all'invalidità si riduce, il cambiamento va considerato ai fini della riduzione o della soppressione del diritto a prestazioni dal momento in cui si può supporre che il miglioramento constatato perduri. Lo si deve in ogni caso tenere in considerazione allorché è durato tre mesi, senza interruzione notevole, e che presumibilmente continuerà a durare.

15.4 Giusta l'art. 88bis 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.

16.

16.1 Giusta il principio inquisitorio, che regge la procedura in materia di assicurazioni sociali (art. 43 LPGA), l'amministrazione deve intraprendere d'ufficio gli accertamenti necessari e raccogliere le informazioni di cui ha bisogno. In particolare, deve ordinare una perizia allorché è necessario per la valutazione medica del caso (DTF 117 V 282 consid. 4a).

16.2 Al fine di poter graduare l'invalidità, l'amministrazione (o il giudice in caso di ricorso) deve disporre di documenti 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 quale sforzo si può ancora esigere da un assicurato, tenuto conto della sua situazione personale (DTF 125 V 256 consid. 4 pag. 261; 115 V 133 consid. 2 pag. 134; 404 consid. 2; 114 V 310 consid. 3c pag. 314; 105 V 156 consid. 1 pag. 158).

16.3 In particolare per quanto concerne le perizie giudiziarie la giurisprudenza ha statuito che il giudice non si scosta senza motivi imperativi dalla valutazione degli esperti, il cui compito è quello di mettere a disposizione del tribunale le proprie conoscenze specifiche e di valutare, da un punto di vista medico, una certa fattispecie. Ragioni che possono indurre il giudice a non fondarsi su un tale referto sono ad esempio la presenza di affermazioni contraddittorie nella perizia stessa oppure l'esistenza di altri rapporti

in grado di inficiarne la concludenza. In tale evenienza, la Corte giudicante può disporre una superperizia oppure scostarsi, senza necessità di ulteriori complementi, dalle conclusioni del referto peritale giudiziario (DTF 125 V 351consid. 3b/aa pag. 353 con rinvii).

16.4 Quanto alla valenza probatoria di un rapporto medico, determinante, secondo la giurisprudenza, è che i punti litigiosi importanti siano stati oggetto di uno studio approfondito, che il rapporto si fondi su esami completi, che consideri parimenti le censure espresse, che sia stato approntato in piena conoscenza dell'incarto (anamnesi), che la descrizione del contesto medico sia chiara e che le conclusioni del perito siano ben motivate. Determinante quindi per stabilire se un rapporto medico ha valore di prova non è tanto né l'origine del mezzo di prova, né la denominazione, ad esempio, quale perizia o rapporto (DTF consid. 6.2.4 pag. 270; 134 V 231 consid. 5.1 pag. 232; 125 V 351 consid. 3a pag. 352; 122 V 157 consid. 1c pag. 160; HANS-JAKOB MOSIMANN, Zum Stellenwert ärztlicher Beurteilungen, in: Aktuelles im Sozialversicherungsrecht, 2001, pag. 266). Nella sentenza pubblicata in VSI 2001 pag. 106 segg. questa Corte ha però ritenuto conforme al principio del libero apprezzamento delle prove (art. 40 PC e art. 19 PA, art. 95 cpv. 2, art. 113 e 132 OG) definire delle direttive in relazione alla valutazione di determinate forme di rapporti e perizie.

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

16.6 In presenza di rapporti medici contraddittori il giudice non può infine evadere la vertenza senza valutare l'intero materiale e indicare i motivi per

cui si fonda su un rapporto piuttosto che su un altro (sentenza del Tribunale federale delle assicurazioni I 673/00 dell'8 ottobre 2002). 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 in cui si evidenziano delle carenze e qual è l'opinione più adeguata (SVR 2000 UV no. 10 pag. 35 consid. 4b).

17.

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

17.2 In concreto il periodo di riferimento è quello intercorrente fra la decisione del 21 agosto 2007 (consid. C) ed il 2 dicembre 2013, data in cui è stata emanata la decisione impugnata. Nel corso della revisione del 2007 infatti sono stati assunti agli atti numerosi rapporti medici relativi ai ricoveri ospedalieri riconducibili alla patologia cardiaca, così come le relative analisi, la perizia medica particolareggiata di cui al formulario E 213, in cui l'assicurato è stato esaminato globalmente ed il rapporto di visita psichiatrica eseguito presso l'INPS. Tutta la documentazione è stata poi esaminata dal dottor E._____, il quale ha tratto le proprie conclusioni dopo esame dettagliato della nuova situazione medica.

18.

18.1 Nel caso concreto dagli atti emerge che, nel 1999, la rendita intera era stata assegnata all'assicurato con effetto dal 1° agosto 1997 alla luce delle perizie esperite dal dottor Z._____, psichiatra e dal dottor B._____, presumibilmente specialista in reumatologia (doc. 5), i quali avevano in particolare diagnosticato:

“Psychisch ICD 10, Anhaltende somatoforme Schmerzstörung (F45.4) mit sekundärer Verhaltensstörung bei einfachst strukturierter Persönlichkeit, Entwicklung körperlicher Symptome aus psychischen Gründen (F 68.0); somatisch (Aktendiagnose): therapierefraktäres Lumbovertebralsyndrom, Medio-lateral links gelegene Diskusherniation L4/L5.“

Da un punto di vista reumatologico non era stata riscontrata alcuna incapacità lavorativa nell'attività di saldatore svolta da seduto (doc. 5 pag. 15), complessivamente l'assicurato era tuttavia stato ritenuto abile al lavoro cinque ore al giorno. Considerata la necessità di inserire delle pause in seguito ad una capacità di resistenza ridotta in seguito ai dolori cronici, la capacità lavorativa era stata fissata al 50% (doc. 5 pag. 8).

Alla luce di quanto appena esposto si deduce che, in origine, la rendita di invalidità era stata pertanto assegnata prevalentemente per motivi psichiatrici.

18.2

18.2.1 In occasione della revisione avviata nel 2007 l'interessato ha trasmesso numerosi atti medici, in particolare la perizia medica particolareggiata E 213 del 26 marzo 2007 (doc. 32) e il rapporto della visita psichiatrica eseguita presso l'INPS in data 30 maggio 2007, da cui emerge l'assenza di psicopatologie in atto (doc.45). Sono stati prodotti anche i rapporti relativi alle degenze ospedaliere del gennaio e febbraio 2004, resesi necessarie in seguito all'insorgere di cardiomiopatia dilatativa, così come gli esami cardiologici eseguiti nel frattempo. Nella perizia medica particolareggiata è in particolare stata posta la diagnosi di cardiomiopatia dilatativa primitiva, lombosciatalgia bilaterale per discopatie lombosacrali (protrusione complessiva di L4/5 con impronta mediana sul sacco durale; bulging di L2/L3 e schisi dell'arco posteriore di S1, ipertensione arteriosa in terapia. L'incapacità lavorativa è stata fissata nel 70%.

18.2.2 In base ai nuovi referti, il medico dell'UAIE, Dott. E. _____, nella relazione del 17 agosto 2007 (doc. 50), ha dichiarato che, rispetto alla precedente revisione lo stato di salute si era nettamente modificato. La rendita era infatti stata assegnata per motivi psichici, mentre l'attuale esame attestava l'assenza di patologie psichiatriche. Per contro si era manifestata un'affezione cardiologica che giustificava, assieme alle altre patologie, (non psichiatriche), la conferma dell'incapacità lavorativa ammessa fino ad allora.

18.2.3 Da quanto sopra esposto emerge quindi che nel 2007 il diritto alla rendita intera è stato confermato per quanto riguarda l'incapacità lavorativa e il grado di invalidità, mentre l'origine dell'invalidità e meglio la patologia psichiatrica non ha potuto essere confermata, l'inabilità lavorativa essendo allora riconducibile alle patologie di natura cardiologica e reumatologica.

19.

19.1 In occasione della revisione avviata nel luglio 2011 e conclusasi nel dicembre 2013 l'UAIE ha sottoposto l'assicurato ad esami specialistici pluridisciplinari presso il SAM, i cui periti hanno diagnosticato (pag. 19 doc. 109) "con influenza sulla capacità lavorativa: sindrome cervicovertebrale su: - alterazioni degenerative soprattutto ai segmenti C5-C6 e C6-C7, con osteocondrosi, spondilosi, nonché uncartrosi ed iniziale spondiloartrosi; sindrome lombovertebrale su:- alterazioni statiche con leggera scoliosi sinistro-convessa; -alterazioni degenerative plurisegmentali da L2 fino ad S1 con soprattutto osteocondrosi L2-L3 e L4-L5, nonché spondilosi anteriore e laterale a questi segmenti e generalizzata spondiloartrosi"

Quali diagnosi senza influenza sulla capacità lavorativa sono state elencate: sviluppo di un reumatismo delle parti molli a tendenza fibromialgica nell'ambito di una sindrome del dolore cronico persistente. Cardiomiopatia ipocinetica dilatativa idiopatica con: - insufficienza stadio C secondo ACC/AHA e NYHA I-II funzionale, - extrasistolia ventricolare con episodi di NSVT, - studio elettrofisiologico negativo nel 2007 per inducibilità di aritmie ventricolari da rientro sostenute, -FRCV: dislipidemia trattata, familiarità, ipertensione arteriosa, abuso nicotinicoprogresso".

19.2

19.2.1 Da un punto di vista psichiatrico è stata riscontrata l'assenza di diagnosi psichiatriche (doc. 106 pag. 3, 109 pag. 21). I periti al riguardo hanno precisato che "l'esame specialistico non ha messo in luce psicopatologie maggiori, né tendenze all'accentuazione/simulazione dei sintomi, né elementi clinici riferibili ad un'amplificazione dei disturbi somatici inquadrabili nell'ambito delle patologie legate alla somatizzazione. Nel corso del tempo si è probabilmente venuta a creare una sindrome del dolore cronico a carico dell'apparato locomotore, verso la quale l'A. sembra aver sviluppato un discreto grado di adattamento tenuto conto della sostanziale assenza di disturbi a carico delle sfere psicologica e mentale e del buon funzionamento sociale. Non sussiste una riduzione della capacità lavorativa psichiatrica. Dal lato strettamente psichiatrico l'A. è in grado di lavorare nelle mansioni che sono compatibili con il suo stato fisico. Limitatamente alla parte psichica, l'A. risulta totalmente abile al lavoro come casalingo. Indicazioni terapeutiche di tipo psichiatrico non sono consigliabili."

19.2.2 A proposito della patologia reumatologica i periti hanno evidenziato che (doc. 109 pag. 21): "Rispetto alla valutazione peritale reumatologica

del Dott. T. B. _____ del 14 maggio 1998 persistono i disturbi della colonna lombare, a detta dell'A. con ulteriore aggravamento della sintomatologia. A partire dal 2009 si sono manifestati disturbi alla colonna cervicale, con incremento della sintomatologia negli anni. Non vi sono all'esame clinico attuale segni per una sintomatologia radicolare o per un deficit neurologico di tipo sensitivo-motorio (...) D'altra parte, le indagini radiologiche (in particolare la radiografie attuali e la TAC della colonna lombare del 24 luglio 2012) mostrano delle alterazioni degenerative (degenerazioni discali e spondiloartrosi) di una certa rilevanza per quanto riguarda la colonna lombare come sopra descritto. I reperti radiologici alla colonna cervicale, come sopra descritti, sono più contenuti rispetto ai reperti lombari.”

Per quanto riguarda le conseguenze del danno alla salute da un punto di vista reumatologico (doc. 109 pag. 22) è stato evidenziato che “Nell'ultima attività professionale svolta, da ritenere per quanto riguarda la colonna lombare e cervicale, non particolarmente ergonomica e determinata dal mantenimento per lungo tempo della medesima posizione con la parte superiore del corpo leggermente flessa in avanti, l'A. può essere ritenuto, a partire dall'attuale visita reumatologica, incapace al lavoro nella forma del 30%. Nell'attività di casalingo, l'A. può essere ritenuto abile al lavoro nella forma completa, sempre a partire dall'attuale visita reumatologica. Antecedentemente fanno stato le indicazioni determinate dai medici curanti e dalla perizia reumatologica del 1998. In un'attività lavorativa adatta che tenga in considerazione le limitazioni funzionali sopraelencate, che permetta all'A. di cambiare spesso posizione e che sia ergonomica per la colonna vertebrale, l'A. presenta da sempre una capacità lavorativa nella forma completa con una redditività al 100% sull'arco dell'intera giornata. Non sono indicati provvedimenti di riqualifica o reinserimento professionale.”

Da un punto di vista cardiologico i periti hanno rilevato che “dalla diagnosi del 2003 vi è stato inizialmente un peggioramento della frazione di eiezione scesa, con delle arterie coronarie sane, fino al 35% per poi risalire e stabilizzarsi su dei valori prossimi ai limiti inferiori della norma. Dal punto di vista aritmico non sono presenti documenti per potersi pronunciare con cognizione di causa, ma gli accertamenti effettuati in Italia (studio elettrofisiologico nel 2007) sono sicuramente affidabili. (...). Dal punto di vista lavorativo allo stato attuale l'A. non è sicuramente idoneo nelle professioni che implicino degli sforzi fisici intensi (soprattutto se di tipo isometrico), per cui come manovale nel settore edile bisognerà riconoscergli un'inabilità lavorativa (nel senso di una diminuzione della redditività) del 50%, mentre sono esigibili senza restrizioni, dal punto di vista cardiologico, le attività lavorative che richiedono degli sforzi fisici di tipo prevalentemente aerobico di

grado moderato a moderato-intenso. Dal punto di vista cardiologico nessun limite nelle attività da ultimo svolte dall'A. in qualità di saldatore. In maniera generale, retrospettivamente non è possibile esprimersi su delle inabilità lavorative prolungate rilasciate in precedenza. Quando la frazione di eiezione era scesa al 35% (febbraio 2004), un'incapacità lavorativa era sicuramente giustificata. (...). La prognosi a medio-lungo termine, considerata l'assenza di aritmie pericolose e il decorso stabile con un ripristino quasi totale della frazione di eiezione e delle dimensioni del ventricolo, se rapportate alla superficie corporea, può essere ancora considerata favorevole."

20.

20.1 Alla luce di quanto appena esposto in via preliminare va evidenziato che, indipendentemente dalla questione se l'assicurato beneficiava della rendita già da 15 anni al momento in cui la procedura di riesame era stata avviata (in concreto il diritto alla rendita è insorto il 1° agosto 1997 e la revisione della rendita è stata avviata nel 2011, istante in cui la sesta revisione non era tuttavia ancora in vigore), nel caso in esame un riesame fondato sulle disposizioni finali della revisione 6a della LAI non è ammissibile per altri motivi, esposti ai considerandi seguenti.

20.2

20.2.1 Giusta le disposizioni finali della modifica del 18 marzo 2011 (6a revisione AI, primo pacchetto di misure, RU 2011 5659; FF 2010 1603), alla lett. a: intitolata "Riesame delle rendite assegnate sulla base di una sindrome senza patogenesi o eziologia chiare e senza causa organica comprovata", cpv. 1 "le rendite assegnate sulla base di una sindrome senza patogenesi o eziologia chiare e senza causa organica comprovata sono riesaminate entro 3 anni dall'entrata in vigore della presente modifica. Se le condizioni di cui all'art. 7 LPGA non sono soddisfatte, la rendita è ridotta o soppressa, anche qualora le condizioni dell'art. 17 cpv. 1 LPGA non siano adempiute".

Secondo detta disposizione le rendite possono essere ridotte o soppresse senza che debba essersi realizzata una modifica rilevante dello stato di salute ai sensi dell'art. 17 LPGA (DTF 139 V 547 consid.10.1.1).

20.2.2 Secondo giurisprudenza, i disturbi da dolore somatoforme, la fibromialgia, l'anestesia e la perdita sensoriale dissociative, la sindrome da fa-

tica cronica, la nevralgia, i disturbi dissociativi dell'attività motoria, l'ipersonnia non organica, la modifica duratura della personalità per sindrome da dolore cronico ed il traumatismo cervicale di contraccolpo (colpo di frusta) sono considerate sindromi senza patogenesi o eziologia chiara (DTF 140 V 8 consid. 2.2.1.3 e 139 V 547 consid. 2.2). Non sono per contro ritenuti tali i disturbi per i quali può essere formulata una diagnosi chiara basata su esami clinici psichiatrici, quali ad esempio la depressione, la schizofrenia, i disturbi ossessivo-compulsivi, i disturbi dell'alimentazione, i disturbi ansioso-fobici od i disturbi della personalità (DTF 139 V 547 consid. 7.1.4; Circolare dell'UFAS sulle disposizioni finali della modifica del 18 marzo 2011 della LAI cifra 1002 seg.).

20.2.3 Nella sentenza 8C_773/2013 del 6 marzo 2014, infine, il Tribunale federale ha sottolineato che, nell'ambito della revisione di una rendita in virtù della lett. a delle disposizioni finali della 6a revisione della LAI, l'esame medico specialistico fornisce un importante elemento di giudizio per determinare se un disturbo psichico sia oggettivabile, o meno, dal profilo patologico ed eziologico. Gli esperti devono in particolare spiegare per quale motivo è stata diagnosticata una sindrome senza patogenesi o eziologia chiare. Devono altresì accertare se lo stato di salute sia eventualmente peggiorato dal momento in cui è stata attribuita la rendita e se, oltre ai disturbi non oggettivabili, si possa formulare una diagnosi chiara basata su esami clinici psichiatrici. L'esame medico deve inoltre fornire un quadro aggiornato della situazione dell'assicurato al momento della revisione e rispondere alle questioni giuridicamente rilevanti. In presenza di siffatto accertamento medico, solo dopo aver effettuato un tentativo di (re)integrazione sul mercato equilibrato del lavoro, l'Ufficio AI potrà decidere se sia esigibile per l'assicurato la ripresa di un'attività lucrativa, conto tenuto altresì dei fattori soggettivi ed oggettivi del caso, fra i quali, segnatamente l'età e la durata dell'incapacità di guadagno (sentenza 8C_773/2014 consid. 4.3.1 e 4.3.2 nonché DTF 139 V 547 consid. 9.2 e 10.1.2, v. anche sentenza del TAF C-3804/2014 del 21 settembre 2015 consid. 7).

20.2.4 Una rendita d'invalidità può essere ridotta o soppressa, ai sensi della menzionata lett. a delle disposizioni finali, se è stata assegnata in base ad una diagnosi di sindrome senza patogenesi o eziologia chiare e senza causa organica comprovata e questo quadro clinico sussiste al momento della revisione (DTF 139 V 547 consid. 10.1.1 e 10.1.2). Una sindrome senza patogenesi o eziologia chiara può anche essere riconducibile a causa organica. Tuttavia, l'applicabilità delle disposizioni finali dipende dal danno alla salute determinante per la concessione della rendita (sentenza del TF 9C_379/2013 consid. 3.2).

20.2.5 Qualora una rendita d'invalidità sia stata assegnata non solo per disturbi senza patogenesi chiara, ma anche per disturbi spiegabili, alla valutazione delle sindromi non chiare è applicabile l'indicata lett. a cpv. 1 delle disposizioni finali (DTF 140 V 197 consid. 6.2.3). La parte d'incapacità lavorativa riconducibile a cause organiche può tuttavia essere riesaminata, nell'ambito dell'applicazione delle disposizioni finali, solo se è intervenuta una modifica ai sensi dell'art. 17 LPGA (sentenza del TF 9C_121/2014 del 3 settembre 2014 consid. 2.4.2).

21.

21.1 In concreto nel 2007 la rendita intera attribuita al ricorrente non è stata confermata a causa della preesistente patologia somatoforme, diagnosticata nel 1997 e confermata nel 2002, bensì in seguito alla patologia cardiaca insorta nel frattempo. Il medico SMR, alla luce dei rapporti medici prodotti nell'ambito della procedura di revisione aveva infatti constatato una situazione clinica completamente modificata rispetto alle revisioni precedenti, essendo assente la patologia psichiatrica. Quest'ultimo quadro clinico inoltre non soltanto non esisteva più al momento della conferma della rendita intera di invalidità nel 2007, bensì anche al momento della presente revisione. In effetti il perito ha attestato l'assenza di diagnosi psichiatriche (doc. 106 pag. 3), precisando che "l'esame specialistico non ha messo in luce psicopatologie maggiori, né tendenze all'accentuazione/simulazione dei sintomi né elementi clinici riferibili ad una amplificazione dei disturbi somatici inquadrabili nell'ambito delle patologie legate alla somatizzazione".

Se è vero che il reumatologo ha diagnosticato – tuttavia senza ripercussioni sulla capacità lavorativa - un reumatismo delle parti molli a tendenza fibromialgica nell'ambito di una sindrome del dolore cronico persistente, è pur vero che, la patologia non è stata classificata secondo i criteri ICD internazionalmente riconosciuti (doc. 109 pag. 19) e non rientra nella lista di cui al consid. 20.2.2. Inoltre la patologia non raggiunge l'intensità che caratterizza la sindrome da dolore somatoforme né causa incapacità lavorativa (si confronti in proposito DTF 141 V 281 consid. 2 e SZS 66/2016 pag. 402).

21.2 In simili condizioni, quindi, così come indicato anche dai medici del SMR pendente causa, malgrado la procedura di riesame sia stata apparentemente, se non avviata, (nel 2011 la 6a revisione della rendita non era ancora in vigore) perlomeno proseguita in base alle nuove disposizioni, esse non possono giustificare un riesame, non essendo più presenti né nel

2007 né nel 2011/2013 le sindromi senza patogenesi o eziologia chiare e senza causa organica comprovata.

22. Non potendo la rendita essere riesaminata alla luce delle disposizioni finali succitate, va verificato se lo stato di salute del ricorrente è migliorato ai sensi dell'art. 17 LPGA, come sostiene l'amministrazione (DTF 141 V 385 consid. 4) oppure no.

22.1 Dalla perizia del SAM, di cui sono state citati i punti rilevanti al considerando 19, emerge in particolare che, da un punto di vista psichiatrico, dal 2007 la situazione di salute dell'assicurato è rimasta invariata. A tutt'oggi infatti non è stata accertata alcuna diagnosi in tal senso. Da questo punto di vista la situazione va pertanto considerata stabile.

Da un punto di vista reumatologico è per contro subentrato un leggero peggioramento, essendo insorte le patologie al rachide cervicale nel 2009. È stata pure rilevata l'esistenza di un reumatismo delle parti molli, che non provoca tuttavia incapacità lavorativa. Da questo punto di vista l'abilità lavorativa in attività adeguate è pari al 100%, nella precedente attività svolta di saldatore del 70%. In precedenza in quest'ultimo ambito era del 100%.

La situazione è infine migliorata da un punto di vista cardiologico, ritenuto che la frazione di eiezione del ventricolo sinistro è andata, dopo iniziale peggioramento nel 2004 (doc. 107 pag. 1 e 3, secondo cui la frazione di eiezione del 48% nel 2004 si è ridotta al 36%, - valore che giustificava un'incapacità del 100%, - doc. 109 pag. 23 – per poi aumentare regolarmente) viepiù migliorando (nel 2013 era pari al 43%, mentre al momento della perizia tra il 45-50% (doc. 107 pag. 2) fino a stabilizzarsi su dei valori prossimi ai limiti inferiori della norma. Il perito ha pertanto concluso che “la prognosi a medio lungo termine considerata l'assenza di aritmie pericolose e il decorso, stabile con un ripristino quasi totale della frazione di eiezione e delle dimensioni del ventricolo se rapportate alla superficie corporea, può essere considerata favorevole (doc. 107 pag. 4). La professione eseguita in precedenza di saldatore è stata considerata ammissibile al 100% (non tuttavia attività di manovale nel settore edile perché implicano sforzi fisici intensi), così come attività che richiedono sforzi fisici di tipo prevalentemente aerobico di grado da moderato a moderato intenso (doc. 109 pag. 23).

Alla luce di quanto sopra esposto al momento della revisione, segnatamente della perizia del SAM, globalmente la riduzione della capacità lavo-

rativa nella precedente attività è da ricondurre unicamente a motivi reumatologici (doc. 107 pag. 4, 109 pag. 23), mentre un'attività medio leggera è esigibile al 100% da entrambi i punti di vista.

22.2 Le conclusioni peritali, che attestano complessivamente un miglioramento sia dello stato di salute che della capacità lavorativa dell'assicurato, si fondano su rapporti dettagliati, approfonditi e ben motivati. In particolare spiegano e dimostrano in cosa consiste la modifica dello stato di salute, giungendo a conclusioni convincenti. Esse possono quindi essere poste alla base del presente giudizio. Del resto gli atti medici prodotti dal ricorrente non mettono seriamente in discussione la perizia pluridisciplinare esperita dal SAM.

22.2.1 In relazione al rapporto medico della dottoressa N. _____ (doc. 125), che, immediatamente dopo l'emanazione del progetto di decisione con cui è stata annunciata la soppressione della rendita, ha attestato una depressione maggiore ricorrente, attuale episodio grave, va rilevato che il Dott. O. _____ ne motiva in modo convincente l'inaffidabilità, affermando che non può esservi un disturbo ricorrente in assenza di una precedente depressione (consid. F.c). Altri referti psichiatrici non risultano agli atti.

22.2.2 Il rapporto del dottor L. _____, medico curante, chirurgo, specialista ORL e in medicina interna non fa che confermare l'esistenza delle note patologie reumatologiche e cardiologiche senza aggiungere nulla di nuovo, né indicare precisamente il grado di incapacità lavorativa (doc. 121). Lo stesso vale per il rapporto dello specialista in ortopedia dottor M. _____ il quale conferma le conclusioni peritali del SAM, indicando le limitazioni causate dalle patologie reumatologiche, senza precisare il grado di inabilità lavorativa.

22.2.3 Dal referto cardiologico del Dott. P. _____ emerge che l'assicurato soffre da numerosi anni di "eine leichtgradige dilatative Kardiomyopathie ohne Progredienz" e che "es bestehen keine Ruhesymptome, jedoch leichte Ermüdbarkeit bei Belastungen, Atemnot bei stärkeren Anstrengungen mit uncharakteristischem linksthorakalem Druckgefühl". Il medico conclude che „die aktuellen Untersuchungen zeigen einen langjährig stationären Verlauf der leichtgradigen dilatativen CMP unter adäquater medikamentöser Therapie ohne Hinweise auf manifeste KHK“. La frazione di eiezione è stata fissata nel 53%. Anche questo specialista non ha preso posizione sull'eventuale incapacità lavorativa.

Neppure questo rapporto mette in discussione la perizia del SAM. In effetti attesta una situazione stabile ed una frazione di eiezione migliorata rispetto al 2013 e quindi non fa che confermare le conclusioni peritali circa un miglioramento dello stato di salute,

22.3 In conclusione quindi risulta provato con il grado della verosimiglianza preponderante valido nelle assicurazioni sociali che dal 2007 lo stato di salute dell'interessato, così come le conseguenze sulla capacità lavorativa, sono sostanzialmente migliorati, malgrado il lieve peggioramento della patologia reumatologica. Da un punto di vista cardiologico nell'attività di saldatore precedentemente svolta la capacità lavorativa è infatti totale, così come in attività adeguate che prevedono sforzi fisici di tipo prevalentemente aerobico di grado da moderato a moderato intenso. L'assicurato è pertanto in grado di svolgere al 70% la precedente attività per motivi reumatologici, mentre un'attività adeguata è esigibile al 100%. In simili condizioni la rendita andrebbe pertanto soppressa.

23.

23.1 Prima di ridurre o sopprimere la rendita di invalidità l'amministrazione deve tuttavia esaminare se la capacità lavorativa, di cui l'assicurato dispone da un punto di vista medico teorico corrisponde, praticamente, ad un miglioramento della capacità di guadagno e quindi si traduce in una riduzione del grado di invalidità o se invece è necessario porre in atto preventivamente delle misure d'osservazione professionale (al fine di stabilire l'attitudine al lavoro, la resistenza allo sforzo, ecc.) rispettivamente di reintegrazione professionale ai sensi di legge. Secondo la giurisprudenza infatti in determinate situazioni si deve ammettere la necessità di porre in atto provvedimenti professionali, malgrado l'esistenza di una capacità lavorativa medico teorica. Si tratta in particolare dei casi in cui la riduzione o la soppressione del diritto alla rendita tramite revisione (art. 17 LPGGA) o riesame (art. 53 cpv. 2 LPGGA) riguarda assicurati che hanno compiuto 55 anni o hanno beneficiato di una rendita per almeno quindici anni. Ciò non significa che, nell'ambito di una procedura di revisione o di riesame, questa categoria di assicurati possa prevalersi di un diritto acquisito. Si ammette soltanto che un reinserimento professionale, senza sostegno, non può, salvo eccezioni, essere preteso a causa dell'età o della durata del versamento della rendita (sentenze del TF 9C_920/2013 consid. 4.4 del 20 maggio 2014, SVR 2011 IV no 73 pag. 220 consid. 3.3 e 3.5, sentenze del TF 9C_367/2011 consid. 3.2 e 3.3 del 10 agosto 2011).

23.2 In casu al momento della soppressione l'assicurato, nato il 12 luglio 1959, percepiva la rendita da 16 anni e sei mesi e aveva 54 anni e 5 mesi (TF 9C_920/2013 consid. 4.4 e 4.5). Alla luce della giurisprudenza suesposta quindi, prima di procedere a ridurre la rendita, andava accertato, da parte dell'UAIE, se una reintegrazione professionale era ammissibile in concreto. Al riguardo dagli atti emerge che l'amministrazione non ha predisposto accertamenti tendenti ad individuare le attività esigibili né ha sostenuto l'insorgente nel reinserimento professionale tramite un allenamento al lavoro rispettivamente con un aiuto al collocamento. In simili condizioni la soppressione della rendita viola il diritto federale. Ciò a maggior ragione per il fatto che già nel 2007 i medici avevano attestato che l'interessato non era reintegrabile.

24.

Visto quanto sopra il ricorso, sebbene con diversa motivazione, va accolto e la decisione impugnata annullata. L'incarto va quindi rinviato all'amministrazione affinché verifichi, tramite il necessario sostegno, se il ricorrente è reintegrabile nel mercato del lavoro. Alla luce delle nuove risultanze procedurali, l'UAIE si pronuncerà sul grado di invalidità e sul diritto alla rendita del ricorrente.

25.

25.1 Visto l'esito della procedura non si prelevano spese processuali (art. 63 cpv. 2 PA e art. 37 LTAF). L'anticipo di fr. 400 versato il 15 agosto 2015 (doc. TAF 29) verrà restituito al ricorrente una volta che il presente giudizio sarà cresciuto in giudicato.

25.2 In base all'art. 64 PA, l'autorità di ricorso, se ammette il ricorso in tutto o in parte, può assegnare al ricorrente un'indennità per spese indispensabili e relativamente elevate che ha sopportato.

In concreto si giustifica l'attribuzione al ricorrente di un'indennità a titolo di spese ripetibili (art. 64 PA in relazione con l'art. 7 e seg. del regolamento del 21 febbraio 2008 sulle tasse e sulle spese ripetibili nelle cause dinanzi il Tribunale amministrativo federale [TS-TAF, RS 173.320.2]; cfr. pure DTF 137 V 57 consid. 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 stata rinviata all'amministra-

zione per complemento istruttorio e nuova decisione) pari a fr. 2'800.-, tenuto conto del lavoro utile e necessario svolto dal suo rappresentante (art. 10 TS-TAF). L'indennità per ripetibili è posta a carico dell'UAIE.

Per questi motivi, il Tribunale amministrativo federale pronuncia:

1.

In accoglimento del ricorso la decisione impugnata è annullata e l'incarto è rinviato all'UAIE affinché completi l'istruttoria ai sensi dei considerandi e si pronunci nuovamente sul grado di invalidità di A. _____.

2.

L'acconto spese di fr. 400 verrà restituito al ricorrente una volta che la presente sentenza sarà cresciuta in giudicato.

3.

Alla parte ricorrente viene riconosciuta un'indennità per spese ripetibili di fr. 2'800.-, la quale è posta a carico dell'UAIE.

4.

Comunicazione a:

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

La presidente del collegio : Il cancelliere:

Michela Bürki Moreni

Dario Croci Torti

I rimedi giuridici sono menzionati alla pagina seguente.

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 degli art. 82 e segg., 90 e segg. e 100 LTF. Gli atti scritti devono contenere le conclusioni, i motivi e l'indicazione dei mezzi di prova ed essere firmati. La decisione impugnata e – se in possesso della parte ricorrente – i documenti indicati come mezzi di prova devono essere allegati (art. 42 LTF).

Data di spedizione: