



---

Corte III  
C-6934/2013

## Sentenza dell'8 febbraio 2016

---

Composizione

Giudici Michela Bürki Moreni (presidente del collegio),  
Christoph Rohrer, Franziska Schneider;  
Cancelliere: Dario Croci Torti.

---

Parti

A. \_\_\_\_\_,  
rappresentato dalla UCM, Associazione Utenti Sanità  
Pubblica,  
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 15 novembre 2013).

**Fatti:****A.**

A. \_\_\_\_\_, cittadino italiano, nato il \_\_\_\_\_, coniugato con prole, ha lavorato in Svizzera dal 2005 al 2007 solvendo regolari contributi all'assicurazione svizzera per la vecchiaia, i superstiti e l'invalidità (AVS/AI) (doc. TAF 15). Da ultimo era alle dipendenze di un'impresa di costruzioni di Z. \_\_\_\_\_ in qualità muratore (doc. 14.4).

**B.**

In data 29 novembre 2007 A. \_\_\_\_\_ è stato coinvolto in un incidente della circolazione che non ha comportato (a prima vista) lesioni visibili, ma una contrattura di fondo da sindrome miofasciale diffusa. Successivamente, l'Istituto nazionale svizzero di assicurazione contro gli infortuni (INSAI), visto il protrarsi delle doglianze a livello cervicale e lombare, ha assunto le prestazioni di legge (doc. 6 e seg. inc. INSAI). Una diagnosi più accurata, effettuata presso la Clinica B. \_\_\_\_\_, faceva stato, nell'aprile 2008, di un trauma distorsivo della colonna cervicale con lieve limitazione funzionale e tendenza alla cronicizzazione ed alla somatizzazione in paziente ansioso con sovraccarico psichico (doc. 15 inc. INSAI). Un soggiorno presso la Clinica di riabilitazione di C. \_\_\_\_\_ nell'aprile-maggio 2008 ha confermato la diagnosi e l'inabilità al lavoro totale (doc. 17 inc. INSAI).

**C.**

**C.a** In data 4 marzo 2009 A. \_\_\_\_\_ ha presentato all'Ufficio dell'assicurazione per l'invalidità per gli assicurati residenti all'estero (UAIE), tramite l'INPS di Varese, una domanda volta al conseguimento di prestazioni AI (doc. 3, 18).

Dalla perizia medica particolareggiata del 1° luglio 2009 (E 213 doc. 23), redatta dal Dott. D. \_\_\_\_\_, di cui non è nota l'eventuale specializzazione, emerge in particolare che il richiedente era portatore di una spondiloartrosi cervicale post-traumatica e varicoflebite acuta pregressa in arto superiore sinistro, ciò che provocava un'incapacità al lavoro del 50% nell'ultima attività svolta e nulla in attività di sostituzione più leggera.

**C.b** Dopo acquisizione dell'incarto INSAI a febbraio 2010 ed attesa degli sviluppi di detta copertura assicurativa, accertato che in data 1° dicembre

2010 (doc. 41), l'interessato beneficiava ancora di una copertura assicurativa infortunistica totale, l'Ufficio AI del Cantone Ticino, competente per esaminare nel merito la richiesta, ha sottoposto gli atti al Servizio medico regionale (SMR). Nel rapporto del 1° dicembre 2010, il Dott. E. \_\_\_\_\_ (SMR), specialista in medicina interna, sulla scorta dell'incarto INSAI, rilevando che si trattava di una questione unicamente infortunistica, ha proposto di attendere poche settimane e poi, se non fossero emerse novità dall'INSAI, concedere l'intera prestazione AI.

**C.c** Con progetto d'assegnazione del 25 febbraio 2011 (doc. 48), l'UAI ha disposto il riconoscimento del diritto alla rendita intera AI con effetto dal 1° settembre 2009 (domanda tardiva).

Con decisione del 27 aprile 2011, l'UAIE, competente per notificare le decisioni agli assicurati non residenti in Svizzera, ha erogato la rendita intera AI con effetto dal 1° settembre 2009 (doc. 56).

#### **D.**

**D.a** Dopo ulteriori esami (neurologia, otorinolaringoiatria) con copertura assicurativa INSAI per incapacità di lavoro totale, l'assicuratore infortuni, mediante decisione del 24 febbraio 2012 (doc. 42 inc. INSAI), ha sospeso le prestazioni assicurative, con effetto 31 marzo 2012, dal momento che in esito agli accertamenti non risultavano cause organiche sufficienti per riconoscere prestazioni dell'assicuratore infortuni e non vi era un nesso di causalità diretto fra quanto accaduto ed i disturbi lamentati.

In esito ad un accertamento bio-meccanico (sull'auto incidentata e sulla dinamica di collisione), il centro Forschung Biomechanik Unfallrekonstruktion di Zurigo (AGU) ha determinato (il 4 giugno 2012, doc. 48 inc. INSAI) come i disturbi cervicali lamentati dall'assicurato siano da considerare come "non spiegabili" con gli effetti della collisione in un caso normale.

**D.b** Con decisione su opposizione del 15 giugno 2012 (doc. 50 inc INSAI) l'INSAI ha respinto l'istanza presentata da A. \_\_\_\_\_ contro il provvedimento formale dell'assicuratore infortuni del 24 febbraio 2012.

#### **E.**

Nell'ottobre 2011 l'UAI ticinese ha avviato la prevista procedura di revisione del diritto alla rendita (doc. 60).

**E.a** Il 15 marzo 2012 il Dott. F. \_\_\_\_\_ del SMR, medico generalista, ha constatato che l'INSAI aveva chiuso il caso (il 31 marzo 2012, cfr. consid.

B) per assenza di nesso di causalità fra l'infortunio subito e le patologie riscontrate. L'UAI ha pertanto disposto, da un lato, un esame in psichiatria presso il Centro peritale per le assicurazioni sociali (doc. 68) e dall'altro un esame in reumatologia. Sotto il profilo psichiatrico l'interessato è stato esaminato dallo specialista in psichiatria Dott. G. \_\_\_\_\_ il 3 e il 16 aprile 2012 (doc. 70), dal profilo reumatologico dal Dott. H. \_\_\_\_\_ (doc. 75), il 18 maggio 2012.

Nel rapporto riassuntivo del SMR (28 giugno 2012, doc. 82) è stata ritenuta un'incapacità al lavoro del 50%.

**E.b** L'indagine comparativa dei redditi (doc. 84) ha posto in luce una perdita di guadagno del 57%, tenuto conto, fra l'altro, di una riduzione del salario dopo l'insorgenza dell'invalidità dell'8% per fattori personali. Il rapporto del 10 ottobre 2012 del consulente in integrazione professionale (CIP) ha confermato tale situazione (doc. 89).

**E.c** In seguito è stata comunicata una brevissima degenza ospedaliera per accertamenti dal 26 al 28 settembre 2012 (doc. 93). E' stata sostanzialmente confermata, con referti specialistici la diagnosi espressa nelle due perizie di cui sopra salvo una gastrite erosiva da medicinali. Il SMR ha confermato il 25 ottobre 2012 tale situazione (doc. 95).

**E.d** Un accertamento sulle residue capacità di lavoro è poi stato chiesto, ma annullato per problemi logistici. Il CIP aveva trovato un datore di lavoro disposto a far lavorare in prova (per gli accertamenti di cui sopra) l'assicurato, il quale ha tuttavia riferito di non sentirselo e di avere in vista un nuovo ricovero ospedaliero (cfr. rapporto CIP del 10 giugno 2013, doc. 111).

## **F.**

**F.a** Con progetto di decisione del 28 agosto 2013, l'Ufficio AI cantonale ha comunicato all'assicurato che la prestazione AI sarebbe stata ridotta della metà (doc. 119). L'amministrazione rileva che in base agli accertamenti medici, è stata risolta l'inabilità lavorativa derivata da esiti infortunistici, ma che patologie extra-infortunistiche sono nel frattempo sorte, ciò che causa un'inabilità lavorativa del 50% in attività adeguata ed un'incapacità di guadagno pure del 50%.

L'interpellato, tramite l'UCM, si è opposto a tale progetto (doc. 121), chiedendo che venisse considerato invalido in misura del 100%.

L'incarto è stato sottoposto in esame al Dott. I. \_\_\_\_\_, specialista in medicina interna, dell'UAI Ticino, il quale, nel rapporto del 9 ottobre 2013, ha confermato la correttezza delle valutazioni espresse dai periti interpellati e l'inconsistenza della certificazione medica prodotta successivamente (doc. 123).

**F.b** Mediante decisione del 15 novembre 2013, l'UAIE ha sostituito la rendita intera con una mezza rendita a decorrere dal 1° gennaio 2014 (doc. 128).

**G.**

Con il ricorso depositato il 9 dicembre 2013, A. \_\_\_\_\_, sempre rappresentato dall'UCM, chiede, in sostanza, il ripristino del suo diritto alla rendita intera. Contesta la riduzione del grado d'invalidità ritenendo come non sussistano valide ragioni per farlo in considerazioni della doppia patologia presente, ossia quella organica e quella psichiatrica. Chiede inoltre l'allestimento di un nuovo calcolo comparativo dei redditi, senza motivare l'assunto, ma giustificando la richiesta con il fatto che percepisce, a partire da gennaio 2014, fr. 131.- al mese. Postula inoltre l'erezione di una nuova perizia "arbitrale" e l'ammissione al gratuito patrocinio. Produce, infine, un certificato succinto del medico curante, Dott. L. \_\_\_\_\_, specialista in chirurgia.

**H.**

L'UAIE, nella risposta di causa del 4 febbraio 2014, propone la rieiezione del ricorso (doc. TAF 3), facendo riferimento al preavviso del 30 gennaio 2014 dell'Ufficio AI ticinese.

**I.**

A. \_\_\_\_\_, con replica del 4 marzo 2014, ha evidenziato che mai i medici incaricati dall'UAI si sono espressi sul preteso miglioramento delle condizioni di salute e della capacità di lavoro (doc. TAF 6).

**J.**

Non è stata presentata la duplica (doc. TAF 8).

**K.**

Una domanda di gratuito patrocinio è stata respinta da questo Tribunale con decisione incidentale del 7 ottobre 2014 (doc. TAF 10, 11), mentre l'anticipo richiesto di fr. 400.- è stato versato il 20 ottobre 2014.

**Diritto:****1.**

Riservate le eccezioni di cui all'art. 32 della legge del 17 giugno 2005 sul Tribunale amministrativo federale (LTAF, RS 173.32), questo Tribunale giudica, in virtù dell'art. 31 LTAF, i ricorsi contro le decisioni ai sensi dell'art. 5 della legge federale del 20 dicembre 1968 sulla procedura amministrativa (PA, RS 172.021) emanate dalle autorità menzionate all'art. 33 LTAF. In particolare, le decisioni rese dall'UAIE concernenti l'assicurazione per l'invalidità possono essere contestate innanzi a questo Tribunale conformemente all'art. 69 cpv. 1 lett. b della legge federale del 19 giugno 1959 sull'assicurazione per l'invalidità (LAI, RS 831.20).

**2.**

**2.1** In virtù dell'art. 3 lett. d<sup>bis</sup> 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 LAI le disposizioni della LPGA sono applicabili all'assicurazione per l'invalidità (art. 1a-26<sup>bis</sup> e 28-70), sempre che la presente legge non preveda espressamente una deroga.

**2.2** Secondo l'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. Queste condizioni sono adempiute nella specie.

**2.3** Il ricorso è tempestivo e rispetta i requisiti minimi prescritti dalla legge (art. 60 LPGA e 52 PA). Il ricorrente ha inoltre versato l'anticipo di 400 franchi relativo alla presunte spese processuali, entro il termine impartito. Il gravame è dunque ammissibile, nulla ostando all'esame del merito dello stesso.

**3.**

**3.1** Dal profilo temporale sono applicabili le disposizioni in vigore al momento della realizzazione dello stato di fatto che deve essere valutato giuridicamente o che produce conseguenze giuridiche (DTF 136 V 24 consid. 4.3 e 130 V 445 consid. 1.2 e relativi riferimenti nonché 129 V 1 consid. 1.2). Se è intervenuto un cambiamento delle norme legislative nel corso

del periodo sottoposto ad esame giudiziario, il diritto alle prestazioni si determina secondo le vecchie disposizioni per il periodo anteriore e secondo le nuove a partire della loro entrata in vigore (applicazione pro rata temporis; DTF 130 V 445).

**3.2** Per quel che concerne il diritto interno, le modifiche disposte dalla 6<sup>a</sup> revisione della LAI, entrate in vigore il 1° gennaio 2012, sono applicabili nel caso di specie - oggetto del contendere essendo la revisione, segnatamente la sostituzione della rendita intera con una mezza rendita a far tempo dal 1° gennaio 2014 - pur non avendo comportato dei cambiamenti rispetto al vecchio diritto in merito alla valutazione dell'invalidità.

#### **4.**

**4.1** Essendo il ricorrente cittadino italiano, secondo il diritto internazionale, è applicabile 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) con il suo allegato II che regola il coordinamento dei sistemi di sicurezza sociale. In questo contesto, dal 1° aprile 2012 l'ALC si riferisce al regolamento (CE) n. 883/2004 relativo al coordinamento dei sistemi di sicurezza sociale, così come il regolamento (CE) n. 987/2009 del Parlamento europeo e del Consiglio del 16 settembre 2009 che regola le modalità d'applicazione del regolamento (CE) n. 883/2004 relativo al coordinamento dei sistemi di sicurezza sociale (RS 0.831.109.268.1 e 0.831.109.268.11). Questi regolamenti sono dunque applicabili nella specie (cfr. sentenza del Tribunale federale 8C\_445/2011 del 4 maggio 2012). Conformemente all'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 come i cittadini di tale Stato. Il regolamento (CE) n. 1408/71, al quale l'ALC rinviava per il periodo precedente il 31 marzo 2012, conteneva una disposizione simile al suo art. 3 cpv. 1.

**4.2** Il riconoscimento all'estero di una rendita d'invalidità secondo il rispettivo sistema di sicurezza sociale non pregiudica la valutazione dell'invalidità secondo il diritto svizzero (sentenza del Tribunale federale del 4 febbraio 2003 I 435/02). Anche dall'entrata in vigore dell'ALC, il grado d'invalidità di un assicurato va infatti determinato esclusivamente secondo il diritto svizzero (art. 46 del regolamento [CE] n. 883/2004 in relazione con l'allegato VII dello stesso regolamento; rispettivamente, per il diritto in vigore fino al 31 marzo 2012, art. 40 cpv. 4 in relazione con l'allegato V del

regolamento 1408/71; cfr. anche DTF 130 V 253 consid. 2.4; sentenza del Tribunale federale I 376/05 del 5 agosto 2005 consid. 3.1). Deve essere comunque dato per acquisito che la documentazione medica ed amministrativa prodotta dagli istituti di sicurezza sociale di un altro Stato membro deve essere presa in considerazione (art. 49 cpv. 2 del regolamento (CE) n. 987/2009).

## 5.

Giova altresì rilevare che il potere cognitivo di questo Tribunale è delimitato dalla data della decisione impugnata, in concreto il 15 novembre 2013. Il giudice delle assicurazioni sociali esamina infatti la decisione impugnata sulla base della situazione di fatto esistente al momento in cui essa è stata resa. Tiene tuttavia conto dei fatti verificatisi dopo tale data quando essi possano imporsi quali elementi d'accertamento retrospettivo della situazione anteriore alla decisione stessa (DTF 129 V 1 consid. 1.2 e 121 V 362 consid. 1b), in altri termini se gli stessi sono strettamente connessi all'oggetto litigioso e se sono suscettibili di influire sull'apprezzamento del giudice al momento in cui detta decisione litigiosa è stata resa (cfr. sentenza del TF 8C\_278/2011 del 26 luglio 2011 consid. 5.5 nonché 9C\_116/2010 del 20 aprile 2010 consid. 3.2.2; DTF 118 V 200 consid. 3a in fine).

## 6.

Oggetto del contendere è la sostituzione, a partire dal 1° gennaio 2014, della rendita intera erogata a A. \_\_\_\_\_ con effetto dal 1° settembre 2009 (decisione 27 aprile 2011 dell'UAIE, doc. 56), con una mezza rendita.

Secondo l'amministrazione tale procedere si giustifica in quanto l'assicurato, in base a recenti indagini mediche in psichiatria e reumatologia, presenta un grado complessivo d'incapacità al lavoro del 50% dovuto a considerazioni psichiatriche, mentre per quel che riguarda l'aspetto infortunistico e reumatologico in generale, il grado d'inabilità sarebbe del 30% in attività più leggere della precedente (muratore).

L'insorgente si avvale dal canto suo, in considerazione della doppia patologia (somatica e psichiatrica), di un grado d'invalidità superiore al 70%.

## 7.

**7.1** In base all'art. 8 LPGA è considerata invalidità l'incapacità al guadagno totale o parziale presumibilmente permanente o di lunga durata. L'art. 4 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.

**7.2** 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. 2 LAI). In seguito all'entrata in vigore dell'Accordo bilaterale, 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 LPGGA), non è più applicabile quando l'assicurato è cittadino svizzero o dell'UE. Dopo l'entrata in vigore dei nuovi regolamenti (CE) n. 883/2004 e n. 987/2009, i cittadini svizzeri e dell'Unione europea che presentano un grado d'invalidità del 40% almeno, hanno diritto a un quarto di rendita in applicazione dell'art. 28 cpv. 1 LAI indipendentemente dal loro domicilio e residenza (art. 4 del regolamento [CE] n. 883/04).

**7.3** 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 LPGGA). L'incapacità al guadagno è definita all'art. 7 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.

## **8.**

**8.1** Giusta l'art. 17 cpv. 1 LPGGA, se il grado d'invalidità del beneficiario di una rendita d'invalidità subisce una modifica, che incide in modo rilevante sul diritto alla rendita, questa sarà, per il futuro, aumentata o ridotta proporzionalmente o soppressa, d'ufficio o su richiesta. La revisione avviene d'ufficio quando, in previsione di una possibile modificazione importante del grado d'invalidità o di grande invalidità, è stato stabilito un termine nel momento dell'erogazione della rendita o dell'assegno per grandi invalidi, o al-

lorché si conoscono fatti o si ordinano provvedimenti che possono provocare una notevole modificazione del grado d'invalidità o della grande invalidità (art. 87 cpv. 2 dell'ordinanza sull'assicurazione per l'invalidità del 17 gennaio 1961 [OAI, RS 831.201]). Se, di contro, è stata fatta domanda di revisione, nella domanda si deve dimostrare che il grado d'invalidità è modificato in misura rilevante per il diritto a prestazioni (art. 87 cpv. 3 OAI).

**8.2** La 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 conseguenze sulla capacità di guadagno hanno subito un cambiamento importante (DTF 113 V 275 consid. 1a). La semplice valutazione diversa di circostanze di fatto rimaste sostanzialmente invariate non giustifica una revisione ai sensi dell'art. 17 LPG (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 può infatti giustificare un riesame incondizionato 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, p. 15).

Per le rendite dell'assicurazione invalidità, infine, anche una modifica di poco conto dello stato di fatto determinante può dare luogo a una revisione se tale modifica determina un superamento (per eccesso o per difetto) di una soglia minima (DTF 133 V 545 consid. 6 con riferimenti a dottrina e giurisprudenza).

**8.3** L'istituto della revisione è stato concepito per tenere conto di modifiche riguardanti la situazione personale degli assicurati, quali lo stato di salute e fattori economici. Non ne fanno per contro parte i dati statistici essendo dei fattori esterni (DTF 133 V 545 consid. 7.1 pag. 548). Al riguardo il Tribunale federale ha precisato - in una vertenza in cui lo stato di salute era rimasto invariato - che modifiche di poco conto nei dati statistici salariali non giustificavano una revisione, nemmeno se, a seguito di queste modifiche, il valore limite veniva superato per eccesso o per difetto (DTF 133 V 545 consid. 7.3 pag. 549).

Per le stesse considerazioni, la possibilità di procedere ad una revisione va ugualmente negata se la modifica dei soli valori statistici è di un certo rilievo. Se infatti risulta che il motivo effettivo per una revisione del diritto

alla rendita risiede nella modifica dei valori statistici (tabellari), simile operazione deve essere esclusa (sentenza 9C\_696/2007 succitata pubblicata in RTiD 2010 II p. 197 consid. 5.3).

**8.4** Va ancora rilevato che nel diritto delle assicurazioni sociali, fatte salve le disposizioni transitorie e, se del caso, la presenza di diritti acquisiti, le decisioni inizialmente non erranee riguardanti prestazioni durevoli vanno di regola adattate alle modifiche di legge risultanti dall'intervento del legislatore (DTF 121 V 157 consid. 4a pag. 161 seg.). Per contro, una nuova prassi amministrativa o giudiziaria non giustifica, di principio, la modifica di prestazioni durevoli fondate su una decisione cresciuta in giudicato (DTF 129 V 200 consid. 1.2 pag. 202; 121 V 157 consid. 4a pag. 162; 120 V 128 consid. 3b pag. 132 con riferimenti).

Anche una modifica giurisprudenziale può comportare eccezionalmente la modifica (pro futuro) di una decisione cresciuta in giudicato se la nuova prassi riveste una portata tale che la sua inosservanza darebbe luogo a una violazione del principio dell'uguaglianza di trattamento, in particolare se la precedente prassi rimanesse valida solo per pochi assicurati (DTF 135 V 201 consid. 7.2.2 pag. 214, 227 consid. 6.2.2, 129 V 200 consid. 1.2 pag. 202; 121 V 157 consid. 4 pag. 162; 120 V 128 consid. 3c pag. 132, 115 V 308 consid. 4a/dd pag. 314).

**8.5** 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.

**8.6** La riduzione o la soppressione della rendita è messa in atto al più presto il primo giorno del secondo mese che segue la notifica della decisione (art. 88<sup>bis</sup> cpv. 2 lett. a OAI).

## **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 27 aprile 2011, tramite la quale è stata erogata una rendita intera AI all'assicurato con effetto dal 1° settembre 2009 (doc. 56) ed il 15 novembre 2013, data della decisione impugnata, con la quale la prestazione in corso è stata sostituita con una mezza rendita con effetto 1° gennaio 2014.

## **10.**

**10.1** La nozione d'invalidità di cui all'art. 4 LAI e 8 LPGGA è di carattere giuridico economico e non medico (DTF 116 V 249 consid. 1b). In base all'art. 16 LPGGA, applicabile per il rinvio dell'art. art. 28a cpv. 1, 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). 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 (metodo generale del raffronto dei redditi).

**10.2** In assenza di documentazione economica, la documentazione medica costituisce un importante elemento di giudizio per determinare quali lavori siano ancora esigibili dall'assicurato, ma non spetta al medico graduare il grado d'invalidità dell'assicurato (DTF 114 V 314). Infatti, 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).

**10.3** 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 (sentenza del TF 8C\_153/2007 del 7 maggio 2008; DTF 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*, Zurigo 2001, pag. 266). Nella sentenza pubblicata in VSI 2001 pag. 106 segg. la 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 vOG) definire delle direttive in relazione alla valutazione di determinate forme di rapporti e perizie.

**10.4** 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, 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 (sentenza del TF 9C\_158/2012 del 5 aprile 2013; SVR 2012 IV n. 18 pag. 81 consid. 4.3).

## 11.

In concreto, ai fini del riconoscimento della rendita intera AI con effetto dal 1° settembre 2009, l'autorità amministrativa si era fondata sulla documentazione medica assunta agli atti dall'INSAI da cui emergeva che A. \_\_\_\_\_ aveva subito un trauma distorsivo della colonna cervicale con lieve limitazione funzionale. Era inoltre stata rilevata una tendenza alla cronicizzazione ed alla somatizzazione della situazione in un paziente ansioso con sovraccarico psichico (cfr. segnatamente i risultati degli esami presso la B. \_\_\_\_\_ del 19 aprile 2008). Atteso che, al momento dell'esame da

parte delle autorità AI (2010-2011), l'INSAI continuava a versare prestazioni complete, visto il parere del SMR (consid. C.b), l'UAI ha riconosciuto il diritto alla rendita intera AI dal settembre 2009.

## **12.**

**12.1** Al momento della revisione, l'Ufficio AI cantonale, è stato messo al corrente, nel marzo 2012, del fatto che l'INSAI aveva sospeso qualsiasi prestazione per carenza di un nesso di causalità adeguato (pur riconoscendo un'indennità per menomazione fisica). Dal rapporto medico circondariale dell'INSAI, redatto dal Dott. M.\_\_\_\_\_, emerge in particolare (doc. 75 pag. 5) l'esistenza di:

"Sindrome algica diffusa con cervicalgia cronica e lombalgia cronica ed irradiazione agli arti, sindrome vertiginosa, discopatia e spondilosi plurisegmentale della colonna cervicale; discopatia, spondiloartrosi e spondilosi plurisegmentale della colonna lombare con ernia discale L5-S1 paramediane sinistra, trauma distorsivo e contusivo della colonna cervicale e trauma contusivo della colonna lombare il 29 novembre 2007". Il medico ha precisato che, considerando l'assenza di postumi traumatici oggettivabili, la presenza di alterazioni degenerative a livello della colonna cervicale e lombare, la dinamica dell'infortunio, il decorso clinico con cronicizzazione ed estensione dei sintomi, i referti radiologici ed il tempo trascorso, non si può ammettere un nesso causale almeno probabile fra gli attuali disturbi riferiti e l'infortunio del 29 novembre 2007 e quindi la causalità è da ritenere estinta. Per le sole conseguenze infortunistiche e l'assenza di postumi traumatici oggettivabili non sussistono le premesse per una menomazione all'integrità ed un'ulteriore inabilità lavorativa per il lavoro svolto prima dell'infortunio non è giustificata".

**12.2** L'amministrazione ha quindi proceduto ad effettuare esami propri, tramite il Dott. G.\_\_\_\_\_, psichiatra ed il Dott. H.\_\_\_\_\_, reumatologo.

**12.2.1** In sostanza il Dott. H.\_\_\_\_\_ ha posto la diagnosi reumatologica (doc. 75), con ripercussioni sulla capacità di lavoro, di esiti di trauma distorsivo della colonna vertebrale il 29 novembre 2007 con sviluppo di sindrome panvertebrale su discrete turbe statiche, alterazioni degenerative sia a livello cervicale che lombare, cronicizzazione dei dolori con sviluppo fibromialgico, associati disturbi neurovegetativi (vertigini croniche, disturbi della concentrazione, del sonno, irascibilità, stanchezza, disturbi dell'udito). Quale diagnosi senza ripercussioni sulla capacità di lavoro è stata posta

ematospermia in presenza di un'ipertrofia prostatica con note di flogosi cronica. Il perito ha in particolare evidenziato che le indagini radiologiche già a suo tempo eseguite avevano potuto evidenziare delle evidenti alterazioni degenerative sia a livello cervicale che lombare (doc. 75 pag. 10). In considerazione delle patologie degenerative descritte, rilevate alla colonna, il perito ha indicato che il peritando presentava un'incapacità di lavoro del 50% come muratore e, sotto l'aspetto medico-teorico un'incapacità al lavoro del 30% (in un'attività svolta durante tutto l'arco della giornata, con la possibilità di interporre delle pause più lunghe, evitando lavori meno adeguati) in attività sostitutive adeguate ed a determinate condizioni di porto pesi, posture, marcia (doc. 75 pag. 11), quale operaio di fabbrica, magazzino, inserviente, custode (doc. 75 pag. 12).

Il Dott. H. \_\_\_\_\_ ha precisato inoltre che le incapacità lavorative, in ambito psichico e somatico, non andavano sommate (doc. 75/10).

**12.2.2** Dal un punto di vista psichiatrico il Dott. G. \_\_\_\_\_ (doc. 70) ha posto la diagnosi di episodio depressivo di media gravità, ICD 10-F32.1.

Al riguardo il perito ha precisato (doc. 70 pag. 6 e 7) di trovarsi:

" in presenza di un'affezione somatica cronica che, come detto, è almeno in parte riconducibile ad equivalenti depressivi e ad una perdita di integrazione sociale anch'essa riconducibile alla diagnosi principale. Tuttavia lo stato psichico non risulta ancora cristallizzato e finora l'assicurato non ha potuto beneficiare di un'adeguata presa a carico specialistica la quale potrebbe portare ad un miglioramento del quadro clinico e quindi ad un aumento delle risorse mobilizzabili" (...) "Per quanto concerne i periodi precedenti non abbiamo sufficienti elementi per poter stabilire con certezza l'eventuale presenza di uno stato depressivo prima della nostra valutazione" (...) "I limiti funzionali presenti sono dettati dallo stato depressivo di media gravità e riconducibile ad una diminuzione delle risorse energetiche, alla difficoltà delle relazioni interpersonali, alla preoccupante tendenza all'isolamento, alla diminuzione della memoria e concentrazione, alla mancanza di motivazione, alla perdita di ruolo, agli stati d'ansia, ai disturbi del sonno, all'incapacità di proiettarsi nel futuro, all'ideazione suicidale passiva, ai sentimenti di autosvalutazione, inadeguatezza, rassegnazione, impotenza, vergogna ed inutilità, all'incapacità di provare piacere nelle attività che normalmente ne procurano e, in generale, alla diminuzione della spinta volitiva".

L'esperto ha pertanto ritenuto il paziente inabile in qualsiasi lavoro in misura del 50% (mezza giornata con rendimento pieno).

### 13.

**13.1** A proposito dell'evoluzione della situazione di salute e della capacità lavorativa dell'assicurato il Dott. H. \_\_\_\_\_, reumatologo, rileva (doc. 75 pag. 11 e seg.) che a livello fisico il paziente presenta delle alterazioni degenerative della colonna cervicale e lombare che limitano parzialmente la sua capacità lavorativa in una professione fisicamente pesante come quella di muratore da lui sempre esercitata. Più in dettaglio, la malattia degenerativa gli causa delle notevoli limitazioni nello svolgimento del suo lavoro e gli permetterebbe solo, in via teorica, un lavoro fisicamente leggero, ove non siano richiesti particolari sforzi per la colonna vertebrale (sollevamento ripetuto di pesi superiori ai 15 kg, lavori prolungati in posizioni inergonomiche, movimenti ripetitivi di flessione ed estensione del tronco, lavori prolungati con la colonna cervicale in estensione). In quest'ultime attività, rispettose come detto di diversi limiti fisici, l'interessato presenta un'incapacità di lavoro del 30% (lavoro durante l'intero arco della giornata, ma con possibilità di interporre delle pause più lunghe evitando i lavori meno adeguati). Aggiunge il Dott. H. \_\_\_\_\_ che in considerazione dell'ormai subentrata cronicizzazione dei dolori, della loro forte componente funzionale-somatiforme, della consistente patologia psichiatrica (la perizia del Dott. H. \_\_\_\_\_ è stata effettuata dopo quella del Dott. G. \_\_\_\_\_, n.d.r.), dell'ormai lunga assenza dal mondo del lavoro (2007, n.d.r.) e, non da ultimo, della sua scarsa scolarizzazione e della sua età (56 anni al momento della perizia, n.d.r.), ritiene estremamente difficile un suo reinserimento nel mondo del lavoro.

**13.2** Il Dott. G. \_\_\_\_\_, dal canto suo, descrive ampiamente lo stato psichico del paziente. Secondo il perito il paziente è alessitimico, ove la sintomatologia algica presenta un significato di un equivalente depressivo. Il paziente è disagiato, dall'aspetto triste, ansioso e preoccupato, nonché rassegnato. Egli presenta deficit della memoria e presenta sentimenti di autosvalutazione, inadeguatezza, vergogna, impotenza ed inutilità. Si è comunque in presenza di una comorbidità maggiore, la quale incide in maniera determinante sulla capacità lavorativa, i criteri di Foerster risultando secondari.

**13.3** In seguito alla richiesta del medico SMR di formulare una conclusione in comune in merito alla diagnosi, al grado e ai periodi di incapacità lavorativa (doc. 78, 79) i periti, dopo essersi vicendevolmente consultati (doc.

80 e 81), hanno ritenuto adeguato fissare un grado d'incapacità di lavoro complessivo del 50% da intendersi come riduzione dell'orario di lavoro. L'incapacità lavorativa, secondo il Dott. G. \_\_\_\_\_, deriva dalla patologia psichiatrica e comprende anche i limiti funzionali dettati dai disturbi reumatologici (doc. 80-1, in effetti il Dott. H. \_\_\_\_\_ dice che la riduzione della capacità lavorativa del 30% in attività leggere è dovuta alla necessità di lunghe pause, doc. 75 pag. 11).

#### **14.**

**14.1** Nel caso in esame il collegio giudicante non ha motivo di scostarsi dal parere espresso dai periti incaricati dall'amministrazione e da quello espresso dal SMR del 28 giugno 2012, che ha ripreso integralmente le conclusioni peritali (doc. 82). Le perizie risultano infatti motivate, complete e concludenti. Esse possono pertanto essere poste alla base del presente giudizio.

Pur non avendo evidenziato una netta modifica dello stato di salute (oltre alle conseguenze dell'incidente è infatti subentrata una patologia psichiatrica), dalla documentazione agli atti emerge in modo convincente che, rispetto alla decisione con cui era stata assegnata la rendita intera, le conseguenze dello stesso sulla capacità lavorativa residua si sono modificate in senso positivo, anche e soprattutto a motivo del fatto che, in seguito alla stabilizzazione della situazione infortunistica, è attualmente esigibile lo svolgimento di un'attività leggera adeguata al 50%. Il Dott. G. \_\_\_\_\_ ha inoltre indicato che un'adeguata presa a carico specialistica (che non era ancora intervenuta) avrebbe potuto portare ad un "miglioramento del quadro clinico e quindi ad un aumento delle risorse mobilizzabili" (consid. 12.2.2).

In ordine inoltre all'argomento sollevato più volte dal ricorrente secondo cui i gradi d'incapacità al lavoro andrebbero sommati va rilevato che i due periti hanno, singolarmente, e concordando tra loro già escluso tale assunto in modo convincente (doc. 70, 75, 80, 83). Al riguardo va ricordato che il grado d'invalidità non risulta dalla somma delle singole incapacità lavorative (di origine somatica o psichica), ma piuttosto da una valutazione globale dell'incidenza di queste patologie sulla capacità di lavoro residua (DTF 123 V 45 consid. 3b e SVR 2008 IV n. 15 consid. 2.1).

In concreto tale valutazione è stata fatta ed è motivata in modo convincente (consid. 13.3)

**14.2** Questo collegio giudicante ammette quindi che, a partire dalla data della seconda perizia (eseguita dal Dott. H. \_\_\_\_\_, 29 maggio 2012), il grado d'incapacità di lavoro del ricorrente, in precedenza totale in seguito all'infortunio, si è ridotto al 50% in attività sostitutive adeguate. Appare invece inverosimile, viste le doglianze psichiche e somatiche (oggettive) di A. \_\_\_\_\_, che egli possa riprendere il suo precedente lavoro di muratore in misura del 50%, per cui entrano in considerazione solo le attività di ripiego leggere e/o sedentarie, rispettose dei limiti dettati dal Dott. H. \_\_\_\_\_. L'improponibilità di una ripresa del lavoro al 50% come muratore discende fra l'altro dalle stesse limitazioni e precauzioni precisate dal reumatologo, le quali sono in netta contraddizione con un'attività, pur al 50%, di un muratore.

## **15.**

**15.1** 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). Occorre pertanto esaminare quale sia, nell'ambito di un'attività di sostituzione svolta al 50%, come indicato dalle risultanze mediche, il grado d'invalidità presentato dal ricorrente (incapacità di guadagno di rilievo).

**15.2** 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).

## 16.

**16.1** Per stabilire il grado di invalidità l'amministrazione si è fondata sui dati del 2010 (doc. 84). Tale procedere non può essere avallato in quanto la decisione è stata emanata nel novembre 2013, con effetto dal 1° gennaio 2014. L'amministrazione avrebbe pertanto dovuto fondarsi perlomeno sui dati del 2013. Malgrado il ricorrente contesti il calcolo soltanto in modo generico, esso dev'essere pertanto rivisto.

**16.2** Se non fosse diventato invalido, il salario lordo (ritenuto per l'AVS) dell'interessato sarebbe ammontato, nel 2010, a fr. 66'174.-. Occorre indicizzare tale importo (secondo gli indici ufficiali nazionali evoluzione salari medi, pubblicati dall'Ufficio federale di statistica) al 2011 (1%), ossia fr. 66'835,70, al 2012 (0,8%), ossia fr. 67'370,42, e, come detto, l'eventuale modifica del grado di invalidità essendo intervenuta con effetto dal 1° gennaio 2014, al 2013 (0.7%), ossia fr. 67'842,01 e al 2014 (0,8%), ossia fr. 68'384,74.

Quale reddito da invalido si può ritenere quello statistico conseguibile in attività di tipo semplici e ripetitive, non qualificate. Solo i valori nazionali sono applicabili. Nel 2010 (TA1, salario mensile lordo, valore centrale, per divisioni economiche, totale, livello di qualifica 4, uomini) queste categorie di lavoratori percepivano mensilmente fr. 4'901 e annualmente fr. 58'812. Questo importo dev'essere adeguato secondo un orario settimanale di 41,6 ore medio svizzero, per un totale di fr. 61'164,48. Riportato al 2012, secondo l'indice di aumento dei salari nominali (2011 1%, 2012 0,8%), è pari a fr. 62'270,33. Al riguardo va rilevato che questa Corte ha ritenuto giustificato non applicare le statistiche del 2012, adeguando quelle del 2010 secondo l'indice nazionale dei prezzi al consumo. Infatti, le tabelle del 2012 riportano un salario mensile per attività non qualificate di livello 1 (i livelli di qualifica sono stati invertiti; la 1 corrisponde ora a "tâches physiques ou manuelles simples"), per gli uomini, di fr. 5'210.-. Ora, l'aumento in due anni

da fr. 4'901.- a fr 5'210.- rappresenta più del 6%, mentre negli anni precedenti 2004, 2006, 2008, l'aumento è sempre stato molto più contenuto. Riportare, ai fini di questa sentenza, il valore indicato per il 2012 significa affermare che in Svizzera, in quell'anno, un lavoratore non qualificato, addetto a compiti semplici, ripetitivi, raggiungeva in media, tenendo inoltre conto di un orario di lavoro settimanale di 41,6 ore, un guadagno annuale di fr. 65'020, dato che non può essere ragionevolmente ammesso (sentenza del TFA del 15 settembre 2015, C-550/2013, consid. 10.1). Ne consegue che, anche questi dati vanno adeguati secondo l'evoluzione statistica dei salari medi, al 2014, ossia fr. 62'705,89 per il 2013 (0,7%) e fr. 63'207,53 per il 2014 (0,8%).

### **16.3**

**16.3.1** Se e in quale misura, nel singolo caso, i salari fondati su dati statistici debbano essere ridotti dipende dall'insieme delle circostanze personali e professionali concrete (limitazione addebitabile al danno alla salute, età, anni di servizio, nazionalità e tipo di permesso di dimora, grado di occupazione), criteri che l'amministrazione è tenuta a valutare globalmente. Il Tribunale federale ha precisato al riguardo che una deduzione globale massima del 25% del salario statistico permette di tenere conto delle varie particolarità suscettibili di influire sul reddito del lavoro. A seconda della loro incidenza infatti, è possibile che la persona assicurata, anche in un mercato del lavoro equilibrato, non sia in grado di realizzare un salario medio sfruttando la capacità lavorativa residua (DTF 126 V 75 consid. 5b/aa in fine). La deduzione non è automatica, ma deve essere valutata di caso in caso e complessivamente, non separatamente, in maniera schematica, sommando i singoli fattori di deduzione, tenendo conto di tutte le circostanze del singolo caso (sentenza del TF 9C\_751/2011 del 30 aprile 2012 consid. 4.2.1 e DTF 126 V 75 consid. 5b/aa in fine). Va da sé che i fattori estranei all'invalidità di cui è già stato tenuto conto con il parallelismo dei redditi non possono essere presi in considerazione una seconda volta nell'ambito della deduzione per circostanze personali e professionali (DTF 135 V 297; 134 V 322).

**16.3.2** E' compito dell'amministrazione e, in caso di ricorso, del giudice, motivare l'entità della deduzione, fermo restando che quest'ultimo non può scostarsi dalla valutazione dell'amministrazione senza fondati motivi (DTF 126 V 75 consid. 5b/dd e 6; cfr. pure 129 V 472 che conferma questi principi). Al riguardo va rilevato che quando è chiamato a verificare il potere di apprezzamento esercitato dall'amministrazione (v. art. 37 LTAF in relazione

con l'art. 49 PA), per stabilire l'estensione della riduzione da apporre al reddito da invalido, il Tribunale amministrativo federale deve valutare le differenti soluzioni di cui disponevano agli organi esecutivi dell'AI e domandarsi se una deduzione più o meno elevata fosse maggiormente appropriata e quindi si imponga per un valido motivo, senza tuttavia sostituire il proprio apprezzamento a quello dell'amministrazione (DTF 137 V 71 consid. 5.2; sentenze del TF 9C\_273/2011 del 27 gennaio 2012 consid. 1.3, 9C\_280/2010 del 12 aprile 2011 consid. 5.2 in fine).

**16.3.3** Se non si limita semplicemente ad avallare – a causa dell'ininfluenza del calcolo per l'esito della valutazione – il giudizio dell'istanza precedente, il Tribunale federale applica abitualmente dei multipli di 5. L'applicazione di tassi più frazionati si rivela invece problematica poiché siffatte riduzioni sarebbero difficilmente concretizzabili e quindi anche difficilmente verificabili in sede giudiziaria (cfr. ULRICH MEYER, Bundesgesetz über die Invalidenversicherung [IVG] in: MURER/STAUFFER [ed.], Rechtsprechung des Bundesgerichts zum Sozialversicherungsrecht, 2a ed., 2010, pag. 314). Per il Tribunale federale questo argomento rappresenta già valido motivo per scostarsi dalla valutazione dell'amministrazione (sentenza del TF 9C\_179/2013 del 26 agosto 2013).

## 16.4

**16.4.1** In concreto l'Ufficio AI, che gode del più ampio margine di apprezzamento (DTF 137 V 71 consid. 5.2), ha operato in concreto una decurtazione totale dell'8% (3% per attività leggera e 5% per svantaggi salariali derivanti da contingenze particolari, cfr. doc. 84). Nella decisione impugnata ha tuttavia indicato altri motivi e meglio ha proceduto alla riduzione "per le limitazioni espresse in sede medica" (doc. B allegato doc. TAF 1 pag. 5).

**16.4.2** Come già ripetutamente osservato, la deduzione applicata dall'amministrazione viola il diritto federale, segnatamente il diritto di essere sentito e la giurisprudenza del Tribunale federale sui multipli di cinque.

La deduzione appare infatti da un lato solo parzialmente motivata, non essendo stato precisato cosa si debba intendere con "svantaggi salariali derivanti da contingenze particolari" (doc. 84/1), formulazione che, come detto, l'amministrazione utilizza regolarmente, malgrado sia insufficiente. Inoltre gli atti appaiono contraddittori in quanto nella decisione impugnata, l'amministrazione rinvia ad motivi differenti. Infine la deduzione non corrisponde ad un multiplo di 5%, come previsto dalla giurisprudenza.

**16.4.3** L'importo riconosciuto, inoltre, appare, nelle circostanze concrete, molto esiguo e va pertanto adeguato. In primo luogo va senz'altro riconosciuta una deduzione per il fatto che l'assicurato – dopo aver svolto per oltre quarant'anni lavori pesanti (l'assicurato ha cominciato a lavorare ancora minorenne, appena terminate le scuole elementari [cfr. il curriculum descritto dai due periti]) – può occuparsi ora unicamente di attività leggere (tra le tante sentenza del TF 9C\_455/2013 consid. 4.4), come del resto ammette l'amministrazione, omettendo però di applicare il multiplo di 5, come previsto dalla giurisprudenza. Va inoltre pure tenuto conto del fatto che l'assicurato può svolgere unicamente un'attività a tempo parziale e che il danno alla salute provoca altresì numerose altre limitazioni (consid. 12.2, fatto anch'esso riconosciuto dall'amministrazione nella decisione impugnata: "le limitazioni espresse in sede medica", cfr. in proposito sentenza del TF 9C\_273/2011 del 27 gennaio 2012 consid. 2.2).

Infine, potrebbe essere ritenuta una riduzione per l'età, che seppur non automatica, appare giustificata nel caso concreto. Al momento della riduzione del grado di invalidità (2014) - l'assicurato aveva infatti 58 anni e da ben oltre quarant'anni (ha cominciato a lavorare agli inizi degli anni '70) svolgeva solo attività pesanti senza qualifiche (DTF 138 V 457 consid. 2.2, sentenze del TF 8C\_594/2011 del 20 ottobre 2011 consid. 5, 9C\_334/13 del 24 luglio 2013 consid. 3, si confrontino anche sentenze del Tribunale federale delle assicurazioni U 436/04 del 12 aprile 2005 e U 86/06 del 13 giugno 2006).

Visto quanto sopra una riduzione (complessiva) pari almeno al 15% appare consona alla situazione concreta. In tali circostanze vi sono pertanto validi motivi per scostarsi dall'apprezzamento posto in atto dall'amministrazione (cfr. sentenza del TF 9C\_273/2011 del 27 gennaio 2012).

## **17.**

Visto quanto sopra il salario teorico-statistico di fr. 63'207,53 (2014) deve essere ridotto almeno del 15%, il che comporta un introito teorico di fr. 53'726,40. Questa attività leggera può essere svolta solo al 50%, per il cui reddito finale ottenibile dopo l'insorgenza dell'invalidità, nel 2014, sarebbe di fr. 26'863,20.

Posti a confronto un reddito privo d'invalidità di fr. 68'384,74 con un introito dopo l'insorgenza dell'invalidità di fr. 26'863,20 risulta una perdita di guadagno del 60,72%, pari a  $\frac{3}{4}$  di rendita.

**18.**

**18.1** Infine va ancora rilevato 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 (al fine di stabilire l'attitudine al lavoro, la resistenza allo sforzo, ecc.) rispettivamente di reintegrazione professionale ai sensi di legge. Secondo la giurisprudenza infatti in determinate situazioni si deve ammettere la necessità di porre in atto provvedimenti professionali, malgrado l'esistenza di una capacità lavorativa medico teorica. Si tratta in particolare dei casi in cui la riduzione o la soppressione del diritto alla rendita tramite revisione (art. 17 LPGA) o riesame (art. 53 cpv. 2 LPGA) 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).

**18.2** In concreto l'assicurato, nato nel N. \_\_\_\_\_ 1956, al momento della pronuncia della decisione impugnata aveva quasi 57 anni, mentre nell'istante dell'esecuzione della perizia specialistica, nel 2012, 56. Alla luce della giurisprudenza suesposta quindi, prima di procedere a ridurre la rendita, andava accertato, da parte dell'UAIE, se una reintegrazione professionale era ammissibile in concreto. Al riguardo dall'incarto dell'amministrazione emerge che, dopo l'erezione della perizia specialistica (consid. E.d), l'amministrazione ha avviato una procedura tesa ad effettuare un accertamento presso il Centro di accertamento professionale ai fini di individuare le attività esigibili e sostenere l'assicurato nel reinserimento professionale tramite un allenamento al lavoro rispettivamente un aiuto al collocamento (doc. 105, 108). Tuttavia la verifica ha dovuto essere annullata per motivi organizzativi imputabili al Centro, in particolare tempi d'attesa lunghi. Pure una prova concreta di lavoro non ha potuto essere eseguita per problemi di salute dell'assicurato e un ricovero ospedaliero (doc. 11). Ulteriori provvedimenti non sono stati predisposti.

**18.3** In simili condizioni la decisione impugnata non può essere considerata conforme al diritto federale e va pertanto annullata. Malgrado l'amministrazione abbia avviato una procedura atta a stabilire le opportunità di reintegrazione professionale dell'assicurato, non l'ha portata a termine correttamente, prima di pronunciarsi sulla riduzione della rendita. Il ricorso va pertanto parzialmente accolto e l'incarto 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 intera erogata con effetto dal 1 settembre 2009 non potrà essere ridotta a  $\frac{3}{4}$  di rendita, come indicato nel presente giudizio.

## **19.**

**19.1** 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).

**19.2** Il ricorrente è rappresentato dall'UCM. Visto l'esito del ricorso si giustifica assegnare all'insorgente un'indennità a titolo di spese ripetibili di fr. 1000 (in assenza di una nota dettagliata, art. 14 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]), che vanno poste a carico dell'UAIE (art. 64 PA in combinazione con gli art. 7 cpv. 1 a 3 del citato regolamento).

## **Per questi motivi, il Tribunale amministrativo federale pronuncia:**

### **1.**

In accoglimento del ricorso, la decisione impugnata è annullata e l'incarto è rinviato all'amministrazione affinché esegua gli accertamenti indicati al considerando 18 e, alla luce delle risultanze istruttorie, si pronunci nuovamente sul grado di invalidità conformemente a quanto indicato nei considerandi da 14 a 17.

**2.**

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

**3.**

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

**4.**

Comunicazione a:

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

La presidente del collegio:

Il cancelliere:

Michela Bürki Moreni

Dario Croci Torti

**Rimedi giuridici:**

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

Data di spedizione: