



Corte III
C-6563/2014

Sentenza del 25 luglio 2016

Composizione

Giudici Michela Bürki Moreni (presidente del collegio),
Michael Peterli, Caroline Bissegger;
Cancelliere: Dario Croci Torti.

Parti

A. _____,
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 17 settembre 2014).

Fatti:**A.**

A.a A. _____, cittadino spagnolo, nato il , ha lavorato in Svizzera dal 1981 al 2002, solvendo regolari contributi all'assicurazione svizzera per la vecchiaia, i superstiti e l'invalidità (doc. 35 pag. 4). Dopo il rimpatrio ha continuato ad esercitare un'attività lucrativa, nel settore della costruzione (doc. 30). Dal 2005 era dipendente di un'impresa edile in qualità di mutatore, fino al 6 novembre 2009, quando si ritirò dal lavoro per sopravvenuta invalidità (doc. 30). I

A.b Il 3 giugno 2010 l'interessato ha formulato all'Ufficio dell'assicurazione per l'invalidità per gli assicurati residenti all'estero (UAIE), per il tramite dell'Istituto nazionale della sicurezza sociale (INSS) spagnolo, una domanda volta al conseguimento di una prestazione dell'assicurazione Al svizzera (doc. 3).

L'indagine medica ha posto in evidenza che il richiedente era portatore di un'uremia per insufficienza renale cronica con trattamento emodialitico tri-settimanale a decorrere dal novembre 2009, cardiopatia ipertensiva con ischemia cronica e malattia coronarica monovasale con stenosi del 75% a livello DA prossimale, diabete mellito II trattato. Il medico dell'INSS, nel rapporto del 1° marzo 2011, aveva posto un grado d'invalidità totale in esito a tale complesso patologico (doc. 21). Il medico dell'UAIE, nel rapporto del 2 maggio 2011, aveva ammesso un grado d'invalidità del 100% nella precedente attività di muratore e del 50% in attività più confacenti, leggere, sedentarie, in ambiente pulito e secco, da novembre 2009 (doc. 25).

L'indagine comparativa dei redditi, effettuata sul mercato del lavoro e le statistiche svizzeri, evidenziava un'incapacità di guadagno del 68% (doc. 26).

A.c Dopo il progetto di decisione comportante il riconoscimento di tre quarti di rendita dal 1° dicembre 2010 (doc. 31), l'UAIE, con decisione del 29 agosto 2011 (doc. 35), ha erogato in favore dell'assicurato una prestazione conformemente al progetto.

B.

B.a Nell'aprile 2014 l'UAIE ha avviato la prevista procedura di revisione del diritto alla rendita (doc. 38, 39, 40). L'assicurato ha dichiarato di non aver più svolto attività lucrativa dopo il pensionamento per invalidità (doc. 42).

Sono stati versati agli atti:

- una perizia medica particolareggiata (E 213) allestita il 27 maggio 2014, ove il medico dell'INSS rileva la diagnosi di esiti di trapianto renale del 3 maggio 2011 con funzione renale piena e stabile, ipertensione arteriosa controllata, diabete mellito in trattamento con insulina, poliglobulia causante occasionali emorragie; il medico ha spiegato che il paziente è limitato solo in attività comportanti sforzi addominali o lavori con rischi d'infezioni in luoghi umidi, caldi, insalubri, ecc. (doc. 43).

- un estratto di cartella clinica del 5 maggio 2014 per controllo nefrologico con valori e funzionalità normali (doc. 44).

B.b L'incarto è stato sottoposto al Dott. B. _____, generalista, il quale, nel rapporto del 17 giugno 2014 (doc. 47), ha constatato il pieno successo del trapianto avvenuto nel 2011, ammesso l'esistenza di una totale incapacità di lavoro come muratore e indica una capacità lavorativa del 100% in attività sostitutive rispettose di determinate condizioni già ricordate dal medico dell'INSS.

B.c L'Ufficio AI ha effettuato un calcolo comparativo dei redditi fondato sulle statistiche (svizzere), da cui è risultato che svolgendo attività alternative in misura del 100%, invece di quella di muratore, l'interessato subirebbe una perdita di guadagno del 36%. In questo calcolo (doc. 48) il salario statistico dopo l'insorgenza dell'invalidità è stato ridotto del 20% per tenere conto della situazione personale dell'assicurato (età, handicap).

B.d Un progetto di decisione comportante la soppressione del diritto alla rendita è stato inviato all'interessato l'11 luglio 2014 (doc. 49).

Con scritto del 1° agosto 2014 (doc. 54), l'assicurato ha manifestato il suo disaccordo con il progetto di cui sopra. Produce un referto di visita nefrologica del 31 luglio 2014 con allegati i risultati di indagini ematochimiche (doc. 51) e copia dell'E 213 del 27 maggio 2014 sopra ricordato (doc. 53).

B.e Ricevute le osservazioni, l'UAIE ha risottoposto l'incarto al Dott. B. _____, il quale, nella sua relazione del 2 settembre 2014 (doc. 56)

osserva che i recenti controlli medici esibiti confermano il successo del trapianto renale avvenuto nel 2011.

B.f Mediante decisione del 17 settembre 2014, l'UAIE ha soppresso la prestazione di tre quarti di rendita AI in corso con effetto dal 1° novembre 2014 (doc. 58).

C.

Con il ricorso depositato il 27 ottobre 2014, A. _____ contesta la decisione impugnata facendo valere che la sua salute non è migliorata, che egli all'età di 58 anni dispone di meno forza (come viene ammesso anche nella decisione impugnata in cui si riconosce che egli può trasportare al massimo 5kg) e che i medicinali che è costretto ad assumere limitano le capacità cognitive, dell'attenzione e dell'equilibrio, chiede pertanto l'annullamento della stessa ed il ripristino della prestazione AI. A suffragio delle sue conclusioni produce un più recente esame nefrologico effettuato il 7 ottobre 2014 con allegati i risultati di vari esami specifici (doc. TAF 1 ed allegati).

D.

Con ordinanza del 24 novembre 2014, il TAF ha invitato il ricorrente a versare un anticipo di fr. 400.- corrispondente alle presunte spese processuali. Detto anticipo è stato regolarmente versato il 29 dicembre 2014 (doc. TAF 2 e 3).

E.

Ricevuto il ricorso e la documentazione medica allegata, l'UAIE ha risottoposto gli atti al Dott. B. _____, il quale nella nota del 22 febbraio 2015, si è riconfermato nelle sue precedenti conclusioni (allegato al doc. TAF 9). Nelle sue osservazioni ricorsuali del 5 marzo 2015, l'UAIE propone pertanto la reiezione del ricorso.

F.

Con ordinanza del 10 marzo 2015 il TAF ha invitato il ricorrente a presentare la replica, sottoponendogli i documenti medici di rilievo. L'interpellato non ha formulato osservazioni.

Diritto:**1.**

1.1 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 portate 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.

1.2 Secondo l'art. 3 lett. d^{bis} 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-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 relativo alle spese processuali è stato versato nel termine impartito.

2.**2.1**

2.1.1 Dal profilo temporale sono applicabili le disposizioni in vigore al momento della realizzazione dello stato di fatto che deve essere valutato giuridicamente o che produce conseguenze giuridiche (DTF 136 V 24 consid.

4.3 e 130 V 445 consid. 1.2 con rinvii, nonché 129 V 1 consid. 1.2). Se è intervenuto un cambiamento delle norme legislative nel corso del periodo sottoposto ad esame giudiziario, il diritto eventuale 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).

2.1.2 Contestato in concreto è il diritto del ricorrente di percepire una rendita di invalidità anche dal 1° novembre 2014. Ne consegue che è applicabile la 6a revisione 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.

2.2 Giova altresì rilevare che il potere cognitivo di questo Tribunale è delimitato dalla data della decisione impugnata, in concreto il 17 settembre 2014. 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).

3.

3.1 Il ricorrente è cittadino di uno Stato membro della Comunità europea. È applicabile quindi, 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 parte, entrato in vigore il 1° giugno 2002 (ALC, RS 0142.112.681). Il ricorrente ha soggiornato in Brasile dal giugno 2009 (consid. B.b) a inizio 2012 (doc. TAF 1) e quindi non nel periodo contestato.

3.2 L'Allegato II, che regola il coordinamento dei sistemi di sicurezza sociale, è stato modificato il 1° aprile 2012 (Decisione 1/2012 del Comitato misto del 31 marzo 2012; RU 2012 2345).

Tuttavia, il caso in esame è disciplinato (a seguito del rinvio dell'art. 80a LAI) dalla versione dell'Allegato II in vigore fino al 31 marzo 2012 (cfr. RU 2002 1527, RU 2006 979 e 995, RU 2006 5851, RU 2009 2411 e 2421), in base alla quale le parti contraenti applicano fra di loro gli atti comunitari seguenti: 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 (RU 2004 121, RU 2008 4219, RU 2009 4831), normativa applicabile a tutte le rendite il cui diritto nasce a far data dal 1° giugno 2002 o successivamente, e che sostituisce le Convenzioni di sicurezza sociale che disciplinavano i rapporti fra due o più Stati (art. 6 del regolamento), ed il Regolamento (CEE) n° 574/71 del Consiglio del 21 marzo 1972, relativo all'applicazione del Regolamento (CEE) n° 1408/71 (RU 2005 3909, RU 2009 621, RU 2009 4845).

3.3 Secondo l'art. 3 del Regolamento (CEE) n° 1408/71, i cittadini degli Stati membri della Comunità europea ed i cittadini svizzeri godono della parità di trattamento. In base all'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 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 i 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 d'invalidità svizzera, sono regolate dal diritto interno svizzero (DTF 130 V 257 consid. 2.4).

4.

Oggetto del contendere è, nel caso concreto, la soppressione del diritto a tre quarti di rendita, dal 1° novembre 2014, di cui era al beneficio l'assicurato sin dal 1° dicembre 2010. L'insorgente sostiene che le sue condizioni di salute e, di conseguenza, la sua capacità di lavoro, non sarebbero migliorate. Dal canto suo, l'UAIE, tramite il suo medico consulente e la documentazione esibita, ritiene che l'operazione di trapianto renale (avvenuta nel maggio 2011) abbia avuto pieno successo per cui l'assicurato è ora in grado di svolgere una piena attività lucrativa sostitutiva a determinate condizioni di ambiente e sforzi.

5.

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).

6.

6.1 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.

6.2 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. 1^{ter} 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.

6.3 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).

6.4 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).

6.5 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.

7.

7.1 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.

7.2 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).

7.3 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.

7.4 Giusta l'art. 88^{bis} cpv. 2 OAI, la riduzione o la soppressione della rendita, dell'assegno per grandi invalidi o del contributo per l'assistenza è messa in atto: a) il più presto, il primo giorno del secondo mese che segue la notifica della decisione.

8.

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

8.2 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).

8.3 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).

8.4 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.

8.5 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).

8.6 In presenza di rapporti medici contraddittori il giudice non può inoltre 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).

9.

9.1 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).

9.2 In concreto il periodo di riferimento è pertanto quello intercorrente fra la decisione del 29 agosto 2011, tramite la quale sono stati erogati tre quarti di rendita all'assicurato con effetto dal 1° dicembre 2010 (doc. 35) ed il 17 settembre 2014, data della decisione impugnata, con la quale la prestazione in corso è stata soppressa con effetto 1° novembre 2014.

10.

10.1 In concreto, ai fini del riconoscimento dei tre quarti di rendita AI con effetto dal 1° dicembre 2010 l'autorità amministrativa si era fondata su atti medici dai quali traspariva che dal 2009 l'assicurato era portatore di una grave uremia per insufficienza renale cronica di origine indeterminata, motivo per cui ha dovuto sottoporsi trisettimanalmente, a partire da novembre 2009, a trattamento emodialitico; egli soffriva inoltre di cardiopatia ipertensiva con ischemia cronica e malattia coronarica monovasale con stenosi del 75% a livello DA prossimale, diabete mellito tipo II in trattamento insulinico (cfr. perizia medica particolareggiata dell'INSS del 1° marzo 2011 del medico dell'INSS, doc. 21, presa di posizione del Dott. C. _____ del 24 maggio 2011, doc. 25). Secondo il medico dell'UAIE il paziente era sottoposto a "complessa strategia terapeutica (emodialisi trisettimanale e cura medicamentosa)" e aspirava ad un trapianto del rene.

Alla luce della documentazione prodotta e del parere del proprio medico, l'UAIE ha concluso per un'incapacità lavorativa totale nell'ultima attività esercitata dal 6 novembre 2009 e in altre attività leggere in posizione alternata, al riparo da umidità, intemperie e freddo e dal caldo per un'inabilità del 50% (doc. 34 pag.2, doc. 25).

10.2 In data 3 maggio 2011 l'interessato è stato sottoposto a trapianto del rene sinistro (doc. 41).

10.3 Al momento della revisione è stata ritenuta la diagnosi di esiti di trapianto renale del 3 maggio 2011 con funzione renale piena e stabile (si confronti anche il rapporto del servizio di nefrologia dell'ospedale universitario centrale di Asturias, del 5 maggio 2014, doc. 41 pag. 1 e del 31 luglio 2014), ipertensione arteriosa controllata, diabete mellito in trattamento insulinico, dislipidemia trattata, poliglobulia che può provocare occasionali emorragie (cfr. perizia medica particolareggiata del 27 maggio 2014, doc. 43).

Questa diagnosi è stata ripresa (con l'aggiunta della malattia coronarica già nota in precedenza) e condivisa dal Dott. B. _____, medico consulente dell'UAIE nel rapporto del 17 giugno 2014 (doc. 47).

10.4 L'assicurato dal canto suo non ha fornito, né in sede d'istruttoria, né con il ricorso, documenti medici che attestino eventuali ulteriori patologie. Il nuovo rapporto del "servicio de salud" del 31 luglio 2014 conferma infatti che la funzione renale è stabile, come attestato durante i precedenti controlli (rapporto allegato al doc. TAF 1).

11.

11.1 Per quanto riguarda concretamente le conseguenze del danno alla salute sulla capacità lavorativa, circostanza contestata in concreto, va rilevato che il medico dell'INSS ha chiaramente confermato che l'interessato non può più riprendere il precedente lavoro di muratore (invalidità 100%). Il medico dell'INSS spagnolo ha invece indicato che il paziente è limitato nei compiti che richiedono l'uso di una forza addominale ("presa abdominal") od un rischio biologico di infezioni, oppure attività con un rischio di lesione della fistola ove veniva praticata (fino al maggio 2011) la dialisi. Inoltre l'interessato dovrà evitare lavori in ambienti freddi ed umidi o con fumi e vapori, lavori pesanti. In ogni caso, il medico spagnolo indica che l'assicurato è in grado di svolgere lavori leggeri (cfr. doc. 43 cifra 8 e seg.).

11.2 Il Dott. B. _____ ha ripreso la perizia menzionata e si avvale anche dei risultati chiari delle visite nefrologiche periodiche alle quali l'interessato deve sottoporsi. Agli atti non vi sono tutti i verbali di queste visite, ma quelle più recenti (doc. 44, verbale del 5 maggio 2014; doc. 51 verbale del 31 luglio 2014, doc. TAF 1 verbale del 7 ottobre 2014). Il Dott. B. _____, osserva, nei suoi rapporti del 17 giugno, 2 settembre 2014 e 22 febbraio 2015 (doc. 47, 56, doc. TAF 9 allegato), che l'assicurato ha subito un trapianto renale con successo, che la funzionalità renale è tornata del tutto normale e che il paziente si presenta in buone condizioni generali. Egli fa notare che i rapporti nefrologici attestano valori nella norma e che il paziente segue la terapia immunologica. Infatti, si può leggere in detti rapporti come ci sia "funcion renal plena y estable con creatinina en torno a 1-1,2 mg/dl y proteinuria de bajo nivel <0,5 g/24 horas, tratamiento actual con pauta libre de esteroides mas anticalcineurínico y antiploriferativo" Il Dott. B. _____ condivide le limitazioni di lavoro già menzionate dal medico dell'INSS e ritiene come non vi siano più motivi per riconoscere un'inabilità lavorativa nell'ambito di attività leggere in ambienti consoni come sopra specificato.

11.3 Stando così le risultanze mediche e ritenuto che il ricorrente non ha prodotto referti sanitari che mettano in dubbio le valutazioni precedenti – ma al contrario ha trasmesso documenti che confermano il miglioramento intervenuto dopo il trapianto del rene – questa Corte ritiene non esservi alcuna necessità di ordinare l'erezione di una perizia specialistica. Si ammette quindi che, a partire da alcuni mesi dopo l'intervento di trapianto renale (maggio 2011), come indica il Dott. B. _____ (3 luglio 2011, doc. 47, pag. 1), o, in ogni caso, a partire dalla data della procedura revisionale (aprile 2014), le condizioni di salute e la conseguente capacità di lavoro dell'assicurato sono indubbiamente migliorate rispetto alla situazione che si presentava prima del trapianto, quando il paziente doveva sottoporsi a lunghe procedure dialitiche tre volte per settimana.

Ne consegue la piena capacità di lavoro dell'assicurato a partire al più tardi da aprile 2014 nell'ambito delle attività suddette leggere ed in ambienti salubri al cento per cento. La data indicata dal Dott. B. _____ deve essere scartata, in quanto non essendo provato con il grado della verosimiglianza preponderante valido nelle assicurazioni sociali che l'interessato abbia riacquisito pienamente buone condizioni di salute già da luglio 2011.

12.

12.1 L'invalidità è determinata stabilendo il rapporto fra il reddito del lavoro che l'assicurato conseguirebbe dopo la manifestazione dell'invalidità e dopo l'esecuzione di eventuali provvedimenti d'integrazione nell'esercizio di un'attività lucrativa ragionevolmente esigibile da lui in condizioni normali del mercato del lavoro e il reddito che potrebbe conseguire se non fosse diventato invalido (art. 16 LPGGA).

12.2 Per determinare il reddito ipotetico conseguibile dalla persona assicurata senza il danno alla salute (reddito da valido), occorre stabilire quanto la stessa, nel momento determinante (corrispondente alla decorrenza dell'eventuale diritto alla rendita), guadagnerebbe secondo il grado di verosimiglianza preponderante quale persona sana, tenuto conto delle sue capacità professionali e delle circostanze personali. Tale reddito dev'essere determinato il più concretamente possibile. Di regola ci si fonderà sull'ultimo reddito che la persona assicurata ha conseguito prima del danno alla salute, se del caso adeguandolo all'evoluzione dei salari. Soltanto in presenza di circostanze particolari ci si potrà scostare da questo valore e ricorrere ai dati statistici risultanti dall'ISS (v. DTF 134 V 322 consid. 4.1 pag. 325; 129 V 222 consid. 4.3.1 pag. 224 con riferimenti). Questo sarà in particolare il caso qualora dovessero mancare indicazioni riguardanti l'ultima attività professionale dell'assicurato o se l'ultimo salario da lui percepito non corrisponde manifestamente a quello che egli sarebbe stato in grado di conseguire con ogni verosimiglianza in qualità di persona valida; per esempio se l'assicurato, prima di essere riconosciuto definitivamente incapace al lavoro, si trovava in disoccupazione o aveva già delle difficoltà professionali a causa del deterioramento progressivo del suo stato di salute o ancora percepiva una remunerazione inferiore alle usuali norme salariali. Entra ugualmente in linea di conto la situazione in cui il posto di lavoro della persona assicurata prima dell'insorgenza del danno alla salute non esiste più al momento determinante della valutazione dell'invalidità (DTF 134 V 322 consid. 4.1 pag. 325; cfr. sentenza del TF 9C_416/2010 del 26 gennaio 2011 consid. 3.2).

13.

13.1 Nel caso in esame andrebbe tenuto conto del reddito da valido percepito dall'assicurato nell'ultima attività svolta in Spagna (consid. A). Tuttavia l'UAIE, nel calcolo comparativo dei redditi effettuato il 2 luglio 2014 (doc. 48) ed anche in quello eseguito nel 2011 (doc. 26), ha rilevato che "attualmente i dati statistici concernenti la Spagna non sono pubblicati dal "Bureau International du travail", BIT e altresì anche se lo fossero la metodo-

logia è sconosciuta. Quindi, eccezionalmente, l'amministrazione ha proceduto a effettuare il calcolo comparativo dei redditi sia per quanto concerne il salario precedente l'invalidità, che per quello successivo l'invalidità, sulla scorta delle statistiche svizzere. A questo modo di procedere può essere prestata adesione in considerazione soprattutto delle difficoltà di potersi appoggiare su statistiche incomplete e non attualizzate concernenti le retribuzioni in Spagna.

13.2 Il calcolo dell'invalidità non è del resto contestato dall'assicurato. Al riguardo va unicamente precisato che i valori statistici utilizzati dall'amministrazione riferiti al 2010, vanno adeguati al 2014, anno in cui la rendita è stata soppressa. L'esito della vertenza non muta tuttavia ritenuto che il grado di invalidità risulta essere pari al 32.81% (reddito da valido fr. 5'933.82 e reddito da invalido – fr. 5'183.56 - dopo deduzione di un importo pari al 20% è di fr. 4'146.84). In simili circostanze neppure la deduzione massima possibile del 25% modificherebbe alcunché, in quanto il grado di invalidità sarebbe pari al 34.48%.

14.

14.1 Alla luce di quanto appena esposto il ricorso andrebbe respinto. Tuttavia dev'essere posto in evidenza che, prima di ridurre o sopprimere la rendita di invalidità, l'amministrazione deve 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 (alfine 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).

14.2 In concreto l'assicurato, nato nell'ottobre 1956, al momento della pronuncia della decisione impugnata aveva quasi 58 anni (pe quanto riguarda il momento rilevante si confronti DTF 141 V 5 consid. 4). Alla luce della giurisprudenza suesposta quindi, prima di sopprimere la rendita, andava accertato, da parte dell'UAIE, se la riacquisita capacità lavorativa si traduceva in una riduzione dell'incapacità al guadagno o se era invece necessario porre in atto delle misure d'osservazione professionale per verificare l'ammissibilità di una reintegrazione professionale.

Poiché non emerge in concreto che l'UAIE abbia preso in concreto simili provvedimenti la decisione impugnata di soppressione della rendita viola il diritto federale e va annullata.

Il ricorso, anche se per altri motivi, va pertanto accolto, la rendita intera ripristinata e l'incanto rinviato all'amministrazione affinché proceda alle necessarie verifiche e, alla luce delle risultanze istruttorie, statuisca nuovamente sul grado di invalidità dell'assicurato. Se infatti l'istruttoria dovesse giungere alla conclusione che, malgrado la capacità lavorativa residua medico teorica, l'assicurato non può essere reintegrato professionalmente, la rendita non potrà essere soppressa.

15.

15.1 Visto l'esito del ricorso non è giustificato prelevare spese processuali. L'importo di fr. 400.- verrà restituito al ricorrente, allorquando la presente sentenza sarà cresciuta in giudicato (art. 63 cpv. 1 seconda frase PA).

15.2 Il ricorrente non è rappresentato. Non si giustifica pertanto il riconoscimento d'indennità per spese ripetibili.

Per questi motivi, il Tribunale amministrativo federale pronuncia:

1.

In accoglimento del ricorso, la decisione impugnata è annullata.

2.

L'incarto viene rinviato all'amministrazione affinché esegua gli accertamenti indicati al consid.14 e si pronunci nuovamente sul grado d'invalidità di A._____.

3.

Non si prelevano spese processuali. L'importo di fr. 400.- già versato dal ricorrente, gli verrà restituito allorquando la presente sentenza sarà cresciuta in giudicato.

4.

Non si assegnano indennità per spese ripetibili.

5.

Comunicazione a:

- ricorrente (raccomandata con avviso di ricevimento)
- 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

Rimedi giuridici:

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

Data di spedizione: