



Corte III
C-2183/2013

Sentenza del 28 gennaio 2015

Composizione

Giudici Vito Valenti (presidente del collegio),
Michela Bürki Moreni e Markus Metz,
cancelliera Marcella Lurà.

Parti

A. _____,
rappresentato dall'avv. Lina Ratano,
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; domanda di rendita (decisione
del 14 marzo 2013).

Fatti:**A.**

A. _____, cittadino italiano, nato l'(...), ha lavorato in Svizzera nel periodo da marzo del 1980 a dicembre del 1981 e da marzo del 1987 a luglio del 1990 (53 mesi), solvendo contributi all'assicurazione svizzera per la vecchiaia, i superstiti e l'invalidità (doc. 45). L'interessato ha dichiarato che, rientrato in Italia, ha lavorato nel settore dell'edilizia e dell'agricoltura, dal 21 maggio 2002 come operaio agricolo (il datore di lavoro ha peraltro precisato che dal 1° novembre 2002 ha svolto lavori più leggeri). Ha interrotto il lavoro il 31 dicembre 2002 per motivi di salute (doc. 31). Il 28 agosto 2012, ha formulato una richiesta volta all'ottenimento di una rendita dell'assicurazione svizzera per l'invalidità (doc. 27).

B.

Nel corso dell'istruttoria, l'UAIE ha in particolare assunto agli atti documenti medici di data da ottobre 2008 ad ottobre 2012 (doc. 1 a 9 e 11 a 23) e la perizia medica E 213 del 20 settembre 2012, in cui è posta la diagnosi di calcolosi renale in trattamento continuo, esiti di microdiscectomia L4-L5 e recalibraggio articolare in spondilodiscoartrosi ed ipertensione arteriosa, indicato che le condizioni di salute dell'interessato sono peggiorate, che lo stesso è ritenuto in grado di svolgere regolarmente lavori leggeri, ma non il suo ultimo lavoro né un lavoro adeguato alle sue condizioni a tempo pieno, e segnalato che il medesimo è considerato invalido al 65%, conformemente alle disposizioni di legge del Paese di residenza, nella precedente attività (doc. 25). Tra gli atti di causa vanno annoverati pure il questionario per l'assicurato del 1° dicembre 2012 ed il questionario per il datore di lavoro (doc. 31)

C.

Nel rapporto del 9 gennaio 2013, il dott. B. _____, medico dell'UAIE, ha rilevato che l'interessato ha subito, dal 2009, ripetuti ricoveri ospedalieri per calcoli ai reni, affezione che può essere curata, senza che sia evidenziata alcuna complicanza, che il medesimo presenta una mobilità leggermente ridotta alla colonna vertebrale e che l'esame sullo stato di salute non fa stato di alcuna limitazione funzionale significativa. Detto medico ha quindi ritenuto che l'interessato presenta una capacità lavorativa del 100% sia nella precedente attività sia in un'attività confacente allo stato di salute (doc. 33).

D.

D.a Il 17 gennaio 2013, l'autorità inferiore, mediante progetto di decisione, ha comunicato all'interessato che la domanda di prestazioni è (recte sarebbe stata) respinta, ritenuto in particolare che malgrado il danno alla salute, l'esercizio di un'attività lucrativa è da considerare esigibile in misura sufficiente per escludere il diritto ad una rendita (doc. 34).

D.b Il 5 febbraio 2013 (doc. 37), l'interessato ha segnalato che, secondo il certificato medico del 5 febbraio 2013 del dott. C._____, allegato in copia (doc. 35), le patologie di cui è affetto "riducono permanentemente (la sua capacità) di svolgere attività redditizie".

D.c Nel rapporto del 5 marzo 2013, il dott. B._____ ha ritenuto che non vi erano motivi per modificare la precedente presa di posizione (doc. 39).

E.

Il 14 marzo 2013, l'UAIE ha respinto la domanda di prestazioni dell'assicurazione svizzera per l'invalidità. Ha osservato che l'interessato non ha subito un'incapacità al lavoro media sufficiente per un anno, ai sensi delle disposizioni dell'assicurazione svizzera per l'invalidità. In particolare, ha precisato che dagli atti risulta che malgrado il danno alla salute, l'esercizio di un'attività lucrativa è da considerare esigibile in misura sufficiente per escludere il diritto ad una rendita (doc. 40).

F.

Il 16 aprile 2013, l'interessato ha interposto ricorso dinanzi al Tribunale amministrativo federale contro la decisione dell'UAIE del 14 marzo 2013 mediante il quale ha chiesto d'accogliere il gravame, d'annullare la decisione impugnata nonché di accertare (e poi dichiarare) il suo diritto a percepire una rendita dell'assicurazione svizzera per l'invalidità, disponendo a tal fine una consulenza tecnica medico-legale per la verifica delle sue condizioni psico-fisiche invalidanti. Il ricorrente si è doluto in particolare di una violazione dell'obbligo di motivare la decisione impugnata nonché di un difetto di istruttoria. L'insorgente ha poi segnalato che le patologie di cui è affetto nonché le cure mediche a cui si sottopone comportano una completa incapacità al lavoro in qualsivoglia attività lucrativa. Ha fatto valere che è stato riconosciuto invalido al 75% da giugno del 2011 dalle autorità italiane. Ha esibito documenti medici già agli atti di causa nonché una cartella clinica ortopedica dell'ottobre 1998, un referto di risonanza magnetica del giugno 2008, una relazione medica del febbraio 2012, rapporti urologici dell'ottobre 2012 nonché gennaio ed aprile 2013, un certificato medico dell'aprile

2013 ed una sentenza del Tribunale di D._____ dell'aprile 2012 (doc. TAF 1). Il 21 maggio 2013, il ricorrente ha esibito il formulario "domanda di gratuito patrocinio" (doc. TAF 5).

G.

Nella risposta al ricorso del 26 giugno 2013, l'autorità inferiore ha proposto la reiezione del ricorso. In virtù dei rapporti del 9 gennaio e 5 marzo 2013 del proprio servizio medico, l'interessato è stato ritenuto in grado di svolgere la precedente attività. Per conseguenza, non ha mai subito un'incapacità lavorativa di livello pensionabile. Detta autorità ha altresì rilevato che i documenti medici esibiti in sede ricorsuale, sottoposti ad esame del proprio servizio medico (v. il rapporto del 13 giugno 2013 del dott. B. _____ [doc. 42], secondo cui l'assicurato soffre altresì di dolori lombari, ma senza compressione radicolare), non evidenziano nuovi elementi oggettivi atti a modificare la valutazione clinica-lavorativa dell'interessato (doc. TAF 9).

H.

Nella replica del 2 agosto 2013, l'insorgente si è riconfermato nelle argomentazioni in fatto e in diritto di cui al ricorso del 16 aprile 2013. In particolare, si è doluto di un'errata valutazione delle sue condizioni di salute e della sua capacità lavorativa. Ha esibito un rapporto urologico dell'aprile 2013 ed un referto di esame radiologico del maggio 2013 (doc. TAF 13).

I.

Nella duplice del 23 settembre 2013, l'autorità inferiore ha ritenuto, in virtù del rapporto dell'11 settembre 2013 del proprio servizio medico (doc. 44), che la documentazione medica prodotta in replica non apporta nuovi elementi oggettivi tali da modificare la precedente valutazione. Ha nuovamente proposto la reiezione del ricorso (doc. TAF 15).

J.

In una presa di posizione del 4 novembre 2013, l'interessato si è nuovamente riconfermato nelle argomentazioni in fatto e in diritto di cui al ricorso del 16 aprile 2013. Ha poi chiesto, sulla base dell'allegata nota spese, il riconoscimento dell'importo di EUR 2'808.00 a titolo di spese ripetibili. Ha prodotto un referto di esami medici del settembre 2013 (doc. TAF 18). Con provvedimento del 26 novembre 2013, la presa di posizione è stata trasmessa all'autorità inferiore per conoscenza (doc. TAF 19).

Diritto:**1.**

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

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

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

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

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 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 e 130 V 445 consid. 1.2). La domanda di una rendita AI essendo stata presentata il 28 agosto 2012, al caso in esame si applicano di principio le disposizioni della 6a revisione della LAI (primo pacchetto) entrate in vigore il 1° gennaio 2012.

3.2 Il ricorrente, come già menzionato, ha presentato la domanda di rendita il 28 agosto 2012. In deroga all'art. 24 LPGA, l'art. 29 LAI prevede che il diritto alla rendita nasce al più presto dopo sei mesi dalla data in cui l'assicurato ha rivendicato il diritto alle prestazioni conformemente all'art. 29 cpv.

1 LPGA (riservate altresì le condizioni dell'art. 28 cpv. 1 LAI [cfr. consid. 5.3 del presente giudizio]). Giova altresì rilevare che il potere cognitivo di questo Tribunale è delimitato dalla data della decisione impugnata. Il giudice delle assicurazioni sociali esamina infatti la decisione impugnata sulla base della situazione di fatto esistente al momento in cui essa è stata resa. Tiene tuttavia conto dei fatti verificatisi dopo tale data quando essi possano imporsi quali elementi d'accertamento retrospettivo della situazione anteriore alla decisione stessa (DTF 129 V 1 consid. 1.2 e 121 V 362 consid. 1b), in altri termini se gli stessi sono strettamente connessi all'oggetto litigioso e se sono suscettibili di influire sull'apprezzamento del giudice al momento in cui detta decisione litigiosa è stata resa (cfr. sentenza del TF 8C_278/2011 del 26 luglio 2011 consid. 5.5 nonché 9C_116/2010 del 20 aprile 2010 consid. 3.2.2; DTF 118 V 200 consid. 3a in fine).

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 LPGA e della LAI (art. 8 LPGA nonché art. 4, 28 e 28a LAI) ed 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 ha versato contributi all'AVS/AI svizzera per più di 4 anni (doc. 45) e, pertanto, adempie in ogni caso la condizione della durata minima di contribuzione.

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 la metà, a tre quarti di rendita se è invalido per almeno il 60% e ad una rendita intera se è invalido per almeno il 70%.

5.3 L'art. 28 cpv. 1 LAI prevede che l'assicurato ha diritto a 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 LPGGA) almeno del 40% in media durante un anno senza notevole interruzione (lettera b) e al termine di questo anno è invalido (art. 8 LPGGA) almeno al 40% (lettera c).

6.

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

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

7.

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, as-

sume 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 e relativi riferimenti).

8.

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 134 V 231 consid. 5.1 e 125 V 351 consid. 3).

9.

9.1 Nella fattispecie in esame, occorre esaminare se prima della resa della decisione impugnata, l'UAIE avrebbe dovuto procedere ad ulteriori misure istruttorie per potersi determinare con cognizione di causa sullo stato di salute e sulla capacità lavorativa dell'insorgente, come quest'ultimo fa valere nel ricorso.

9.2

9.2.1 Nel gravame, il ricorrente rimprovera all'autorità inferiore di non avere sufficientemente motivato la decisione impugnata e fa valere una violazione del diritto di essere sentito in quanto l'autorità inferiore non gli ha trasmesso le diverse prese di posizione del servizio medico.

9.2.2 Secondo giurisprudenza, dal diritto di essere sentito deve in particolare essere dedotto il diritto per l'interessato di esprimersi prima della resa di una decisione sfavorevole nei suoi confronti, quello di fornire prove circa i fatti suscettibili di influire sul provvedimento, quello di poter prendere visione dell'incarto, quello di partecipare all'assunzione delle prove, di prenderne conoscenza e di determinarsi in proposito (sentenza del TF 9C_903/2011 del 25 gennaio 2013 consid. 6.3; DTF 132 V 368 consid. 3.1).

9.2.3 L'obbligo della motivazione (art. 35 PA) è formalità essenziale e se, da un lato, rappresenta un limite intrinseco alla libertà di convincimento, costringendo l'autorità giudicante a rendere ragione della razionalità del percorso seguito per giungere alla decisione, dall'altro si configura quale premessa logica imprescindibile per l'esercizio del successivo controllo sulle linee di formazione di quel convincimento. Per conseguenza, attraverso doverosi passaggi argomentativi imperniati sull'indicazione delle risultanze probatorie legittimamente acquisite nonché sull'indicazione dei criteri di valutazione impiegati, l'autorità giudicante dovrà in concreto ricostruire, anzitutto per la propria consapevolezza, il percorso logico-conoscitivo che l'ha condotta ad apprezzare in un certo modo le prove disponibili e a trarne determinate conclusioni. Pertanto, essa ha l'obbligo d'esplicitare, nel modo più rigoroso e completo, la motivazione posta a fondamento della decisione adottata, ancorando così il principio del libero convincimento all'esigenza d'indicazione specifica dei risultati acquisiti e dei criteri adottati, allo scopo d'evitare che detto principio venga attuato per un uso arbitrario. Invero, nella motivazione della decisione, l'autorità non è tenuta a compiere un'analisi approfondita di tutte le deduzioni delle parti e a prendere in esame dettagliatamente tutte le risultanze processuali, essendo sufficiente che, anche attraverso una valutazione globale di quelle deduzioni e risultanze, spieghi, in modo logico ed adeguato, le ragioni che hanno determinato il suo convincimento, dimostrando d'aver tenuto presente ogni fatto decisivo (DTF 129 I 232 consid. 3.2; sentenza del TAF C-6774/2007 del 21 dicembre 2009 consid. 4.1). Peraltro, l'esigenza della motivazione aumenta allorché l'applicazione della legge implica l'esercizio del potere di apprezzamento o l'interpretazione di una norma giuridica indeterminata (DTF 134 I 83 consid. 4.1, 129 I 232 consid. 3.3 e relativi riferimenti nonché sentenza del TF 2C_105/2009 del 18 settembre 2009 consid. 5.1). Se questi precetti vengono disattesi, il vizio formale comporta di norma l'annullamento della decisione, senza che il ricorrente debba dimostrare un interesse, in altri termini indipendentemente dalle possibilità di successo del ricorrente nel merito (DTF 118 la 17 consid. 1a, 117 la 7 consid. 1a e 115 la 10 consid. 2a).

9.2.4 La censura riguardante la violazione dell'obbligo di motivare la decisione è manifestamente fondata ove solo si rilevi che né nel progetto di decisione del 17 gennaio 2013 né nella decisione del 14 marzo 2013 l'UAIE ha indicato con la necessaria precisione gli elementi determinanti alla base della valutazione medica. Dagli atti di causa non risulta altresì che l'autorità inferiore abbia trasmesso all'insorgente le prese di posizione del gennaio e marzo 2013 del servizio medico dell'UAIE (doc. 33 e 39). Con riferimento alla valutazione medica sullo stato di salute e sulla capacità lavorativa del ricorrente non soccorrono l'autorità inferiore neppure i rapporti del medico dell'UAIE del gennaio e marzo (precedentemente menzionati e poi trasmessi da questo Tribunale al ricorrente il 5 luglio 2013) né quelli del giugno e settembre 2013 (doc. 42 e 44). Gli stessi sono succinti e generici e non è desumibile su quali precise riflessioni sia fondata la conclusione di una capacità al lavoro intatta sia nella precedente attività sia in un'attività sostitutiva adeguata. In altri termini, non è stato indicato né nella decisione impugnata né nei diversi rapporti del servizio medico dell'UAIE per quale ragione, malgrado il danno alla salute, l'ultima attività esercitata di bracciante agricolo – come ogni altra sostitutiva – sarebbe ancora esigibile e perché nella misura del 100%. Da quanto esposto, discende che non è dato sapere né all'insorgente né a questo Tribunale sulla base di quali effettive riflessioni il servizio medico dapprima e poi l'autorità inferiore abbiano potuto giungere alla conclusione ritenuta, ossia quella, come già accennato, di una completa capacità lavorativa sia nella precedente attività sia in un'attività confacente allo stato di salute.

9.3 In considerazione di quanto precede, e nonostante che gli siano state trasmesse in sede ricorsuale copie delle diverse prese di posizione del servizio medico dell'UAIE (doc. TAF 11 e 16), il ricorrente non ha potuto difendersi con cognizione di causa e neppure è possibile a questo Tribunale decidere la causa nel merito, mancando totalmente un apprezzamento medico intelligibile. La decisione impugnata, resa in violazione dell'obbligo di motivare correttamente la propria decisione, incorre pertanto nell'annullamento già per questo motivo.

9.4 Va comunque rilevato che la decisione impugnata poggia pure su un insufficiente accertamento dei fatti giuridicamente rilevanti. In effetti, in virtù delle risultanze processuali, il ricorrente soffre segnatamente (cfr., fra l'altro, la perizia medica E 213 del 20 settembre 2012) di problemi ortopedico-reumatologici (segnatamente esiti di microdissectomia L4-L5 + recalibraggio articolare in spondilodiscoartrosi), urologici (calcolosi renali e uretrali in trattamento continuo) e cardiocircolatori (ipertensione arteriosa).

9.4.1 Con riferimento alla perizia medica E 213 del settembre 2012 (doc. 25), che certo non appare redatta da uno specialista in urologia o ortopedia-reumatologia o cardiologia, essa è basata su un esame superficiale delle affezioni di cui soffrirebbe il ricorrente secondo la documentazione agli atti e non fornisce spiegazioni sufficienti riguardo all'evocata incapacità lavorativa del 65% nella precedente attività lavorativa (pag. 9 n. 11.7) e ad un'impossibilità a svolgere un'attività sostitutiva adeguata a tempo pieno (pag. 9 n. 11.6). Essa non consente pertanto di fondare un giudizio definitivo con cognizione di causa (secondo il necessario grado della verosimiglianza preponderante) sulla residua capacità lavorativa dell'insorgente. Tuttavia, essa diverge fundamentalmente dalla valutazione del medico dell'UAIE su cui si è fondata l'autorità inferiore nella decisione impugnata, senza che né il medico né l'UAIE abbiano fornito argomenti convincenti, sulla base di documentazione medica oggettiva, che potessero confermare le loro conclusioni sulla pretesa intatta capacità lavorativa del ricorrente. I dubbi al riguardo sono seri e trovano fondamento anche nella relazione tecnica del dott. E. _____ del febbraio 2012 – ordinata dal competente Tribunale di D. _____ e poi ripresa nella sentenza del Tribunale medesimo del 18 aprile 2012 poiché giudicata fondata su accurati esami (cfr. doc. TAF 1, allegati 12 e 13) – secondo cui l'insorgente deve ritenersi invalido nella misura del 75% da giugno 2011, non solo per l'affezione ortopedica-reumatologica, ma in particolare per la progressiva evoluzione della patologia renale e della comparsa della patologia cardiovascolare. Certo, questa valutazione, fondata su una metodologia specifica al diritto italiano, non può fondare un giudizio definitivo secondo il diritto svizzero. Essa è comunque sufficiente, da un lato, a far sorgere ulteriori seri dubbi sulla generica ed immotivata valutazione del medico dell'UAIE e, dall'altro lato, a giustificare delle ulteriori indagini da parte dell'autorità inferiore, la quale ha pertanto deciso la causa anche in violazione dell'art. 43 LPGA.

9.4.2 Da quanto esposto, discende che la decisione impugnata incorre nell'annullamento anche perché fondata su un accertamento insufficiente dei fatti giuridicamente rilevanti.

10.

10.1 Quando il Tribunale amministrativo federale 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-329/2012 dell'11 febbraio 2014 consid. 12.1). In particolare, esso si sostituirà all'autorità inferiore se gli atti sono completi e comunque sufficienti a statuire sull'applicazione del diritto

federale (v. sentenza del TF 9C_162/2007 del 3 aprile 2008 consid. 2.3 e relativi riferimenti; DTF 126 II 43 e 125 II 326). Tale non è il caso nella presente fattispecie per i motivi precedentemente indicati.

10.2 Gli atti di causa sono pertanto rinviati all'autorità inferiore affinché la stessa proceda a completare l'accertamento dei fatti giuridicamente rilevanti e ad emanare una nuova decisione. La cassazione si giustifica per il fatto che dovranno essere eseguiti per la prima volta rispettivamente completati i necessari accertamenti medici, segnatamente con perizie (urologica e ortopedica/reumatologica) rispettivamente rapporto dettagliato (cardiologico; cfr., sulla possibilità di un rinvio all'autorità inferiore in siffatte circostanze, DTF 137 V 210 consid. 4.4.1.4) nonché ogni ulteriore esame che pure l'evoluzione nel tempo dello stato di salute del ricorrente dovesse ancora rendere necessario. Per il resto, e se del caso, l'UAIE dovrà pure effettuare un confronto dei redditi determinanti sulla base delle possibili attività sostitutive adeguate ritenute.

10.3 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) dal momento che nella decisione impugnata del 14 marzo 2013 l'autorità inferiore ha considerato che l'insorgente non ha subito un'incapacità lavorativa di livello pensionabile, perlomeno fino alla data della decisione impugnata (che costituisce il limite della cognizione temporale di questo Tribunale nel caso di specie), ed ha respinto la domanda del medesimo volta all'ottenimento di una rendita dell'assicurazione svizzera per l'invalidità. Non era pertanto necessario conferire al ricorrente la facoltà di ritirare il proprio gravame.

11.

11.1 Visto l'esito della procedura, non sono prelevate delle spese processuali (art. 63 PA). La domanda di assistenza giudiziaria, nel senso della dispensa dal versamento delle spese processuali, è pertanto divenuta senza oggetto.

11.2

11.2.1 Ritenuto che l'insorgente è rappresentato in questa sede da un mandatario professionale, si giustifica altresì l'attribuzione di un'indennità

a titolo di spese ripetibili (art. 64 PA in combinazione con gli art. 7 e 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]).

11.2.2 In virtù dell'art. 7 cpv. 1 TS-TAF, la parte vincente ha diritto alle ripetibili per le spese necessarie derivanti dalla causa. Secondo gli art. 8 e 9 cpv. 1 TS-TAF, le ripetibili comprendono, fra l'altro, le spese di patrocinio, ossia l'onorario dell'avvocato, ed i disborsi, quali, segnatamente, le spese di fotocopiatura, le spese di porto e le spese telefoniche. L'art. 10 cpv. 1 e 2 TS-TAF precisa che l'onorario dell'avvocato è calcolato in funzione del tempo necessario alla rappresentanza della parte; la tariffa oraria per gli avvocati oscilla tra un minimo di 200 e un massimo di 400 franchi. Peraltro, secondo l'art. 14 cpv. 1 TS-TAF, le parti che chiedono la rifusione di ripetibili e gli avvocati d'ufficio devono presentare al Tribunale, prima della pronuncia della decisione, una nota particolareggiata delle spese. Infine, giusta l'art. 14 cpv. 2 TS-TAF, il Tribunale fissa l'indennità dovuta alla parte e quella dovuta agli avvocati d'ufficio sulla base della nota particolareggiata delle spese. Se quest'ultima non è stata inoltrata, il Tribunale fissa l'indennità sulla base degli atti di causa.

11.2.3 Secondo giurisprudenza, nell'ambito del suo potere d'apprezzamento, questo Tribunale determina l'onorario dell'avvocato in funzione dell'importanza e delle difficoltà della lite nonché dell'ampiezza del lavoro e del dispendio orario. Per valutare l'importanza del lavoro e del tempo consacrato, occorre tenere conto del fatto che la procedura in materia di assicurazioni sociali è retta dalla massima inquisitoria, ciò che, di regola, facilita il compito del mandatario. Quanto all'attività di quest'ultimo suscettibile di essere considerata, essa non può comprendere le azioni inutili o superflue. Inoltre, le iniziative intraprese prima della promozione della fase processuale non possono – di principio e salvo eccezioni – essere ritenute (cfr., per il principio, la sentenza del TF I 452/05 del 27 novembre 2006 consid. 5.5 e relativi riferimenti; cfr., per le eccezioni, DTF 112 Ib 353 consid. 3a in fine [possono quindi essere ritenuti gli atti anteriori alla fase processuale quando questi sono necessari alla preparazione della procedura di ricorso]).

11.2.4

11.2.4.1 Nel caso concreto, con atto di replica del 2 agosto 2013, il ricorrente ha chiesto il riconoscimento dell'importo di EUR 2'808.00 a titolo di spese ripetibili, secondo l'allegata nota spese (doc. TAF 13, allegato 2).

11.2.4.2 Tuttavia, la nota spese presentata è generica, non contemplando il tempo di lavoro, la tariffa oraria nonché i disborsi di cui alle diverse fasi processuali. Non si giustifica pertanto la rifusione di ripetibili sulla base di tale nota (v., sulla questione, la sentenza del TAF C-1139/2014 del 23 settembre 2014 consid. 16.2.2).

11.2.4.3 Ritenuto che la fattispecie è relativamente semplice dal profilo fattuale e del diritto e conto tenuto del lavoro utile e necessario della rappresentante del ricorrente (segnatamente per lo studio della causa, la consulenza con il cliente e l'allestimento di un ricorso, di un atto di replica e di uno scritto di osservazioni), le spese ripetibili a favore dell'insorgente sono fissate in fr. 2'000.- (senza IVA; v., sulla questione, fra le tante, la sentenza del TAF C-1139/2014 del 23 settembre 2014 consid. 16.2.2).

(dispositivo alla pagina seguente)

Per questi motivi, il Tribunale amministrativo federale pronuncia:

1.

Il ricorso è parzialmente accolto, nel senso che la decisione impugnata del 14 marzo 2013 è annullata e gli atti di causa sono rinviati all'UAIE affinché proceda al completamento dell'istruttoria ed emani una nuova decisione ai sensi dei considerandi.

2.

Non si prelevano spese processuali. La domanda di assistenza giudiziaria, nel senso della dispensa dal versamento delle spese processuali, è pertanto divenuta senza oggetto.

3.

L'UAIE rifonderà al ricorrente fr. 2'000.- a titolo di spese ripetibili.

4.

Comunicazione a:

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

Il presidente del collegio:

La cancelliera:

Vito Valenti

Marcella Lurà

Rimedi giuridici:

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