



Corte III
C-5944/2012

Sentenza del 12 settembre 2013

Composizione

Giudice unica Elena Avenati-Carpani,
cancelliere Dario Quirici.

Parti

A. _____,
rappresentato dal Patronato ITAL, via al Gas 8,
casella postale 1616, 6850 Mendrisio Stazione,
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 invalidità (decisione del 18 ottobre 2012).

Fatti:**A.**

A. _____, cittadino italiano nato il ..., coniugato e padre di due figli, ha lavorato in Svizzera, dapprima come benzinaio, quindi come operaio, dal 1980 al 1993 e dal 1999 al 2004, versando i relativi contributi obbligatori all'assicurazione per la vecchiaia, i superstiti e l'invalidità (AVS/AI; incarto Tribunale amministrativo federale / TAF, doc. 9).

B.

B.a Il 25 settembre 2000 l'assicurato si è procurato una distorsione e un trauma della colonna sacro-coccigea a sinistra. Il 27 giugno 2003 è stato vittima di un infortunio professionale, a seguito del quale ha riportato una contusione alla schiena. Il 15 settembre 2003 ha subito un incidente non professionale, che gli ha causato una contusione interessante la regione frontale e la mano, il polso e il ginocchio sinistri. Il 10 settembre 2004 è stato coinvolto in un incidente stradale, riportando un trauma distorsivo cervicale. Il 28 ottobre 2005 è stato vittima di un incidente della circolazione stradale, il quale gli ha occasionato una contusione del polso sinistro. Questi casi d'infortunio sono stati annunciati all'Istituto nazionale svizzero di assicurazione contro gli infortuni (Suva), il quale li ha presi a carico. Con decisione del 19 gennaio 2006, la Suva ha chiuso l'ultima procedura relativa all'infortunio del 28 ottobre 2005, sospendendo il versamento delle prestazioni a decorrere dalla data della stessa decisione, con la precisazione che il caso doveva essere considerato di competenza dell'assicurazione malattia (incarto Suva, passim).

B.b Subentrata alla Suva, la Mobiliare Assicurazioni, conformemente al contratto d'assicurazione malattia collettiva stipulato con l'ultimo datore di lavoro dell'interessato, ha versato in particolare un'indennità giornaliera del 100% durante il periodo dal 28 febbraio al 29 dicembre 2005 (incarto Mobiliare, passim).

C.

Nel frattempo, il 18 ottobre 2005, l'assicurato aveva formulato all'Ufficio dell'assicurazione invalidità del Canton Ticino (UAI) una domanda di rendita d'invalidità svizzera (incarto AI, doc. 3), la cui istruzione ha permesso di acquisire, tra gli altri, i documenti seguenti:

- il questionario per il datore di lavoro, del 17 novembre 2005 (incarto AI, doc. 14), da cui si evince che l'assicurato ha lavorato, dal 27 settembre 1999 al 9 settembre 2004 (ultimo giorno di lavoro effettivo), presso la ditta "... in Ticino, come operatore agli impianti di micronizzazione, durante quaranta ore alla settimana, con un salario mensile di Fr. 3'600.-, più le indennità di vacanza e la tredicesima,
- un rapporto del medico curante dell'assicurato, del 24 novembre 2005 (incarto AI, doc. 19), in cui è in particolare riportata la diagnosi di lombosciatalgia sinistra da ernia discale lombare, con un'incapacità lavorativa dell'80% dal 18 aprile al 24 novembre 2005,
- un rapporto del dott. B._____, medico fiduciario della Mobiliare, del 2 gennaio 2006 (incarto AI, doc. 20), diagnosticante una contusione-distorsione della colonna cervicale e lombare, un'ernia discale L4/5 a sinistra ed una retrolistesi radiologica di L3 su L4, con un'incapacità del 100% dal 10 settembre 2004 al 23 gennaio 2005 (Suva) e dal 24 gennaio 2005 almeno fino al 2 gennaio 2006, e nella quale è proposta l'esecuzione di una perizia neurologica ed ortopedica,
- due prese di posizione del dott. C._____, internista, medico dell'UAI-TI, del 3 febbraio e 12 giugno 2006 (incarto AI, doc. 29), in cui è richiesto di realizzare una perizia pluridisciplinare presso il Servizio d'accertamento medico (SAM) di Bellinzona,
- una cartella clinica italiana (incarto AI, doc. 30/1 a 105), in parte di difficile lettura, relativa ad un ricovero protrattosi dal 14 al 20 febbraio 2006, referente l'esecuzione di un'artrodesi delle vertebre lombari e lombosacrali il 14 febbraio 2006,
- diversa documentazione medica italiana, in parte di difficile lettura, di cui si dirà, per quanto necessario, in seguito (incarto AI, doc. 30/106 a 129 e 37),
- una perizia particolareggiata E 213 della dott.ssa D._____, medico dell'Istituto nazionale italiano della previdenza sociale (INPS), del 22 giugno 2006 (incarto AI, doc. 38/1 a 15), diagnosticante, nell'ambito di movimenti (forza e tono muscolare) normali, di un'andatura stentata e di condizioni generali di salute migliorate, esiti da asportazione di un'ernia discale in L3 e stabilizzazione con fissatore interspinoso in postumi di trauma cervicolumbare. Nella perizia è precisato che l'assicurato è in grado di svolgere regolarmente lavori leggeri, senza controindicazioni, la

sua ultima attività professionale nonché altre occupazioni confacenti, il grado d'invalidità essendo cionondimeno stimato, conformemente alle disposizioni di legge italiane, al 60%,

- diversa documentazione medica italiana, di cui si dirà dettagliatamente, se necessario, in seguito, tra cui una cartella clinica relativa ad un ricovero dal 22 settembre al 5 ottobre 2006, per instabilità in L3/4, con intervento di revisione e fissazione eseguito il 2 ottobre 2006 (incarto AI, doc. 42 a 46 e 51/2 a 59),

- un'annotazione del dott. C._____, del 28 novembre 2006 (incarto AI, doc. 55), confermando l'inabilità lavorativa totale, per infortuni e malattia, dal settembre 2004 almeno fino a metà 2007, periodo proposto per una revisione con un'eventuale valutazione del SAM.

D.

Con scritto del 29 novembre 2006 (incarto AI, doc. 57), l'UAIE ha comunicato all'assicurato, rappresentato dal Patronato ITAL-UIL, di avere annullato l'esecuzione della perizia presso il SAM, prevista inizialmente per dicembre 2006. Quindi, mediante delibera all'attenzione dell'Ufficio dell'assicurazione per l'invalidità per gli assicurati residenti all'estero (UAIE), competente a decidere, e progetto d'assegnazione di rendita indirizzato all'assicurato, entrambi del 30 novembre 2006 (incarto AI, doc. 58), l'UAI-TI ha riconosciuto a quest'ultimo il diritto ad una rendita intera d'invalidità a decorrere dal 1° settembre 2005, con revisione prevista per il 1° giugno 2007. Con lettera del 30 novembre 2006, l'assicurato ha ancora inoltrato due rapporti, uno fisiatrico ed uno psichiatrico, rispettivamente del 15 e 28 novembre 2006 (incarto AI, doc. 60 e 61).

Conformemente alla delibera dell'UAI-TI, l'UAIE ha emanato, l'8 e il 9 febbraio 2007 (incarto AI, doc. 64 e 65), le decisioni d'attribuzione all'assicurato di una rendita intera d'invalidità, con le relative rendite complete per i suoi figli, a decorrere dal 1° settembre 2005. Queste decisioni sono cresciute in giudicato incontestate.

E.

Il 4 luglio 2007 l'UAI-TI ha dato avvio alla revisione del diritto alla rendita, procurandosi, in particolare, il relativo questionario, del 17 luglio 2007, con diversi allegati medici, di cui si dirà, per quanto opportuno, in seguito (incarto AI, doc. 66 e 67/2 a 32), ed un'annotazione del dott. C._____, del 28 gennaio 2008 (incarto AI, doc. 73), in cui è passata in rivista la documentazione medica all'incarto, in particolare la più recente, in base

alla quale l'assicurato fa valere un peggioramento del suo stato di salute da febbraio 2006 per la manifestazione di nuove ernie discali e per problemi alle ginocchia e di carattere psichiatrico, e nella quale il medico dell'UAI-TI conclude all'assenza di un miglioramento dello stato di salute e alla conferma del grado d'inabilità lavorativa precedente.

Mediante comunicazione del 27 febbraio 2008 (incarto AI, doc. 75), l'UAI-TI ha quindi confermato all'assicurato il suo diritto di continuare a beneficiare di una rendita intera d'invalidità.

F.

Con lettera del 3 aprile 2009, l'assicurato ha chiesto di essere sottoposto ad una visita medica di controllo. Contattato per telefono dall'UAI-TI, l'assicurato ha precisato di esigere un aumento della sua rendita d'invalidità e, dopo avere preso atto dell'impossibilità di soddisfare una tale richiesta, visto che beneficiava già di una rendita intera, ha richiesto un aiuto al collocamento (incarto AI, doc. 78 e 79).

Il 14 maggio 2009 l'assicurato ha cionondimeno inoltrato un questionario per la revisione della rendita (incarto AI, doc. 80). L'11 marzo 2010 il dott. C._____ ha preso posizione sul caso (incarto AI, doc. 88), rilevando in sostanza che l'assicurato presentava indubitabilmente un danno alla salute con marcate ripercussioni sulla capacità lavorativa, ed ha proposto l'eventuale esecuzione di una perizia psichiatrica e reumatologica presso il SAM. In un'annotazione del 30 marzo 2010 (incarto AI, doc. 92), nella quale ha passato in rivista i documenti medici da ultimo prodotti dall'assicurato, il medico dell'UAIE ha rilevato un apparente miglioramento dello stato di salute, ed ha quindi confermato la necessità di eseguire la perizia presso il SAM.

G.

La perizia pluridisciplinare del SAM (incarto AI, doc. 99/1 a 42) è stata redatta dal dott. E._____ e dalla dott.ssa F._____ il 3 agosto 2010, sulla base dei rispettivi rapporti dei dottori G._____, reumatologo, del 1° giugno 2010 (incarto AI, doc. 99/43 a 49), H._____, psichiatra, del 10 giugno 2010 (incarto AI, doc. 99/50 a 55), e I._____, neurologo, pure del 10 giugno 2010 (incarto AI, doc. 99/56 a 59), dopo l'esecuzione di accertamenti ambulatoriali avvenuti il 18 e 25 maggio, nonché il 7 giugno 2010.

Nella perizia è posta la diagnosi, con influenza sulla capacità lavorativa, di sindrome depressiva ricorrente attualmente lieve-moderata, di

sindrome somatoforme da dolore persistente, di sindrome lombospondilogenica cronica nell'ambito di una "failed Low Back Surgery" (stato dopo discectomia L3/4, stabilizzazione tramite fissatore interspinoso [17 febbraio 2006], rimozione del sistema interspinoso e fusione intersomatica lombare posteriore (PLIF) mediante strumentazione posteriore e gabbie di carbonio L3/4 [2 ottobre 2006], stato dopo intervento per fistola postoperatoria e riparazione meningocele spinale [10 novembre 2006], incipienti discopatie tra L1 e S1 e spondilartrosi incipiente a livello di L4/5 e L5/S1, attualmente senza deficit neurologici oggettivi agli arti inferiori), di sindrome cervicospondilogenica cronica con alterazioni degenerative multisegmentali di media importanza tra C3 e C7 senza neurocompressione, d'incipiente gonartrosi mediale bilaterale con rottura del corno posteriore del menisco mediale, nonché, senza influo sulla capacità lavorativa, di abuso nicotico.

Nella perizia è valutata una capacità lavorativa dello 0%, dal 1° luglio 2005, per l'attività di micronizzatore in quanto occupazione pesante o medio - pesante, e del 50 fino al 70%, dai punti di vista reumatologico, neurologico e psichiatrico, in attività fisicamente più leggera, a seconda del tipo di lavoro, a decorrere da inizio agosto 2010 (data della perizia dello stesso SAM).

H.

L'UAI-TI ha quindi sottoposto l'incarto alla valutazione del dott. C._____, il quale ha confermato le conclusioni del SAM il 9 agosto 2010 (incarto AI, doc. 100). L'11 agosto 2010 l'UAI-TI ha messo in evidenza, sulla base di un reddito ipotetico da valido di Fr. 50'137.- e da invalido di Fr. 31'969.50, una capacità di guadagno residua del 63.76% e un grado d'invalidità del 36.24% (recte: capacità di guadagno residua del 36.24% e grado d'invalidità del 63.76%), escludendo peraltro qualsiasi misura professionale reintegrativa (incarto AI, doc. 101 e 102). Il 29 novembre 2010 l'UAI-TI ha annullato la delibera e il progetto di decisione che aveva stilato il 5 ottobre 2010, sostituendoli con una delibera del 30 novembre 2010, prevedente la riduzione della rendita intera a tre quarti, sulla base di un grado d'invalidità del 64% (incarto AI, doc. 106, 110, 112 e 113). Il 7 dicembre 2010 l'UAIE ha emanato la corrispondente decisione di riduzione della rendita intera a tre quarti di rendita dal 1° febbraio 2011 (incarto AI, doc. 114/2 a 7). Questa decisione è cresciuta in giudicato incontestata.

I.

I.a Con scritto del 12 settembre 2011, l'assicurato ha fatto valere un notevole peggioramento del suo stato di salute, allegando diversi documenti medici italiani (incarto AI, doc. 119 e 122/1 a 16). In una breve annotazione del 15 settembre 2011 (incarto AI, doc. 124), il dott. L._____, medico dell'UAI-TI, ha rilevato la necessità di entrare nel merito della domanda di revisione della rendita. Il 26 settembre 2011 l'assicurato ha così compilato l'apposito questionario relativo alla revisione (incarto AI, doc. 125). Prendendo posizione sul caso il 10 aprile e 9 maggio 2012 (incarto AI, doc. 129 e 133), il dott. C._____ ha avanzato, tenuto conto di un previsto intervento di revisione e stabilizzazione in L2/3, per il momento differito a causa dei dubbi dell'assicurato riguardo alla sua utilità, la necessità di eseguire una perizia reumatologica presso il dott. M._____.

I.b Quest'ultimo ha redatto il proprio rapporto peritale il 10 luglio 2012 (incarto AI, doc. 138/1 a 12), in cui sono diagnosticate una sindrome panvertebrale cronica con componente lombospondilogenica bilaterale in alterazioni degenerative della colonna cervicale e lombare, in esiti da discectomia L3/4 e rimozione del sistema interspinoso, in stato dopo intervento per riparazione di meningocele spinale, in disturbi statici del rachide e in decondizionamento e sbilancio muscolare, nonché gonalgie anteriori bilaterali in gonartrosi anteriore a destra e lesioni meniscali mediali bilaterali. Rispetto alla capacità lavorativa, il perito ha considerato che l'assicurato è abile al lavoro sull'arco di una giornata di otto o nove ore, tuttavia con una diminuzione del rendimento del 20%, secondo l'esigibilità descritta nell'allegato della perizia, prevedente in particolare l'impossibilità di sollevare e trasportare carichi superiori a 26 kg e di manipolare oggetti superiori a 45 kg. Il perito ha precisato che la sua valutazione, da un punto di vista reumatologico, corrisponde in definitiva a quella del dott. G._____, effettuata nell'ambito della perizia pluridisciplinare del SAM, del 3 agosto 2010.

I.c Nel suo rapporto finale del 21 agosto 2012 (incarto AI, doc. 139), il dott. C._____ ha ripreso la diagnosi formulata dal dott. M._____, aggiungendovi gli elementi, ininfluenti a suo dire sulla capacità lavorativa, di sindrome depressiva ricorrente, di sindrome somatoforme da dolore persistente e di abuso nicotinic. Il medico dell'UAI-TI ha constatato uno stato di salute invariato, senza alcun peggioramento della patologia psichiatrica, e stabilito un'incapacità lavorativa del 100% per l'attività abituale dal 1° settembre 2005, e del 30% in occupazioni confacenti dal

4 agosto 2010 (data della perizia del SAM), con una presenza di otto o nove ore al giorno ed un rendimento del 70%, l'assicurato dovendo avere la possibilità di alternare la postura, se necessario, ed eseguire pause supplementari.

J.

Il 31 agosto 2012 l'UAI-TI ha quindi approntato un progetto di decisione, munito della relativa delibera all'attenzione dell'UAIE (incarto AI, doc. 141 e 142), con il quale ha prospettato all'assicurato il rigetto della sua domanda tendente ad un aumento della rendita d'invalidità, invitandolo nel contempo a formulare eventuali osservazioni entro un termine di trenta giorni. L'assicurato non essendosi manifestato, l'UAIE ha emanato la corrispondente decisione il 18 ottobre 2012 (incarto AI, doc. 144).

K.

Contro questa decisione, rappresentato dal Patronato ITAL-UIL, l'assicurato ha inoltrato ricorso al Tribunale amministrativo federale il 17 novembre 2012, chiedendo, previo annullamento della stessa, che gli sia riconosciuto il diritto ad una rendita intera d'invalidità. Egli ha prodotto una perizia del dott. N._____, internista, del 7 novembre 2012, diagnosticante una sindrome lombospondilogenica bilaterale, una sindrome cervico-vertebrale su alterazioni degenerative plurisegmentali, una gonartrosi bilaterale e lesioni meniscali mediali bilaterali, e nella quale è constatata un'importante limitazione funzionale del rachide lombare praticamente in tutte le attività quotidiane.

L.

L.a Il dott. O._____, medico dell'UAI-TI, si è pronunciato sulla perizia del dott. N._____ il 4 dicembre 2012, affermando che essa non apporta nuovi elementi clinici, ma che si limita a valutare diversamente la stessa situazione medica.

L'UAI-TI ha quindi presentato le proprie osservazioni al ricorso il 12 dicembre 2012, e l'UAIE la propria risposta formale il 18 dicembre seguente, entrambi concludendo al rigetto dello stesso e alla conferma della decisione impugnata.

L.b Il ricorrente ha replicato il 31 gennaio 2013, ribadendo le proprie conclusioni.

M.

Con decisione incidentale del 4 febbraio 2013, questo Tribunale ha invitato il ricorrente a versare un anticipo equivalente alle presunte spese processuali di Fr. 400.-, il quale è stato saldato il 5 febbraio 2013. Peraltro, su richiesta di questo Tribunale, l'UAIE ha inoltrato una copia dell'estratto del conto individuale AVS/AI del ricorrente.

Diritto:**1.**

1.1 In virtù dell'art. 31 della legge sul Tribunale amministrativo federale del 17 giugno 2005 (LTAF, RS 173.32), questo Tribunale giudica i ricorsi contro le decisioni ai sensi dell'art. 5 della legge federale sulla procedura amministrativa del 20 dicembre 1968 (PA, RS 172.021), 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 portate davanti al Tribunale amministrativo federale conformemente all'art. 69 cpv. 1 lett. b della legge federale sull'assicurazione per l'invalidità del 19 giugno 1959 (LAI, RS 831.20).

Di conseguenza, questo Tribunale è competente a giudicare il presente ricorso.

1.2 Secondo l'art. 3 lett. d^{bis} PA, la procedura in materia di assicurazioni sociali non è disciplinata dalla PA, nella misura in cui è applicabile la legge federale del 6 ottobre 2000 sulla parte generale del diritto delle assicurazioni sociali (LPGA, RS 830.1). 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-26^{bis} e 28-70), sempreché la LAI non deroghi alla LPGA.

1.3 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).

1.4 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), e visto che l'anticipo di Fr. 400.-, relativo alle spese processuali, è stato versato nel termine impartito.

2.

2.1 Il ricorrente è cittadino di uno Stato membro della Comunità europea, per cui è applicabile, di principio, l'Accordo sulla libera circolazione delle persone, del 21 giugno 1999, fra la Confederazione svizzera, da una parte, e la Comunità europea ed i suoi Stati membri, dall'altra, entrato in vigore il 1° giugno 2002 (ALC, RS 0142.112.681), in particolare il suo allegato II relativo al coordinamento dei sistemi di sicurezza sociale. Secondo l'art. 20 ALC, salvo disposizione contraria contenuta nell'allegato II, gli accordi bilaterali fra la Svizzera e gli Stati membri della Comunità europea in materia di sicurezza sociale sono sospesi con l'entrata in vigore dell'Accordo, qualora il medesimo campo sia disciplinato da quest'ultimo.

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 che le parti contraenti applicano tra di loro, nel campo del coordinamento dei sistemi di sicurezza sociale, gli atti giuridici riferiti nella sezione A dello stesso allegato, comprese eventuali loro modifiche o altre regole equivalenti ad essi (art. 1 ch. 1), assimila la Svizzera, a questo scopo, ad uno Stato membro dell'Unione europea (UE; art. 1 ch. 2), e stabilisce, ai fini dell'applicazione delle disposizioni dello stesso allegato, la necessità di tenere in debita considerazione gli atti giuridici dell'UE riferiti nella sezione B (art. 2 ch. 1) e di prendere atto di quelli menzionati alla sezione C (art. 2 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.

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.

L'allegato II è peraltro completato da un protocollo, che ne costituisce parte integrante (art. 3 ch.2), in cui sono stipulate regole speciali riguardo all'assicurazione contro la disoccupazione, agli assegni per grandi invalidi e alla previdenza professionale per la vecchiaia, i superstiti e l'invalidità.

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 detto, 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.

L'esame del diritto a prestazioni secondo la LAI è retto dal tenore della stessa al momento della decisione impugnata, in virtù del principio secondo il quale sono determinanti le norme materiali in vigore al momento della realizzazione dello stato di fatto giuridicamente determinante (DTF 130 V 445 consid. 1.2 e relativi riferimenti). Le

disposizioni della 6^a revisione della LAI, in vigore dal 1° gennaio 2012, sono quindi applicabili in concreto, visto che la decisione impugnata è stata emanata il 18 ottobre 2012, come lo sono le disposizioni della LPGa, se e per quanto la LAI lo preveda (art. 2 LPGa).

4.

4.1 Ai sensi dell'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.

4.2 Secondo l'art. 28 cpv. 2 LAI, 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%. In seguito all'entrata in vigore dell'ALC, la limitazione prevista dall'art. 29 cpv. 4 LAI, secondo il quale le rendite per un grado d'invalidità inferiore al 50% sono versate solo ad assicurati che sono domiciliati e dimorano abitualmente in Svizzera (art. 13 LPGa), non è più applicabile quando l'assicurato è cittadino svizzero o dell'Unione europea e vi risiede. Conformemente all'art. 28 cpv. 1 LAI, l'assicurato ha diritto ad una rendita alle seguenti condizioni: (a) la sua capacità di guadagno o la sua capacità di svolgere le mansioni consuete non può essere ristabilita, mantenuta o migliorata mediante provvedimenti d'integrazione ragionevolmente esigibili; (b) ha avuto un'incapacità di lavoro (art. 6 LPGa) almeno del 40% in media durante un anno senza notevole interruzione; e (c) al termine di questo anno è invalido almeno al 40%.

4.3 Per incapacità al lavoro s'intende qualsiasi incapacità, totale o parziale, derivante da un danno alla salute fisica, mentale o psichica di compiere un lavoro ragionevolmente esigibile nella professione o nel campo di attività abituale. In caso d'incapacità al lavoro di lunga durata possono essere prese in considerazione anche le mansioni esigibili in un'altra professione o campo d'attività (art. 6 LPGa). L'incapacità al guadagno è definita all'art. 7 cpv. 1 LPGa e consiste nella perdita, totale o parziale, della possibilità di guadagno sul mercato del lavoro equilibrato che entra in considerazione, provocata da un danno alla salute fisica, mentale o psichica e che perdura dopo aver sottoposto

l'assicurato alle cure ed alle misure d'integrazione ragionevolmente esigibili.

5.

Il ricorrente contesta la validità materiale della decisione di revisione dell'UAIE, chiedendo che gli sia riconosciuto nuovamente il diritto ad una rendita intera d'invalidità al posto dei tre quarti di rendita di cui beneficia dal 1° febbraio 2011.

6.

6.1 Secondo l'art. 17 cpv. 1 LPGa, se il grado d'invalidità del beneficiario della rendita subisce una notevole modificazione, per il futuro la rendita è aumentata o ridotta proporzionalmente o soppressa, d'ufficio o su richiesta.

6.2 Conformemente all'art. 87 cpv. 2 OAI, la revisione avviene d'ufficio quando, in previsione di una possibile modifica importante del grado d'invalidità, è stato stabilito un termine nel momento dell'erogazione della rendita o allorché si conoscono fatti o si ordinano provvedimenti che possono provocare una notevole modifica del grado d'invalidità. Ai sensi dell'art. 87 cpv. 3 OAI, se è fatta domanda di revisione, nella domanda si deve dimostrare che il grado d'invalidità è modificato in misura rilevante per il diritto a prestazioni.

6.3 Se la capacità al guadagno dell'assicurato migliora, v'è motivo di ammettere che il cambiamento determinante sopprime, all'occorrenza, tutto o parte del diritto a prestazioni dal momento in cui si può supporre che il miglioramento constatato perduri. Lo si deve in ogni caso tenere in considerazione allorché è durato tre mesi, senza interruzione notevole, e che presumibilmente continuerà a durare (art. 88a cpv. 1 OAI). Se la capacità al guadagno o la capacità di svolgere mansioni consuete peggiora, occorre tenere conto del cambiamento determinante il diritto a prestazioni non appena esso perdura da tre mesi senza interruzione notevole (art. 88a cpv. 2 OAI).

L'aumento della rendita avviene al più presto, se l'assicurato ha chiesto la revisione, a partire dal mese in cui la domanda è stata inoltrata, mentre se la revisione ha luogo d'ufficio, a partire dal mese in cui è stata prevista (art. 88^{bis} cpv. 1 lett. a e b). La riduzione o la soppressione della rendita è messa in atto, il più presto, il primo giorno del secondo mese che segue la notifica della decisione (art. 88^{bis} cpv.

2 lett. a).

6.4 La costante giurisprudenza ha stabilito che le rendite d'invalidità sono soggette a revisione non solo in caso di modifica rilevante dello stato di salute che ha un influsso sull'attività lucrativa, ma anche quando lo stato di salute è rimasto invariato, se le sue conseguenze sulla capacità di guadagno hanno subito un cambiamento importante (DTF 113 V 275 consid. 1a).

Va ancora rilevato che la semplice valutazione diversa di circostanze di fatto che sono rimaste sostanzialmente invariate non giustifica una revisione ai sensi dell'art. 17 cpv. 1 LPGA (DTF 112 V 372 consid. 2b e 390 consid. 1b, RCC 1987 p. 36, SVR 2004 IV n. 5 consid. 3.3.3). L'istituto della revisione non deve giustificare un riesame senza condizioni del diritto alla rendita (cfr. anche: RUDOLF RUEDI, Die Verfügungsanpassung als verfahrensrechtliche Grundfigur namentlich von Invalidenrentenrevisionen, in: SCHAFFHAUSER/SCHLAURI, Die Revision von Dauerleistungen in der Sozialversicherung, San Gallo, 1999, pag. 15).

7.

Al fine di giudicare se sussistono indizi sufficienti per ritenere verosimile una modifica rilevante del grado d'invalidità, si deve considerare il periodo tra la decisione iniziale e quella che pronuncia la revisione. Decisioni intercalari sono pertinenti unicamente se sono state emesse sulla base di una nuova valutazione materiale del grado d'invalidità, ossia dopo delucidazione dei fatti, apprezzamento delle prove e esecuzione del raffronto dei redditi (DTF 133 V 108).

In concreto, la decisione iniziale è stata pronunciata l'8 febbraio 2007 (incarto AI, doc. 64), mentre la decisione di revisione qui impugnata è stata emanata il 18 ottobre 2012 (incarto AI, doc. 144). Con decisione intercalare del 7 dicembre 2010 (incarto AI, doc. 114), la rendita intera è stata ridotta a tre quarti di rendita, per cui, seguendo la giurisprudenza, il periodo di riferimento per giudicare se verosimilmente è intervenuta una modifica rilevante del grado d'invalidità, tale da giustificare un aumento della rendita, come preteso dal ricorrente, è quello tra il 7 dicembre 2010 e il 18 ottobre 2012.

8.

Il giudice delle assicurazioni sociali fonda la sua decisione, salvo disposizioni di legge contrarie, su fatti che, senza essere stabiliti in modo

irrefutabile, appaiono come i più verosimili, ossia che presentano un grado di verosimiglianza preponderante (DTF 126 V 353 consid. 5b e relativi riferimenti). Egli deve esaminare in maniera obiettiva tutti i mezzi di prova, indipendentemente dalla loro provenienza, e poi decidere se i documenti messi a disposizione permettono di giungere ad un giudizio attendibile sulle pretese giuridiche litigiose (DTF 125 V 352 consid. 3a). Per costante giurisprudenza le certificazioni mediche possono costituire importanti elementi d'apprezzamento del danno invalidante, allorché permettono di valutare l'incapacità lavorativa e di guadagno dell'interessato in un'attività da lui ragionevolmente esigibile (DTF 115 V 134 consid. 2, 114 V 314 consid. 3c). Perché un rapporto medico abbia valore probatorio è determinante che esso valuti ed esamini in maniera completa i punti litigiosi, si fondi su degli esami approfonditi, prenda conto di tutte le affezioni di cui si lamenta l'assicurato, sia stabilito in piena conoscenza dei suoi antecedenti (anamnesi) e sia chiaro nell'esposizione delle correlazioni mediche o nell'apprezzamento della situazione medica; le conclusioni dell'esperto devono inoltre essere motivate (DTF 125 V 352, 122 V 160). Per quel che riguarda i rapporti concernenti il medico curante, secondo la generale esperienza della vita, il giudice deve tenere conto del fatto che, alla luce del rapporto di fiducia esistente con il paziente, il medico curante attesterà, in caso di dubbio, in favore del suo paziente (DTF 125 V 353; VSI 2001 pag. 109).

9.

La nozione d'invalidità di cui all'art. 4 cpv. 1 LAI e 8 cpv. 1 LPGA è di carattere giuridico economico, non medico (DTF 116 V 249 consid. 1b). In base all'art. 16 LPGA, 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.

Per costante giurisprudenza, le certificazioni mediche possono costituire importanti elementi d'apprezzamento del danno invalidante, allorché permettono di valutare l'incapacità lavorativa e di guadagno dell'interessato in un'attività da lui ragionevolmente esigibile (DTF 115 V

134 consid. 2, 114 V 314 consid. 3c). In concreto, visto che il ricorrente non ha più esercitato alcuna attività lucrativa da anni (incarto AI, doc. 14), occorre esaminare la documentazione medica agli atti.

10.

Da questa e, in particolare, dalla perizia pluridisciplinare del SAM, del 3 agosto 2010 (incarto AI, doc. 99/1 a 59), dalla perizia del dott. M._____, reumatologo, del 10 luglio 2012 (incarto AI, doc. 138/1 a 12), e dal rapporto finale del dott. C._____, internista, medico dell'UAI-TI, del 21 agosto 2012 (incarto AI, doc. 139), emerge la diagnosi, con influenza sulla capacità lavorativa, di sindrome depressiva ricorrente attualmente lieve-moderata, di sindrome somatoforme da dolore persistente, di sindrome lombospondilogenica cronica nell'ambito di una "failed Low Back Surgery" (stato dopo discectomia L3/4, stabilizzazione tramite fissatore interspinoso [17 febbraio 2006], rimozione del sistema interspinoso e fusione intersomatica lombare posteriore (PLIF) mediante strumentazione posteriore e gabbie di carbonio L3/4 [2 ottobre 2006], stato dopo intervento per fistola postoperatoria e riparazione meningocele spinale [10 novembre 2006], incipienti discopatie tra L1 e S1 e spondilartrosi incipiente a livello di L4/5 e L5/S1, attualmente senza deficit neurologici oggettivi agli arti inferiori), di sindrome cervicospondilogenica cronica con alterazioni degenerative multisegmentali di media importanza tra C3 e C7 senza neurocompressione, d'incipiente gonartrosi mediale bilaterale con rottura del corno posteriore del menisco mediale, nonché, senza influsso sulla capacità lavorativa, di abuso nicotinico.

La diagnosi appena citata è in definitiva univoca agli atti, e non contestata dal ricorrente, dimodoché questo Tribunale non può che adottarla.

11.

11.1 Nell'ambito della procedura di revisione terminatasi con la decisione qui avversata, il ricorrente ha fatto valere un notevole peggioramento del suo stato di salute. Ora, rispetto alla situazione medica constatata con la decisione del 7 dicembre 2010 (cfr. consid. 7), cresciuta in giudicato incontestata, sia il dott. M._____, nella sua perizia del 10 luglio 2012, sia il dott. C._____, nel suo rapporto finale del 21 agosto 2012, hanno rilevato che essa è rimasta fondamentalmente invariata. Il dott. M._____ ha formulato la stessa diagnosi del SAM, eccettuate la sindrome depressiva ricorrente e la sindrome somatoforme da dolore persistente, fissando, come il dott. G._____, un'abilità al lavoro sull'arco di una giornata abituale di otto o nove ore, con una riduzione del

rendimento del 20%. Dal canto suo, il dott. C._____ ha espressamente rilevato la stazionarietà dello stato di salute del ricorrente e, in particolare, l'assenza di qualsiasi peggioramento della patologia psichiatrica, fissando un'incapacità lavorativa del 100% per l'attività abituale dal 1° settembre 2005, e del 30% (maggiore affaticabilità e pause supplementari) in occupazioni confacenti dal 4 agosto 2010, con una presenza di otto o nove ore al giorno ed un rendimento del 70%. Nel loro apprezzamento del caso i dottori M._____ e C._____ hanno tenuto conto della documentazione medica prodotta dal ricorrente con la sua domanda di revisione del 12 settembre 2011 e con il ricorso, in particolare la perizia del dott. N._____, concludendo in definitiva che essa non è suscettibile di cambiare la valutazione della fattispecie, dai punti di vista diagnostico e dell'incapacità lavorativa, espressa nella perizia pluridisciplinare dei medici del SAM.

11.2 Stando così le cose, questo Tribunale non può che constatare che lo stato di salute del ricorrente non ha subito alcun peggioramento e che la sua capacità lavorativa è rimasta la stessa a decorrere dal 3 agosto 2010, data della perizia del SAM, almeno fino al 18 ottobre 2012, data della decisione qui impugnata, dimodoché il suo diritto a tre quarti di rendita d'invalidità rimane acquisito.

12.

Di conseguenza, il ricorso deve essere respinto e la decisione impugnata confermata.

13.

In virtù dell'art. 24 cpv. 1 LTAF, il giudice dell'istruzione decide quale giudice unico circa lo stralcio dal ruolo delle cause divenute prive di oggetto (lett. a) e la non entrata nel merito di impugnazioni manifestamente inammissibili (lett. b). Sono fatte salve, conformemente al cpv. 2, le competenze del giudice unico secondo le leggi federali in materia di assicurazioni sociali.

Ai sensi dell'art. 85^{bis} cpv. 3 della legge federale sull'assicurazione per la vecchiaia e i superstiti (LAVS, RS 831.10), se l'esame preliminare, anteriore o posteriore a uno scambio di scritti, rileva che il ricorso al Tribunale amministrativo federale è inammissibile o manifestamente infondato, un giudice unico può, con motivazione sommaria, pronunciare la non entrata in materia o il rigetto. Questa disposizione è applicabile anche in ambito dell'assicurazione invalidità, conformemente all'art. 69 cpv. 2 3^a frase LAI.

In concreto, questo Tribunale può quindi pronunciare, quale giudice unico, il rigetto del presente ricorso manifestamente infondato.

14.

Secondo l'art. 63 cpv. 1 PA, le spese processuali sono di regola messe a carico della parte soccombente. In concreto, visto l'esito della procedura, le spese processuali di Fr. 400.- sono poste a carico del ricorrente e compensate con l'anticipo versato il 5 febbraio 2013.

In conformità con l'art. 64 cpv. 1 PA, l'autorità di ricorso, se ammette il ricorso in tutto o in parte, può assegnare al ricorrente un'indennità per le spese indispensabili e relativamente elevate che ha sopportato (spese ripetibili). Visto l'esito della procedura, non si assegnano al ricorrente indennità per spese ripetibili.

15. Per quanto concerne l'UAIE, le autorità federali non hanno diritto ad un'indennità a titolo di ripetibili (art. 7 cpv. 3 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]). Secondo la giurisprudenza, la controparte, pur vincente in causa, non ha diritto a ripetibili se assume un compito di diritto pubblico (DTF 126 V 143 consid. 4 e sentenza del Tribunale amministrativo federale C-3914/2007, del 23 aprile 2009, consid. 6.2).

Per questi motivi, il Tribunale amministrativo federale pronuncia:

1.

Il ricorso è respinto.

2.

Le spese processuali di Fr. 400.- sono poste a carico del ricorrente e compensate con l'anticipo versato il 5 febbraio 2013.

3.

Non si assegnano indennità per spese ripetibili.

4.

Comunicazione:

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

La giudice unica:

Il cancelliere:

Elena Avenati-Carpani

Dario Quirici

Rimedi giuridici:

Contro la presente decisione può essere interposto ricorso in materia di diritto pubblico al Tribunale federale, Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerna, entro un termine di 30 giorni dalla sua notificazione (art. 82 e segg., 90 e segg. e 100 della legge sul Tribunale federale del 17 giugno 2005 [LTF, RS 173.110]). Gli atti scritti devono contenere le conclusioni, i motivi e l'indicazione dei mezzi di prova ed essere firmati. La decisione impugnata e – se in possesso della parte ricorrente – i documenti indicati come mezzi di prova devono essere allegati (art. 42 LTF).

Data di spedizione: