



Sentenza del 13 marzo 2018

Composizione

Giudici Vito Valenti (presidente del collegio),
Beat Weber, Michael Peterli,
cancelliera Anna Röthlisberger.

Parti

Successione fu A. _____ (deceduto il ...),
rappresentato da UNIA Ticino e Moesa,
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, rendita limitata nel tempo (decisione del 17 febbraio 2014).

Fatti:**A.**

A.a A. _____, cittadino italiano, nato il (...) 1966, ha lavorato in Svizzera dal febbraio 2009 al 28 settembre 2010 svolgendo l'attività di carpentiere/aiuto minatore e solvendo contributi all'assicurazione svizzera per la vecchiaia, i superstiti e l'invalidità (doc. 1 pagg. 1 e segg. dell'incarto dell'autorità inferiore [di seguito: doc. A 1 pagg. 1 e segg.]).

A.b Il 28 settembre 2010 ha subito un infortunio sul luogo di lavoro che gli ha provocato una "ferita lacero-contusa con importante perdita di sostanza dorso del polso destro e rottura completa dell'estensore proprio del V raggio e lesione subtotale del IV raggio". Il medesimo giorno è stato sottoposto a un intervento di "débridement e revisione della ferita sul dorso del polso, sutura tendinea secondo Kessler, trapianto cutaneo sul dorso del polso" (doc. 9 pag. 12 dell'incarto dell'assicuratore contro gli infortuni [di seguito: doc. B 9 pag. 12]).

B.

Il 19 maggio 2011, l'assicurato ha formulato una domanda volta all'ottenimento di prestazioni dell'assicurazione svizzera per l'invalidità (doc. A 1 pagg. 1 e segg.).

C.

C.a Nel corso dell'istruttoria, l'UAIE ha assunto agli atti diversa documentazione, in particolare:

- il rapporto dell'intervento chirurgico del 5 luglio 2011 di "tenolisi dell'estensore lungo comune del II e III dito; transfer tendineo dell'estensore delle dita comune del IV e del V così come del tendine proprio del dito minimo sull'estensore comune del III dito; ricostruzioni del retinacolo degli estensori" (doc. B 45 pag. 70);
- il questionario per il datore di lavoro del 25 luglio 2011 (doc. A 15 pagg. 38 e segg.);
- il rapporto della visita medica circondariale del 6 dicembre 2011 (visita del 2 dicembre 2011) del dott. B. _____, specialista in chirurgia ortopedica, nel quale è stato ritenuto che l'interessato presenta un'incapacità lavorativa totale (doc. B 60 pagg. 85 e segg.);

- il rapporto della visita medica circondariale del 12 marzo 2012 (visita del 2 marzo 2012) del dott. B. _____, nel quale è prospettata per l'assicurato una reintegrazione lavorativa parziale presso la ditta con attività possibilmente non particolarmente gravose (doc. B 70 pagg. 101 e segg.);
- il rapporto della visita medica circondariale del 27 giugno 2012 (visita del 22 giugno 2012) del dott. B. _____, nel quale è stata ritenuta una capacità lavorativa del 50% a decorrere dal 1° luglio 2012 in attività non particolarmente pesanti (doc. B 75 pagg. 109 e segg.) e
- il rapporto della visita medica di chiusura del 3 dicembre 2012 (visita del 29 novembre 2012), nel quale il dott. B. _____ ha ritenuto non ci si potesse più attendere un sostanziale miglioramento dell'attuale situazione. L'esperto ha ritenuto l'interessato abile nella misura massima possibile in attività rispettose dei limiti funzionali (doc. B 81 pag. 121).

C.b Con scritto del 7 febbraio 2013, l'assicuratore contro gli infortuni ha sospeso il versamento delle indennità giornaliere a decorrere dal 1° aprile 2013 (doc. A 48 pagg. 109 e seg.).

C.c Con decisione del 21 maggio 2013, l'assicuratore contro gli infortuni ha riconosciuto all'interessato il diritto a una rendita d'invalidità del 42% a decorrere dal 1° aprile 2013, nonché un'indennità per menomazione dell'integrità del 5%. L'assicuratore contro gli infortuni ha altresì precisato che "Lo stato dopo frattura scafoide con sviluppo di importante artrosi radiocarpica come anche lo stato dopo frattura omerale destra con limitazione funzionale della spalla destra non sono stati presi in considerazione nella valutazione del grado d'invalidità, in quanto non sono da mettere in relazione all'infortunio" (doc. A 52 pagg. 114 e segg. [cfr. anche doc. B 84 pagg. 130 e seg. e doc. B 85 pag. 132])

C.d Sulla base dell'annotazione del medico del Servizio medico regionale (SMR) dell'11 settembre 2013 (doc. A 55 pag. 123), nonché della valutazione del consulente in integrazione professionale del 5 novembre 2013 (doc. A 62 pagg. 131 e seg.), con progetto di decisione del 7 novembre 2013, l'UAIE ha prospettato il riconoscimento di una rendita intera dal 1° novembre 2011 al 31 ottobre 2012 e tre quarti di rendita dal 1° novembre 2012 al 28 febbraio 2013 (doc. A 64 pagg. 139 e segg.; cfr. anche doc. A 63 pagg. 133 e segg. [fogli di calcolo]).

C.e Con osservazioni del 12 dicembre 2013, l'interessato ha contestato il progetto di decisione. Ha fatto valere un accertamento insufficiente dei fatti giuridicamente rilevanti. Ha altresì contestato la valutazione economica operata dall'autorità inferiore in quanto, secondo l'interessato, una deduzione giurisprudenziale del 10% (invece che del 5% [cfr. doc. A 64 pag. 141]) sarebbe più adeguata. Ha quindi chiesto una rendita intera anche dal 1° novembre 2012 e un quarto di rendita dal 1° aprile 2013, come già riconosciuto dall'assicuratore contro gli infortuni (doc. A 71 pagg. 153 e seg.).

D.

Con decisioni del 17 febbraio 2014, l'UAIE ha ritenuto un'incapacità lavorativa totale nell'attività abituale di minatore dal 28 settembre 2010 e continua e, in attività sostitutive rispettose dei limiti funzionali, un'incapacità lavorativa totale dal 28 settembre 2010 al 30 giugno 2012, del 50% dal 1° luglio 2012 al 31 marzo 2013 (recte: 28 novembre 2012 [cfr. doc. TAF 9 e allegato]) e nulla dal 1° aprile 2013. L'autorità inferiore ha riconosciuto all'interessato il diritto di percepire una rendita intera dal 1° novembre 2011 al 31 ottobre 2012, in virtù di un grado d'invalidità del 100% (decisione n. 1), e tre quarti di rendita dal 1° novembre 2012 al 28 febbraio 2013, in virtù di un grado d'invalidità del 68% (decisione n. 2). L'UAIE ha pure deciso che dal 1° aprile (recte: marzo) 2013 non sussiste più alcun diritto a una rendita. Non sono altresì stati previsti provvedimenti di reintegrazione, ma un aiuto al collocamento (doc. A 77 pagg. 170 e segg.; cfr. anche doc. A 74 pagg. 164 e segg. [motivazione]).

E.

Il 13 marzo 2014, l'interessato ha presentato ricorso dinanzi al Tribunale amministrativo federale (TAF) contro le menzionate decisioni dell'UAIE e ha chiesto, in via principale, il rinvio degli atti per effettuare ulteriori accertamenti e, in via subordinata, il riconoscimento di una rendita intera anche dal 1° novembre 2012 al 31 marzo 2013, nonché un quarto di rendita a decorrere dal 1° aprile 2013 non limitato nel tempo. L'insorgente ha fatto valere un accertamento insufficiente dei fatti giuridicamente rilevanti non avendo l'autorità inferiore effettuato alcuna investigazione quanto alle affezioni extra-infortunistiche, in particolare quella tumorale, ritenendole erroneamente senza influsso sulla capacità lavorativa. L'insorgente ha inoltre contestato la valutazione economica effettuata dall'autorità inferiore, facendo in particolare valere che una diminuzione giurisprudenziale del 10% almeno è più adeguata, riservata una maggiore deduzione in ragione delle ulteriori risultanze mediche per le patologie extra-infortunistiche. Ha altresì osservato che un grado d'invalidità del 40% a decorrere dal 1° aprile 2013

è giustificato conto tenuto che l'assicurazione contro gli infortuni ha già riconosciuto un grado d'invalidità del 42% a decorrere dalla medesima data (doc. TAF 1).

F.

Con versamento del 10 aprile 2014, l'insorgente ha corrisposto fr. 400.- a copertura del richiesto anticipo sulle presumibili spese processuali (doc. TAF 4).

G.

Con scritto del 24 aprile 2014, il ricorrente ha trasmesso un estratto del Verbale di accertamento dell'invalidità civile, delle condizioni visive e della sordità del centro medico legale di C._____ del 23 agosto 2011 – secondo cui l'interessato è invalido con totale e permanente inabilità lavorativa a decorrere dal 25 agosto 2010 – e il certificato medico del 31 marzo 2014 del dott. D._____, medico curante esperto in medicina generale, secondo cui l'insorgente presenta un'incapacità lavorativa del 20% anche per lavori leggeri. Per il resto, il ricorrente ha ribadito le allegazioni in fatto e in diritto di cui al ricorso (doc. TAF 5 e allegati).

H.

Con risposta al ricorso del 24 luglio 2014, l'autorità inferiore ha proposto la reiezione del ricorso e la conferma della decisione impugnata conformemente all'allegato preavviso dell'Ufficio dell'assicurazione invalidità del Cantone E._____ (Ufficio AI) del 21 luglio 2014. Detto Ufficio ha indicato di avere esaminato sufficientemente la fattispecie dal profilo medico, il rapporto della visita medica di chiusura del 3 dicembre 2012 (visita del 29 novembre 2012) del dott. B._____ essendo completo, concludente, motivato e privo di contraddizioni, e la valutazione del medico del SMR dell'11 settembre 2013 avendo escluso un'incidenza delle patologie extra-infortunistiche sulla residua capacità lavorativa. L'amministrazione ha altresì osservato che la nuova documentazione medica trasmessa in fase ricorsuale non apporta alcun nuovo elemento e non giustifica una diversa valutazione dal profilo medico. Ha altresì indicato che il diritto all'ottenimento di una rendita d'invalidità svizzera è determinata dal diritto interno svizzero e che pertanto risulta irrilevante il fatto che l'assicurato sia stato riconosciuto invalido nel suo Paese d'origine. Inoltre, l'Ufficio AI ha corretto quanto indicato nell'impugnata decisione quanto ai periodi d'incapacità lavorativa, ossia che l'incapacità lavorativa del 50% è da ritenersi dal 1° luglio 2012 al 28 novembre 2012 avendo la visita medica di chiusura avuto luogo il 29 novembre 2012. In merito all'aspetto economico, l'autorità inferiore ha rite-

nuto corrette le proprie considerazioni e precisato che, alla luce delle limitazioni funzionali indicate dal dott. B._____, l'interessato potrebbe ancora svolgere diverse attività non solo leggere (doc. TAF 9 e allegato).

I.

Nella replica dell'11 settembre 2014, il ricorrente si è riconfermato nelle allegazioni in fatto e in diritto di cui al ricorso (doc. TAF 12).

J.

Con duplice del 30 settembre 2014, l'UAIE, sulla base della presa di posizione dell'Ufficio AI del 22 settembre 2014 mediante la quale è stato rilevato che l'insorgente non ha allegato alcun nuovo elemento suscettibile di giustificare un diverso apprezzamento, ha nuovamente proposto la reiezione del ricorso (doc. TAF 14 e allegato), duplice che è poi stata trasmessa all'interessato per conoscenza (doc. TAF 15).

K.

Con scritto dell'8 maggio 2017, l'UAIE ha trasmesso a questo Tribunale copia del certificato di morte rilasciato dall'Ufficiale dello Stato civile del comune di F._____, provincia di C._____, il 19 gennaio 2017 da cui risulta che il ricorrente è deceduto il 28 dicembre 2016. Ha altresì trasmesso copia del certificato di residenza, nonché copia della dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà, mediante la quale è dichiarato che alla morte dell'insorgente sono subentrati quali eredi legittimi del de cuius G._____, quale madre del deceduto, H._____, quale fratello del deceduto, e I._____, quale sorella del deceduto, e che non vi sono altri eredi aventi diritto (doc. TAF 20).

Diritto:

1.

1.1 Il Tribunale amministrativo federale (TAF) esamina d'ufficio e con piena cognizione la sua competenza (art. 31 e segg. LTAF), rispettivamente l'ammissibilità dei gravami che gli sono sottoposti (DTF 133 I 185 consid. 2 con rinvii).

1.2 Riservate le eccezioni – non realizzate nel caso di specie – di cui all'art. 32 LTAF, questo Tribunale giudica, in virtù dell'art. 31 LTAF in combinazione con l'art. 33 lett. d LTAF e l'art. 69 cpv. 1 lett. b LAI (RS 831.20), i ricorsi contro le decisioni, ai sensi dell'art. 5 PA, rese dall'Ufficio dell'assicurazione per l'invalidità per le persone residenti all'estero (UAIE).

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

1.4 Presentato da una parte direttamente toccata dalle decisioni e avente un interesse degno di protezione al loro annullamento o alla loro modifica (art. 59 LPGA), il ricorso – interposto tempestivamente e rispettoso dei requisiti previsti dalla legge (art. 60 LPGA nonché art. 52 PA) – è pertanto ammissibile. Inoltre, con versamento del 10 aprile 2014 (doc. TAF 4), il ricorrente ha tempestivamente corrisposto l'anticipo spese richiesto (art. 21 cpv. 3 e 63 cpv. 4 PA).

1.5 Va peraltro precisato che nel caso di specie sono oggetto del litigio entrambe le decisioni dell'UAIE del 17 febbraio 2014 concernenti il ricorrente. In effetti, secondo costante giurisprudenza, assegnando retroattivamente una rendita degressiva e/o limitata nel tempo, l'autorità amministrativa disciplina un rapporto giuridico suscettibile di essere in caso di contestazione oggetto della lite e dell'impugnativa. Qualora sia contestata solo la riduzione o la soppressione delle prestazioni, il potere cognitivo del giudice non è limitato nel senso che egli debba astenersi dallo statuire circa i periodi per i quali il riconoscimento di prestazioni non è contestato, e ciò indipendentemente dal fatto che la rendita degressiva e/o limitata nel tempo sia stata accordata da parte dell'amministrazione mediante una sola decisione o più decisioni separate (cfr. su questo punto DTF 131 V 164 consid. 2, segnatamente 2.3.2, con rinvii; v. pure sentenze del TAF C-3859/2016 del 22 maggio 2017 consid. 7 e C-6248/2011 del 25 luglio 2012 consid. 10 con rinvii).

1.6 Va altresì precisato che il diritto ad una rendita d'invalidità non è strettamente personale. Esso è pertanto trasmissibile per successione (art. 560 cpv. 2 CC; cfr. DTF 136 V 7 consid. 2.1.2 con rinvii). In altri termini, il decesso del ricorrente in corso di procedura ricorsuale non rende senza oggetto il gravame da lui presentato (cfr. sentenza del TF I 455/06 del 22 gennaio 2007 consid. 3), considerato che il diritto alle prestazioni dell'assicurazione invalidità ricade nella massa ereditaria e che gli eredi, anche a titolo individuale, sono di principio autorizzati a proseguire una procedura in materia di assicurazione per l'invalidità promossa dal de cuius (8C_146/2008 del 22 aprile 2008 consid. 1; DTF 136 V 7 consid. 2.1.2 e DTF 99 V 58). Nel caso concreto, l'UAIE ha trasmesso a questo Tribunale

copie del certificato di morte del ricorrente, nonché della dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà, mediante la quale è dichiarato chi sono gli eredi legittimi subentrati alla morte dell'insorgente prodotte dagli eredi medesimi. La produzione di tale documentazione lascia presumere che sussiste la volontà degli eredi legittimi di volere subentrare nei diritti del ricorrente e pertanto di volere continuare la procedura che lo stesso aveva promosso dinanzi a questo Tribunale, di modo che la causa, conto tenuto altresì dell'esito della presente procedura, può essere decisa (cfr. pure sentenze del TAF 6229/2010 del 14 luglio 2011 consid. 11.3.2 e C-6241/2008 del 24 gennaio 2011 consid. 1.2).

1.7 Peraltro, in caso di morte del mandante nel corso del procedimento, in mancanza di convenzione al riguardo il mandato di rappresentanza sussiste in ossequio al principio di affidamento per lo meno sino al momento in cui, conosciuti gli eredi, si sia accertato se essi intendano continuare la procedura e, se del caso, si sia designato chi è abilitato a procedere (DTF 110 V 389 con rinvii), di modo che la presente sentenza può essere notificata al rappresentante del de cuius (cfr. pure sentenza del TF 2C_498/2009 del 28 agosto 2009 consid. 2). Incomberà altresì all'UAIE di accertare a chi debba infine essere versata l'eventuale prestazione dell'assicurazione per l'invalidità a favore del de cuius che essa determinerà tenuto conto anche dei considerandi del presente giudizio, nella misura in cui permane un interesse degno di protezione (cfr. sentenza del TAF 6229/2010 del 14 luglio 2011 consid. 11.3.3).

2.

2.1 Il ricorrente è cittadino di uno Stato membro della Comunità europea, per cui è applicabile, di principio, l'ALC (RS 0.142.112.681).

2.2 L'allegato II è stato modificato con effetto dal 1° aprile 2012 (Decisione 1/2012 del Comitato misto del 31 marzo 2012; RU 2012 2345). Nella sua nuova versione esso prevede 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).

2.3 Gli atti giuridici riportati nella sezione A dell'allegato II sono, in particolare, il regolamento (CE) n. 883/2004 del Parlamento europeo e del Consiglio del 29 aprile 2004 (RS 0.831.109.268.1) relativo al coordinamento dei

sistemi di sicurezza sociale, con le relative modifiche, e il regolamento (CE) n. 987/2009 del Parlamento europeo e del Consiglio del 16 settembre 2009 (RS 0.831.109.268.11) che stabilisce le modalità di applicazione del regolamento (CE) n. 883/2004, nonché il regolamento (CEE) n. 1408/71 del Consiglio del 14 giugno 1971 (RU 2004 121, 2008 4219 4237, 2009 4831) relativo all'applicazione dei regimi di sicurezza sociale ai lavoratori subordinati, ai lavoratori autonomi e ai loro familiari che si spostano all'interno della Comunità, con le relative modifiche, e il regolamento (CEE) n. 574/72 del Consiglio del 21 marzo 1972 (RU 2005 3909, 2008 4273, 2009 621 4845) che stabilisce le modalità di applicazione del regolamento (CEE) n. 1408/71, con le relative modifiche, entrambi applicabili tra la Svizzera e gli Stati membri fino al 31 marzo 2012 e quando vi si fa riferimento nel regolamento (CE) n. 883/2004 o nel regolamento (CE) n. 987/2009 oppure quando si tratta di casi verificatisi in passato

2.4 Giova altresì rilevare che il regolamento (CE) n. 883/2004 è stato ulteriormente modificato dal regolamento (CE) n. 465/2012 del Parlamento europeo e del Consiglio del 22 maggio 2012, ripreso dalla Svizzera a decorrere dal 1° gennaio 2015. Ratione temporis, queste modifiche, nella misura in cui dovessero concernere questioni inerenti al presente litigio, non si applicano nel caso di specie (DTF 142 V 590 consid. 4.1 con rinvii).

2.5 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'invalidità svizzera, sono regolate dal diritto interno svizzero (DTF 130 V 253 consid. 2.4).

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; 130 V 445 consid. 1.2 con rinvii; 129 V 1 consid. 1.2). Se è intervenuto un cambiamento delle norme legislative nel corso del periodo sottoposto ad esame giudiziario, il diritto eventuale alle prestazioni si determina secondo le vecchie disposizioni per il periodo anteriore e secondo le nuove a partire dalla loro entrata in vigore (applicazione pro rata temporis; DTF 130

V 445). Nella fattispecie in esame, la domanda di rendita è stata presentata il 19 maggio 2011 (cfr. consid. B della presente sentenza). Ne discende che in concreto si applicano, da un lato, le disposizioni in vigore fino al 31 dicembre 2011, per quanto attiene allo stato di fatto realizzatosi fino a tale data, mentre dall'altro lato, e per il periodo successivo, le nuove norme materiali in vigore dal 1° gennaio 2012, tra le quali le disposizioni della 6a revisione della LAI (cfr. DTF 130 V 1 consid. 3.2 per quanto concerne le disposizioni formali della LPGGA, immediatamente applicabili con la loro entrata in vigore).

3.2 Giova altresì rilevare che il potere cognitivo di questo Tribunale è delimitato dalla data della decisione impugnata, in concreto il 17 febbraio 2014. Il giudice delle assicurazioni sociali esamina infatti la decisione impugnata sulla base della situazione di fatto esistente al momento in cui essa è stata resa. Tiene tuttavia conto dei fatti verificatisi 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; 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; 9C_116/2010 del 20 aprile 2010 consid. 3.2.2; DTF 118 V 200 consid. 3a *in fine*).

4.

Secondo le norme applicabili, ogni richiedente, per avere diritto ad una rendita dell'assicurazione invalidità svizzera, deve adempiere cumulativamente le seguenti condizioni:

- essere invalido ai sensi della LPGGA e della LAI (art. 8 LPGGA nonché art. 4, 28 e 28a LAI);
- aver pagato i contributi all'AVS/AI svizzera o ad un'assicurazione sociale assimilata (FF 2005 p. 4065; art. 45 del regolamento 1408/71 [art. 46 del regolamento (CE) n. 883/2004 {che rinvia al Capitolo 5}]) di uno Stato membro dell'Unione europea (UE) o dell'Associazione europea di libero scambio (AELS), durante tre anni (art. 36 cpv. 1 LAI), ferma restando la necessità di un periodo contributivo minimo in Svizzera di un anno (art. 36 cpv. 2 LAI in combinazione con l'art. 29 cpv. 1 LAVS; cfr. DTF 130 V 335 consid. 3 e 4).

Il ricorrente adempie in ogni caso la condizione della durata minima di contribuzione, avendo pagato contributi per più di tre anni, fermo restando che ha versato all'assicurazione svizzera per la vecchiaia, i superstiti e l'invalidità per più di un anno (cfr. doc. A 43 pagg. 98 e segg. e doc. A 77 pagg. 170 e segg., in particolare pagg. 172 e 179).

5.

5.1 L'invalidità ai sensi della LPGA e della LAI è l'incapacità al guadagno totale o parziale presumibilmente permanente o di lunga durata che può essere conseguente ad infermità congenita, malattia o infortunio (art. 8 LPGA e 4 cpv. 1 LAI). Secondo l'art. 7 LPGA, è considerata incapacità al guadagno la perdita, totale o parziale, della possibilità di guadagno sul mercato del lavoro equilibrato che entra in considerazione, provocata da un danno alla salute fisica, mentale o psichica e che perdura dopo aver sottoposto l'assicurato alle cure ed alle misure d'integrazione ragionevolmente esigibili. In caso d'incapacità al lavoro di lunga durata, possono essere prese in considerazione anche le mansioni esigibili in un'altra professione o campo d'attività (art. 6 LPGA).

5.2 Giusta l'art. 28 cpv. 2 LAI, l'assicurato ha diritto ad un quarto di rendita se è invalido per almeno il 40%, ad una mezza rendita se è invalido per almeno il 50%, a tre quarti di rendita se è invalido per almeno il 60% e ad una rendita intera se è invalido per almeno il 70%. In seguito all'entrata in vigore dell'ALC, la limitazione prevista dall'art. 29 cpv. 4 LAI, secondo cui le rendite per un grado d'invalidità inferiore al 50%, ma pari almeno al 40%, sono versate solo ad assicurati che sono domiciliati e dimorano abitualmente in Svizzera (art. 13 LPGA), non è più applicabile segnatamente quando l'assicurato è cittadino dell'UE o svizzero e risiede nell'UE (DTF 132 V 423 consid. 6.4.1; 130 V 253 consid. 2.3)

5.3 L'art. 28 cpv. 1 LAI prevede che l'assicurato ha diritto ad una rendita se la sua capacità al guadagno o la sua capacità di svolgere le mansioni consuete non può essere ristabilita, mantenuta o migliorata mediante provvedimenti d'integrazione ragionevolmente esigibili (lettera a), ha avuto un'incapacità al lavoro (art. 6 LPGA) almeno del 40% in media durante un anno senza notevole interruzione (lettera b) e al termine di questo anno è invalido (art. 8 LPGA) almeno al 40% (lettera c).

6.

6.1 La nozione d'invalidità di cui agli art. 4 LAI e 8 LPGA è un concetto di carattere economico-giuridico e non medico (cfr. sentenze del TF 9C_318/2014 del 10 settembre 2014 consid. 3.1 e 8C_636/2010 del 17 gennaio 2011 consid. 3 con rinvii). In base all'art. 16 LPGA, applicabile per il rinvio dell'art. 28 cpv. 2 LAI, per valutare il grado d'invalidità, il reddito che l'assicurato potrebbe conseguire esercitando l'attività ragionevolmente esigibile da lui dopo la cura medica e l'eventuale esecuzione di provvedimenti d'integrazione (reddito da invalido), tenuto conto di una situazione equilibrata del mercato del lavoro, è confrontato con il reddito che egli avrebbe potuto ottenere se non fosse diventato invalido (reddito da valido; metodo generale del raffronto dei redditi).

6.2 Benché l'invalidità sia una nozione economico-giuridica, le certificazioni mediche possono costituire importanti elementi per apprezzare il danno invalidante e per determinare quali lavori siano ancora ragionevolmente esigibili dall'assicurato (cfr. sentenze del TF 9C_240/2013 del 22 ottobre 2013 consid. 2.1 e 8C_671/2011 dell'11 novembre 2011 consid. 3).

7.

Una rendita limitata e/o crescente nel tempo corrisponde, materialmente, ad una revisione ai sensi dell'art. 17 LPGA e se ne deve pertanto seguire i principi.

7.1 Secondo l'art. 17 LPGA, se il grado d'invalidità del beneficiario della rendita subisce una notevole modifica, per il futuro la rendita è aumentata o ridotta proporzionalmente o soppressa, d'ufficio o su richiesta. Il cpv. 2 della stessa norma prevede che ogni altra prestazione durevole accordata in virtù di una disposizione formalmente passata in giudicato è, d'ufficio o su richiesta, aumentata, diminuita o soppressa se le condizioni che l'hanno giustificata hanno subito una notevole modifica.

7.2 Giusta l'art. 87 cpv. 1 OAI (RS 831.201), la revisione avviene d'ufficio quando, in previsione di una possibile modifica importante del grado d'invalidità o della grande invalidità oppure del bisogno di assistenza o di aiuto dovuto all'invalidità è stato stabilito un termine al momento della fissazione della rendita, dell'assegno per grandi invalidi o del contributo per l'assistenza (lett. a) o allorché si conoscono fatti o si ordinano provvedimenti che possono provocare una notevole modifica del grado d'invalidità, della grande invalidità oppure del bisogno di assistenza o di aiuto dovuto all'invalidità (lett. b).

7.3 L'art. 88a cpv. 1 OAI, prevede che se la capacità al guadagno dell'assicurato o la capacità di svolgere le mansioni consuete migliora oppure se la grande invalidità o il bisogno di assistenza o di aiuto dovuto all'invalidità si riduce, il cambiamento va considerato ai fini della riduzione o della soppressione del diritto a prestazioni dal momento in cui si può supporre che il miglioramento constatato perduri. Lo si deve in ogni caso tenere in considerazione allorché è durato tre mesi, senza interruzione notevole, e che presumibilmente continuerà a durare.

7.4 Giusta l'art. 88^{bis} cpv. 2 OAI, la riduzione o la soppressione della rendita, dell'assegno per grandi invalidi o del contributo per l'assistenza è messa in atto: a) il più presto, il primo giorno del secondo mese che segue la notifica della decisione; b) retroattivamente dalla data in cui avvenne la modificazione determinante se il beneficiario ha ottenuto indebitamente la prestazione o ha violato l'obbligo di informare impostogli ragionevolmente dall'art. 77 OAI, indipendentemente dal fatto che la prestazione abbia continuato a essere versata a causa dell'ottenimento indebito della medesima o della violazione dell'obbligo di informare.

8.

In virtù dell'art. 43 LPGGA nonché degli art. 12 e 13 PA e dell'art. 19 PA in relazione con l'art. 40 PCF (RS 273), il Tribunale accerta, con la collaborazione delle parti, i fatti determinanti per la soluzione della controversia, assume le prove necessarie e le valuta liberamente. Secondo giurisprudenza, se il giudice ritiene che i fatti non sono sufficientemente delucidati, può, peraltro non senza qualche limitazione (cfr. DTF 137 V 210 consid. 4.4.1.4), sia rinviare la causa all'amministrazione per completamento dell'istruzione sia procedere lui medesimo a tale istruzione complementare. Un rinvio all'amministrazione che ha per scopo di completare l'accertamento dei fatti non viola né i principi della semplicità e della celerità né il principio inquisitorio. In particolare, un siffatto rinvio appare in generale siccome giustificato se l'amministrazione ha proceduto ad una constatazione dei fatti sommaria nella speranza che in caso di ricorso sarebbe poi stato il Tribunale ad effettuare i necessari accertamenti fattuali (cfr. sentenza del TF 9C_162/2007 del 3 aprile 2008 consid. 2.3 con rinvii).

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. Affinché il giudizio

medico acquisti valore di prova rilevante, esso deve essere completo in merito ai temi sollevati, deve fondarsi, in piena conoscenza della pregressa situazione valetudinaria (anamnesi), su esami approfonditi e tenere conto delle censure sollevate dal paziente, per poi giungere in maniera chiara a fondate, logiche e motivate deduzioni. Peraltro, per stabilire se un rapporto medico ha valore di prova non è determinante né la sua origine né la sua denominazione – ad esempio quale perizia o rapporto – ma il suo contenuto (DTF 140 V 356 consid. 3.1 e DTF 125 V 351 consid. 3).

9.2 Secondo costante giurisprudenza, i referti affidati dagli organi dell'amministrazione a medici esterni oppure a un servizio specializzato indipendente che fondano le proprie conclusioni su esami e osservazioni approfondite, dopo avere preso conoscenza dell'incarto, e che giungono a risultati concludenti, dispongono di forza probatoria piena, a meno che non vi siano indizi concreti atti a mettere in dubbio la loro affidabilità (DTF 137 V 210 consid. 6.2.4; 134 V 232 consid. 5.1 con rinvii; 125 V 351 [sul valore probatorio attribuito ai rapporti interni del servizio medico, cfr. DTF 135 V 254 consid. 3.3 e 3.4]).

9.3 In particolare, per quanto concerne le perizie giudiziarie la giurisprudenza ha stabilito che il giudice non si scosta senza motivi imperativi dal parere degli esperti, il cui compito è quello di mettere a disposizione del tribunale le loro 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 affermazioni contraddittorie, il contenuto di una superperizia, o altri rapporti da cui emergono validi motivi per farlo e, meglio, se l'opinione di altri esperti appare sufficientemente fondata da mettere in discussione le conclusioni peritali (DTF 137 V 210 consid. 1.3.4 e DTF 125 V 351 consid. 3b/bb).

9.4 Per quel che riguarda le perizie di parte, il Tribunale federale ha precisato che esse contengono considerazioni specialistiche che possono contribuire ad accertare i fatti, da un punto di vista medico. Malgrado esse non abbiano lo stesso valore probatorio di una perizia giudiziaria, il giudice deve valutare se questi referti medici sono atti a mettere in discussione la perizia giudiziaria oppure quella ordinata dall'amministrazione. 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 con rinvii).

9.5 In presenza di rapporti medici contraddittori il giudice non può evadere la vertenza senza valutare l'intero materiale e indicare i motivi per cui si fonda su un rapporto piuttosto che su un altro. Al riguardo va tuttavia precisato che non si può pretendere dal giudice che raffronti i diversi pareri medici e parimenti esponga correttamente da un punto di vista medico, come farebbe un perito, i punti in cui si evidenziano delle carenze e quale sia l'opinione più adeguata (sentenza del TF 8C_556/2010 del 24 gennaio 2011 consid. 7.2).

10.

Nel caso concreto, occorre innanzitutto verificare se l'istruttoria effettuata dall'autorità inferiore sia sufficiente, o meno, per statuire nel caso di specie.

10.1 È incontestato – né appare esservi motivo per questo Tribunale di intervenire d'ufficio – che, già solo in considerazione delle patologie rilevate in correlazione con l'infortunio del 28 settembre 2010, la rendita intera accordata al ricorrente a decorrere dal 1° novembre 2011 e fino al 31 ottobre 2012 (decisione n. 1) rispettivamente i tre quarti di rendita assegnata a far tempo dal 1° novembre 2012 e fino al 28 febbraio 2013 (decisione n. 2), sono legittime e giustificate (benché la decisione del 17 febbraio 2014 mediante la quale sono stati accordati tre quarti di rendita debba essere annullata per i motivi di cui si dirà di seguito al consid. 10.2 del presente giudizio, senza possibilità di una nuova decisione dell'UAIE a detrimento dell'insorgente [cfr. consid. 12.3 della presente sentenza]). Esse sono fondate su sufficiente documentazione medica ortopedica (segnatamente i numerosi rapporti delle visite mediche circondariali eseguite dal dott. B._____, specialista in chirurgia ortopedica; cfr. in particolare il rapporto della visita medica di chiusura del 3 dicembre 2012 [visita del 29 novembre 2012; doc. B 81 pagg. 121 e segg.]) e una convincente valutazione delle conseguenti incapacità lavorative da parte del perito medesimo. In sostanza, già solo a seguito delle patologie ortopediche rilevate – ossia “stato dopo schiacciamento dorso mano destra con perdita di sostanza e lesione degli estensori IV e V dito del 28 settembre 2010; stato dopo sutura degli estensori e copertura con innesto cutaneo lo stesso giorno; stato dopo tenolisi degli estensori con transfer tendineo e ricostruzione del retinacolo degli estensori il 5 luglio 2011; persistente deficit funzionale e calo della forza”, quali diagnosi con ripercussioni sulla capacità lavorativa di pertinenza dell'assicuratore contro gli infortuni –, è stata legittimamente ritenuta per l'insorgente un'incapacità lavorativa totale in qualsiasi attività dal 28 settembre 2010 (giorno dell'infortunio al dorso della mano destra) al 30 giugno 2012 e almeno del 50% dal 1° luglio 2012 al 28 novembre 2013, ciò che comporta sicuramente il riconoscimento, da parte dell'assicurazione

per l'invalidità svizzera, di una rendita intera dal 1° novembre 2011 (6 mesi dopo l'inoltro della domanda del maggio 2011) al 31 ottobre 2012 (3 mesi dopo l'indicato miglioramento del 1° luglio 2012) e di almeno tre quarti di rendita dal 1° novembre 2012 al 28 febbraio 2013 (3 mesi dopo l'indicato miglioramento alla visita del 29 novembre 2012 [doc. B 81 pagg. 121 e segg.]).

10.2 Per quanto attiene invece al diritto ad un'eventuale rendita superiore ai tre quarti di rendita accordata dal 1° luglio 2012 al 28 febbraio 2013 rispettivamente a una rendita anche dopo il 1° aprile (recte: marzo) 2013, si rileva quanto segue. Dall'incarto dell'autorità inferiore emerge della documentazione medica di data intercorrente dall'ottobre 2010 a settembre 2013 – ossia di data anteriore alla decisione impugnata – che fornisce concreti indizi circa la sussistenza di due problematiche ortopediche-reumatologiche, segnatamente uno stato dopo frattura scafoide con sviluppo di importante artrosi radiocarpica e stato dopo frattura omerale destra con limitazione funzionale della spalla destra, nonché una patologia tumorale, segnatamente degli esiti di cervicotomia laterale sinistra per tumore alle ghiandole salivari nel 2009, suscettibili di incidere sulla residua capacità lavorativa del ricorrente e che non sono state sufficientemente acclarate.

10.2.1 Lo stato dopo frattura scafoide con sviluppo di importante artrosi radiocarpica, nonché lo stato dopo frattura omerale destra con limitazione funzionale della spalla destra, sono indicati nei rapporti delle visite mediche circondariali del dott. B. _____, specialista in chirurgia ortopedica (cfr. doc. A 2 pagg. 7 e segg. [ripetuto in doc. B 33 pagg. 53 e segg.], doc. B 60 pagg. 85 e segg., doc. B 70 pagg. 101 e segg., doc. B 75 pagg. 109 e segg. e doc. B 81 pagg. 121 e segg.). Al riguardo, lo specialista ha segnalato che tali patologie non sono di competenza dell'assicuratore contro gli infortuni perché non in relazione con l'infortunio avvenuto il 28 settembre 2010. Pertanto, le stesse non sono state prese in considerazione nella valutazione del grado d'invalidità dall'assicuratore contro gli infortuni (cfr. doc. A 52 pagg. 114 e segg.). Questo Tribunale rileva certo che il medico SMR, nell'annotazione dell'11 settembre 2013, ha certo ritenuto che tali affezioni, presenti da diversi anni, non avevano alcuna incidenza sulla capacità lavorativa dell'insorgente prima dell'infortunio del 28 settembre 2010 e che pertanto l'incapacità lavorativa e la perdita di guadagno devono essere determinate conto tenuto unicamente degli esiti dell'infortunio del 2010 (doc. A 55 pag. 123). Tale generica motivazione non convince alla luce delle risultanze processuali. Questo Tribunale osserva infatti che, per quanto attiene allo stato dopo frattura scafoide con sviluppo di importante artrosi radiocarpica, nel rapporto del 28 febbraio 2011 della dott.ssa J. _____, specialista

in chirurgia e chirurgia della mano, è indicata la presenza di pseudoartrosi scafoide con collasso carpale e considerevole artrosi al polso radiale e che l'infortunio subito dall'interessato il 28 settembre 2010 ha sicuramente attivato l'artrosi (cfr. doc. B 28 pagg. 43 e segg., in particolare pagg. 44 e 45). Pure il dott. K. _____, medico di circondario e specialista in chirurgia ortopedica, nel proprio rapporto del 4 aprile 2011, ha ritenuto che "lo schiacciamento può avere naturalmente temporaneamente attivato l'artrosi" (cfr. doc. A 2 pagg. 7 e segg. [ripetuto in doc. B 33 pagg. 53 e segg.]). Ne consegue che, senza i dovuti approfondimenti, non era possibile sapere quale fosse lo stato dell'artrosi in seguito all'infortunio – peraltro già caratterizzata quale importante e considerevole dai medici che si sono espressi al riguardo – e quale fosse la sua incidenza sulla capacità lavorativa residua dell'interessato. Per quanto attiene lo stato dopo frattura omerale destra con limitazione funzionale della spalla destra, questo Tribunale osserva che, fra le diagnosi citate nell'estratto del verbale di accertamento dell'invalidità civile, delle condizioni visive e della sordità del 23 agosto 2011 che hanno portato un'invalidità totale e una permanente inabilità lavorativa, è fatta menzione di una pregressa frattura alla clavicola destra (cfr. allegato al doc. TAF 5). Pertanto, tale affezione non poteva essere ritenuta a priori e senza alcun accertamento medico, irrilevante dal profilo della valutazione della capacità lavorativa residua dell'insorgente.

10.2.2 Per quanto concerne l'affezione tumorale, questo Tribunale osserva che nel rapporto del 1° ottobre 2010 dell'L. _____ è segnalata la diagnosi di "esiti di cervicotomia laterale sinistra per tumore ghiandole salivari 2009" (doc. B 11 pagg. 14 e segg.). Nell'annotazione dell'11 settembre 2013, il medico SMR, seppure abbia menzionato tale diagnosi, ha ritenuto la stessa senza incidenza sulla capacità lavorativa residua senza esperire alcun accertamento medico in merito (doc. A 55 pag. 123). Tuttavia, questo Tribunale rileva che un approfondimento istruttorio – quale ad esempio la richiesta della cartella clinica all'oncologo curante – si rendeva e rende necessario in virtù delle risultanze di cui all'estratto del verbale di accertamento dell'invalidità civile, delle condizioni visive e della sordità del 23 agosto 2011, con riferimento alle diagnosi di "esiti di intervento alla lingua per ulcerazione neoplastica margine destro con svuotamento latero-cervicale, linfadenopatie latero-cervicali destra sospette metastatiche" ed alla constatata incapacità lavorativa del 100% (cfr. allegato al doc. TAF 5). Questa valutazione dell'incapacità lavorativa, benché non vincolante per le autorità svizzere, non poteva essere scartata, senza ulteriori approfondimenti medici oggettivi o almeno una richiesta di informazioni rispettivamente cartelle cliniche ai medici curanti rispettivamente alle strutture ospedaliere che si sono occupati del caso del ricorrente.

10.3 Ne discende che, in assenza di sufficienti accertamenti in ambito ortopedico-reumatologico ed oncologico, l'istruttoria eseguita dall'autorità inferiore si rileva carente. Non risulta altresì possibile, in tali condizioni, determinarsi, con il grado della verosimiglianza preponderante valido nelle assicurazioni sociali, sullo stato di salute dell'insorgente e la relativa conseguenza sulla residua capacità lavorativa a decorrere dal 1° luglio 2012. Infatti, se per quanto attiene alle conseguenze sulla capacità lavorativa della problematica alla mano e al polso destri è giustificato un miglioramento a decorrere dal 1° luglio 2012 (cfr. consid. 10.1 della presente sentenza), la situazione non è stata sufficientemente acclarata per quanto attiene alle affezioni ortopediche-reumatologiche ed oncologiche.

11.

Per conseguenza, la decisione impugnata del 17 febbraio 2014 mediante la quale l'UAIE ha riconosciuto all'interessato tre quarti di rendita fino al 28 febbraio 2013, fondata su un accertamento insufficiente dei fatti giuridicamente rilevanti dal profilo ortopedico-reumatologico ed oncologico, viola il diritto federale ed incorre nell'annullamento.

12.

12.1 Quando il TAF annulla una decisione, esso può sostituirsi all'autorità inferiore e giudicare direttamente nel merito o rinviare la causa, con istruzioni vincolanti, all'autorità inferiore per un nuovo giudizio (cfr. sentenza del TAF C-1446/2013 del 16 ottobre 2014 consid. 8.1). In particolare, esso si sostituirà all'autorità inferiore se gli atti sono completi e comunque sufficienti a statuire sull'applicazione del diritto federale (cfr. sentenza del TF 9C_162/2007 del 3 aprile 2008 consid. 2.3 con rinvii; DTF 126 II 43; 125 II 326). Tale non è il caso nella presente fattispecie per i motivi precedentemente indicati. Gli atti di causa sono pertanto rinviati all'autorità inferiore affinché la stessa proceda a completare l'accertamento dei fatti giuridicamente rilevanti, limitatamente al periodo successivo al 1° luglio 2012 (cfr. consid. 10.3 del presente giudizio), con riferimento allo stato di salute del ricorrente. Conto tenuto che l'insorgente è deceduto il 28 dicembre 2016, l'esperimento di ulteriori perizie risulta impossibile. Tuttavia, l'autorità inferiore dovrà procedere ad un complemento dell'istruttoria in ambito ortopedico-reumatologico ed oncologico. Segnatamente dovrà richiedere ai medici curanti rispettivamente alle strutture ospedaliere che hanno curato il ricorrente di trasmettere le cartelle cliniche di cui dispongono comprensive della causa del decesso. L'autorità inferiore dovrà altresì richiedere all'Istituto nazionale di previdenza sociale (INPS) di trasmettere l'integralità del verbale di accertamento dell'invalidità, delle condizioni visive e della sordità

del 23 agosto 2011, nonché la documentazione medica posta a fondamento della valutazione d'incapacità lavorativa del 100%. Tale documentazione sarà poi sottoposta a specialisti che dovranno valutare lo stato di salute e l'influsso delle affezioni sulla capacità lavorativa residua (cfr. sentenza del TF 9C_ 235/2013 del 10 settembre 2013 consid. 3.2 con rinvii e sentenza del TAF C-6436/2014 del 10 luglio 2017 consid. 11.1; cfr. anche, sulla possibilità di un rinvio all'autorità inferiore in siffatte circostanze [accertamento manifestamente insufficiente dei fatti giuridicamente rilevanti da parte dell'autorità inferiore, detta autorità non avendo esperito i necessari accertamenti per la determinazione dello stato di salute del ricorrente] DTF 137 V 210 consid. 4.4.1.4; cfr. altresì sentenza del TF 9C_ 162/2007 del 3 aprile 2008 consid. 2.3 con rinvii [cfr. consid. 8 del presente giudizio]), nonché a pronunciare una nuova decisione. Al riguardo, va altresì rammentato che in materia di revisione di una rendita incombe all'autorità inferiore di dimostrare l'intervenuto cambiamento significativo dello stato di salute dell'assicurato (nella presente fattispecie a decorrere dal 1° luglio 2012) conto tenuto dell'insieme delle patologie di cui soffre.

12.2 In considerazione dell'esito della presente procedura, non vi è ragione di esaminare l'ulteriore censura sollevata dal ricorrente con riferimento alla deduzione giurisprudenziale ritenuta dall'autorità inferiore nell'ambito del raffronto dei redditi, dovendo quest'ultima nuovamente pronunciarsi sul caso.

12.3 Occorre peraltro rilevare che nell'ambito dell'accertamento ancora da esperire dall'autorità inferiore, a seguito del rinvio degli atti di causa, non sussiste l'eventualità di una nuova decisione dell'UAIE a detrimento dell'insorgente (cfr., sulla questione, DTF 137 V 314 consid. 3.2.4). In altri termini, e nell'ambito della nuova procedura dinanzi all'autorità inferiore, la rendita intera accordata al ricorrente dal 1° novembre 2011 al 31 ottobre 2012 (decisione n. 1) rispettivamente i tre quarti di rendita riconosciuta dal 1° novembre 2012 al 28 febbraio 2013 (decisione n. 2) riconducibili alle sole problematiche causate dall'infortunio del 28 settembre 2010, hanno da ritenersi siccome già acquisite, le stesse non essendo state contestate e risultando giustificate (cfr. consid. 10.1 del presente giudizio). A seguito della presente sentenza, resta aperta solo la questione di sapere se gli ulteriori accertamenti sulla residua capacità lavorativa giustificano, contrariamente a quanto ritenuto nella decisione impugnata, l'attribuzione di una rendita maggiore ai tre quarti di rendita già riconosciuta a decorrere dal 1° novembre 2012 e l'attribuzione di una rendita anche successivamente al 1° marzo 2013.

13.

13.1 Visto l'esito della causa, non sono prelevate delle spese processuali (art. 63 PA). L'anticipo equivalente alle presunte spese processuali di fr. 400.-, versato il 10 aprile 2014, sarà restituito alla parte ricorrente allorquando il presente giudizio sarà cresciuto in giudicato.

13.2 Ritenuto che la parte ricorrente è rappresentata in questa sede da mandatario professionale e che ha da ritenersi vincente nella presente causa, si giustifica altresì l'attribuzione di spese ripetibili (art. 64 PA in combinazione con l'art. 7 segg. 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] cfr. pure DTF 137 V 57 consid. 2 secondo cui la parte che ha presentato ricorso in materia d'assegnazione o rifiuto di prestazioni assicurative è reputata vincente, dal profilo delle ripetibili, anche se la causa è rinviata all'amministrazione per complemento istruttorio e nuova decisione). La stessa, in assenza di una nota dettagliata, è fissata d'ufficio (art. 14 cpv. 2 TS-TAF) in fr. 1'000.- (compresi i disbori ed esclusa l'imposta sull'IVA [cfr., fra le tante, sentenza del TAF C-995/2014 del 9 marzo 2017 consid. 10.2 con rinvii]), tenuto conto del lavoro utile e necessario svolto dal rappresentante della parte ricorrente. L'indennità per ripetibili è posta a carico dell'UAIE.

(dispositivo alla pagina seguente)

Per questi motivi, il Tribunale amministrativo federale pronuncia:

1.

Il ricorso è accolto nel senso che la decisione impugnata del 17 febbraio 2014 (decisione n. 2) mediante la quale l'UAIE ha riconosciuto all'interessato tre quarti di rendita fino al 28 febbraio 2013 è annullata e gli atti di causa sono rinviati all'autorità inferiore affinché proceda al completamento dell'istruttoria e alla pronuncia di una nuova decisione ai sensi dei considerandi. Per il resto, la decisione del 17 febbraio 2014 (decisione n. 1), concernente la rendita intera, è confermata.

2.

Non si prelevano spese processuali. L'anticipo di fr. 400.-, corrisposto il 10 aprile 2014, sarà restituito alla parte ricorrente dopo la crescita in giudicato della presente sentenza.

3.

L'UAIE rifonderà alla parte ricorrente fr. 1'000.- a titolo di spese ripetibili.

4.

Comunicazione a:

- rappresentante della parte ricorrente (Atto giudiziario; allegato: formulario "Indirizzo per il pagamento")
- autorità inferiore (n. di rif.; Raccomandata)
- Ufficio federale delle assicurazioni sociali (Raccomandata)

Il presidente del collegio:

La cancelliera:

Vito Valenti

Anna Röthlisberger

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 notifica, nella misura in cui sono adempiute le condizioni di cui agli art. 82 e segg., 90 e segg. e 100 LTF. Gli atti scritti devono contenere le conclusioni, i motivi e l'indicazione dei mezzi di prova ed essere firmati. La decisione impugnata e – se in possesso della parte – i documenti indicati come mezzi di prova devono essere allegati (art. 42 LTF).

Data di spedizione: