



Corte III
C-2615/2023

Sentenza del 4 luglio 2025

Composizione

Giudici Vito Valenti (presidente del collegio),
Philipp Egli, Viktoria Helfenstein,
cancelliere Oliver Engel.

Parti

A. _____, (Italia),
rappresentato dal Patronato INAS, c/o OCST,
ricorrente,

contro

**Ufficio dell'assicurazione per l'invalidità per gli
assicurati residenti all'estero UAIE,**
autorità inferiore.

Oggetto

Assicurazione per l'invalidità; rendita limitata nel tempo
(decisione del 23 marzo 2023).

Fatti:**A.**

A.a A. _____ (di seguito: assicurato, interessato, ricorrente o insorgente), cittadino italiano, nato il (...) 1966, divorziato, con figli, ha lavorato in Svizzera dal 1° luglio 1989 a fine novembre 2022. A partire dal 1° settembre 1998 è stato alle dipendenze della B. _____ SA di (...), in qualità di operaio edile, solvendo regolari contributi all'assicurazione svizzera per la vecchiaia, i superstiti e l'invalidità (vedi in particolare l'estratto del conto individuale al doc. 79 dell'incarto dell'autorità inferiore [di seguito incarto UAIE]).

A.b A partire da giugno 2020 l'interessato soffre di cervicalgia sinistra con contestuale brachialgia sinistra. Dal 22 settembre 2020 è stato dichiarato totalmente inabile al lavoro con la diagnosi di sindrome cervico-spondilogenica cronica recidivante con radicolopatia C7/8 sinistra e periartrite omero-scapolare con impingement, artrosi acromio-clavicolare e epicondilo-patia. L'assicuratore perdita di guadagno in caso di malattia ha preso a carico il caso (v. in particolare doc. UAIE 87 e segg.).

B.

B.a In data 8 febbraio 2021, l'assicurato ha trasmesso all'Ufficio dell'assicurazione invalidità del cantone C. _____ (di seguito UAI-C. _____) il formulario per la richiesta di integrazione professionale/rendita dell'assicurazione per l'invalidità (doc. UAIE 3 a 5).

B.b L'amministrazione ha quindi avviato l'istruttoria, acquisendo agli atti l'incarto dell'assicuratore perdita di guadagno in caso di malattia, in particolare la perizia reumatologica del 30 marzo 2021 del dott. D. _____, specialista in reumatologia, medicina manuale e dello sport. Quest'ultimo ha posto le diagnosi di sindrome cervico-spondilogenica cronica recidivante con radicolopatia C7 e 8 sinistra sensitivo-motoria in presenza di ernia discale C6/7 sinistra e periartrite omero-scapolare con impingement, artrosi acromio-clavicolare e epicondilo-patia a sinistra ed ha confermato una totale incapacità lavorativa a decorrere dal 22 settembre 2020 (doc. UAIE 101).

B.c Il 7 dicembre 2021 l'assicuratore perdita di guadagno in caso di malattia ha fatto esperire dal dott. D. _____ una seconda perizia reumatologica. Lo specialista ha riscontrato un miglioramento della situazione clinica nella misura in cui – in particolare – l'ernia discale si era riassorbita. Egli

ha pertanto confermato l'impossibilità definitiva di esercitare la precedente attività ma ha altresì attestato un'abilità lavorativa dell'85% in attività adeguate a decorrere dal 7 dicembre 2021 (doc. UAIE 121).

B.d Con decisione del 31 gennaio 2022, l'assicuratore perdita di guadagno in caso di malattia ha comunicato all'interessato che le prestazioni di indennità giornaliera saranno erogate nella misura del 100% fino al 31 maggio 2022 ed in misura del 36% a partire dal 1° giugno 2022. Ha inoltre precisato che tale provvedimento è stato preso in quanto a fronte di un'invalidità lavorativa permanente nella precedente professione, egli è risultato abile all'85% in attività adeguate (doc. UAIE 124).

B.e Il 12 maggio 2022 l'interessato ha inoltrato una petizione al Tribunale cantonale delle assicurazioni del Cantone C. _____ chiedendo la condanna dell'assicuratore perdita di guadagno in caso di malattia al versamento delle indennità giornaliera nella misura assicurata dal 1° giugno 2022 al 20 settembre 2022 (doc. UAIE 47).

B.f Con sentenza del 23 giugno 2022 il Tribunale cantonale delle assicurazioni ha stralciato la causa dai ruoli in seguito a transazione che prevede: "(...) fino alla fine del periodo d'indennizzo il versamento di un'indennità del 50%. Ritenuto come comunque il danno residue (recte: residuo) del 36% sia stato riconosciuto dall'assicuratore, l'assicuratore offre un ulteriore 14% per giungere al predetto 50% d'indennizzo, ritenute compensate le ripetibili" (doc. UAIE 47).

B.g Con rapporto finale del Servizio medico regionale (SMR) del 26 ottobre 2022, la dott.ssa E. _____, specialista in medicina del lavoro, ha confermato diagnosi, limiti funzionali e incapacità lavorativa attestate dal dott. D. _____ nella perizia del 7 dicembre 2021 (doc. UAIE 60).

B.h Con progetto di decisione del 13 dicembre 2022, l'UAI-C. _____ ha rilevato che gli accertamenti medici effettuati hanno evidenziato una totale e definitiva incapacità lavorativa nell'abituale attività di operaio edile a decorrere dal 22 settembre 2020. In attività adeguate, l'incapacità lavorativa dell'assicurato è stata invece del 100% dal 22 settembre 2020 al 7 dicembre 2021, data in cui ha ritrovato una capacità lavorativa dell'85% (doc. UAIE 68).

B.i Con osservazioni del 27 gennaio 2023 e del 28 febbraio 2023, l'interessato ha chiesto il riesame del progetto di decisione alla luce dei documenti medici trasmessi, di cui si dirà in dettaglio nei considerandi in diritto,

postulando il riconoscimento di un'incapacità lavorativa totale in qualsiasi attività (doc. UAIE 75).

B.j Tale documentazione medica è stata sottoposta al medico SMR, il quale, con osservazioni del 15 marzo 2023, ha indicato che i referti prodotti non apportavano elementi atti a modificare le valutazioni espresse nel rapporto finale del 26 ottobre 2022 (doc. UAIE 78).

B.k Con decisione del 23 marzo 2023, l'UAIE ha pertanto riconosciuto il diritto dell'interessato di percepire una rendita d'invalidità intera dal 1° settembre 2021 (ossia un anno dopo l'insorgere della totale incapacità lavorativa senza interruzioni in qualsiasi attività) al 31 marzo 2022 (ossia tre mesi dopo la perizia del 7 dicembre 2021 con cui il dott. D._____ ha attestato una capacità lavorativa dell'85% in attività adeguate). Ha inoltre precisato che la documentazione medica trasmessa con le osservazioni è stata sottoposta all'attenzione del medico SMR, il quale dopo accurata analisi ha indicato che non comportava elementi che permettessero di scostarsi dalle precedenti valutazioni (doc. UAIE 79).

C.

C.a Il 9 maggio 2023, l'interessato ha inoltrato ricorso cautelativo contro la summenzionata decisione, indicando di aver richiesto all'autorità inferiore la trasmissione della valutazione SMR su cui fonda la decisione impugnata, con l'intenzione di sottoporla ai suoi medici di fiducia. Ha inoltre precisato di riservarsi la possibilità di annullare il ricorso, rispettivamente di completarlo, una volta in possesso dei referti redatti dai propri medici di fiducia (doc. TAF 1).

C.b Con scritto del 25 maggio 2023, il ricorrente ha confermato e completato il ricorso del 9 maggio 2023, ha chiesto l'accoglimento del gravame e l'annullamento del provvedimento impugnato per quanto attiene alla soppressione della rendita intera successivamente al 31 marzo 2022, ritenuta un'incapacità lavorativa totale in qualsiasi attività anche a decorrere dal 1° aprile 2022. A sostegno delle proprie conclusioni, ha prodotto ulteriore documentazione medica, di cui si dirà in dettaglio, se necessario, nei considerandi in diritto. L'insorgente ha altresì formulato una domanda di assistenza giudiziaria, nel senso della dispensa dalle spese processuali (doc. TAF 2).

C.c Nella risposta al ricorso del 27 giugno 2023 – che si fonda sul preavviso dell'UAI-C._____ del 22 giugno 2023 e sull'annotazione del medico

SMR del 21 giugno 2023 – l'autorità inferiore ha rilevato che il ricorrente non ha prodotto referti medici atti a dimostrare fatti nuovi rispettivamente modificazioni significative di fatti già noti e valutati nella perizia del dott. D. _____ del 7 dicembre 2021, effettuata su mandato dell'assicuratore per perdita di guadagno. Pertanto, in assenza di fatti nuovi, rispettivamente di modificazioni significative di fatti già noti, ha confermato le conclusioni del rapporto finale SMR dell'ottobre 2022 ed ha proposto la reiezione del gravame e la conferma del provvedimento impugnato (doc. TAF 7).

C.d Con replica del 26 luglio 2023, il ricorrente ha prodotto nuova documentazione medica e ribadito le argomentazioni e conclusioni ricorsuali, sottolineando di essere in attesa di effettuare ulteriori visite specialistiche di anesthesiologia (doc. TAF 10).

C.e Con duplice del 12 settembre 2023, l'autorità inferiore – rinviando al preavviso dell'UAI-C. _____ del 31 agosto 2023 e all'annotazione del medico SMR del 29 agosto 2023 – ha rilevato che neppure la nuova documentazione medica prodotta comportava elementi in grado di confutare le precedenti conclusioni, chiedendo la reiezione del ricorso e la conferma della decisione impugnata (doc. UAIE 12).

C.f Con osservazioni del 22 settembre 2023, l'insorgente ha trasmesso ulteriore documentazione medica e ribadito le proprie conclusioni ricorsuali (doc. TAF 13).

C.g Con osservazioni del 26 ottobre 2023, l'autorità inferiore – rinviando al preavviso dell'UAI-C. _____ e all'annotazione del medico SMR, entrambe del 23 ottobre 2023 – ha indicato che i referti prodotti dal ricorrente sono stati attentamente vagliati e raffrontati con gli elementi clinici e medico-funzionali ritenuti al momento dell'emanazione della decisione impugnata. L'analisi svolta conferma l'assenza di elementi clinici nuovi, rispettivamente di modificazioni significative di fatti medici noti. Essa ha pertanto chiesto di confermare la decisione impugnata (doc. TAF 15).

C.h Con scritto del 14 novembre 2023, il ricorrente ha preso posizione in merito alle osservazioni dell'UAIE del 26 ottobre 2023, trasmesso nuova documentazione medica e confermato le conclusioni ricorsuali (doc. TAF 18).

C.i Con provvedimento del 24 novembre 2023, lo scritto del ricorrente del 14 novembre 2023 è stato trasmesso all'autorità inferiore per conoscenza (doc. UAIE 19)

C.j Ulteriori fatti e argomentazioni verranno ripresi, per quanto necessario, nei considerandi in diritto del presente giudizio.

Diritto:

1.

1.1 Il Tribunale amministrativo federale (TAF) esamina d'ufficio e con piena cognizione la propria 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 Giusta l'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 e art. 48 cpv. 1 PA), il ricorso è stato interposto tempestivamente (art. 60 LPGGA e art. 50 cpv. 1 PA) e rispetta i requisiti previsti dalla legge (art. 52 cpv. 1 PA). Il ricorso è pertanto ammissibile.

2.

Il ricorrente è cittadino di uno Stato membro della Comunità europea e risiede in Italia, e sussiste un nesso transnazionale, il medesimo essendo stato assicurato ed avendo lavorato in Svizzera dal 1° luglio 1989 a fine novembre 2022, per cui è applicabile, di principio, l'Accordo del 21 giugno 1999 tra la Confederazione svizzera e la Comunità europea ed i suoi Stati membri sulla libera circolazione delle persone (ALC, RS 0.142.112.681) ed il relativo Allegato II che regola il coordinamento dei sistemi di sicurezza sociale. L'allegato II ALC prevede in particolare che le parti contraenti

applicano tra di loro, dal 1° aprile 2012, 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 (art. 1 cpv. 1 Allegato II ALC in relazione con la Sezione A dell'Allegato II ALC). Il Regolamento (CE) n. 883/2004 è stato ulteriormente modificato dai regolamenti (UE) n. 1244/2010 (RU 2015 343), n. 465/2012 (RU 2015 345) e n. 1224/2012 (RU 2015 353), applicabili nelle relazioni tra la Svizzera e gli Stati membri dell'Unione europea a decorrere dal 1° gennaio 2015. Tuttavia, anche in seguito all'entrata in vigore dell'ALC, l'organizzazione della procedura, come pure l'esame delle condizioni di ottenimento di una rendita d'invalidità svizzera, sono regolate dal diritto interno svizzero (art. 46 cpv. 3 del Regolamento n. 883/2004 in relazione con l'Allegato II del regolamento medesimo; DTF 130 V 253 consid. 2.4).

3.

3.1 Dal profilo temporale, con riserva di disposizioni particolari di diritto transitorio, 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 146 V 364 consid. 7.1; 139 V 335 consid. 6.2; 136 V 24 consid. 4.3).

3.2 Il 1° gennaio 2022, sono entrate in vigore le modifiche del 19 giugno 2020 della LAI e della LPGA (Ulteriore sviluppo dell'AI; RU 2021 705; FF 2017 2191) e le modifiche del 3 novembre 2021 dell'Ordinanza del 17 gennaio 1961 sull'assicurazione per l'invalidità (OAI, RS 831.201; RU 2021 706). Secondo la lett. c delle disposizioni transitorie della modifica del 19 giugno 2020 della LAI, ai beneficiari di rendita il cui diritto alla rendita è nato prima dell'entrata in vigore di questa modifica e che all'entrata in vigore della modifica stessa hanno (almeno) 55 anni compiuti continua ad applicarsi il diritto anteriore, fino all'estinzione o alla soppressione del diritto alla rendita (Circolare dell'UFAS sull'invalidità e sulla rendita nell'assicurazione per l'invalidità [CIRAI; valida dal 1° gennaio 2022, stato al 1° luglio 2022], cifre marginali 9103 e 9200; Circolare dell'UFAS concernente le disposizioni transitorie della riforma Ulteriore sviluppo dell'AI sul sistema di rendite lineare [C DT US AI; valida dal 1° gennaio 2022, stato al 1° gennaio 2022], cifre marginali 1004, 2002 e 2003).

3.3 Avendo il ricorrente già compiuto 55 anni il (...) 2022, al caso in esame, sono applicabili le disposizioni della LPGA e le disposizioni della LAI e dell'OAI nella loro versione in vigore fino al 31 dicembre 2021 (v. le disposizioni transitorie della modifica del 19 giugno 2020 [ulteriore sviluppo dell'AI] lett. c).

3.4 Il potere cognitivo di questo Tribunale è delimitato dalla data della decisione impugnata, in quanto il giudice delle assicurazioni sociali esamina il provvedimento sulla base della situazione di fatto esistente al momento in cui essa è stata pronunciata (DTF 136 V 24 consid. 4.3). 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.

Nel caso di specie è oggetto del litigio non solamente la mancata concessione di una rendita posteriormente al 31 marzo 2022 (anche se nel ricorso il ricorrente si limita a contestare la mancata concessione della rendita intera anche successivamente al 31 marzo 2022), ma anche l'assegnazione della rendita intera dell'assicurazione svizzera per l'invalidità dal 1° settembre 2021 al 31 marzo 2022. In effetti, secondo costante giurisprudenza, assegnando retroattivamente una rendita degressiva e/o limitata nel tempo, l'autorità amministrativa disciplina un rapporto giuridico suscettibile, in caso di contestazione, di essere oggetto della lite e dell'impugnativa. Qualora sia contestata solo la riduzione o la soppressione delle prestazioni, il potere cognitivo del giudice non è dunque 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-3164/2017 del 14 novembre 2019 consid. 1.5, C-3859/2016 del 22 maggio 2017 consid. 7 e C-6248/2011 del 25 luglio 2012 consid. 10 con rinvii).

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 art. 4 cpv. 1 LAI).

5.2 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).

5.3 Giusta l'art. 28 cpv. 2 LAI, nella versione in vigore fino al 31 dicembre 2021, 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%.

5.4 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 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).

5.5 La nozione d'invalidità di cui all'art. 4 LAI e 8 LPGA è un concetto di carattere economico-giuridico e non medico (sentenze del TF 9C_318/2014 del 10 settembre 2014 consid. 3.1 e 8C_636/2010 del 17 gennaio 2011 consid. 3 e relativi riferimenti). In base all'art. 16 LPGA, applicabile per il rinvio dell'art. 28 cpv. 2 LAI in vigore fino a fine 2021, 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).

5.6 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 (DTF 116 V 246 consid. 1b).

6.

6.1 Quando l'amministrazione – come nel caso concreto – con una o più decisioni attribuisce una rendita per un certo periodo e, contemporaneamente, la riduce o la sopprime per un periodo successivo, devono essere applicate per analogia le regole sulla revisione di decisioni amministrative ai sensi dell'art. 17 LPG (DTF 131 V 164, 131 V 120, 125 V 143; sentenza del TF 9C_362/2014 del 19 agosto 2014 consid. 3 con rinvii).

6.2 Secondo l'art. 17 LPG, nella versione in vigore fino al 31 dicembre 2021, se il grado d'invalidità del beneficiario della rendita subisce una notevole modificazione, per il futuro la rendita è aumentata o ridotta proporzionalmente o soppressa, d'ufficio o su richiesta. Il cpv. 2 della stessa norma stabilisce 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.

6.3 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. Detta norma si applica anche in caso di assegnazione retroattiva di una rendita scalare (sentenze del TF 9C_837/2009 del 23 giugno 2010 consid. 2, 9C_443/2009 del 19 agosto 2009 consid. 5; cfr. pure sentenza del TAF C-1446/2011 del 27 giugno 2013 consid. 6.5 con rinvii).

6.4 Costituisce motivo di revisione della rendita d'invalidità ogni modifica rilevante delle circostanze di fatto suscettibile d'influire sul grado di invalidità e, quindi, sul diritto alla rendita. Ne consegue che la rendita può essere soggetta a revisione non soltanto in caso di modifica significativa dello stato

di salute, ma anche quando detto stato è rimasto invariato, ma le sue conseguenze sulla capacità di guadagno hanno subito un cambiamento significativo (DTF 130 V 343 consid. 3.5).

7.

7.1 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; 125 V 351 consid. 3).

7.2 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 231 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]).

7.3 Per quel che riguarda le perizie di parte, 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 137 V 210 consid. 1.3.4; 134 V 231 consid. 5.1; 125 V 351 consid. 3b con rinvii).

7.4 In presenza di rapporti medici contraddittori il giudice non può evadere la vertenza senza valutare l'intero materiale e indicare i motivi per cui egli 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 e relativi riferimenti).

7.5 Nell'ambito del libero apprezzamento delle prove è di principio consentito che il giudice delle assicurazioni sociali basi la propria decisione unicamente sui rapporti di un medico interno all'assicuratore. Per quanto riguarda l'imparzialità e l'attendibilità di tali rapporti, devono tuttavia essere poste esigenze severe. Nel caso in cui sussista anche il minimo dubbio sull'affidabilità e sulla concludenza dei pareri medici interni dell'assicurazione, non è possibile fondarsi su tali rapporti ed occorre effettuare un completamento dell'istruttoria (DTF 139 V 225 consid. 5.2; 135 V 465 consid. 4.4; 122 V 157 consid. 1d). I pareri del servizio medico regionale e del servizio medico dell'UAIE sono da considerare quali rapporti medici interni all'amministrazione (sentenze del TF 9C_159/2016 del 2 novembre 2016 consid. 2.2 e 8C_197/2014 del 3 ottobre 2014 consid. 4).

7.6 In ambito psichiatrico, la diagnosi deve essere espressa da uno specialista in psichiatria e fondata sui criteri posti da un sistema di classificazione riconosciuto scientificamente (DTF 141 V 281 consid. 2.1; 130 V 396 consid. 6.3; sentenza del TF 9C_815/2012 del 12 dicembre 2012 consid. 3). In presenza di disturbi psichici, in particolare anche di disturbi da dolore somatoforme, di disturbi derivanti da affezioni psicosomatiche assimilate a questi ultimi (DTF 140 V 8 consid. 2.2.1.3) oppure di disturbi depressivi di grado da leggero a medio (DTF 143 V 409), la capacità lavorativa esigibile di una persona che soffre di tali disturbi deve essere valutata sulla base di una visione d'insieme, nell'ambito di una procedura d'accertamento dei fatti strutturata fondata su indicatori atti a stabilire, da un lato, i fattori invalidanti e, dall'altro, le risorse della persona (DTF 141 V 281 consid. 2, 3.4-3.6 e 4.1 nonché 143 V 418 consid. 6 segg.). Il Tribunale federale ha suddiviso gli indicatori per la valutazione della capacità lavorativa in due categorie (DTF 141 V 281 consid. 4.1.3), segnatamente categoria "gravità funzionale" (consid. 4.3) con i complessi "danno alla salute" (consid. 4.3.1; risultati e sintomi rilevanti per la diagnosi; successo od insuccesso del trattamento e della reintegrazione; comorbidità), "personalità" (sviluppo e struttura della personalità, funzioni psichiche [consid. 4.3.2] e contesto sociale [consid. 4.3.3]) nonché categoria "coerenza" (aspetti del comportamento

[consid. 4.4] in rapporto alla limitazione uniforme dei livelli di attività in tutti gli ambiti della vita paragonabili [consid. 4.4.1] ed alla sofferenza dimostrata secondo l'anamnesi in vista di un trattamento o di una reintegrazione [consid. 4.4.2]).

8. Accertamento dello stato di salute del ricorrente.

8.1 Con elettromiografia dell'arto superiore di sinistra del 19 settembre 2020, il dott. F._____, specialista in neurofisiopatologia clinica, ha posto le seguenti diagnosi e raccomandazioni:

“neuropatia isolata e sensitiva dell'ulnare di sinistra (rimane inevitabile) come da sospetto entrapment focale al canale del Guyon e in un quadro di sofferenza radicolare cronica C8, T1 (discreti segni neurogeni cronici all'esame ad ago-elettrodo del muscolo abduktore del V dito dello stesso lato in assenza al momento di attività di denervazione).

Non chiari segni da entrapment focale al gomito del nervo ulnare motorio di sinistra.

Reperti ad ago nei restanti distretti muscolari esaminati (radici da C4 a C7) nella norma all'arto superiore di sinistra.

Considerando l'importante sintomatologia algica riferita, sospetta per radicolopatia da patologia discale cervicale, si consiglia RMN” (doc. UAIE 86).

8.2 La risonanza magnetica eseguita il 1° ottobre 2020 dal dott. G._____, specialista in radiologia diagnostica, ha evidenziato in particolare un'ernia discale paramediana sinistra con impegno intra-foraminale a livello dello spazio discale C6-C7 (doc. UAIE 88).

8.3 Con referti del 12 ottobre 2020 e del 23 novembre 2020, il dott. H._____, specialista in ortopedia e traumatologia, ha consigliato trattamenti fisioterapici e tonificazione per la spalla sinistra ed una visita neurologica/neurochirurgica per escludere patologie di tale natura (doc. UAIE 89 e 91).

8.4 Con referto del 27 novembre 2020, il dott. I._____, specialista in neurochirurgia, ha indicato di non vedere indicazioni di tipo chirurgico ma di condividere la necessità di trattamenti mirati per spalla e gomito sinistro

espressa dall'ortopedico, nonché un trattamento di ozonoterapia per l'ernia cervicale (doc. UAIE 92).

8.5 Con perizia reumatologica del 30 marzo 2021, il dott. D. _____, ha valutato la documentazione medica che gli è stata messa a disposizione, effettuato un'anamnesi ed un esame obiettivo dettagliati e posto le diagnosi di sindrome cervico-spondilogenica cronica recidivante con radicolopatia C7 e 8 sinistra sensitivo-motoria in presenza di ernia discale C6/7 sinistra e periartrite omero-scapolare con impingement, artrosi acromioclavicolare e epicondilopatia a sinistra ed ha confermato una totale incapacità lavorativa a decorrere dal 22 settembre 2020 (doc. UAIE 101).

8.6 Con referto del 29 giugno 2021, il dott. I. _____, specialista in neurochirurgia, ha rilevato che dalla più recente risonanza magnetica (RMN) cervicale del 4 giugno 2021 (doc. UAIE 106) risulta un riassorbimento dell'ernia discale C6-C7 con permanenza di minima protrusione senza conflitto radicolare. Ha inoltre indicato che l'elettromiografia (EMG) all'arto superiore sinistro ha escluso una sofferenza radicolare acuta e concluso che alla luce dell'evoluzione menzionata un intervento chirurgico non risultava indicato (doc. UAIE 109).

8.7 Con perizia del 7 dicembre 2021, il dott. D. _____ ha ricordato la storia medica dell'assicurato e rilevato che gli attuali esami complementari hanno mostrato un miglioramento della situazione clinica, in particolare l'ernia discale si è riassorbita e l'esame elettromiografico dell'arto superiore sinistro non ha mostrato alterazioni rilevanti. Tuttavia il paziente continua a lamentare dolori cronici, costanti, latero cervicali a sinistra con recente intensificazione, sensazioni di cedimento alla gamba sinistra, nonché dolori lombari agli sforzi e alle posizioni inergonomiche e mantenute a lungo. L'esame clinico ha evidenziato dolori anche alla palpazione molto superficiale della muscolatura a livello del cinto scapolare e del rachide cervicale (e in minor misura lombare). Lo specialista ha pertanto indicato di non escludere un'evoluzione verso una sintomatologia del dolore cronico.

Egli ha posto le diagnosi con influsso sulla capacità lavorativa di:

- "Sindrome cervico—spondilogenica cronica recidivante con discopatia e protrusioni C4/7 con persistenti disestesie dell'arto superiore omolaterale, con esame EMG attualmente senza lesioni acute.
- Periartrite omero-scapolare della spalla sx con impingement, artrosi acromioclavicolare ed epicondilopatia a sx.

- Sindrome lombovertebrale cronica recidivante in presenza di verosimili turbe statico-degenerative, sensazioni di cedimenti all'arto inferiore sx.
- Disestesie dei 2 piedi con sensazioni di piedi freddi.
- Possibile tendenza verso una sintomatologia di dolore cronico”.

Per quel che attiene alla capacità lavorativa, il perito ha attestato una totale e definitiva inabilità nella precedente attività a decorrere dal 22 settembre 2020. In attività adeguate ha invece attestato un'incapacità del 100% dal 22 settembre 2020 al 6 dicembre 2021 ed una capacità lavorativa dell'85% a decorrere dal 7 dicembre 2021 (il 15% di incapacità lavorativa è da intendersi come riduzione del rendimento imputabile alle problematiche osteo-articolari). Ha indicato come esigibili lavori di ufficio, in fabbrica, ad uno sportello, in magazzino o di sorveglianza ed ha allestito la seguente esigibilità lavorativa:

“Il suo lavoro dovrebbe rispettare le seguenti limitazioni: variare le posizioni da seduto (possibile per 45 minuti) ad in piedi fermo (possibile per 45 minuti) a camminare (possibile per svariate ore). Deve evitare posizioni inergonomiche soprattutto del rachide cervicale ma anche lombare. Deve evitare di sollevare pesi superiori a 10 kg, fino a 10 kg occasionalmente. Deve evitare di lavorare su terreni dissestati, salire o scendere spesso scale, camminare spesso in salita ed in discesa, lavorare accovacciato. Deve evitare con la spalla sinistra movimenti vicino e sopra l'orizzontale, movimenti continui e ripetuti col braccio sinistro” (doc. UAIE 121).

8.8 Le radiografie alle spalle del 3 febbraio 2022 hanno mostrato un quadro sostanzialmente nella norma (doc. UAIE 39), mentre la risonanza magnetica lombosacrale del 7 febbraio 2022 ha evidenziato dischi intersomatici lombari regolarmente conformati ed idratati, eccezion fatta per il terz'ultimo ed il penultimo disco intersomatico i quali presentano aspetto protrusivo pseudo-erniario con netta compressione sul recesso epidurale anteriore (doc. UAIE 126).

8.9 Il 10 febbraio 2022, il dott. H. _____ ha effettuato una visita ortopedica di controllo ed ha constatato dolore vivo alla digitopressione delle spinose lombari e indicato di sospettare una lesione parziale della cuffia dei rotatori della spalla sinistra. Ha consigliato l'esecuzione di una nuova elettromiografia agli arti inferiori a causa del peggioramento dei sintomi con ipoestesia del secondo e terzo dito del piede bilaterale. Ha inoltre ritenuto utile eseguire una nuova rivalutazione neurochirurgica per un eventuale

intervento di erniectomia / decompressione posteriore lombare, eseguire una risonanza magnetica alla spalla sinistra, nonché una riabilitazione fisioterapica della spalla destra. Ha concluso di voler rivedere il paziente una volta eseguiti gli esami alla spalla sinistra prima di prendere ulteriori decisioni (doc. UAIE 128).

8.10 Con perizia del 26 febbraio 2022, la dott.ssa J. _____, specialista in medicina legale interpellata dal ricorrente, ha posto le diagnosi di lesione della cuffia dei rotatori della spalla sinistra in un quadro di tendinosi cronica, alterazioni degenerative della spalla destra e spondilodiscoartrosi del rachide cervicale e lombare con protrusioni discali multiple ed ernia discale C5-C6. Inoltre ha in particolare rilevato che il paziente lamenta dolore al rachide irradiato alla coscia sinistra, specie nella postura seduta che non riesce a mantenere per più di qualche minuto, e che per via dei dolori gli è impossibile sollevare pesi anche minimi. L'esame obiettivo del rachide cervicale e dorso-lombare ha evidenziato rigidità articolare con ipomobilità del collo e del tronco su tutti i piani a più di 1/3, contrattura dolorosa paravertebrale, dolore evocato alla presso-palpazione delle spinose cervicali, in particolare in corrispondenza di C5-C6 e irradiato alla spalla sinistra, molto doloroso il rachide lombo-sacrale con irradiazione del dolore all'arto inferiore sinistro. L'esame delle spalle ha invece mostrato un profilo articolare nettamente alterato per ipototrofismo diffuso alla spalla sinistra, dolore evocato alla palpazione dei punti trigger per sindrome da conflitto sub acromiale, movimenti della spalla sinistra molto limitati e spalla destra limitata ad 1/3 con deficit di forza bilaterale agli arti superiori più marcata a sinistra. Essa ha pertanto concluso che dall'esame obiettivo e dalla documentazione medica prodotta è possibile riconoscere un grado di incapacità lavorativa generica del 50% ed ha contestato la capacità lavorativa dell'85% in attività adeguate ritenuta dall'autorità inferiore, non essendo in particolare gli impieghi ipotizzati compatibili con la formazione o i limiti funzionali del paziente (doc. UAIE 44).

8.11 Con annotazione SMR del 21 marzo 2022, la dott.ssa E. _____ ha rilevato che era pendente un ricorso presso il Tribunale cantonale delle assicurazioni avverso la decisione dell'assicuratore malattia del 31 gennaio 2022 ed ha chiesto che l'incarto venga nuovamente sottoposto al SMR al termine della procedura ricorsuale (doc. UAIE 45).

8.12 Con complemento peritale del 13 giugno 2022, il dott. D. _____ ha rilevato che i documenti trasmessi dall'interessato (in particolare le radiografie delle spalle del 3 febbraio 2022 [doc. UAIE 39], la risonanza magnetica lombosacrale del 7 febbraio 2022 [doc. UAIE 39] ed il referto del

10 febbraio 2022 del dott. H. _____ [doc. UAIE 39]) non determinano cambiamenti evidenti rispetto alla precedente perizia del 7 dicembre 2021 e che le lesioni messe in evidenza negli ultimi esami erano già state prese in considerazione in maniera preponderante nella menzionata perizia di dicembre 2021. Ha inoltre indicato di ritenere opportuna una rivalutazione in caso la visita neurochirurgica e/o neurologica (EMG) o ulteriori esami diagnostici consigliati dal dott. H. _____ portassero a cambiamenti evidenti della situazione clinica (doc. UAIE 134).

8.13 Con annotazione SMR del 17 agosto 2022 la dott.ssa E. _____ ha preso atto della menzionata sentenza di stralcio del Tribunale cantonale delle assicurazioni e del complemento peritale del dott. D. _____ del 13 giugno 2022 ed ha indicato di ritenere opportuno richiedere al rappresentante del ricorrente un aggiornamento della documentazione medica relativa a visite e accertamenti paraclinici a cui il ricorrente si è sottoposto dopo l'8 marzo 2022 (data in cui il ricorrente ha per l'ultima volta trasmesso un aggiornamento della documentazione medica [doc UAIE 44]) e copia del fascicolo integrale della procedura presso il Tribunale cantonale delle assicurazioni con allegata anche tutta la documentazione medica presentata dal ricorrente stesso (doc. UAIE 53).

8.14 Con invii del 29 agosto 2022 (doc. UAIE 57) e del 1° settembre 2022 (doc. UAIE 59) il ricorrente ha trasmesso all'autorità inferiore la documentazione medica successiva all'8 marzo 2022, in particolare:

- il referto di visita specialistica ortopedica del 15 giugno 2022 in cui il dott. K. _____, specialista in ortopedia e traumatologia, ha rilevato che dalla risonanza magnetica risulta disomogeneità del tendine sovraspinato e infraspinato. L'esame obiettivo ha invece mostrato articolari della spalla limitata specie a sinistra in quadro infiammatorio, nonché dolore alla palpazione sia sub acromiale che sul tendine CLBO bilaterale. Ha infine prescritto un ciclo di infiltrazioni alla spalla sinistra e destra con depo Medrol e fisioterapia di tonificazione per la cuffia dei rotatori a entrambe le spalle, nonché una cura farmacologica per il dolore (doc. UAIE 56),
- l'elettromiografia (EMG) degli arti inferiori del 18 maggio 2022 con cui il dott. L. _____, specialista in neurologia, ha concluso che i reperti sono indicativi di una discreta sofferenza neuropatica sensitiva distale agli arti inferiori con assenti sensitivi del II nervo interdigitale destra/sinistra inecitabili (doc. UAIE 56).

8.15 Vagliati i documenti trasmessi dal ricorrente, con rapporto finale SMR del 26 ottobre 2022, la dott.ssa E. _____ ha confermato limiti funzionali e diagnosi poste dal dott. D. _____ (integrando la diagnosi di radicolopatia cronica con sofferenza neuropatica sensitiva distale agli arti inferiori posta dal dott. L. _____), nonché una capacità lavorativa dell'85% in attività adeguate a decorrere dal 7 dicembre 2021 (doc. UAIE 60).

8.16 Con visita specialistica neurologica del 17 febbraio 2023, il dott. M. _____, specialista in neurologia, ha rilevato che persiste cervicobrachialgia con irradiazione maggiormente a sinistra e limitazione funzionale, lombalgia con irradiazione principalmente all'arto inferiore destro, nonché disestesie/ipostenia agli arti inferiori. Lo specialista ha eseguito un esame obiettivo neurologico ed ha posto le diagnosi di cervicobrachialgia bilaterale maggiormente a sinistra e lombosciatalgia bilaterale maggiormente a destra, non escludibile una polineuropatia associata. Infine, ha ritenuto utile un'elettromiografia agli arti inferiori, un trattamento farmacologico con Pregabalin, nonché una valutazione presso il medico curante per eventuale visita da un terapeuta del dolore (doc. UAIE 75).

8.17 Con integrazione alla perizia relativa alla capacità lavorativa del ricorrente del 24 febbraio 2023, la dott.ssa J. _____ ha evidenziato in particolare i seguenti reperti obiettivi: dolore alla presso palpazione dei trapezi bilaterali, movimenti delle spalle bilaterali molto limitati, maggiore a sinistra, contrattura paravertebrale al rachide lombo-sacrale, Lasegue positivo bilateralmente a 30°, posizione punta e talloni non mantenuta, deambulazione con lateroflessione a destra del tronco, riflessi osteotendinei (ROT) deboli agli arti inferiori. Essa ha concluso di aver portato a conoscenza nuovi elementi clinici rispetto alla perizia del dott. D. _____ del 7 dicembre 2021 ed ha confermato le considerazioni espresse con la perizia del 26 febbraio 2022, in particolare il diritto ad una rendita a causa di una permanente invalidità superiore al 40% (doc. UAIE 75).

8.18 Con annotazione SMR del 15 marzo 2023, la dott.ssa E. _____ ha rilevato che dalle relazioni dei dott. i J. _____ e M. _____ non risultano nuove diagnosi, che la sospetta polineuropatia posta dal dott. M. _____ era già stata sospettata dai dott. i H. _____ e I. _____ ed in seguito confermata dall'EMG del 18 maggio 2022, nonché debitamente considerata dal reumatologo D. _____ nella perizia del 13 giugno 2022 sia per i limiti funzionali, sia per la capacità lavorativa residua. Ha inoltre evidenziato che la dott.ssa J. _____ attesta una generica incapacità lavorativa superiore al 40% non meglio quantificata, che dagli atti non risulta nessun recente

ricovero ospedaliero e/o accesso al pronto soccorso e che, ad eccezione delle menzionate visite, non è stata effettuata alcuna recente visita specialistica né ulteriori approfondimenti paraclinici o strumentali. Essa ha dunque concluso che quanto emerso non impedisce lo svolgimento di un'attività consona allo stato di salute dell'assicurato e che pertanto – in assenza di fatti nuovi, rispettivamente di modifiche significative di fatti noti – risultano ancora valide le conclusioni del rapporto finale di ottobre 2022 (doc. UAIE 78).

8.19 Con visita specialistica neurologica di controllo del 18 maggio 2023, il dott. M._____ ha rilevato che l'elettromiografia agli arti inferiori consigliata con la precedente visita non era ancora stata eseguita e che il paziente indica di non aver tratto beneficio dalla cura farmacologica di Pregabalin. Ha inoltre preso atto che persiste cervicobrachialgia bilaterale e lombosciatalgia bilaterale e che il paziente riferisce di difficoltà di equilibrio ed occasionali cadute con deflessione del tono dell'umore secondaria. L'esame obiettivo neurologico ha mostrato un quadro invariato rispetto alla precedente valutazione con il paziente che ora riferisce disestesie urenti distalmente ad entrambe le ginocchia. Lo specialista ha pertanto confermato le diagnosi di cervicobrachialgia bilaterale maggiormente a sinistra e lombosciatalgia bilaterale maggiormente a destra con polineuropatia sensitiva agli arti inferiori in riferita intolleranza glucidica. Ha consigliato esami ematochimici (comprensivi di emocromo, funzionalità renale ed epatica, Hb glicata, CPK, elettroliti, sierologia VDRL e HCV, anti-borellia, TSH, elettroforesi sieroproteica, B12, folati), un'elettromiografia arti inferiori per controllo evolutivo della polineuropatia sensitiva, sospensione del consumo di alcolici e sigarette, trattamento farmacologico con Duloxetina e Gabapentin e visita fisiatrica e da un terapista del dolore (doc. TAF 2).

8.20 Con annotazione SMR del 21 giugno 2023, la dott.ssa E._____ ha passato in rassegna la documentazione medica trasmessa in fase ricorsuale ed ha in particolare rilevato che:

- nella relazione del dott. M._____ del 18 maggio 2023 non viene posta una nuova diagnosi ma unicamente il sospetto di polineuropatia sensitiva agli arti inferiori, inoltre non è stato condotto sull'assicurato un esame obiettivo che documenti un significativo peggioramento clinico e valetudinario,
- la radiografia del ginocchio destro ha mostrato reperti di sostanziale normalità,

- nei suoi accertamenti del 7 dicembre 2021 e 13 giugno 2022, il dott. D._____, pur non ponendo l'esatta diagnosi di polineuropatia sensitiva in riferita intolleranza glucidica, ha certificato tale patologia descrivendola come disestesie dei piedi con sensazione di piedi freddi, considerandola una diagnosi con influsso sulla capacità lavorativa e tenendone conto nella definizione dei limiti funzionali,
- la dott.ssa J._____ certifica una generica incapacità lavorativa superiore al 40% non quantificata nel dettaglio,
- non viene documentato alcun blocco funzionale, né attestato un recente ricovero ospedaliero e/o un accesso al pronto soccorso,
- ad eccezione della visita esperita dal dott. M._____ e della sua richiesta di ulteriori accertamenti, non esiste alcuna recente visita specialistica né l'esecuzione di ulteriori approfondimenti paraclinici strumentali,
- in ogni caso, quanto emerso dalla documentazione agli atti non impedisce lo svolgimento di un'attività consona allo stato di salute del ricorrente e rispettosa dei suoi limiti funzionali.

Essa ha pertanto concluso che i nuovi documenti medici presentati in sede di ricorso non determinano cambiamenti clinici e valetudinari significativi rispetto alla perizia del dott. D._____ del 7 dicembre 2021 e che sono ancora valide le conclusioni del rapporto finale del SMR del 26 ottobre 2022 (doc. TAF 7).

8.21 Con referto relativo alla prima visita anestesiologicala del 12 luglio 2023, la dott.ssa N._____, specialista in anestesiologicala, ha constatato una evidente zoppia antalgica ed ha confermato le note diagnosi di cervicobrachialgia sinistra e lombosciatalgia bilaterale da circa tre anni, probabile polineuropatia periferica in attesa di EMG agli arti superiori e inferiori. Essa ha infine prescritto una nuova risonanza magnetica del rachide cervicale e lombosacrale e chiesto di rivedere il paziente una volta in possesso di tali referti e dell'EMG (doc. TAF 10).

8.22 Con annotazione SMR del 29 agosto 2023, la dott.ssa E._____ ha esposto delle osservazioni di carattere generale sulla situazione assicurativa in Italia del ricorrente, in particolare anche per quel che attiene agli esami paraclinici richiesti e all'iscrizione presso il centro per l'impiego in qualità di disoccupato. Dal profilo medico ha dapprima rilevato che

l'interessato ha dato la sua disponibilità all'esecuzione di ulteriori accertamenti (EMG arti superiori e inferiori, RMN rachide lombosacrale e cervicale). Inoltre ha evidenziato che la relazione della dott.ssa N. _____ non contiene nuove diagnosi ma ribadisce la probabile polineuropatia periferica in attesa di conferma diagnostica attraverso esame EMG e che tale diagnosi era già stata considerata e valutata dal dott. D. _____ – nella perizia del 7 dicembre 2021 e nel complemento peritale del 13 giugno 2022 – con la generica definizione di disestesie dei piedi con sensazione dei piedi freddi, tenendone peraltro conto nella definizione dei limiti funzionali e della residua capacità lavorativa. Ha infine, constatato che non è stato condotto un esame obiettivo atto a documentare un significativo peggioramento della situazione valetudinaria, che non è stata certificata un'incapacità lavorativa o un blocco funzionale, che non esiste alcuna recente attestazione di ricovero ospedaliero e nessuna indicazione chirurgica (nemmeno futura), che non esiste una prescrizione di terapia fisica, fisiatrica o riabilitativa e che in ogni caso quanto emerso dalla relazione della dott.ssa N. _____ non impedisce lo svolgimento di un'attività consona allo stato di salute attuale. Ha pertanto concluso che la nuova documentazione medica giunta agli atti non comporta fatti nuovi o modifiche significative di fatti medici noti ed ha confermato le conclusioni del rapporto finale SMR di ottobre 2022 (doc. TAF 12).

8.23 Il 1° settembre 2023 il dott. O. _____, specialista in radiologia diagnostica, ha eseguito una risonanza magnetica cervicale e lombosacrale. Per quanto attiene alla prima, ha in particolare rilevato come in corrispondenza dello spazio intersomatico C4-C5 e C6-C7 si osserva una minima protrusione ad ampio raggio del disco, nonché fenomeni degenerativi osteoartrosici interapofisari e intersomatici, con associati appuntimenti osteofitosici margino-somatici. La RMN lombosacrale ha invece mostrato fenomeni degenerativi osteoartrosici interapofisari e intersomatici con associati appuntimenti osteofitosici margino-somatici, dischi intersomatici L3-L4 ed L4-L5 degenerati con perdita della normale idratazione del loro nucleo polposo, protrusione ad ampio raggio del disco in corrispondenza dello spazio intersomatico L3-L4 a maggior estrinsecazione in sede paramediana sinistra con impegno del recesso foraminale di tale lato, fissurazione dello stesso e protrusione ad ampio raggio del disco in corrispondenza dello spazio intersomatico L4-L5 a maggior estrinsecazione in sede mediana a cui si associa piccola focalità erniaria sottolegamentosa migrata caudalmente in sede mediana (doc. TAF 13).

8.24 In data 11 settembre 2023 è stata eseguita l'elettromiografia agli arti inferiori e superiori ed il dott. P. _____, specialista in neurologia e

neurofisiologia clinica, ha concluso che i riscontri sono compatibili con interessamento polineuropatico sensitivo motorio a carattere demielinizante e con marcata sofferenza radicolare L4-L5 e S1 bilaterale a carattere cronico (doc. TAF 13).

8.25 Con annotazione SMR del 23 ottobre 2023 la dott.ssa E. _____ ha passato in rassegna la documentazione medica ulteriormente trasmessa dal ricorrente e ribadito che in assenza di fatti nuovi, rispettivamente di modifiche significative di fatti medici noti, restano valide le conclusioni del rapporto finale di ottobre 2022. Essa ha in particolare addotto che dagli esami ematochimici ed urinari sono in generale emersi valori normali, blandi o leggermente mossi, che la risonanza magnetica cervicale ha mostrato l'assenza di conflitto radicolare ed una situazione sostanzialmente sovrapponibile alla risonanza magnetica del 4 giugno 2021, mentre dalla risonanza magnetica lombare risulta un'osteoartrite con protrusione ad ampio raggio L4-L5 con piccola focalità erniaria, sostanzialmente sovrapponibile alla RMN del 7 febbraio 2022. Ha inoltre precisato che le conclusioni della recente EMG agli arti superiori e inferiori risultano in linea con quanto osservato con l'EMG agli arti inferiori del 18 maggio 2022 ed ha ribadito che tale diagnosi era stata considerata e valutata dal dott. D. _____ con la generica definizione di disestesie dei piedi con sensazione dei piedi freddi. Infine, ha rilevato che il fisiatra reputava possibile un programma riabilitativo individuale unicamente dopo una rivalutazione neurologica ed un miglioramento del dolore e che dalla visita anestesiológica di controllo per terapia del dolore sono emersi reperti di sostanziale stabilità clinica su ulteriore aggiustamento terapeutico (doc. TAF 15).

8.26 Nella visita anestesiológica di controllo per terapia del dolore del 23 ottobre 2023 la dott.ssa Q. _____, specialista in anestesiológica, ha riferito che il paziente ha riferito di un dolore abbastanza controllato dalla terapia assunta (Patrol), con beneficio sovrapponibile alla precedente cura con Palexia. Essa ha inoltre consigliato un'ulteriore cura con Celebex 200 mg per 10 giorni e successiva valutazione del beneficio alla prossima visita (doc. TAF 18).

9.

9.1 Preliminarmente, questo Tribunale rileva che è incontestato – né ad un esame d'ufficio degli atti di causa emergono elementi atti a mettere seriamente in dubbio tali circostanze – che dal 20 settembre 2020 (inizio della totale incapacità lavorativa) fino al 7 dicembre 2021 (data in cui il dott. D. _____ ha attestato un miglioramento dello stato di salute ed il

recupero di una capacità lavorativa dell'85% in attività adeguate) il ricorrente è stato totalmente inabile in qualsiasi attività in virtù delle problematiche alla colonna cervicale/lombare ed alle spalle. Per conseguenza, nel periodo menzionato, può essere ritenuta anche in questa sede processualmente dimostrata, nel senso della probabilità preponderante, un'incapacità lavorativa del 100% ed il conseguente diritto ad una rendita d'invalidità intera dal 1° settembre 2021 (ossia un anno dall'inizio della totale incapacità lavorativa nel settembre 2020) al 31 marzo 2022 (ossia tre mesi dopo che il perito ha attestato il recupero di una capacità lavorativa dell'85% in attività adeguate a decorrere dal 7 dicembre 2021).

9.2 Resta dunque da esaminare se l'autorità inferiore ha correttamente ritenuto che il ricorrente abbia ritrovato una capacità lavorativa dell'85% in attività adeguate a decorrere dal 7 dicembre 2021, con conseguente soppressione della rendita di invalidità dal 1° aprile 2022.

9.3 A tal proposito, questo Tribunale rileva come nella procedura di accertamento esperita dall'autorità inferiore prima di emettere la decisione impugnata – la quale fonda essenzialmente sulle valutazioni effettuate dal dott. D. _____ per l'assicuratore perdita di guadagno in caso di malattia e del medico SMR – le affezioni ed i conseguenti limiti funzionali di cui soffre il ricorrente non sono stati sufficientemente acclarati. Per i motivi che saranno esposti di seguito, questo Tribunale ritiene che l'autorità inferiore – che non ha fatto esperire alcun accertamento medico nell'ambito della procedura AI in merito all'evoluzione dello stato di salute del ricorrente – si è basata su accertamenti medici lacunosi ed incompleti ed ha a torto tralasciato d'effettuare gli accertamenti specialistici e multidisciplinari necessari per potersi esprimere con il grado della verosimiglianza preponderante sulla situazione valetudinaria del ricorrente e le sue conseguenze sulla residua capacità lavorativa a decorrere da dicembre 2021.

9.4 Dalla documentazione medica all'incarto emerge in maniera evidente che la problematica neurologica non è stata sufficientemente approfondita e considerata, in particolare per quel che concerne gli effetti sulla capacità lavorativa residua e ciò sia da un punto di vista quantitativo che temporale. A tal riguardo non si è mai espresso in maniera esaustiva uno specialista in neurologia e ciò malgrado il peggioramento della sintomatologia nel tempo, nonché l'esplicita indicazione del dott. D. _____ circa la necessità di una rivalutazione in caso l'EMG o gli ulteriori esami diagnostici consigliati dal dott. H. _____ portassero su dei cambiamenti evidenti della situazione clinica del paziente (v. il complemento peritale del 13 giugno 2022 sub doc. UAIE 134).

A tal riguardo giova ricordare come l'EMG del 19 settembre 2020 aveva già evidenziato una neuropatia isolata e sensitiva dell'ulnare di sinistra in quadro di sofferenza radicolare cronica C8, T1 (per i dettagli v. consid. 8.1 del presente giudizio, doc. UAIE 86). In seguito l'EMG del 18 maggio 2022 – eseguita su richiesta del dott. H. _____ a causa del peggioramento dei sintomi (per i dettagli vedi consid. 8.9 e 8.14 del presente giudizio e doc. UAIE 56) – ha mostrato una discreta sofferenza neuropatica sensitiva distale agli arti inferiori, mentre quello del 1° settembre 2023 un interessamento polineuropatico sensitivo motorio a carattere demielinizzante e con marcata sofferenza radicolare L4-L5 e S1 a carattere cronico (consid. 8.24 del presente giudizio e doc. TAF 13). Dalla documentazione medica agli atti risulta dunque che l'affezione neurologica non si è risolta ma ha al contrario mostrato una tendenza al peggioramento, rispettivamente alla cronicizzazione.

Non risulta dunque comprensibile per quale motivo – a fronte dei costanti dolori lamentati dall'assicurato e della marcata sofferenza radicolare cronica emersa dal più recente EMG – l'autorità inferiore non abbia considerato necessario un approfondimento specialistico in tale ambito. In particolare nella misura in cui il dott. D. _____ ha – da un lato – esplicitamente precisato che il 15% di incapacità lavorativa era imputabile esclusivamente alle problematiche osteo-articolari, v. consid. 8.7 del presente giudizio) e – dall'altro lato – al momento in cui ha redatto il menzionato complemento peritale del 13 giugno 2022 con cui raccomandava una rivalutazione neurologica non aveva evidentemente conoscenza delle risultanze dell'EMG eseguito solo pochi giorni prima il 18 maggio 2022 (cfr. in merito la lista dei referti che gli sono stati sottoposti e di cui ha tenuto conto per la valutazione in parola; doc. UAIE 134) e non poteva pertanto essersi espresso in merito, rispettivamente aver tenuto conto di tali affezioni nella sua valutazione.

Sotto questo aspetto, non convincono dunque le prese di posizione del medico SMR (v. in particolare doc. UAIE 53, 60 e 78, nonché doc. TAF 7, 12 e 15) – che peraltro non è una specialista in materia e non ha mai visitato l'assicurato – secondo cui l'affezione neurologica non avrebbe conseguenze sulla capacità lavorativa, rispettivamente che il dott. D. _____ ne avrebbe già tenuto conto nelle sue valutazioni con la generica definizione di “disestesie dei piedi con sensazione di piedi freddi”. Tali conclusioni, oltre a non essere convincenti e condivisibili, non sono sufficientemente motivate ed in contraddizione con il quadro clinico rilevato dagli specialisti in neurologia. Inoltre, il medico SMR non ha mai spiegato in maniera convincente per quale motivo una siffatta istruttoria non sarebbe stata necessaria prima di concludere in favore di un'assenza di effetti sulla residua capacità

lavorativa dell'insorgente, tenuto in particolare anche conto dell'eventuale effetto congiunto con le ulteriori affezioni – segnatamente ortopediche – di cui soffre il ricorrente. All'evidenza, a tali valutazioni del SMR non può dunque venir riconosciuto il necessario valore probatorio (DTF 139 V 225 consid. 5.2; 135 V 465 consid. 4.4; 122 V 157 consid. 1d), imponendosi a non averne dubbio una valutazione specialistica in neurologia.

9.5 Inoltre, dal profilo ortopedico (fermo restando che i confini dell'area di competenza dell'ortopedico e del reumatologo secondo la prassi del Tribunale federale non sono netti [cfr. sentenza del Tribunale federale 9C_856/2010 del 27 giugno 2011 consid. 5.2] e che l'insorgente neppure ha sollevato l'incompetenza del perito reumatologo D. _____ incaricato dall'assicuratore malattia d'esaminare anche eventuali problematiche di natura ortopedica), con referto del 10 febbraio 2022, il dott. H. _____ ha constatato dolore vivo alla digitopressione delle spinose lombari e indicato di sospettare una lesione parziale della cuffia dei rotatori della spalla sinistra. Ha inoltre ritenuto utile eseguire una rivalutazione neurochirurgica per un eventuale intervento di erniectomia / decompressione posteriore lombare, una risonanza magnetica alla spalla sinistra, nonché una riabilitazione fisioterapica della spalla destra (doc. UAIE 128). Con referto del 15 giugno 2022, il dott. K. _____, ha rilevato che la risonanza magnetica ha mostrato disomogeneità del tendine sovraspinato ed infraspinato, mentre l'esame obiettivo un'articolarià della spalla limitata in quadro infiammatorio, nonché dolore alla palpazione e prescritto un ciclo di infiltrazioni alla spalla sinistra e destra, nonché fisioterapia di tonificazione ed una cura farmacologica per il dolore (v. consid. 8.14 e doc. UAIE 56). Pertanto, anche dal punto di vista ortopedico-reumatologico la situazione valetudinaria non appariva stabilizzata. Al contrario, tenuto conto del complesso quadro clinico del ricorrente anche sotto questo profilo si imponeva una rivalutazione globale che tenesse peraltro conto dell'insieme delle patologie e delle loro conseguenze sulla capacità lavorativa residua.

9.6 Infine, questo Tribunale rileva che fin dalla valutazione del 7 dicembre 2021 il dott. D. _____ ha indicato come possibile un'evoluzione verso una sintomatologia di dolore cronico e che anche lo specialista in neurologia – dott. M. _____ – con il referto del 18 maggio 2023 (doc. TAF 1) ha consigliato una presa a carico da un terapeuta del dolore, motivo per cui non appare a priori esclusa una componente psicosomatica dei dolori. Pertanto, l'autorità inferiore viene invitata a valutare la necessità – anche sulla base degli esiti degli ulteriori accertamenti – di includere nella perizia pluridisciplinare un consulto psichiatrico con una procedura d'accertamento dei

fatti strutturata fondata sugli indicatori (DTF 141 V 281 consid. 3.4 e 3.6; sentenze del TF 8C_569/2015 del 17 febbraio 2016 consid. 4.1 e 9C_615/2015 del 12 gennaio 2016 consid. 6.3).

9.7 In conclusione questo Tribunale condivide dunque – sulla base dell'insieme delle risultanze processuali, in particolare a causa dell'assenza di una valutazione pluridisciplinare con un approfondimento in neurologia – la censura ricorsuale secondo cui l'istruttoria dell'autorità inferiore era insufficiente per poter ritenere, nel senso della probabilità preponderante, un miglioramento duraturo dello stato di salute dell'insorgente tale da giustificare una capacità lavorativa del 85% dal 7 dicembre 2021 con soppressione della rendita intera a decorrere dal 31 marzo 2022. L'UAIE ha fondato la propria decisione su documentazione parziale e incompleta e pertanto insufficientemente concludente, malgrado fosse evidente la necessità di svolgere ulteriori approfondimenti, in particolare di natura neurologica, per poter correttamente valutare le eventuali conseguenze della situazione valedudinaria del ricorrente sulla sua residua capacità lavorativa.

9.8 Precisato inoltre, che senza prima procedere alla menzionata necessaria istruttoria complementare il ricorrente non può essere seguito laddove adduce un'incapacità lavorativa di almeno 40% anche in attività adeguate sulla base del parere medico-legale della dott.ssa J._____, medico non specializzato delle branche della medicina rilevanti nel caso in esame, le cui conclusioni non sono, da un lato, motivate in modo intelligibile ed esauriente, nonché, dall'altro lato, supportate da rapporti medico-specialistici completi, oggettivi e concludenti che si esprimano in maniera dettagliata sulla residua capacità lavorativa.

9.9 Da quanto esposto, discende che la decisione impugnata, fondata su un accertamento insufficiente dei fatti giuridicamente rilevanti incorre nell'annullamento. Gli atti di causa vanno pertanto rinviati all'autorità inferiore affinché la stessa proceda al necessario completamento dell'istruttoria – con segnatamente una perizia pluridisciplinare internistica, neurologica, ortopedica/reumatologica ed eventualmente psichiatrica, volta a chiarire le conseguenze dell'integralità delle affezioni di cui soffre il ricorrente a decorrere dal dicembre 2021 e relative conseguenze sulla capacità lavorativa residua – riservato ogni ulteriore esame che pure l'evoluzione nel tempo dello stato di salute dell'insorgente dovesse ancora rendere necessario, ed emani una nuova decisione. Va peraltro precisato che la perizia interdisciplinare, da effettuarsi in Svizzera da parte di specialisti cognitivi delle esigenze giurisprudenziali in materia (v. in particolare consid. 7 del

presente giudizio), deve tener conto, in particolare, anche dell'eventuale effetto congiunto delle diverse patologie di cui è afflitto il ricorrente.

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-6273/2014 del 25 ottobre 2016 consid. 9.2). 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; 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 rispettivamente completati i necessari accertamenti medici, segnatamente effettuata una perizia interdisciplinare in medicina interna, reumatologia/ortopedia, neurologia ed eventualmente psichiatria (secondo una procedura probatoria strutturata [DTF 143 V 409; 141 V 281]), nonché effettuato ogni ulteriore esame che pure l'evoluzione nel tempo dello stato di salute del ricorrente dovesse ancora rendere necessario. Per il resto, e a seconda del risultato di tale esame, l'UAIE dovrà pronunciarsi pure sulla sfruttabilità di un'eventuale residua capacità lavorativa medico-teorica nonché, se del caso, effettuare un nuovo confronto dei redditi determinanti sulla base delle possibili attività sostitutive adeguate ritenute.

10.3 Peraltro, stante le premesse, nulla – neppure la giurisprudenza del Tribunale federale di cui a DTF 137 V 210 (cfr. segnatamente il consid. 4.4.1.4) – si oppone al rinvio della causa all'autorità inferiore per completamento dell'istruttoria. In effetti, in assenza dei citati accertamenti complementari non era, né è, possibile determinarsi con cognizione di causa, ed il necessario grado della verosimiglianza preponderante, sullo stato di salute del ricorrente e sull'incidenza delle affezioni di cui soffre sulla residua capacità lavorativa a decorrere da dicembre 2021. In particolare, un rinvio all'autorità inferiore si giustifica, dal profilo delle garanzie procedurali (in particolare quello della doppia istanza con piena cognizione) nei casi in cui, come nella fattispecie, è richiesto un accertamento (peritale interdisciplinare) in ambiti che non sono stati (o comunque insufficientemente) chiariti

nella procedura di prima istanza, ma che lo avrebbero dovuto essere prima dell'emanazione della decisione litigiosa, gli elementi per dovere agire in tal senso essendo già presenti agli atti di causa (DTF 137 V 210 consid. 4.4.1.4 [cfr., in particolare, anche il consid. 9 del presente giudizio]). Peraltro, il Tribunale federale ha già avuto modo pure di precisare che in virtù dell'art. 43 LPGa 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 (sentenza del TF 9C_162/2007 del 3 aprile 2008 consid. 2.3 con rinvii; cfr. pure sentenza del TAF C-3038/2016 del 2 aprile 2019 consid. 12).

10.4 Occorre infine 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 d'invalidità accordata dal 1° settembre 2021 al 31 marzo 2022 ha da ritenersi siccome già acquisita, la stessa non essendo stata contestata e non risultando elementi che possano mettere in dubbio le ripercussioni sulla capacità lavorativa ritenute dall'autorità inferiore fino al 7 dicembre 2021, fermo restando la necessità di un complemento peritale interdisciplinare per acclarare l'evoluzione successiva (cfr. consid. 9 del presente giudizio). A seguito della presente sentenza, resta pertanto aperta solo la questione di sapere se gli ulteriori accertamenti sullo stato di salute del ricorrente ancora da esperire giustificano, contrariamente a quanto ritenuto nella decisione impugnata, l'attribuzione di una rendita anche dopo il 31 marzo 2022 (cfr. al riguardo, sentenze del TAF C-5080/2017 del 16 novembre 2018 consid. 11.5, C-1316/2014 del 13 marzo 2018 consid. 12.3 e C-2736/2014 dell'8 dicembre 2017 consid. 14.3).

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 dalle spese processuali formulata nel ricorso è pertanto divenuta priva di oggetto (cfr. sulla questione, fra le tante, la sentenza del TAF C-4019/2019 del 24 novembre 2020 consid. 11.3 con rinvio).

11.2 Ritenuto che l'insorgente è rappresentato in questa sede da mandatario professionale, si giustifica altresì l'attribuzione di spese ripetibili (art. 64 PA in combinazione con l'art. 7 segg. 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 completamento istruttorio e nuova decisione). L'ammontare di quest'ultime, in assenza di una nota dettagliata, è fissato d'ufficio (art. 14 cpv. 2 TS-TAF) in CHF 1'000.- tenuto conto del lavoro utile e necessario svolto dal rappresentante del ricorrente (cfr., sulla questione del diritto a ripetibili da parte del Patronato, le sentenze del TF 9C_301/2009 del 14 aprile 2010 consid. 4.3 e I 382/04 del 18 ottobre 2005 consid. 3, nonché fra le tante la sentenza del TAF C-4019/2019 del 24 novembre 2020 consid. 11.2 con rinvio). 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 del 23 marzo 2023 è annullata, nella misura in cui è stato soppresso il diritto del ricorrente ad una rendita successivamente al 31 marzo 2022, e gli atti di causa sono rinviati all'UAIE affinché proceda al completamento dell'istruttoria ed alla pronuncia di una nuova decisione ai sensi dei considerandi.

2.

Non si prelevano spese processuali.

3.

La domanda di assistenza giudiziaria, nel senso della dispensa dalle spese processuali, è divenuta priva d'oggetto.

4.

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

5.

Questa sentenza è comunicata al ricorrente, all'autorità inferiore e all'UFAS.

Il presidente del collegio:

Il cancelliere:

Vito Valenti

Oliver Engel

I rimedi giuridici sono menzionati alla pagina seguente.

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. Il termine è reputato osservato se gli atti scritti sono consegnati al Tribunale federale oppure, all'indirizzo di questo, alla posta svizzera o a una rappresentanza diplomatica o consolare svizzera al più tardi l'ultimo giorno del termine (art. 48 cpv. 1 LTF). Gli atti scritti devono contenere le conclusioni, i motivi e l'indicazione dei mezzi di prova ed essere firmati. La decisione impugnata e – se in possesso della parte ricorrente – i documenti indicati come mezzi di prova devono essere allegati (art. 42 LTF).

Data di spedizione: