



Corte III
C-6007/2010

Sentenza del 13 febbraio 2012

Composizione

Giudici Vito Valenti (presidente del collegio),
Elena Avenati-Carpani e Daniel Stufetti,
cancelliera Marcella Lurà.

Parti

A. _____,
patrocinato dall'avvocato Arianna Mazzone,
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 (decisione del 9 luglio 2010).

Fatti:**A.**

Il 10 febbraio 2006, l'Ufficio dell'assicurazione per l'invalidità per gli assicurati residenti all'estero (UAIE) ha deciso di erogare in favore di A. _____ – cittadino italiano, nato il (...), coniugato, con due figlie – una rendita intera dell'assicurazione svizzera per l'invalidità a decorrere dal 1° ottobre 2005, unitamente alle rendite complete in favore delle figlie. È stato stabilito, in virtù della documentazione medica agli atti (v. in particolare doc. 16 [rapporto del 27 dicembre 2005 del dott. B. _____, del Servizio medico regionale "Rhône"]), che l'interessato era affetto da insufficienza renale terminale (in trattamento con tre sedute di dialisi peritoneale alla settimana). L'interessato è pertanto stato considerato invalido per qualsiasi attività nella misura del 100% da ottobre del 2004 (doc. 19; v. anche doc. 17).

B.

B.a Nel mese di novembre del 2009, l'autorità inferiore ha avviato la prevista procedura di revisione del diritto alla rendita (doc. 20).

B.b Il 5 novembre 2009, l'UAIE ha chiesto all'INPS di C. _____ di sottoporre l'interessato ad una nuova visita medica e di far pervenire un rapporto sullo stato di salute generale (rapporto dattiloscritto redatto su modulo E 213; doc. 21).

B.c Dalle carte processuali risultano essere stati prodotti i seguenti documenti:

- documenti medici di data intercorrente da aprile 2008 a dicembre 2009 (doc. 24 a 30 e 32);
- il questionario per la revisione della rendita AI del 13 novembre 2009 (doc. 23);
- la perizia medica particolareggiata E 213 del 28 dicembre 2009, da cui emerge la diagnosi di insufficienza renale cronica (2004 malattia delle membrane sottili) trattata inizialmente con dialisi peritoneale e successivo trapianto renale complicato da ritardata ripresa funzionale e rigetto cronico ab inizio in follow up, esiti intervento per cataratta iatrogena da cortisone occhio destro e occhio sinistro (2008), ipertensione arteriosa secondaria, osteoporosi; le condizioni di salute dell'interessato sono state

definite come migliorate e lo stesso è stato ritenuto in grado di svolgere regolarmente lavori leggeri nonché, e a tempo pieno, un lavoro adeguato alle sue condizioni, ma non il suo ultimo lavoro a tempo pieno. È stato segnalato che l'interessato è considerato invalido nella misura dell'80% per l'ultimo lavoro svolto conformemente alle disposizioni di legge del Paese di residenza (doc. 31).

B.d Nel rapporto del 26 febbraio 2010, il dott. B._____, ha esposto la diagnosi principale di insufficienza renale terminale. Ha pure evidenziato la diagnosi, con ripercussioni sulla capacità lavorativa, di stato dopo trapianto renale ed osteoporosi. Ha altresì considerato l'ipertensione arteriosa e lo stato dopo intervento per cataratta siccome senza ripercussioni sulla capacità al lavoro. Detto medico ha in particolare constatato che, a seguito dell'intervento di trapianto renale, la terapia dialitica non è più necessaria. Ha quindi ritenuto che vi è stato un miglioramento dello stato di salute dell'interessato. Il dott. B._____ ha concluso ad un'incapacità lavorativa del 100% per l'interessato nella precedente attività di meccanico a decorrere dal 1° ottobre 2004, ma ad una capacità al lavoro completa (ossia del 100%) in un'attività confacente al suo stato di salute (lavoro a tempo pieno – con sollevamento di pesi non superiore ai 10 kg – esclusa ogni attività pesante) dal 1° settembre 2006 (doc. 35 e 35.1).

B.e Il 23 marzo 2010, l'UAIE ha determinato nel 31% il grado d'invalidità dell'assicurato in applicazione del metodo generale del raffronto dei redditi (doc. 36).

C.

Il 29 marzo 2010, l'autorità inferiore, mediante progetto di decisione, dopo avere constatato che in virtù dei nuovi documenti ricevuti l'esercizio di un'attività lucrativa confacente allo stato di salute – quale ad esempio portinaio, sorvegliante di parcheggio/museo, addetto a piccole consegne con veicolo, addetto alla vendita per corrispondenza, venditore, riparatore di piccoli elettrodomestici, cassiere, bigliettaio, impiegato in un ufficio – sarebbe da considerare esigibile e permetterebbe di realizzare più del 60% del guadagno che potrebbe essere ottenuto senza invalidità, ha comunicato all'assicurato che non sussisterebbe più un diritto ad una rendita, essendo intervenuto un notevole miglioramento ai sensi dell'art. 17 della legge federale del 6 ottobre 2009 sulla parte generale del diritto delle assicurazioni sociali (LPGA, RS 830.1). L'autorità inferiore ha altresì concesso all'interessato la facoltà di formulare nel termine di 30 giorni

dalla ricezione del progetto di decisione delle obiezioni per iscritto (doc. 37).

D.

D.a L'8 maggio 2010, l'interessato ha segnalato che la patologia di cui è affetto con conseguente possibilità di rigetto del rene trapiantato nonché i continui ricoveri che subisce comportano una completa incapacità al lavoro (doc. 40) Ha esibito una relazione clinica del 6 maggio 2010 ed un certificato medico del 7 maggio 2010 (doc. 38 e 39).

D.b Nel rapporto del 7 giugno 2010, il dott. B._____ ha in particolare rilevato che la relazione clinica del maggio 2010 riferisce di due episodi di rigetto acuto dopo l'intervento di trapianto, con un discreto aumento della creatinina, ma senza presenza di anomalie cliniche, segnatamente senza edemi. Ha altresì considerato la dislipidemia e l'herpes zoster recidivante siccome senza incidenza sulla capacità lavorativa. Il dott. B._____ ha quindi ritenuto che non vi erano motivi per modificare la sua precedente valutazione (doc. 42).

E.

Il 9 luglio 2010, l'autorità inferiore ha deciso di sopprimere, con effetto al 1° settembre 2010, la rendita intera d'invalidità pagata fino ad allora (doc. 44; v. anche doc. 43; sono altresì state riportate le considerazioni essenziali dei rapporti del servizio medico dell'UAIE di febbraio e giugno 2010).

F.

Il 20 agosto 2010, l'interessato ha interposto ricorso dinanzi al Tribunale amministrativo federale contro la decisione dell'UAIE del 9 luglio 2010 mediante il quale ha chiesto, sostanzialmente, il riconoscimento del suo diritto ad una prestazione dell'assicurazione svizzera per l'invalidità (anche successivamente al 1° settembre 2010) dal momento che, secondo il certificato medico del 7 maggio 2010 del dott. D._____ (già agli atti di causa), allegato in copia al gravame, è invalido nella misura del 100%. Ha sottolineato che le patologie di cui è affetto nonché i continui controlli e ricoveri ospedalieri comportano una completa inabilità al lavoro in una qualsiasi attività lucrativa (doc. TAF 1).

G.

Con decisione incidentale del 6 settembre 2010 (notificata il 9 settembre 2010; doc. TAF 3 [avviso di ricevimento]), questo Tribunale ha invitato il

ricorrente a versare, entro il 6 ottobre 2010, un anticipo di fr. 300.-- a copertura delle presumibili spese processuali. L'anticipo spese è stato versato il 22 settembre 2010 (doc. TAF 2 a 4 e 6).

H.

Nella risposta al ricorso del 4 gennaio 2011, l'autorità inferiore ha proposto la reiezione del ricorso. In virtù dei rapporti del 26 febbraio e 7 giugno 2010 del proprio servizio medico, lo stato di salute del ricorrente è migliorato. L'autorità inferiore ha altresì segnalato che l'insorgente non ha allegato alcun fatto nuovo suscettibile di giustificare un diverso apprezzamento. Infine, ha precisato che ogni assicurato deve intraprendere tutto quanto sia esigibile per ovviare alle conseguenze della sua invalidità, segnatamente mettendo a frutto la sua residua capacità lavorativa se necessario in una nuova professione (doc. TAF 1).

I.

Nella replica del 16 marzo 2011, il ricorrente si è riconfermato nelle argomentazioni in fatto e in diritto di cui al ricorso del 20 agosto 2010. Ha esibito un certificato medico del 12 marzo 2011 del dott. E. _____ (doc. TAF 11).

J.

J.a Nel rapporto del 28 aprile 2011, il dott. B. _____ ha ritenuto che il certificato medico del marzo 2011 non fa stato di alcuna nuova patologia significativa e non permette di oggettivare un peggioramento dello stato di salute. Ha quindi confermato la sua precedente valutazione (doc. 47).

J.b Nella duplice (ricevuta da questo Tribunale il 10 maggio 2011), l'autorità inferiore ha constatato, in virtù del rapporto dell'aprile 2011 del proprio servizio medico, che il documento medico prodotto in replica non apporta nuovi elementi clinico oggettivi tali da modificare la valutazione lavorativa dell'interessato. Ha quindi nuovamente proposto la reiezione del ricorso (doc. TAF 13).

K.

Con provvedimento del 9 giugno 2011 (notificato il 14 giugno 2011; doc. TAF 15 [avviso di ricevimento]), il Tribunale amministrativo federale ha concesso al ricorrente la facoltà di pronunciarsi in merito alle osservazioni dell'autorità inferiore (doc. TAF 14), facoltà di cui l'insorgente non ha fatto uso.

Diritto:**1.**

1.1. Il Tribunale amministrativo federale esamina d'ufficio e con piena cognizione la sua competenza (art. 31 e segg. della legge del 17 giugno 2005 sul Tribunale amministrativo federale [LTAF, RS 173.32]), rispettivamente l'ammissibilità dei gravami che gli vengono sottoposti (DTF 133 I 185 consid. 2 e relativi riferimenti).

1.2. Riservate le eccezioni – non realizzate nel caso di specie – di cui all'art. 32 LTAF, questo Tribunale giudica, in virtù dell'art. 31 LTAF in combinazione con l'art. 33 lett. d LTAF e l'art. 69 cpv. 1 lett. b della legge federale del 19 giugno 1959 sull'assicurazione per l'invalidità (LAI, RS 831.20), i ricorsi contro le decisioni, ai sensi dell'art. 5 della legge federale del 20 dicembre 1968 sulla procedura amministrativa (PA, RS 172.021), rese dall'Ufficio AI per le persone residenti all'estero.

1.3. In virtù dell'art. 3 lett. d^{bis} PA, la procedura in materia di assicurazioni sociali non è disciplinata dalla PA nella misura in cui è applicabile la legge federale del 6 ottobre 2000 sulla parte generale del diritto delle assicurazioni sociali (LPGA, RS 830.1). Giusta l'art. 1 cpv. 1 LAI, le disposizioni della LPGA sono applicabili all'assicurazione per l'invalidità (art. 1a-26^{bis} e 28-70), sempre che la LAI non deroghi alla LPGA.

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

2.

2.1. Il 1° giugno 2002 sono entrati in vigore l'Accordo tra la Confederazione svizzera e la Comunità europea ed i suoi Stati membri sulla libera circolazione delle persone del 21 giugno 1999 (ALC, RS 0.142.112.681) ed il relativo Allegato II che regola il coordinamento

dei sistemi di sicurezza sociale, nonché il Regolamento (CEE) n° 1408/71 del Consiglio del 14 giugno 1971 relativo all'applicazione dei regimi di sicurezza sociale ai lavoratori subordinati, ai lavoratori autonomi e ai loro familiari che si spostano all'interno della Comunità (RS 0.831.109.268.1), che si applica a tutte le rendite il cui diritto sorge a far data dal 1° giugno 2002 o successivamente e si sostituisce a qualsiasi convenzione di sicurezza sociale che vincoli due o più Stati (art. 6 Regolamento), come pure il Regolamento (CEE) n° 574/72 del Consiglio del 21 marzo 1972 relativo all'applicazione del Regolamento n° 1408/71 (RS 0.831.109.268.11). L'art. 3 del regolamento (CEE) n° 1408/71 sancisce il principio della parità di trattamento tra cittadini che risiedono in uno Stato membro della Comunità europea ed i cittadini svizzeri.

2.2. Giusta l'art. 20 ALC, salvo disposizione contraria contenuta nell'allegato II, gli accordi bilaterali tra la Svizzera e gli Stati membri della Comunità europea in materia di sicurezza sociale vengono sospesi a decorrere dall'entrata in vigore del presente Accordo qualora il medesimo campo sia disciplinato da quest'ultimo. Nella misura in cui l'Accordo, in particolare l'Allegato II che regola il coordinamento dei sistemi di sicurezza sociale (art. 8 ALC), non prevede disposizioni contrarie, l'organizzazione della procedura come pure l'esame delle condizioni di ottenimento di una rendita di invalidità svizzera sono regolate dal diritto interno svizzero.

2.3. L'art. 80a LAI sancisce espressamente l'applicabilità nella presente procedura, trattandosi di un cittadino che risiede nell'Unione europea, dell'ALC e dei Regolamenti (CEE) n° 1408/71 del Consiglio del 14 giugno 1971 e (CEE) n° 574/72 del Consiglio del 21 marzo 1972 relativo all'applicazione del Regolamento n° 1408/71.

2.4. Per costante giurisprudenza, l'ottenimento di una pensione straniera d'invalidità non pregiudica l'apprezzamento di un'invalidità secondo il diritto svizzero (v. sentenza del Tribunale federale I 435/02 del 4 febbraio 2003 consid. 2). Anche in seguito all'entrata in vigore dell'ALC, il grado d'invalidità di un assicurato che pretende una rendita dell'assicurazione svizzera è determinato esclusivamente secondo il diritto svizzero (DTF 130 V 253 consid. 2.4).

3.

3.1. Secondo l'art. 2 LPGA, le disposizioni della legge stessa sono applicabili alle assicurazioni sociali disciplinate dalla legislazione federale, se e per quanto le singole leggi sulle assicurazioni sociali lo prevedano.

3.2. Dal profilo temporale sono applicabili le disposizioni in vigore al momento della realizzazione dello stato di fatto che deve essere valutato giuridicamente o che produce conseguenze giuridiche (DTF 130 V 445 consid. 1.2 e relativi riferimenti nonché DTF 129 V 1 consid. 1.2). Ne discende che si applicano, da un lato, le norme materiali in vigore fino al 31 dicembre 2007, per quanto attiene allo stato di fatto realizzatosi fino a tale data, mentre dall'altro lato, e per il periodo successivo, le nuove norme della 5^a revisione AI (cf. DTF 130 V 1 consid. 3.2 per quanto concerne le disposizioni formali della LPGA, immediatamente applicabili con la loro entrata in vigore). La procedura di revisione del diritto alla rendita essendo stata avviata nel mese di novembre del 2009, al caso in esame si applicano di principio le disposizioni della 5^a revisione AI entrate in vigore il 1° gennaio 2008. Le disposizioni relative alla 6^a revisione AI (primo pacchetto di misure) entrate in vigore il 1° gennaio 2012 non sono invece applicabili (RU 2011 5659, FF 2010 1603).

4.

4.1. L'invalidità ai sensi della LPGA e della LAI è l'incapacità al guadagno totale o parziale presumibilmente permanente o di lunga durata che può essere conseguente ad infermità congenita, malattia o infortunio (art. 8 LPGA e 4 cpv. 1 LAI). Secondo l'art. 7 LPGA, è considerata incapacità al guadagno la perdita, totale o parziale, della possibilità di guadagno sul mercato del lavoro equilibrato che entra in considerazione, provocata da un danno alla salute fisica, mentale o psichica e che perdura dopo aver sottoposto l'assicurato alle cure ed alle misure d'integrazione ragionevolmente esigibili. 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).

4.2. Giusta l'art. 28 cpv. 2 LAI, l'assicurato ha diritto ad un quarto di rendita se è invalido per almeno il 40%, ad una mezza rendita se è invalido per almeno la metà, a tre quarti di rendita se è invalido per almeno il 60% e ad una rendita intera se è invalido per almeno il 70%. In seguito all'entrata in vigore dell'Accordo sulla libera circolazione, la limitazione prevista dall'art. 29 cpv. 4, secondo cui le rendite per un grado d'invalidità inferiore al 50%, ma pari almeno al 40%, sono versate solo ad assicurati che sono domiciliati e dimorano abitualmente in Svizzera (art.

13 LPGA), non è più applicabile segnatamente quando l'assicurato è cittadino dell'UE o svizzero e risiede nell'UE (DTF 132 V 423 consid. 6.4.1 e sentenza del Tribunale federale I 702/03 del 28 maggio 2004 consid. 1 e relativi riferimenti).

4.3. La nozione d'invalidità di cui all'art. 4 LAI e 8 LPGA è di carattere economico-giuridico e non medico (DTF 116 V 246 consid. 1b, DTF 110 V 273 e DTF 105 V 205). In base all'art. 16 LPGA, applicabile per il rinvio dell'art. 28 cpv. 2 LAI, per valutare il grado d'invalidità, il reddito che l'assicurato potrebbe conseguire esercitando l'attività ragionevolmente esigibile da lui dopo la cura medica e l'eventuale esecuzione di provvedimenti d'integrazione (reddito da invalido), tenuto conto di una situazione equilibrata del mercato del lavoro, è confrontato con il reddito che egli avrebbe potuto ottenere se non fosse diventato invalido (reddito da valido; metodo generale del raffronto dei redditi).

4.4. L'assicurazione svizzera per l'invalidità risarcisce pertanto, e di principio, soltanto la perdita economica che deriva da un danno alla salute fisica o psichica dovuto a malattia o infortunio, non la malattia o la conseguente incapacità lavorativa.

4.5. Benché l'invalidità sia una nozione economico-giuridica, le certificazioni mediche possono costituire importanti elementi per apprezzare il danno invalidante e per determinare quali lavori siano ancora ragionevolmente esigibili dall'assicurato (DTF 115 V 133 consid. 2 e DTF 114 V 310 consid. 3c).

5.

5.1. Secondo l'art. 17 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. 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.

5.2. Giusta l'art. 87 cpv. 2 OAI, la revisione avviene d'ufficio quando, in previsione di una possibile modifica importante del grado d'invalidità o di grande invalidità o dell'assistenza dovuta all'invalidità, è stato stabilito un termine nel momento dell'erogazione della rendita o dell'assegno per

grandi invalidi, o allorché si conoscono fatti o si ordinano provvedimenti che possono provocare una notevole modifica del grado d'invalidità, della grande invalidità o dell'assistenza dovuta all'invalidità.

5.3. 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 l'assistenza dovuta all'invalidità si riduce, v'è motivo d'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. La riduzione o la soppressione della rendita o dell'assegno per grandi invalidi è messa in atto il più presto, il primo giorno del secondo mese che segue la notifica della decisione (art. 88bis cpv. 2 lett. a OAI).

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

valutazione di una fattispecie restata sostanzialmente immutata (DTF 112 V 371 consid. 2b).

5.5. 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 Tribunale federale I 759/06 del 5 settembre 2007; DTF 133 V 108). Il periodo di riferimento nell'ambito della presente vertenza è quello intercorrente tra il 10 febbraio 2006, data della decisione dell'UAIE mediante la quale è stata accordata la rendita intera d'invalidità, e il 9 luglio 2010, data della decisione impugnata. Il giudice delle assicurazioni sociali analizza, infatti, la legalità della decisione impugnata, in generale, secondo lo stato di fatto esistente al momento in cui la decisione impugnata è stata resa (DTF 130 V 445 consid. 1.2 e 1.2.1).

6.

6.1. Il giudice delle assicurazioni sociali deve esaminare in maniera obiettiva tutti i mezzi di prova, indipendentemente dalla loro provenienza, e poi decidere se i documenti messi a disposizione permettono di giungere ad un giudizio attendibile sulle pretese giuridiche litigiose. Affinché il giudizio medico acquisti valore di prova rilevante, esso deve essere completo in merito ai temi sollevati, deve fondarsi, in piena conoscenza della pregressa situazione valetudinaria (anamnesi), su esami approfonditi e tenere conto delle censure sollevate dal paziente, per poi giungere in maniera chiara a fondate, logiche e motivate deduzioni. Peraltro, per stabilire se un rapporto medico ha valore di prova non è determinante né la sua origine né la sua denominazione – ad esempio quale perizia o rapporto – ma il suo contenuto (DTF 125 V 351 consid. 3a).

6.2. Giova altresì rilevare come debba essere considerato con la necessaria prudenza l'avviso dei medici curanti, i quali possono tendere a pronunciarsi in favore del proprio paziente a dipendenza dei particolari legami che essi hanno con gli stessi (DTF 125 V 351 consid. 3b e relativi riferimenti).

6.3. Non va infine dimenticato che se vi sono dei rapporti medici contraddittori il giudice non può evadere la vertenza senza valutare l'intero materiale e indicare i motivi per cui egli si fonda su un rapporto piuttosto che su un altro. Al riguardo va tuttavia precisato che non si può pretendere dal giudice che raffronti i diversi pareri medici e parimenti esponga correttamente da un punto di vista medico, come farebbe un perito, i punti in cui si evidenziano delle carenze e quale sia l'opinione più adeguata (sentenza del Tribunale federale I 166/03 del 30 giugno 2004 consid. 3.3).

7.

7.1. Questo Tribunale rileva che il 10 febbraio 2006, momento in cui è stata accordata una rendita intera dell'assicurazione svizzera per l'invalidità con effetto dal 1° ottobre 2005, è stato stabilito, segnatamente sulla base della presa di posizione del dott. B._____ del 27 dicembre 2005 (doc. 16), che il ricorrente era affetto da insufficienza renale terminale in trattamento con tre sedute di dialisi peritoneale alla settimana (v. anche la perizia medica particolareggiata E 213 dell'11 marzo 2005 [doc. 12]).

7.2. Nell'ambito della procedura di revisione, dalla documentazione medica agli atti (cfr. in particolare dalla perizia medica particolareggiata E 213 del 28 dicembre 2009 [doc. 31] e dalle prese di posizione del medico SMR del 26 febbraio e 7 giugno 2010 [doc. 35 e 42]) emerge che l'insorgente soffre segnatamente di insufficienza renale cronica trattata inizialmente con dialisi peritoneale e successivo trapianto renale complicato da ritardata ripresa funzionale e rigetto cronico ab inizio in follow up, cataratta secondaria con esiti intervento per cataratta occhio destro e occhio sinistro, ipertensione arteriosa secondaria, osteoporosi, dislipidemia ed herpes zoster.

7.3.

7.3.1. Il dott. B._____, medico del SMR, nei rapporti del 26 febbraio e 7 giugno 2010 (doc. 35 e 42), su cui si fonda la decisione impugnata, ha ritenuto di poter ravvisare, in virtù della documentazione medica assunta agli atti, un notevole miglioramento dello stato di salute del ricorrente e, conseguentemente, della sua capacità al lavoro. In particolare, ha rilevato che l'insorgente è stato sottoposto ad un intervento di trapianto renale, che – nonostante abbia subito due episodi di rigetto acuto in giugno ed agosto del 2006 e presenti una funzione renale alterata con un discreto

aumento della creatinina, ma senza presenza di anomalie cliniche – la terapia di dialisi non è più necessaria e che l'alterazione della funzione renale di cui soffre non appare grave. Detto medico ha inoltre ritenuto che le nuove affezioni (aggiuntasi al quadro clinico esistente nel 2006), ossia l'ipertensione arteriosa, la dislipidemia, l'osteoporosi, la cataratta e l'herpes zoster, non hanno alcuna incidenza sulla capacità al lavoro, fermo restando che la cataratta può certo provocare una diminuzione della vista, ma è facilmente curabile con un intervento chirurgico (l'intervento di asportazione della cataratta giustifica peraltro un'incapacità al lavoro di breve durata). Il dott. B. _____ ha quindi ribadito che l'insorgente non è più in grado di svolgere la precedente attività di operatore di macchine dall'ottobre del 2004, ma ha ritenuto esigibile, dal profilo medico, a far tempo da settembre del 2006 (sei mesi dopo l'intervento di trapianto del rene), l'esercizio di un'attività confacente al suo stato di salute nella misura del 100%.

7.3.2. Questo Tribunale non ha motivo di scostarsi, nella sostanza, dal suddetto apprezzamento ritenuto come lo stesso trovi fondamento anche nella perizia medica particolareggiata E 213 del 28 dicembre 2009 (doc. 31). In effetti, il medico incaricato dell'esame ha indicato che il ricorrente non "è più in terapia dialitica", che le sue condizioni di salute sono migliorate e che il medesimo è in grado di svolgere, e a tempo pieno, un lavoro sostitutivo adeguato alle sue condizioni (doc. 31 pag. 8 n. 8 e 9). Certo, nella perizia E 213 è indicato che l'insorgente lamenta un tono dell'umore ansioso (doc. 31 pag. 3 n. 4.1), disturbo peraltro neppure riportato nella diagnosi (cfr. doc. 31 pag. 8 n. 6) e ritenuto senza incidenza, da un profilo medico, sulla capacità a svolgere un lavoro sostitutivo adeguato. A prescindere dal fatto che è stata altresì evidenziata un'invalidità dell'80%, ma solo per la precedente attività di "operatore macchine speciali trivellazioni", giova rammentare che la valutazione di un'autorità straniera con riferimento all'incapacità lavorativa di un assicurato non vincola di principio le autorità svizzere nell'apprezzamento del caso secondo il diritto svizzero (v. sentenza del Tribunale federale I 435/02 del 4 febbraio 2003 consid. 2 nonché consid. 2.4 del presente giudizio).

7.4. Certo, il ricorrente ha fatto valere, in sede di ricorso, che le patologie di cui è affetto giustificano una completa incapacità al lavoro in una qualsiasi attività lucrativa. Egli fonda la sua (diversa) opinione segnatamente sul certificato medico del 12 marzo 2011 del dott. E. _____ (doc. TAF 11), prodotto con atto di replica.

7.4.1. Nel rapporto del 28 aprile 2011 (doc. 47), il dott. B._____ ha in particolare ritenuto che detto certificato medico del marzo 2011 espone le note diagnosi, fa stato di un'osteoporosi, ma senza indicazione di alcuna frattura, e di una nevrosi ansioso-depressiva, ma senza riferimento ad una classificazione secondo un metodo scientifico e senza informazioni sullo stato psichico e sulla terapia, e non apporta alcun riscontro medico oggettivo che permetta di concludere ad un peggioramento dello stato di salute del ricorrente.

7.4.2. Occorre altresì precisare che, secondo giurisprudenza, il giudice delle assicurazioni sociali esamina la decisione impugnata sulla base della situazione di fatto esistente al momento in cui essa è stata resa e tiene conto dei fatti verificatisi dopo tale data quando essi possano imporsi quali elementi d'accertamento retrospettivo della situazione anteriore alla decisione stessa (DTF 129 V 1 consid. 1.2 e DTF 121 V 362 consid. 1b), in altri termini se gli stessi sono strettamente connessi all'oggetto litigioso e sono suscettibili di influire sull'apprezzamento del giudice al momento in cui detta decisione litigiosa è stata resa (cfr. sentenze del Tribunale federale 8C_278/2011 del 26 luglio 2011 consid. 5.5 nonché 9C_116/2010 del 20 aprile 2010 consid. 3.2.2; DTF 121 V 362 consid. 1b e DTF 118 V 200 consid. 3a in fine). A prescindere dal fatto che tali condizioni non sono adempite per quanto attiene al certificato medico del marzo 2011 del dott. E._____, va rilevato che tale rapporto si esaurisce in una semplice enumerazione di affezioni di cui soffrirebbe il ricorrente senza riferimento all'evoluzione delle stesse nel tempo e si limita ad un generico apprezzamento delle conseguenze delle affezioni, all'indicazione di una nevrosi ansioso-depressiva e ad informazioni generiche sullo stato psichico del paziente (come per esempio a somatizzazioni viscerali e disturbi del sonno). Non va altresì dimenticato che un'insufficienza renale cronica di stadio III costituisce di principio un'insufficienza di grado moderato. Peraltro, dai documenti medici agli atti di causa non è ravvisabile, nel periodo determinante, alcun (nuovo) elemento clinico oggettivo suscettibile d'incidere sulla completa capacità al lavoro in un'attività sostitutiva confacente allo stato di salute come ritenuta dal servizio medico dell'UAIE.

7.5. Sulla scorta delle considerazioni che precedono e delle risultanze degli atti di causa, è giustificato concludere che lo stato di salute del ricorrente è migliorato nel periodo determinante (cfr. consid. 5.5 del presente giudizio), nel senso che, come prima, quest'ultimo non può più svolgere la precedente attività di operatore di macchine, ma che a lui sarebbero state ragionevolmente proponibili al 100%, da settembre del

2006, attività sostitutive leggere e adeguate al suo stato di salute, come quelle indicate nella decisione impugnata.

8.

Occorre altresì rilevare che il medico dell'INPS che ha redatto la perizia E 213 del dicembre 2009 ha segnalato che una riqualificazione professionale sarebbe atta a migliorare la capacità al lavoro dell'insorgente (doc. 31 pag. 11 n. 11.12). Ora, secondo giurisprudenza, allorquando un assicurato ha beneficiato di una rendita intera d'invalidità durante un periodo prolungato, l'autorità che intende procedere ad una revisione del diritto alla rendita, è tenuta ad esaminare l'opportunità dell'adozione di misure di reintegrazione professionale (cfr. sentenza del Tribunale federale 9C_368/2010 del 31 gennaio 2011 consid. 5). Peraltro, in una sentenza del 26 aprile 2011, il Tribunale federale ha precisato che l'opportunità dell'adozione di misure di reintegrazione deve di principio essere esaminata se la diminuzione o la soppressione della rendita concerne una persona che ha 55 anni oppure che beneficia di una rendita da più di 15 anni (cfr. sentenza del Tribunale federale 9C_228/2010 del 26 aprile 2011 consid. 3.3). A prescindere dal fatto che il ricorrente aveva 47 anni ed un mese nel momento in cui, nel settembre del 2010, l'UAIE ha previsto, nella decisione impugnata, di sopprimere la rendita accordata all'insorgente da quasi 5 anni, segnatamente da ottobre del 2005, ritenuto che allo stesso si presenta un ventaglio relativamente ampio di professioni possibili nel settore dei servizi (e sufficientemente specificate), con mansioni semplici e ripetitive, nel caso concreto l'adozione di misure di reintegrazione professionale non appare necessaria.

9.

Infine, occorre esaminare la conformità del tasso d'invalidità calcolato dall'autorità inferiore.

9.1. Questo Tribunale osserva, con riferimento al calcolo effettuato dall'autorità inferiore per la determinazione del grado d'invalidità, secondo le basi di calcolo di cui al documento n. 36, peraltro trasmesso all'insorgente mediante il provvedimento del 10 febbraio 2011 di questo Tribunale (doc. TAF 9), che occorre riferirsi piuttosto ai dati dell'anno 2010, ritenuto che la rendita intera d'invalidità è stata soppressa con effetto al 1° settembre 2010, che a quelli del 2008, fermo restando che nulla cambia nella sostanza all'esito della causa.

9.2. Si sarebbe pertanto dovuto tenere conto di un salario mensile senza invalidità di fr. 6'605.40, conseguibile come operatore di macchine nel

2010 (tenuto conto del salario percepito nel 2001 [il più favorevole al ricorrente dal momento che corrisponde al salario percepito nell'ultimo anno in cui ha lavorato durante 12 mesi] secondo l'estratto del conto individuale dell'interessato della Cassa svizzera di compensazione [doc. 5] indicizzato al 2010 [l'indice dei salari nominali per la categoria degli uomini è passato da 1902 nel 2001 a 2151 nel 2010; cfr. statistiche edite dall'Ufficio federale di statistica]) e di un salario medio mensile con invalidità nel 2010 di fr. 4'543.85 secondo la pertinente Tabella TA1 (2010) dell'inchiesta svizzera sulla struttura dei salari (tenuto conto di un salario medio mensile nel 2010 di fr. 4'869.-- nella categoria "commercio all'ingrosso", di fr. 4'508.-- nella categoria "commercio al dettaglio", di fr. 4'501.-- nella categoria "servizi amministrativi" e di fr. 4'474.-- nella categoria "attività di servizio" e di un orario medio usuale di 41.7 ore settimanali [cfr. statistiche pubblicate dall'Ufficio federale di statistica] e della presa in considerazione di una riduzione del 5%, la quale appare ammissibile, conto tenuto delle particolarità personali e professionali del caso).

9.3. Dal confronto fra il reddito da valido di fr. 6'605.40 e quello da invalido di fr. 4'543.85 consegue la determinazione di un grado d'invalidità del 31,21% ($\frac{6'605.40 - 4'543.85}{6'605.40} \times 100 = 31,21\%$) che esclude il riconoscimento del diritto ad una rendita dell'assicurazione svizzera per l'invalidità.

9.4. A titolo abbondanziale, questo Tribunale rileva che anche nella denegata ipotesi in cui si volesse, in considerazione dell'insieme delle circostanze determinanti del caso di specie, considerare quale reddito da valido quello conseguibile dal ricorrente nel 2010 quale operaio con conoscenze specializzate nel settore della costruzione secondo la Tabella TA1 dell'ISS (livello di qualificazione 3, dal momento che conto tenuto delle particolarità del caso in esame è escluso l'inserimento nel livello di qualificazione 1-2), il salario mensile senza invalidità ammonterebbe a fr. 5'971.70 (tenuto conto di un salario medio mensile nel 2010 di fr. 5'742.-- e di un orario medio usuale di 41.7 ore settimanali [cfr. statistiche pubblicate dall'Ufficio federale di statistica]) e il grado d'invalidità dell'insorgente si situerebbe al 23,91% (anno 2010, con riduzione giurisprudenziale del 5%), insufficiente per giustificare il diritto ad una rendita dell'assicurazione svizzera per l'invalidità.

10.

Da quanto esposto, consegue che il ricorso, destituito di fondamento, non merita tutela e la decisione impugnata va confermata.

11.

11.1. Visto l'esito della procedura, le spese processuali, di fr. 300.--, sono poste a carico del ricorrente (art. 63 cpv. 1 e cpv. 5 PA nonché art. 3 lett. b del regolamento sulle tasse e sulle spese ripetibili nelle cause dinanzi al Tribunale amministrativo federale [TS-TAF, RS 173.320.2]). Esse sono computate con l'anticipo spese, di identico ammontare, versato dal ricorrente stesso il 22 settembre 2010.

11.2. Al ricorrente, soccombente, non spetta altresì alcuna indennità per spese ripetibili della sede federale (art. 64 PA in combinazione con l'art. 7 cpv. 1 e 2 TS-TAF a contrario). Peraltro, le autorità federali, quand'anche vincenti, non hanno di principio diritto ad un'indennità a titolo di ripetibili (art. 7 cpv. 3 TS-TAF), salvo eccezioni non ravvisabili nel caso concreto (v., fra l'altro, DTF 127 V 205).

(dispositivo alla pagina seguente)

Per questi motivi, il Tribunale amministrativo federale pronuncia:**1.**

Il ricorso è respinto.

2.

Le spese processuali, di fr. 300.--, sono poste a carico del ricorrente. L'anticipo spese di fr. 300.--, versato il 22 settembre 2010, è computato con le spese processuali.

3.

Non si attribuiscono spese ripetibili.

4.

Comunicazione a:

- rappresentante del ricorrente (Raccomandata con avviso di ricevimento)
- autorità inferiore (n. di rif.)
- Ufficio federale delle assicurazioni sociali

Il presidente del collegio:

La cancelliera:

Vito Valenti

Marcella Lurà

Rimedi giuridici:

Contro la presente decisione può essere interposto ricorso in materia di diritto pubblico al Tribunale federale, Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerna, entro un termine di 30 giorni dalla sua notificazione (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: