



Corte III
C-8135/2015

Sentenza del 8 maggio 2017

Composizione

Giudici Michela Bürki Moreni (presidente del collegio),
Vito Valenti, Madeleine Hirsig-Vouilloz,
cancelliere Luca Rossi.

Parti

A. _____,
patrocinato dal Patronato INAS,
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, soppressione della rendita
(decisione del 12 novembre 2015).

Fatti:**A.**

A._____, cittadino italiano, nato il (...), celibe, ha lavorato in Svizzera, nel settore edile, nel corso del 1982, dal 1986 al 1991, dal 2004 al 2007 e infine dal 2011, solvendo regolari contributi all'assicurazione svizzera per la vecchiaia, i superstiti e l'invalidità (doc. 15 e 29 dell'incarto dell'Ufficio dell'assicurazione per l'invalidità per gli assicurati residenti all'estero [UAIE]).

B.

B.a Nel mese di gennaio 1990 l'assicurato ha subito un trauma distorsivo-contusivo al polso sinistro, trattato conservativamente, al quale è seguita una breve inabilità lavorativa. Soltanto in un secondo momento è emersa la frattura dell'osso semilunare sinistro che ha reso necessario l'intervento di artrodesi parziale e di denervazione a livello dello scafoide-trapezio-trapezoide, eseguito l'8 maggio 1992 presso l'Ospedale cantonale di B._____. La rimozione dei mezzi di osteosintesi ha avuto luogo il 26 gennaio 1993 e il caso è stato chiuso dall'assicuratore contro gli infortuni a decorrere dal mese successivo (doc. 1 dell'incarto dell'Istituto nazionale svizzero di assicurazione contro gli infortuni [INSAI], di seguito LAINF).

B.b Nel 2002 l'assicurato ha trasmesso all'INSAI della nuova documentazione medica, stante la quale vi erano le indicazioni per un nuovo intervento (denervazione del polso, o eczeresi del semilunare e sua sostituzione con protesi al titanio, o artrodesi totale del polso). Non considerando tali atti suscettibili di dimostrare un significativo peggioramento dello stato di salute, l'INSAI ha rifiutato di riaprire il caso e accordare un'ulteriore presa a carico (doc. LAINF 1, 2). Il prospettato intervento non è quindi stato eseguito.

B.c A seguito della frattura al pollice sinistro, subita il 1° ottobre 2012 e giunta a consolidazione nel mese di gennaio 2013 dopo trattamento conservativo, l'interessato ha lamentato un peggioramento della sintomatologia dolorosa al polso sinistro, riconosciuta dalla INSAI quale ricaduta dell'infortunio del 1990. L'inabilità lavorativa riconducibile al trauma al pollice è cessata il 1° febbraio 2013. Quella riconducibile alla problematica al polso è, per contro, perdurata ed è stata presa a carico dall'assicuratore LAINF unitamente alle spese di cura (doc. LAINF 17, 24, 32).

C.

C.a In data 18 settembre 2013, su invito dell'INSAI (doc. 1, 2), A._____ ha presentato all'Ufficio AI del Cantone C._____ una domanda volta al conseguimento di prestazioni dell'assicurazione svizzera per l'invalidità, essendo ormai da quasi un anno completamente inabile al lavoro (doc. 3).

C.b L'autorità inferiore ha quindi chiesto all'INSAI la trasmissione dell'incarto e raccolto le informazioni relative all'attività lavorativa dell'assicurato. Sulla base degli accertamenti medici figuranti agli atti della procedura LAINF, segnatamente i rapporti dei dr.i D._____ e E._____ (doc. LAINF 35), del dr. F._____ (doc. LAINF 17, 41) e del dr. G._____ (doc. 47, 51, 58, 62, 63), nonché sui certificati dei medici curanti, dr.ssa R._____ e dr. H._____, l'UAIE ha emesso il progetto di decisione del 23 aprile 2014 (doc. 24), interamente confermato dalla decisione del 18 luglio 2014 (doc. 29), mediante la quale è stato riconosciuto all'assicurato il diritto a una rendita intera di invalidità con grado del 100% a decorrere dal 1° settembre 2013 (trascorso l'anno d'attesa prescritto dall'art. 28 cpv. 1 LAI).

Ciò posto, non essendosi ancora stabilizzato lo stato di salute dell'interessato, l'amministrazione si è riservata la facoltà di procedere a una revisione, una volta terminate le cure in corso e radunata la documentazione necessaria ad esprimersi in modo definitivo riguardo alla residua capacità lavorativa (doc. 29).

D.

D.a Nell'ambito della procedura LAINF, infatti, A._____ era stato nel frattempo sottoposto, il 28 gennaio 2014, a un intervento di artroscopia diagnostica medio carpica del polso sinistro, con sinevietomia in sede radiocarpica, ulnocarpica e mediocarpica, débridement del disco triangolare, rimozione di corpi liberi e artroplastica di resezione dello stiloide radiale (doc. LAINF 58) e in seguito, il 1° aprile 2014, ad un intervento di panartrodesi con placca dorsale al polso sinistro con innesto osseo spongioso prelevato dal bacino (doc. LAINF 63).

D.b L'assicurato, che a partire dal 8 settembre 2014 aveva ripreso a lavorare al 50% nella precedente attività di piastrellista (doc. 33), è stato convocato dall'INSAI il 17 ottobre 2014 per la visita di chiusura (doc. LAINF 75). In esito al consulto il dr. I._____, specialista in chirurgia ortopedica,

ha considerato non esservi ormai più alcun trattamento o proposta diagnostica suscettibile di migliorare sensibilmente lo stato di salute dell'interessato e ritenuto quest'ultimo abile al 100%. Alla luce dei limiti funzionali emersi dall'esame, tra l'altro relativi all'inesigibilità per lo stato del polso sinistro, di sollevare pesi oltre i 10 kg, il dr. I. _____ ha comunque consigliato all'assicurato di cambiare professione optando per una attività più leggera.

D.c Sulla scorta del referto del dr. I. _____, l'INSAI ha comunicato, il 14 novembre 2014, la sospensione delle prestazioni a titolo di indennità giornaliera e spese di cura a decorrere dal 1° gennaio 2015 (doc. 36).

Il 27 maggio 2015, con decisione formale (doc. 56) poi confermata con la decisione su opposizione del 6 luglio 2015 (doc. 66), l'INSAI ha riconosciuto all'assicurato una rendita di invalidità del 13%, fondandosi su una residua capacità lavorativa, per le sole conseguenze dell'infortunio del 8 gennaio 1990, del 100% in attività leggera e rispettosa dei limiti funzionali. Nel suddetto provvedimento, per contro, non sono state considerate le patologie di cheratocongiuntivite e di lombalgia con associata discopatia L5/S1 lamentate dall'interessato (doc. 35, 37), in quanto non in relazione causale con il sinistro assicurato.

E.

E.a Per la valutazione delle summenzionate patologie riguardanti gli occhi e la schiena – a dimostrazione delle quali il ricorrente ha trasmesso i certificati medici del 6 maggio e del 11 ottobre 2013 del dr. J. _____ e il rapporto di dimissione del 23 luglio 2008 della dr.ssa K. _____ (doc. 37) – oltre che per valutare la problematica al polso sinistro, il SMR ha chiesto l'allestimento di una perizia oculistica e reumatologica (doc. 42).

E.b Con il rapporto peritale dell'11 maggio 2015 (doc. 51) la dr.ssa L. _____, specialista in oftalmologia, per quanto di sua competenza, ha attestato che l'assicurato poteva conseguire una capacità lavorativa del 50% nell'abituale professione, intesa come rendimento globale ridotto nell'arco dell'intera giornata e che in attività adeguata, che non contemplasse lavori di precisione, egli avrebbe potuto conseguire una capacità lavorativa dell'80%, sebbene al momento della redazione della perizia lo stato di salute non fosse ancora completamente stabilizzato. Nel complemento alla perizia del 1° giugno 2015, la dr.ssa L. _____ ha poi indicato il mese di settembre del 2014 come data d'inizio dell'abilità lavorativa da lei attestata, sia in attività di piastrellista che in attività adeguata (doc. 59).

E.c Nella perizia reumatologica del 4 maggio 2015 (doc. 53) il dr. M._____, specialista in reumatologia e medicina interna, ha indicato che l'evoluzione successiva al duplice intervento operatorio al polso a cura del dr. G._____, (doc. LAINF 58, 63) era stata abbastanza favorevole, essendo chiaramente diminuiti i dolori al polso, ed essendo l'assicurato tornato a lavorare come piastrellista al 50% (mezza giornata), seppur evitando le attività pesanti. Per quanto riguarda i dolori cronici alla colonna vertebrale egli ha chiarito che gli stessi, pur limitando l'assicurato per le attività pesanti, non erano all'origine di inabilità lavorativa. Infine ha segnalato la recente insorgenza di disturbi alla spalla destra, non ancora approfonditi (ma che avrebbero dovuto esserlo, cfr. p. 13), ma apparentemente non limitanti eccessivamente l'interessato.

Riguardo alla residua capacità lavorativa, il dr. M._____ ha valutato l'assicurato abile non oltre il 50% nell'abituale attività di piastrellista, mentre lo ha ritenuto abile all'80% per lo svolgimento di un'attività adeguata, ossia "fisicamente leggera, che non richieda particolari sollecitazioni per la schiena (...) né tanto meno importanti sollecitazioni ripetitive per il polso sx (...)". Il dr. M._____, segnalando di aver visionato le conclusioni tratte dalla dr.ssa L._____, ha precisato che l'inabilità lavorativa attestata per le patologie reumatologiche e oftalmologiche non debbano sommarsi.

E.d Sulla base dei referti peritali, è stato redatto un primo rapporto finale SMR il 27 maggio 2015 (doc. 58), poi seguito da un secondo, richiesto il 3 giugno 2015, ma riportante la stessa data (doc. 61, 62), dal quale risulta una capacità lavorativa del 50% in attività abituale e dell'80% in attività rispettosa dei limiti funzionali, intesa – a detta del dr. N._____ – come riduzione del rendimento su una giornata intera, a partire dal mese di settembre 2014. A fronte di tali riscontri, nell'ambito della revisione, è stato attestato un miglioramento dello stato di salute dell'assicurato.

E.e Dal canto suo il consulente all'integrazione, ritenendo l'assicurato inibito non soltanto dal danno alla salute e dai limiti funzionali riscontrati, ma pure da altri limiti quali l'età, la scolarizzazione e l'esperienza professionale specifica ha ritenuto non proponibile una riqualifica professionale (doc. 67).

F.

F.a Alla luce della nuova inabilità lavorativa attestata dai periti consultati, l'amministrazione ha considerato migliorato lo stato di salute e proceduto a un nuovo calcolo (doc. 65) del discapito economico in attività adeguate, dal quale è emerso un grado di invalidità del 26%. Non essendo più dati i presupposti per riconoscere il diritto alla rendita, essa ha dunque emanato

il progetto di decisione del 4 agosto 2015, mediante il quale ne ha comunicato la soppressione (doc. 68).

F.b Le osservazioni del 1° settembre 2015 e la documentazione ivi annessa (doc. 71), sono state sottoposte al vaglio del SMR, che con annotazione del 13 ottobre 2015 ha chiarito che la documentazione prodotta non ha apportato alcun elemento suscettibile di modificare o smentire le conclusioni tratte nel precedente rapporto sulla base della perizia reumatologica del dr. M. _____ (doc. 75). Pure il consulente professionale si è ri-confermato nel parere già espresso, precisando tuttavia la possibilità di un finanziamento per una “mini riqualifica ad hoc” della durata di 3-6 mesi, da stabilire in presenza di un concreto posto di lavoro (doc. 77).

F.c Con decisione 12 novembre 2015 l’UAIE ha dunque confermato la soppressione del diritto alla rendita di invalidità fino ad allora percepita da A. _____, con effetto a decorrere dalla fine del mese seguente l’intimazione del provvedimento (doc. 80).

G.

Contro la decisione dell’UAIE, in data 15 dicembre 2015 (doc. TAF 1), l’interessato, per il tramite del patronato INAS di O. _____, ha interposto ricorso dinnanzi al Tribunale amministrativo federale (TAF), chiedendone l’annullamento con conseguente riconoscimento di una ½ rendita di invalidità fondata su un grado di inabilità lavorativa del 50%, nonché l’esenzione dalle spese processuali e il riconoscimento di adeguate ripetibili. A sostegno della propria richiesta il ricorrente ha prodotto, oltre alla documentazione già agli atti, dei certificati del dr. P. _____, un rapporto del 15 aprile 2015 e un certificato del 16 gennaio 2015 del dr. G. _____ e la relazione del dr. Q. _____ del 9 dicembre 2015.

H.

Nel proprio memoriale di risposta, inoltrato il 24 febbraio 2016, l’UAIE ha proposto la reiezione del gravame e la conferma del provvedimento impugnato, rinviando per le motivazioni, alla presa di posizione dell’Ufficio AI del Cantone C. _____ del 18 febbraio 2016 (doc. TAF 8). Sulla scorta dell’annotazione del 16 febbraio del SMR, l’amministrazione cantonale ha osservato che il ricorrente non apportava alcun elemento nuovo rispetto alla valutazione peritale e che di conseguenza occorreva ritenere assodato il miglioramento dello stato di salute di quest’ultimo.

I.

Replicando, in data 26 aprile 2016 (doc. TAF 10), l'interessato ha contestato il preteso miglioramento del suo stato di salute, producendo un recente rapporto della dr.ssa R._____ e un ulteriore certificato del dr. P._____. Per il resto, si è riconfermato nelle motivazioni già esposte nel ricorso.

J.

L'amministrazione ha quindi sottoposto i nuovi referti medici al proprio SMR, che nel rapporto 9 maggio 2016 ha ritenuto la problematica al polso sinistro, di recente insorgenza e per la quale l'assicurato presenta un'inabilità lavorativa al 100%, quale peggioramento dello stato di salute a decorrere dal 22 aprile 2016. Alla luce di tale referto, l'UAI cantonale nel memoriale di duplica del 20 maggio 2016, ripreso dall'UAIE il 30 maggio 2016 ha nuovamente chiesto la reiezione del ricorso e la conferma della decisione (doc. TAF 14).

K.

Nel frattempo con decisione incidentale del 12 maggio 2016 (doc. TAF 12) la domanda di assistenza giudiziaria è stata respinta. Il ricorrente ha fatto fronte al versamento dell'anticipo di Fr. 400.-, corrispondente alle presunte spese processuali in data 8 giugno 2016 (doc. TAF 16).

L.

A complemento dei precedenti memoriali, il ricorrente ha trasmesso il 15 novembre 2016, il rapporto del dr. S._____, specialista in chirurgia della mano, redatto a seguito della visita del 30 ottobre 2016 (doc. TAF 18).

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 impugnate davanti al Tribunale amministrativo federale (TAF) conformemente all'art. 69 cpv. 1 lett. b LAI (RS 831.20). Di conseguenza questo Tribunale è competente a giudicare il presente ricorso.

1.2 Secondo l'art. 3 lett. d^{bis} PA, a cui rinvia l'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) ed altresì l'anticipo relativo alle spese processuali è stato versato nel termine impartito.

2.

2.1

2.1.1 Dal profilo temporale si applicano le disposizioni in vigore al momento della realizzazione dello stato di fatto che deve essere valutato giuridicamente o che produce conseguenze giuridiche (DTF 136 V 24 consid. 4.3 e 130 V 445 consid. 1.2 con rinvii, nonché 129 V 1 consid. 1.2). Se le disposizioni legali si sono modificate nel corso del periodo sottoposto ad esame giudiziario, il diritto alle prestazioni si determina secondo le vecchie disposizioni per il periodo anteriore e secondo le nuove a partire della loro entrata in vigore (applicazione pro rata temporis; DTF 130 V 445).

2.1.2 Contestato, in concreto, è il diritto di A. _____ di continuare a percepire una rendita intera anche dopo il 1° gennaio 2016. Ne consegue che sono applicabili le modifiche legislative di cui alla 6a revisione in vigore dal 1° gennaio 2012 e le successive modifiche (RU 2011 5659; FF 2010 1603).

2.2 Giova altresì rilevare che il potere cognitivo di questo Tribunale è delimitato dalla data della decisione impugnata, in concreto il 12 novembre 2015. 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 (DTF 136 V 24 consid. 4.3). 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, per cui è applicabile, di principio, l'ALC (RS 0.142.112.681), entrato in vigore il 1° giugno 2002.

3.2 L'allegato II è stato modificato con effetto dal 1° aprile 2012 (Decisione 1/2012 del Comitato misto del 31 marzo 2012; RU 2012 2345). Nella sua nuova versione esso prevede in particolare che le parti contraenti applicano tra di loro, nel campo del coordinamento dei sistemi di sicurezza sociale, gli atti giuridici di cui alla sezione A dello stesso allegato, comprese eventuali loro modifiche o altre regole equivalenti ad essi (art. 1 ch. 1) ed assimila la Svizzera, a questo scopo, ad uno Stato membro dell'Unione europea (art. 1 ch. 2).

3.3 Gli atti giuridici riportati nella sezione A dell'allegato II sono, in particolare, il regolamento (CE) n. 883/2004 del Parlamento europeo e del Consiglio del 29 aprile 2004 (RS 0.831.109.268.1) relativo al coordinamento dei sistemi di sicurezza sociale, con le relative modifiche, e il regolamento (CE) n. 987/2009 del Parlamento europeo e del Consiglio del 16 settembre 2009 (RS 0.831.109.268.11) che stabilisce le modalità di applicazione del regolamento (CE) n. 883/2004, nonché il regolamento (CEE) n. 1408/71 del Consiglio del 14 giugno 1971 (RU 2004 121, 2008 4219 4237, 2009 4831) relativo all'applicazione dei regimi di sicurezza sociale ai lavoratori subordinati, ai lavoratori autonomi e ai loro familiari che si spostano all'interno della Comunità, con le relative modifiche, e il regolamento (CEE) n. 574/72 del Consiglio del 21 marzo 1972 (RU 2005 3909, 2008 4273, 2009 621 4845) che stabilisce le modalità di applicazione

del regolamento (CEE) n. 1408/71, con le relative modifiche, entrambi applicabili tra la Svizzera e gli Stati membri fino al 31 marzo 2012 e quando vi si fa riferimento nel regolamento (CE) n. 883/2004 o nel regolamento (CE) n. 987/2009 oppure quando si tratta di casi verificatisi in passato.

3.4 Secondo l'art. 4 del regolamento (CE) n. 883/2004, salvo quanto diversamente previsto dallo stesso, le persone ad esso soggette godono delle medesime prestazioni e sottostanno agli stessi obblighi di cui alla legislazione di ciascuno Stato membro, alle stesse condizioni dei cittadini di tale Stato. Ciò premesso, nella misura in cui l'ALC e, in particolare, il suo allegato II, non prevede disposizioni contrarie, l'organizzazione della procedura, come pure l'esame delle condizioni di ottenimento di una rendita d'invalità svizzera, sono regolate dal diritto interno svizzero (DTF 130 V 253 consid. 2.4).

4.

4.1 Oggetto del contendere è, nel caso concreto, la questione se dopo il 1° settembre 2014 lo stato di salute e/o la capacità al lavoro (e di guadagno) del ricorrente sono migliorati in modo tale da giustificare la soppressione della rendita d'invalità con effetto dal 1° gennaio 2016.

4.2 Al riguardo il ricorrente adduce che la sua situazione di salute e di capacità di lavoro seppur migliorata rispetto al momento in cui la prestazione è stata concessa, è comunque peggiore rispetto a quella ritenuta dall'UAIE nella decisione impugnata ed anzi, ha subito un ulteriore e persistente peggioramento a partire dal mese di dicembre 2014. Sulla scorta degli accertamenti medici prodotti in sede di ricorso, l'assicurato ritiene giustificato il riconoscimento di un'inabilità lavorativa del 50%, anche in attività leggere. Egli postula quindi che il diritto alla rendita sussista, modificato in base alla mutata capacità lavorativa, anche successivamente al 31 dicembre 2015.

4.3 Di contro, l'amministrazione, sulla scorta dei rapporti del SMR, non ritiene vi siano i presupposti per modificare la propria decisione, ritenuto che la documentazione medica prodotta dall'assicurato non apporta nessun elemento clinico nuovo dal quale emerga una capacità lavorativa inferiore all'80% in attività adeguate, come stabilito dai periti.

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. 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 LPGA), non è più applicabile se l'assicurato è cittadino svizzero o dell'Unione europea e vi risiede (DTF 130 V 253 consid. 2.3).

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

6.4 La nozione d'invalidità di cui all'art. 4 LAI e 8 LPGGA è un concetto di carattere economico-giuridico e non medico (DTF 116 V 246 consid. 1b e 110 V 273; v. pure sentenze del TF 8C_636/2010 del 17 gennaio 2011 consid. 3 e 9C_529/2008 del 18 maggio 2009). In base all'art. 16 LPGGA, applicabile per il rinvio dell'art. 28a cpv. 1 LAI, per valutare il grado d'invalidità, il reddito che l'assicurato potrebbe conseguire esercitando l'attività ragionevolmente esigibile da lui dopo la cura medica e l'eventuale esecuzione di provvedimenti d'integrazione (reddito da invalido), tenuto conto di una situazione equilibrata del mercato del lavoro, è confrontato con il reddito che egli avrebbe potuto ottenere se non fosse diventato invalido (reddito da valido; metodo generale del raffronto dei redditi). 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).

6.5 La nozione di invalidità in ambito AI coincide con quella vigente in ambito LAINF e nell'assicurazione militare (art. 16 LPGGA; DTF 127 V 129 consid. 4d; 133 V 549 consid. 6). Se il danno alla salute è il medesimo, la valutazione dell'invalidità in ambito AI, LAINF e assicurazione militare dovrebbe condurre al medesimo grado di invalidità (DTF 133 V 549 consid. 6; 126 V 288 consid. 2a con rinvii). Un assicuratore non è tuttavia vincolato ad una decisione emessa da un altro ente per esempio nel caso in cui il grado di invalidità risulta da un accordo intercorso tra le parti (DTF 127 V 129 consid. 4d; 126 V 288 consid. 2a) rispettivamente si fonda su un errore di diritto (DTF 126 V 288 consid. 2a). Se inoltre in DTF 126 V 288 il TF ha relativizzato il carattere vincolante di una valutazione dell'invalidità passata in giudicato nei confronti di un assicuratore contro gli infortuni nel senso che una determinazione differente del grado d'invalidità nell'ambito dell'assicurazione per l'invalidità entrava in linea di conto eccezionalmente e a condizione che sussistessero motivi pertinenti, in DTF 133 V 549 il Tribunale federale (TF) ha precisato la propria giurisprudenza concludendo che la valutazione dell'invalidità da parte dell'assicurazione infortuni non vincola l'assicurazione per l'invalidità ai sensi della precedente giurisprudenza (DTF 126 V 288) e, di conseguenza, l'Ufficio AI non è legittimato a interporre opposizione, rispettivamente ricorso, contro la decisione, rispettivamente contro la decisione su opposizione, dell'assicuratore infortuni sulla questione del diritto alla rendita in quanto tale o sul grado d'invalidità (DTF 133 V 549 consid. 6; sentenza del TF 9C_903/2011 del 25 gennaio 2013 consid. 10).

7.

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

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 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 LPGA (DTF 112 V 372 consid. 2b e 390 consid. 1b, RCC 1987 p. 36, SVR 2004 IV n. 5 consid. 3.3.3). L'istituto della revisione non può infatti giustificare un riesame incondizionato del diritto alla rendita (cfr. anche: RUDOLF RUEDI, Die Verfügungsanpassung als verfahrensrechtliche Grundfigur namentlich von Invalidenrentenrevisionen, in: SCHAFFAUSER/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).

7.4 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.

7.5 Giusta l'art. 88bis cpv. 2 let. a OAI, 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.

8.

8.1 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 relativa all'ultima decisione cresciuta in giudicato che è stata sottoposta ad esame materiale tramite 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 (DTF 133 V 108; sentenza del TF I 759/06 del 5 settembre 2007).

8.2 In concreto il periodo di riferimento è pertanto quello intercorrente fra la decisione del 18 luglio 2014 (doc. 29), con cui è stata erogata una rendita intera AI all'assicurato e il 12 novembre luglio 2015, data della decisione impugnata (doc. 79).

9.

9.1 Il giudice delle assicurazioni sociali deve esaminare in maniera obiettiva tutti i mezzi di prova, indipendentemente dalla loro provenienza, e poi decidere se i documenti messi a disposizione permettono di giungere ad un giudizio attendibile sulle pretese giuridiche litigiose.

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, 2001, pag. 266).

9.2 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 oppure l'esistenza di altri rapporti in grado di inficiarne la conclusione. 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).

9.3 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 pag. 81 consid. 4.3).

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

9.5 Non va infine dimenticato che se vi sono 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).

10.

10.1 Nell'ambito della prima procedura tendente all'attribuzione di una rendita, avviata il 18 settembre 2013 (doc. 2), l'UAIE si era fondato sostanzialmente sugli atti medici risultanti dalla pratica LAINF, senza esperire esami propri, essendo l'assicurato ancora in cura al momento del riconoscimento del diritto alla rendita intera.

Figurano fra tali atti il rapporto del 13 giugno 2013 del dr. D._____, specialista in chirurgia ortopedica e traumatologia dell'apparato locomotore e del dr. E._____, specialista in chirurgia plastica e chirurgia della mano (doc. LAINF 17); i rapporti del dr. F._____, specialista in Ortopedia e Traumatologia, del 31 gennaio 2013 e del 23 agosto 2013 (doc. LAINF 17, 41); e in particolare i rapporti del dr. G._____, specialista in chirurgia della mano e in chirurgia ortopedica e traumatologia, del 6 novembre 2013, del 17 gennaio 2014 e l'esame TAC del polso sinistro del 9 gennaio 2014 (doc. LAINF 46, 51), mediante i quali è stata posta la diagnosi di "artrosi radio e medio carpica del polso sinistro, con esiti dopo artrodesi STT 1992 causa malacia del semilunare postraumatica; esiti dopo trattamento conservativo frattura I metacarpo mano sinistra ottobre 2012".

10.2 Sulla base di tale diagnosi, il dr. G._____ aveva proposto ed eseguito il 28 gennaio 2014 l'intervento di artroscopia diagnostica medio carpica del polso sinistro, con sineviectomia in sede radio-carpica, ulnocarpica e mediocarpica, débridement del disco triangolare, rimozione di corpi liberi e artroplastica di resezione dello stiloide radiale (doc. LAINF 58).

Persistendo i dolori e il gonfiore al polso sinistro (doc. LAINF 62), il dr. G._____ ha consigliato il 14 marzo 2013 di procedere ad una panartrodesi con placca dorsale al polso sinistro con innesto osseo spongioso prelevato dal bacino, intervento eseguito il 1° aprile 2014 (doc. LAINF 63).

10.3 Durante tutto questo periodo, l'incapacità lavorativa era stata considerata totale nel precedente lavoro di piastrellista; essendo ancora in corso il trattamento, i medici curanti non si erano espressi per l'abilità in eventuali attività di sostituzione.

Con decisione del 18 luglio 2014 (doc. 29), preceduta dal progetto del 23 aprile 2014 (doc. 24), l'autorità inferiore ha quindi riconosciuto

all'interessato una rendita intera di invalidità con grado AI del 100% a decorrere dal 1° settembre 2014, una volta trascorso l'anno d'attesa previsto dall'art. 28 cpv. 1 LAI.

11.

11.1 In occasione della procedura di revisione avviata d'ufficio nel 2014 è stata assunta agli atti ulteriore documentazione medica raccolta nell'ambito della procedura LAINF, segnatamente:

- I rapporti relativi alle visite di controllo del 16 maggio 2014 e del 27 luglio 2014 (doc. LAINF 65), nei quali il dr. G._____ ha giudicato l'evoluzione postoperatoria favorevole ed ha attestato un'abilità lavorativa al 50% a partire dal 1° settembre 2014, del 75% a partire dal 1° di ottobre 2014 e del 100% dal 1° novembre 2014 e proposto all'INSAI di definire il caso
- Il rapporto del 21 ottobre 2014 relativo alla visita di chiusura (doc. LAINF 75), nel quale il dr. I._____, specialista in chirurgia ortopedica, ha ritenuto non esservi ormai più alcun trattamento o proposta diagnostica suscettibile di migliorare sensibilmente lo stato di salute del ricorrente. Pur ritenendo l'interessato abile al lavoro nella misura del 100%, per le sole conseguenze dell'infortunio del 1990 al polso, il dr. I._____ ha consigliato all'assicurato di cambiare professione optando per una attività più leggera e rispettosa dei limiti funzionali riscontrati.
- Il rapporto del 16 gennaio 2015 del dr. G._____, redatto a seguito di un episodio di recrudescenza dei dolori al polso sinistro, durato 2-3 settimane a cavallo fra il mese di dicembre 2014 e di gennaio 2015, a causa dei quali è stata prescritta una temporanea inabilità lavorativa totale. In esito all'esame clinico e radiologico, il dr. G._____ ha ritenuto giustificato a partire dal 1° febbraio 2015 "una reintegrazione professionale al 50% come operaio edile" (doc. LAINF 82).
- I brevi rapporti del 26 gennaio 2015 e del 23 febbraio 2015 del dr. I._____ (doc. LAINF 84, 92), che confrontato con i rapporti del dr. G._____ (doc. LAINF 82) e del dr. P._____ (doc. LAINF 80), si è riconfermato nelle valutazioni esposte in precedenza riguardo alla capacità lavorativa dell'assicurato.

11.2

11.2.1 Al fine di valutare lo stato di salute complessivo e tenere conto delle patologie extrainfortunistiche, segnatamente quella agli occhi e quella alla schiena, l'amministrazione ha assunto agli atti la perizia reumatologica del 4 maggio 2015 del dr. M._____, specialista in reumatologia e medicina interna (doc. 53) e la perizia oftalmologica dell'11 maggio 2015 (doc. 51) della dr.ssa L._____, specialista in oftalmologia, dalle quali sono emerse le seguenti diagnosi con ripercussione sulla capacità lavorativa:

- Artralgie croniche al polso sinistro su:
 - o Stato dopo frattura dell'osso lunato l'8 gennaio 1990.
 - o Stato dopo artrodesi parziale nonché denervazione l'8.05.1992 e successiva AMO l'11.01.1993.
 - o Stato dopo artroscopia diagnostica radiocarpica e medio-carpica del polso con sinovectomia in sede radiocarpica, ulnocarpica e mediocarpica, débridement del disco triangolare, rimozione di corpi liberi ed artroplastica di resezione dello stiloide radiale il 28.01.2014.
 - o Stato dopo panartrodesi con placca dorsale APTUS al polso con innesto di osso spongioso prelevato dalla cresta iliaca sx ed innesto di osso artificiale l'1.04.2014.

- Sindrome lombovertebrale cronica su:
 - o Stato dopo fissazione "elastica" posteriore L5-S1 con DIAM il 14.08.2008.
 - o Discrete alterazioni degenerative su più livelli.

- Periartrite omero-scapolare tendinopatica alla spalla destra di nuova insorgenza, finora non trattata.

- Cheratocono bilaterale più pronunciato a destra che a sinistra.

- Stato dopo cross linking bilaterale (2013).

- Miopia, astigmatismo miopico.

(cfr. doc. 51 e 53)

11.2.2 Nel proprio rapporto peritale del 11 maggio 2015 (doc. 51), la dr.ssa L. _____, ha indicato che i problemi di acuità visiva, da vicino e da lontano, con visione distorta, sono presenti da una decina d'anni all'incirca e che allo scopo di stabilizzare il cheratocono, l'assicurato è stato sottoposto nel 2013 a un intervento di cross linking alle due cornee. Nonostante questo intervento, l'assicurato ha riferito al perito di aver riscontrato nel corso dell'ultimo anno un peggioramento dell'acuità visiva, tanto che il dr. J. _____ ha proposto una nuova correzione refrattiva corneale, non ancora eseguita al momento della visita peritale. Pur precisando che il difetto refrattivo non poteva ancora considerarsi stabilizzato, la dr.ssa L. _____ ha comunque stabilito che, allo stato attuale, la capacità lavorativa può essere valutata al 50% nella professione abituale – da intendersi come rendimento globale ridotto – e all'80% in un'attività adeguata, che non comporti lavori di precisione da svolgere da vicino. Interrogata riguardo all'inizio dei periodi di inabilità attestata (doc. 55), la dr.ssa L. _____ ha stabilito, in un complemento alla perizia, il mese di settembre 2014, a valere sia per l'attività abituale che per l'attività adeguata (doc. 59), ossia il momento in cui l'assicurato ha ripreso di sua iniziativa l'attività lavorativa al 50% (doc. 33).

11.2.3 Il dr. M. _____, la cui diagnosi, per quanto concerne la problematica al polso, coincide sostanzialmente con quella esposta dal dr. I. _____ e dal dr. G. _____ (doc. LAINF 75 e 82), ha individuato nella propria perizia del 4 maggio 2015 (doc.53) altre due patologie di natura ortopedico-reumatologica. Da un lato, i dolori cronici alla colonna vertebrale, altalenanti a seconda dell'attività svolta e che, stando alle dichiarazioni dell'assicurato, negli ultimi anni, non sono più stati all'origine di un'inabilità lavorativa. Dall'altro, i fastidi alla spalla destra di recente insorgenza, verosimilmente dovuti a una tendinopatia del sopraspinato, per i quali il dr. M. _____ ha segnalato non essere ancora stato eseguito alcun tipo di accertamento, né essere in atto alcuna specifica terapia. Al fine di valutare l'eventuale presenza di un danno alla cuffia dei rotatori, il perito ha quindi suggerito l'eventuale esecuzione di un'ecografia della spalla.

Ad ogni buon conto, in considerazione dei miglioramenti dei dolori al polso, e del fatto che né le problematiche alla schiena, né quelle alla spalla destra parrebbero costituire, una causa duratura di incapacità lavorativa – dal momento che l'assicurato lavora senza grosse difficoltà, nonostante tali problemi – l'assicurato è stato ritenuto abile, in qualità di muratore e/o piastrellista nella misura massima del 50%. In un'attività adeguata ai limiti funzionali, ossia in una professione leggera che non richieda particolari sollecitazioni della schiena e del polso sinistro, il ricorrente è stato considerato abile

almeno all'80%. La valutazione esposta dal dr. M._____ ha tenuto conto anche del grado di abilità lavorativa attestato dalla dr.ssa L._____ (di conseguenza, andrebbe corretta la data della perizia reumatologica [4 maggio 2015], essendo la stessa verosimilmente posteriore a quella oftalmologica [11 maggio 2015]). Lo stesso ha comunque ritenuto che i gradi di inabilità lavorativa risultante dalle patologie reumatologiche e quelle oftalmologiche non debbano essere sommati.

11.3 Dal canto suo l'assicurato, a seguito del progetto di decisione del 4 agosto 2015 (doc. 68), ha prodotto il certificato medico del 8 giugno 2015 e il rapporto del 10 giugno del dr. G._____ – nel quale lo specialista, esaminato il referto della scintigrafia ossea (SPECT-CT) del 11 maggio 2015, concorda per una capacità lavorativa del 50% nell'attività abituale, con possibilità di impiego maggiore in un'attività più leggera e consona ai limiti funzionali – oltre che un nuovo certificato del 1° settembre 2015 del dr. P._____ (doc. 73).

11.4 La documentazione medica raccolta è stata sottoposta al dr. N._____, medico generico del SMR che nel proprio rapporto finale del 27 maggio 2015 (doc. 58, poi completato riportando la stessa data nel doc. 62) ha sostanzialmente confermato le valutazioni dei periti summenzionati, riguardo all'abilità lavorativa nell'attività abituale e in un'attività adeguata (riprendendo tuttavia in maniera imprecisa le conclusioni del dr. M._____ il quale mai si è espresso in termini di riduzione del rendimento, bensì di incapacità lavorativa dell'80%) ed ha indicato che lo stato di salute dell'assicurato era migliorato.

11.5 In sede di ricorso l'assicurato ha presentato il rapporto del 9 dicembre 2015 del dr. Q._____, la cui specialità non è nota, che, ripercorrendo le diagnosi già esposte, ha indicato che anche i periti dell'AI hanno stabilito un'invalidità globale del 40% e ha concluso ritenendo l'interessato invalido in misura superiore al 50% anche in attività medio leggere e dunque da ammettere al beneficio di una ½ rendita AI (doc. TAF 1).

Il rapporto del dr. Q._____, i certificati del 19 dicembre 2014 e del 29 febbraio, 13-16 marzo, 1° settembre, 1° ottobre e 1° dicembre 2015 del dr. P._____, il certificato del 16 gennaio 2015 e il rapporto del 15 aprile 2015 del dr. G._____, sono stati sottoposti dall'UAIE al dr. T._____ del SMR, che non ha riscontrato nuovi elementi clinici né una modifica dello stato di salute rispetto a quello attestato nelle valutazioni peritali (allegato al doc. TAF 8).

11.6 Pendente causa, il ricorrente ha presentato ulteriore documentazione, in particolare la certificazione medica della dr.ssa R. _____ del 19 aprile 2016 secondo la quale vi sono le indicazioni per una revisione dell'artrodesi a livello del polso per mancata consolidazione delle altre ossa al di fuori del semilunare (allegata al doc. TAF 10), nonché il rapporto del 2 novembre 2016 del dr. S. _____, che concorda con le valutazioni esposte dal dr. G. _____, seppur ritenga che i dolori al polso da cui è ancora affetto l'assicurato siano dovuti o all'insuccesso dell'artrodesi al polso, o dalla persistente pseudoartrosi (allegato al doc. TAF 18).

Chiamato nuovamente ad esprimersi, il dr. T. _____ ha affermato, riferendosi ai reperti prodotti con il doc. TAF 10, che "l'attuale certificazione si riferisce alla problematica a livello del polso sinistro, problematica di pertinenza SUVA. A causa di questa problematica l'assicurato presenta attualmente una IL del 100% dal 22.4.2016 per peggioramento attuale. La durata dell'IL dipenderà se si procederà a nuovo intervento, IL che dovrà essere coperta dalla SUVA".

12.

12.1 Nella fattispecie in esame, l'autorità inferiore ha soppresso la rendita intera attribuita al ricorrente il 18 luglio 2014 (doc. 29), avendo riscontrato un miglioramento dello stato di salute e il conseguente incremento della capacità lavorativa, sia nell'ambito della procedura LAINF che nell'ambito della procedura di revisione AI. Tale miglioramento è stato confermato dal medico SMR che, alla luce dei rapporti peritali dei dr.i M. _____ e L. _____, ha considerato l'interessato nuovamente abile al lavoro nella misura del 50% nella professione abituale e dell'80% in attività rispettosa dei limiti funzionali, a partire dal mese di settembre 2014. Con la sola eccezione dei lavori di precisione, ritenuti ancora esigibili – presumibilmente per errore – dal dr. N. _____, ma non dalla dr.ssa L. _____, i limiti funzionali ritenuti nel rapporto finale SMR coincidono con quelli esposti dai periti (doc. 58, 62).

12.2 In relazione alla problematica riguardante il polso sinistro, le conclusioni peritali del dr. M. _____ trovano conferma anche nei rapporti del dr. I. _____ (doc. LAINF 75, 84, 92), sia per quanto concerne la residua capacità lavorativa – ritenuta da quest'ultimo pari al 100% in un'attività rispettosa dei limiti funzionali – sia per quanto riguarda la stabilità dell'artrodesi – che entrambi non ritengono compromessa dalla rottura delle due viti.

Su questi punti converge pure il dr. G._____ che a seguito degli esami strumentali ha avuto modo di convincersi della consolidazione dell'artrosi, indipendentemente dalla rottura delle due viti di osteosintesi (doc. LAINF 65, 82). Nel rapporto del 15 aprile 2015 (allegato dal ricorrente al doc. TAF 1), lo specialista ha ritenuto plausibile l'esercizio di un'attività lavorativa più leggera e consona agli interventi effettuati nella misura dell'80%-100%. Nel rapporto del 10 giugno 2015, redatto a seguito dell'ulteriore accertamento diagnostico di scintigrafia ossea SPECT-CT del 11 maggio 2015, il medico ha ribadito una capacità lavorativa massima del 50% nell'attività abituale e prospettato un'esigibilità maggiore in un'attività più leggera e consona allo stato di salute dell'assicurato (doc. 73).

12.3 In merito alla patologia agli occhi, occorre rilevare che nessun esame materiale specialistico è stato raccolto dall'amministrazione prima dell'adozione del provvedimento del 18 luglio 2014 con cui è stata riconosciuta all'assicurato la rendita intera AI. Non vi è dunque alcun accertamento da comparare alla perizia oftalmologica del 11 maggio 2015, assunta nell'ambito della procedura di revisione. In relazione a questa specifica problematica, non è dunque dato sapere se e in che misura, al momento della decisione impugnata (doc. 80), lo stato di salute dell'assicurato è migliorato rispetto al momento dell'emissione della precedente decisione (doc. 29). Ciò posto, non va dimenticato che indipendentemente dall'incidenza della patologia agli occhi sull'incapacità lavorativa dell'interessato, al momento della decisione del 2014 questa era totale. Di conseguenza, occorre riconoscere un miglioramento nello stato di salute attuale quando la dr.ssa L._____ ritiene essere data una capacità lavorativa del 50% nell'attività abituale e dell'80% in un'attività confacente, a far stato dal mese di settembre 2014 (doc. 51). Ciò a valere nonostante la situazione, a detta della stessa dottoressa, non sia ancora stabilizzata e che degli ulteriori interventi chirurgici potrebbero eventualmente entrare in linea di conto (cfr. anche rapporto del 9 dicembre 2015 del dr. Q._____, doc. TAF 1).

13.

13.1 Nell'ambito della procedura di revisione, il caso dell'assicurato è dunque stato indagato dal punto di vista chirurgico-ortopedico (dr. G._____, dr. I._____), dal punto di vista reumatologico (dr. M._____) e dal punto di vista oftalmologico (dr.ssa L._____). Tutti gli specialisti interrogati sono concordi nel ritenere l'assicurato abile nella misura del 50% nella professione abituale, attività che – salvo brevi interruzioni – egli ha ripreso a svolgere già dal mese di settembre 2014. Tutti gli specialisti sono pure concordi nel ritenere esigibile in misura superiore, tra l'80% (conto tenuto dei

disturbi a schiena occhi e spalle) e il 100% (in relazione alle sole conseguenze infortunistiche), un'attività consona ai limiti funzionali dell'interessato. Secondo il dr. M. _____, infatti, i gradi di inabilità lavorativa in ambito reumatologico e oftalmologico, non vanno sommati.

13.2

13.2.1 Si discosta, per contro, da questa valutazione il dr. Q. _____, che nel proprio rapporto del 9 dicembre 2015, pur senza apportare ulteriori e nuovi elementi oggettivi, ritiene necessario riconoscere al ricorrente un'incapacità lavorativa superiore, anche in attività sostitutive leggere, al fine di tenere in debito conto tutte le patologie da cui egli è affetto. Per tali attività, il dr. Q. _____ propone implicitamente di sommare il grado di inabilità lavorativa riconosciuto per le patologie di interesse oftalmologico (20% - cfr. doc. 51) con quello delle patologie di interesse reumatologico (20% - cfr. doc. 53) e di tenere in maggior conto le limitazioni derivanti ai problemi alla colonna vertebrale. Senza fornire maggiori indicazioni rispetto a tale modo di procedere, egli conclude valutando l'assicurato "invalido in misura superiore al 50% anche in attività di tipo medio-leggero, con diritto quindi a mezza rendita AI.

13.2.2 Al riguardo è bene ricordare che il compito del medico consiste 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 quali lavori siano ancora ragionevolmente esigibili dall'assicurato (STF 9C_13/2007 del 31 marzo 2008; DTF 125 V 256 consid. 4 pag. 261; 115 V 133 consid. 2 pag. 134; 114 V 310 consid. 3c pag. 314; 105 V 156 consid. 1 pag. 158). Non compete di contro al medico graduare l'invalidità, compito che spetta unicamente all'amministrazione sulla scorta degli accertamenti medici riguardanti lo stato di salute.

13.2.3 Secondo il Tribunale federale il grado di incapacità lavorativa complessivo va stabilito in base ad una valutazione globale, un semplice cumulo dei gradi essendo inammissibile (sentenza del TF 9C_295/2013 del 20 giugno 2013 consid. 4.4). Inoltre, sempre secondo l'Alta Corte, la questione di sapere se i singoli gradi di inabilità lavorativa vadano sommati, e, se del caso, in quale misura, è una problematica squisitamente medica, che, di principio, il giudice non rimette in discussione (sentenza del TF 9C_362/2014 del 19 agosto 2014 consid.7, 9C_400/2011 del 20 marzo 2012 che rinvia alla sentenza del Tribunale federale delle assicurazioni I 338/01 del 4 settembre 2001, pubblicata in RDAT I-2002 n. 72 pag. 485

consid. 2b; anche sentenza 9C_721/2012 del 24 ottobre 2012 consid. 4.2; anche sentenza I 606/03 del 19 agosto 2005 consid. 5.4.1 e 5.4.2).

13.2.4 Per quanto riguarda la somma dei gradi di inabilità lavorativa, se è vero che le conclusioni a cui è giunto il dr. M. _____ non sono state concordate tra i periti interrogati e che i limiti funzionali interessano due aspetti differenti fra loro (si confronti in proposito la sentenza del TF I 606/03 del 19 agosto 2005 consid. 5.4.1 e 5.4.2), è pur vero che il perito motiva in modo concludente il proprio asserto nella misura in cui le professioni che egli ritiene esigibili (custode, magazziniere, impiegato presso un distributore di benzina, ecc.), anche a causa della limitata formazione scolastica (scuole elementari), non impongono, secondo la generale esperienza di vita, attività di precisione da svolgere in posizione ravvicinata (diversamente dalle professioni indicate dal consulente professionale nel rapporto del 3 agosto 2015 [doc. 67] che non vanno considerate).

13.2.5 Pur tenendo conto che il dr. Q. _____ è un professionista attivo in Italia, dove la prassi nell'ambito delle assicurazioni sociali può divergere da quella svizzera e volendo quindi leggere la valutazione dell'inabilità quale piuttosto valutazione dell'inabilità lavorativa al 50% in attività lavorative medio-leggere, l'opinione espressa da quest'ultimo non può pertanto essere condivisa.

13.3 Neppure giovano maggiormente alla tesi del ricorrente i numerosi certificati medici rilasciati dal dr. P. _____. Si tratta di brevi attestazioni di inabilità lavorativa, il cui valore probatorio è relativo e non può assurgere a quello pieno di una perizia, non essendo particolarmente sostanziati o fondati su specifici accertamenti ed essendo stati redatti dal medico curante (su questo punto si rimanda al consid. 9.5).

14.

Questo collegio giudicante non ha di conseguenza fondato motivo di scostarsi dalle valutazioni peritali raccolte, la situazione ortopedica, neurologica e oftalmologica apparendo chiara, nel senso che neppure le ulteriori certificazioni esibite dal ricorrente intaccano le valutazioni oggettive del perito.

Del resto, la recrudescenza della sintomatologia come pure la proposta di una ripresa chirurgica a mezzo di una nuova artrodesi, proposta dalla dr.ssa R. _____, specialista in chirurgia della mano, nel rapporto del 19 aprile 2016 (allegato al doc. TAF 10) non sono rilevanti ai fini del presente

giudizio. Seppure il parziale mancato consolidamento delle ossa riscontrato dalla dr.ssa R. _____ possa essere riconducibile all'operazione di artrodesi del 1° aprile 2014 e all'artrosi persistente (doc. TAF 18), è pur vero che la necessità di un nuovo intervento si è palesata unicamente a seguito dell'esame TAC del 23 marzo 2016, dunque posteriormente alla decisione impugnata (12 novembre 2015). L'attuale peggioramento attestato dalla dr.ssa R. _____, per altro pure riscontrato dal dr. S. _____ nel rapporto del 2 novembre 2016 (allegato al doc. TAF 18), dovrà fare l'oggetto di una nuova procedura di revisione (si confronti in proposito consid. 16).

15.

In conclusione quindi risulta provato, con il grado della verosimiglianza preponderante valido nelle assicurazioni sociali, che dal mese di settembre 2014 lo stato di salute del ricorrente, così come le conseguenze sulla capacità lavorativa, sono sostanzialmente migliorati, malgrado un temporaneo peggioramento nel corso dei mesi di dicembre 2014 e gennaio 2015 (doc. LAINF 80, 82). Da un punto di vista reumatologico, ortopedico e oftalmologico una ripresa lavorativa in attività sostitutive, non di precisione, che prevedono sforzi fisici di tipo leggero (massimo 10kg), senza particolari stimolazioni della schiena, né ripetute sollecitazioni o rotazioni del polso sinistro, sarebbe esigibile nella misura dell'80%. In tal senso sono stati indicati dei lavori non qualificati, ad esempio in qualità di custode, magazziniere (nel rispetto dei limiti funzionali), impiegato presso un distributore di benzina, ecc..

16.

16.1 Avendo appurato che, a far tempo dal mese di settembre 2014, il ricorrente è abile all'80% in un'attività sostitutiva confacente al suo stato di salute, occorre ancora esaminare la conformità del tasso d'invalidità calcolato dall'autorità inferiore. In concreto si applicheranno i dati in vigore nel 2015 ritenuto che la soppressione della rendita è intervenuta con effetto dal 31 dicembre 2015.

16.2

16.2.1 Nella decisione impugnata, l'amministrazione ha ritenuto quale reddito annuale da valido, quello conseguibile dal ricorrente in qualità di piastrellista nel 2013, corrispondente, secondo le dichiarazioni del datore di lavoro, a fr. 61'100.-- annui in caso di capacità lavorativa intatta (doc. 64). Non vi è motivo di scostarsi da tale accertamento dei fatti, essendo

lecito credere che, in assenza del danno alla salute, il ricorrente avrebbe continuato a svolgere tale attività.

16.2.2 Utilizzando i dati statistici forniti dalla tabella elaborata dall'Ufficio federale di Statistica (ISS 2010 - TA1), l'UAIE ha ritenuto quale reddito da invalido, il salario annuale ottenibile dall'insorgente nel 2013 in attività semplici e ripetitive (categoria 4.2), ossia fr. 45'270.45.--, tenuto conto di un salario medio mensile nel 2010 di fr. 4'901.--, di un orario usuale di 41.7 ore settimanali nonché di un'indicizzazione del salario del 2.5% rispetto al 2010 [cfr. statistiche pubblicate dall'Ufficio federale di statistica] e della presa in considerazione di una diminuzione del 20% per l'incapacità lavorativa nonché di una riduzione del 5% per attività leggere e del 5% per altri fattori di riduzione. Ne discende un grado d'invalidità del 26%.

16.3

16.3.1 Secondo quanto accertato dall'autorità inferiore, nell'attività di piastrellista, il ricorrente avrebbe potuto percepire nel corso del 2013 fr. 61'100.--. Essendo il 2015 l'anno di riferimento per il raffronto dei redditi (consid. 16.1), questo Tribunale ritiene opportuno indicizzare il reddito conseguibile nel 2013, non sapendo se l'assicurato avrebbe beneficiato o meno di un aumento nel corso degli anni successivi. Sulla scorta dell'indice dei salari nominali valido per gli uomini fra il 2011-2015 (T1.1.10), categoria costruzioni (41-43), ne consegue un reddito da valido indicizzato al 2015 di fr. 62'933.60 (61'100.-- x 102.8% x 102.5% / 102.3%).

16.3.2 Per stabilire il reddito da invalido va fatto riferimento a quello ottenibile dall'insorgente in attività semplici e ripetitive secondo la pertinente tabella dell'ISS 2012 (TA1), non quella del 2010, come fatto dall'amministrazione. Al momento dell'emissione della decisione litigiosa, il 12 novembre 2015, l'UAIE poteva infatti già disporre dei dati del 2012, ritenuto che sono stati pubblicati nel corso del mese di ottobre 2014 (Lettera circolare AI n. 328 dell'Ufficio federale delle assicurazioni sociali [UFAS] del 22 ottobre 2014; sentenze 9C_225/2016 del 14 luglio 2016 consid. 6.3.2 e 9C_767/2015 del 19 aprile 2016 consid. 3.4 con i riferimenti). Analogamente a quanto fatto con il salario da valido, occorre poi indicizzare i dati ottenuti al 2015 (sulla base dell'indice dei salari nominali, uomini, 2011-2015, totale [05-96] - T1.1.10).

Ne discende pertanto che da invalido, in attività semplice e ripetitiva di tipo manuale, l'assicurato avrebbe potuto percepire nel 2015 un salario medio mensile di fr. 5'608.70 (5'210.-- [TA1 2012, categoria 1, uomini] x 102.5% x 103.2% x 103.5% / 101.7%), che riportato su un orario usuale di 41.6 ore

settimanali, corrisponderebbe a un salario mensile di fr. 5'833.05 ed annuale di fr. 69'996.35.

16.3.3

16.3.3.1 Inoltre, secondo la giurisprudenza, allorquando il reddito da valido è inferiore alla media dei salari per un'attività equivalente e la persona assicurata, per motivi estranei all'invalidità, ha realizzato un reddito considerevolmente inferiore alla media senza spontaneamente accontentarsi di ciò, si procede ad un parallelismo dei due redditi di paragone. In particolare, questo parallelismo può avvenire a livello di reddito da valido aumentando in maniera adeguata il reddito effettivamente conseguito oppure facendo capo ai valori statistici oppure ancora a livello di reddito da invalido mediante una riduzione adeguata del valore statistico (cfr. DTF 134 V 322 consid. 4.1; sentenza del Tribunale federale I 630/02 del 5 dicembre 2003 consid. 2.2.2). In una sentenza dell'8 maggio 2009, il Tribunale federale ha poi precisato che un reddito è inferiore alla media dei salari per un'attività equivalente, allorquando il guadagno effettivamente conseguito diverge di almeno il 5% dal salario statistico usuale nel settore. Pertanto, il parallelismo dei redditi di paragone va effettuato soltanto per la parte percentuale eccedente la soglia del 5% (cfr. DTF 135 V 297).

16.3.3.2 Ciò premesso, va rilevato che il salario annuale ottenibile nel 2015 quale piastrellista, nel settore della costruzione (41-43) secondo la tabella TA1 2012 dell'ISS ammonta a fr. 71'826.75, tenuto conto di un salario medio mensile di fr. 5'755.35 (dato aggiornato al 2015 secondo l'indice dei salari nominali [T1.1.10]: fr. 5'430.-- x 102.3% x 102.8% x 102.5% / 101.7%) rapportato a un orario usuale di 41.6 ore settimanali (fr. 5'985.55). Questo Tribunale osserva che occorre riferirsi al settore della costruzione ritenuto che la parte determinante dell'attività della ditta U._____ consiste nella vendita e nella posa di articoli igienico-sanitari e di articoli da pavimento e rivestimento. Il salario statistico usuale nel settore è quindi superiore del 12.38% ($\{(71'826.75 - 62'933.60) : 62'933.60\} \times 100$) rispetto al reddito annuale del ricorrente da valido, ossia fr. 62'933.60 (secondo le indicazioni del datore di lavoro, indicizzate al 2015). La parte percentuale eccedente la soglia del 5% corrisponde dunque a 7.38%.

Ad ogni buon conto, quand'anche tale percentuale fosse dedotta dal reddito da invalido e si volesse ritenere che non emergono dalle carte processuali sufficienti elementi per poter ritenere che il ricorrente si sia spontaneamente accontentato del reddito inferiore conseguito, l'applicazione del principio del parallelismo dei redditi non comporterebbe comunque – per le

ragioni indicate qui di seguito – un grado d'invalidità uguale o superiore al 40% suscettibile di giustificare la concessione di una rendita d'invalidità svizzera.

16.3.4

16.3.4.1 In base al principio del parallelismo dei redditi, sul salario annuale da invalido ottenibile dall'insorgente nel 2015, corrispondente a fr. 69'996.35 (consid. 16.3.2) dovrebbe essere quindi operata una deduzione dei redditi del 7.38%, ottenendo così un reddito parallelizzato di fr. 64'830.60.

16.3.4.2 Conto tenuto di una riduzione del 20%, poiché l'insorgente può svolgere un'attività sostitutiva solo nella misura dell'80%, ne consegue un reddito da invalido di fr. 51'864.50 (64'830.60 – 12'966.15).

16.3.5

16.3.5.1 Questo reddito può quindi essere pure ridotto, al massimo del 25%, per tenere conto dei fattori professionali e personali del caso (DTF 126 V 75).

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).

Va aggiunto che è 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'Al 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).

16.3.5.2 L'UAIE ha operato in concreto una riduzione del 10% (5% per attività leggere, 5% per altri fattori di riduzione, ossia per la necessità di esercitare un'attività a tempo parziale – doc. 65), che, seppur non contestata dal ricorrente, non appare completamente condivisibile.

Conto tenuto dell'insieme delle circostanze del caso di specie essa risulta essere troppo esigua. In primo luogo va senz'altro riconosciuta una deduzione più elevata per il fatto che l'assicurato - dopo aver svolto per oltre trentacinque anni lavori pesanti (egli ha cominciato a lavorare ancora minorenni presso l'azienda agricola della famiglia, appena terminate le scuole elementari, per poi apprendere il lavoro sul cantiere [cfr. il curriculum descritto dai due periti]) - può occuparsi ora unicamente di attività leggere (tra le tante sentenze del TF 9C_455/2013 consid. 4.4). Oltre a ciò, al momento della riduzione del grado di invalidità (2015), l'insorgente aveva da sempre svolto soltanto attività manuali pesanti e non disponeva di alcuna formazione professionale, né di particolare formazione scolastica, avendo terminato solo le scuole elementari (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; in simili circostanza l'amministrazione deduce per prassi costante un tasso del 10%). Contrariamente a quanto ritenuto dall'autorità inferiore (doc. 65), delle limitazioni funzionali occorre tenere conto: esse restringono sensibilmente lo spettro di attività ancora esigibili dall'assicurato che neppure può più eseguire attività richiedenti particolare precisione. È infine giustificata la riduzione del 5%, operata dall'amministrazione, per la necessità di esercitare un'attività sostitutiva soltanto a tempo parziale.

Visto quanto sopra una riduzione del 15-20%, fondata su una valutazione globale della situazione, 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). Applicando il tasso di riduzione più favorevole all'assicurato (20%), si otterrebbe pertanto un reddito conseguibile da invalido di fr. 41'491.60 (51'864.50 – 10'372.90).

16.4 Dal confronto fra il reddito da valido di fr. 62'933.60 e quello da invalido di fr. 41'491.60 risulta dunque un grado d'invalidità del 34.07% ($[(62'933.60 - 41'491.60) : 62'933.60] \times 100$), insufficiente per giustificare il diritto a prestazioni AI.

16.5 In simili condizioni, alla luce del raffronto dei redditi operato da questo Tribunale, è dunque a giusto titolo che il diritto alla rendita è stato soppresso con effetto al 1° gennaio 2016.

17.

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

18.

18.1 Ciò posto, seppur non suscettibili di influire sull'apprezzamento da parte di questo Tribunale della decisione del 12 novembre 2015, in quanto attestanti dei fatti verificatisi dopo tale data e non emersi dagli accertamenti su cui si è fondato il provvedimento impugnato, i certificati medici prodotti in sede ricorsuale sub doc. TAF 10 e 18 appaiono rilevanti per la valutazione dello stato di salute attuale dell'assicurato, segnatamente sembrerebbero rendere plausibile un peggioramento intervenuto a far tempo almeno dal mese di marzo 2016, consistente in un'artrosi non guarita e un'artrosi persistente, per la quale il dr. P._____, nel certificato del 22 aprile 2016, attesta un'incapacità lavorativa del 100% (cfr. anche consid. 14).

L'incarto viene pertanto trasmesso per competenza all'UAIE affinché proceda agli accertamenti medici del caso e si pronunci sul grado di invalidità del ricorrente a far tempo da marzo 2016, ossia dalla data di esecuzione dell'accertamento radiologico (TAC) e della visita presso la dr.ssa R._____.

18.2 Ritenuto che il raffronto dei redditi operato dall'amministrazione per l'anno 2013 (doc. 65) non ha esaminato se nel caso concreto i redditi andassero parallelizzati (si confronti consid. 16.3.3), l'autorità inferiore è invitata a farlo nel nuovo calcolo.

L'autorità inferiore è inoltre invitata a far riferimento ai dati statistici salariali dell'ISS 2012 – TA1.

19.

19.1 Visto l'esito della procedura, le spese processuali di fr. 400.-, sono poste a carico del ricorrente (art. 63 cpv. 1 e cpv. 5 PA nonché art. 3 lett. b 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]). Esse vengono compensate con l'anticipo spese, di identico ammontare, versato dall'insorgente l'8 giugno 2016.

19.2 Al ricorrente, soccombente, non spetta altresì alcuna indennità per spese ripetibili della sede federale (art. 64 PA in combinazione con l'art. 7 cpv. 1 e 2 TS-TAF a contrario).

Peraltro, le autorità federali, quand'anche vincenti, non hanno di principio diritto a un'indennità a titolo di ripetibili (art. 7 cpv. 3 TS-TAF), salvo eccezioni non ravvisabili nel caso concreto (v., fra l'altro, DTF 127 V 205).

Per questi motivi, il Tribunale amministrativo federale pronuncia:

1.

Il ricorso è respinto.

2.

L'incarto è trasmesso per competenza all'Ufficio dell'assicurazione invalidità per gli assicurati all'estero (UAIE), conformemente al consid. 18.

3.

Le spese processuali di fr. 400.-, già anticipate dal ricorrente, sono poste a suo carico e vengono compensate con l'acconto già versato.

4.

Non si riconoscono indennità per spese ripetibili.

5.

Comunicazione a:

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

La presidente del collegio:

Il cancelliere:

Michela Bürki Moreni

Luca Rossi

Rimedi giuridici:

Contro la presente decisione può essere interposto ricorso in materia di diritto pubblico al Tribunale federale, Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerna, entro un termine di 30 giorni dalla sua notificazione (art. 82 e segg., 90 e segg. e 100 LTF). Gli atti scritti devono essere redatti in una lingua ufficiale, 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: