



Corte III
C-2796/2019

Sentenza del 9 febbraio 2021

Composizione

Giudici Vito Valenti (presidente del collegio),
Madeleine Hirsig-Vouilloz, Viktoria Helfenstein,
cancelliere Oliver Engel.

Parti

A. _____, (Italia),
rappresentato dall'avv. Yves Flückiger,
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 25 aprile 2019).

Fatti:**A.**

A.a A. _____ (di seguito: interessato, ricorrente o insorgente), cittadino italiano, nato (...) 1975, celibe, ha lavorato in Svizzera da agosto 2014 a fine dicembre 2017 presso la B. _____ SA di (...) (C. _____) in qualità di muratore/carpentiere, solvendo regolari contributi all'assicurazione svizzera per la vecchiaia, i superstiti e l'invalidità (cfr. doc. 5 e segg. e dell'incarto dell'autorità inferiore [di seguito doc. A 5 e segg.]).

A.b Il 29 settembre 2017, l'interessato ha subito un infortunio sul lavoro. Mentre era intento a svolgere la propria attività di carpentiere è caduto da una scala a pioli procurandosi una frattura tipo A3 della vertebra L1, una ferita lacero-contusa a livello occipitale, nonché una millimetrica immagine ipodensa in corrispondenza del VI-VII segmento epatico (doc. 1 e segg. dell'incarto dell'assicuratore infortuni [di seguito doc. B 1 e segg.]).

A.c A seguito del menzionato infortunio, è stata aperta una procedura da parte dell'assicuratore contro gli infortuni, nella fattispecie D. _____ (v. notifica d'infortunio del 2 ottobre 2017; doc. B 1).

B.

B.a L'11 aprile 2018, l'interessato ha formulato una domanda volta all'ottenimento di prestazioni dell'assicurazione svizzera per l'invalidità, domanda ricevuta dall'Ufficio AI del cantone C. _____ il 18 aprile seguente (doc. A 1 – 3).

B.b L'autorità inferiore ha assunto agli atti la documentazione medica risultante dalla procedura infortunistica ed in particolare la visita medica di chiusura D. _____ del 13 settembre 2018. Nella stessa il dott. E. _____, specialista in chirurgia ortopedica e traumatologia dell'apparato locomotore, ha indicato, come diagnosi principale dovuta all'infortunio del 29 settembre 2017, una frattura somatica vertebrale di L1 tipo A3 e una contusione del caso con ferita lacero contusa occipitale. Quali diagnosi collaterali sono stati riferiti esiti di frattura del capitello e del radio destro tipo Mason I del 2015. Il menzionato specialista ha quindi ritenuto che il quadro clinico era stabilizzato, probabilmente non più esigibile la precedente attività di muratore e carpentiere, ma per contro esigibile al 100% (senza pause supplementari e con rendimento completo) l'esercizio di attività sostitutive adeguate (doc. B 89).

B.c Con progetto di decisione del 25 febbraio 2019, l'UAI-C. _____ – riconoscendo una completa incapacità lavorativa dal 29 settembre 2017 al 12 settembre 2018 – ha prospettato all'interessato il versamento di una rendita intera dal 1° ottobre 2018, ossia al più presto sei mesi dalla data in cui è stato rivendicato il diritto alla prestazione (art. 29 cpv. 1 LAI), al 31 dicembre 2018, ossia tre mesi dopo la visita di chiusura della D. _____ del 13 settembre 2018 nella quale l'interessato è stato ritenuto abile al lavoro nella misura massima possibile in attività adeguate. Dal confronto dei redditi a partire dal 13 settembre 2018 risulterebbe un grado d'invalidità inferiore al 40% (ma pure inferiore al 20% [doc. A 9]).

B.d Dal canto suo, con decisione del 22 marzo 2019, la D. _____ ha indicato che l'assicurato non subiva alcuna riduzione della capacità lavorativa, negando conseguentemente il diritto ad una rendita d'invalidità. L'assicuratore infortuni ha peraltro riconosciuto un danno per menomazione all'integrità del 10%. Tale provvedimento è stato confermato dalla D. _____ con decisione su opposizione del 10 aprile 2019 (doc. B 103 e 107). Con ricorso del 27 maggio 2019, l'assicurato ha impugnato la decisione su opposizione provvedimento presso il Tribunale cantonale delle assicurazioni del Cantone C. _____ (che, come si vedrà alla lettera C.f del riassunto dei fatti del presente giudizio, ha poi accolto [con sentenza del 17 febbraio 2020] il gravame e rinviato gli atti all'amministrazione per complemento istruttorio e nuova decisione circa il diritto ad una rendita d'invalidità).

B.e Con osservazioni del 1° aprile 2019, l'assicurato ha prodotto nuova documentazione medica attestante una cefalea tensiva postraumatica ed ha integralmente contestato il progetto di decisione dell'UAI-C. _____, chiedendo che gli sia riconosciuta una totale incapacità lavorativa con rendita intera a tempo indeterminato. In particolare ha censurato l'accertamento della situazione medica eseguito dall'assicuratore infortuni e a torto ripreso dall'UAIE senza ulteriori approfondimenti (doc. A 12 a 14).

B.f Con annotazione del Servizio medico regionale (SMR) dell'11 aprile 2019, il dott. F. _____, specialista in medicina interna generale, ha rilevato che il referto medico trasmesso non permetteva di giustificare la presenza di una patologia invalidante (doc. A 16).

B.g Con decisione del 25 aprile 2019, l'UAIE ha assegnato all'assicurato una rendita intera d'invalidità dal 1° ottobre 2018 al 31 dicembre 2018. A decorrere dal 13 settembre 2018 (data della visita di chiusura D. _____),

l'autorità inferiore ha considerato il ricorrente abile al lavoro al 100% in attività adeguate. L'amministrazione ha in particolare addotto che la propria decisione si basa sulle esaustive valutazioni dell'assicuratore infortuni e che le osservazioni prodotte non sono suscettibili di modificare quanto ritenuto in tale ambito (doc. A 19).

C.

C.a Il 5 giugno 2019, l'interessato ha inoltrato ricorso contro la summenzionata decisione dell'UAIE dinanzi al Tribunale amministrativo federale (TAF) mediante il quale ha chiesto l'annullamento della decisione impugnata ed il riconoscimento di una rendita intera a partire dal 1° ottobre 2018. Per quel che attiene all'aspetto medico, il ricorrente ha fatto valere un'insufficiente accertamento del suo stato di salute, facendo in particolare anche riferimento ad allegati errori di valutazione in procedimenti che nulla hanno a vedere con la sua fattispecie, ed ha chiesto – producendo la relazione peritale del dott. G. _____ del 24 maggio 2019, di cui si dirà in dettaglio nei considerandi in diritto – il riconoscimento di un'incapacità lavorativa in attività adeguate dell'87.5% (dovuta a problemi al rachide [62.5%] e cefalee [15%] con componente psichiatrica [10%]). Egli ha poi censurato una violazione dell'obbligo di motivare la decisione per quel che attiene alla piena capacità lavorativa in attività adeguate a decorrere dal 13 settembre 2018 e la non concessione di provvedimenti integrativi. Ad ogni buon conto, la residua capacità lavorativa del 12.5% non sarebbe più sfruttabile. In merito all'aspetto economico ha chiesto una riduzione giurisprudenziale del 25% dal reddito da invalido (doc. TAF 1).

C.b Il 21 giugno 2019, l'insorgente ha provveduto al versamento del richiedo anticipo, di CHF 800.-, sulle presumibili spese processuali (doc. TAF 2 a 5).

C.c Nella risposta al ricorso del 15 agosto 2019, l'UAIE ha proposto la reiezione del gravame e la conferma del provvedimento impugnato. Rinviando al preavviso dell'Ufficio dell'assicurazione invalidità del Cantone C. _____ (UAI-C. _____) del 9 agosto 2019, l'autorità inferiore ha osservato che non vi erano affezioni extra-infortunistiche con ripercussioni sulla capacità lavorativa e che gli ulteriori documenti trasmessi dal ricorrente non permettevano di modificare tale valutazione. Ha inoltre rilevato che anche la D. _____ ha confermato le proprie conclusioni mediche con decisione su opposizione del 10 aprile 2019. In merito alle misure professionali, l'autorità inferiore ha indicato di non ritenere adempiuti i requisiti dato che al ricorrente restano accessibili numerose attività compatibili con

le sue limitazioni funzionali e che non richiedono competenze specifiche. Infine, per quanto attiene al calcolo della perdita lucrativa, l'UAIE ha confermato i redditi senza e con invalidità stabiliti nella decisione impugnata, ed in particolare – non essendo dati motivi giustificanti una riduzione maggiore – anche la riduzione giurisprudenziale del 10% (doc. TAF 7).

C.d Con replica del 20 settembre 2019, il ricorrente ha ribadito le proprie tesi e conclusioni ricorsuali, producendo diversi brevi referti oculistici di cui si dirà nei consideranti in diritto (doc. TAF 10).

C.e Con duplica del 28 ottobre 2019, l'UAIE ha nuovamente chiesto la reiezione del ricorso e la conferma della decisione impugnata. Rinviando alla presa di posizione dell'UAI-C. _____ del 18 ottobre 2019 e all'annotazione SMR dell'8 ottobre 2019, l'autorità inferiore ha considerato che la nuova documentazione oftalmologica non forniva elementi che permettesero di valutare diversamente il caso e che il Servizio integrazione professionale si è espresso compiutamente in merito alle attività lavorative ancora esigibili con rapporto del 18 febbraio 2019 (doc. TAF 12).

C.f Con scritto del 18 febbraio 2020, il patrocinatore del ricorrente ha prodotto copia della sentenza del 17 febbraio 2020 con cui il Tribunale cantonale delle assicurazioni del Cantone C. _____ (TCA) ha accolto il ricorso inoltrato dal ricorrente contro la decisione su opposizione della D. _____ del 10 aprile 2019, annullato detto provvedimento e retrocesso gli atti all'assicuratore infortuni per complemento istruttorio e nuova decisione circa il diritto a una rendita d'invalidità. Il TCA ha in particolare considerato che il nesso di causalità con i disturbi neurologici (cefalee) lamentati dall'assicurato è stato negato da un medico non particolarmente qualificato nella materia in questione. Si imponeva, pertanto, il rinvio degli atti all'amministrazione affinché avesse a disporre un approfondimento neurologico (in sostanza delle cefalee accompagnate da turbe del visus consecutive all'infortunio del 29 settembre 2017 in cui è rimasto coinvolto anche il capo) volto a far luce sul nesso di causalità con l'infortunio del 29 settembre 2017 e l'eventuale incidenza sulla residua capacità lavorativa del ricorrente (doc. TAF 16).

C.g Con provvedimento del 12 ottobre 2020, questo Tribunale ha conferito la possibilità al ricorrente di ritirare il gravame (doc. TAF 18), ritenuto che in caso di rinvio degli atti, con esito aperto, all'autorità inferiore per complemento istruttorio, come già fatto in materia d'assicurazione infortuni dal Tribunale delle assicurazioni del Cantone C. _____ nella sentenza del 17 febbraio 2020, sussisteva l'eventualità di una "reformatio in peius".

C.h Il 14 ottobre 2020, il ricorrente ha comunicato di mantenere il ricorso (doc. TAF 20).

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 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 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). L'anticipo spese è stato corrisposto entro il termine impartito (art. 63 cpv. 4 PA). Il ricorso è pertanto ammissibile.

2.

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

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

assimila la Svizzera, a questo scopo, ad uno Stato membro dell'Unione europea (art. 1 ch. 2).

2.3 Gli atti giuridici riportati nella sezione A dell'allegato II sono, in particolare, il regolamento (CE) n. 883/2004 del Parlamento europeo e del Consiglio del 29 aprile 2004 (RS 0.831.109.268.1) relativo al coordinamento dei sistemi di sicurezza sociale, con le relative modifiche, e il regolamento (CE) n. 987/2009 del Parlamento europeo e del Consiglio del 16 settembre 2009 (RS 0.831.109.268.11) che stabilisce le modalità di applicazione del regolamento (CE) n. 883/2004, nonché il regolamento (CEE) n. 1408/71 del Consiglio del 14 giugno 1971 (RU 2004 121, 2008 4219 4237, 2009 4831) relativo all'applicazione dei regimi di sicurezza sociale ai lavoratori subordinati, ai lavoratori autonomi e ai loro familiari che si spostano all'interno della Comunità, con le relative modifiche, e il regolamento (CEE) n. 574/72 del Consiglio del 21 marzo 1972 (RU 2005 3909, 2008 4273, 2009 621 4845) che stabilisce le modalità di applicazione del regolamento (CEE) n. 1408/71, con le relative modifiche, entrambi applicabili tra la Svizzera e gli Stati membri fino al 31 marzo 2012 e quando vi si fa riferimento nel regolamento (CE) n. 883/2004 o nel regolamento (CE) n. 987/2009 oppure quando si tratta di casi verificatisi in passato.

2.4 Giova altresì rilevare che il regolamento (CE) n. 883/2004 è stato ulteriormente modificato dal regolamento (CE) n. 465/2012 del Parlamento europeo e del Consiglio del 22 maggio 2012, ripreso dalla Svizzera a decorrere dal 1° gennaio 2015 (cfr. sentenza del TF 8C_580/2015 del 26 aprile 2016 consid. 4.2 con rinvii).

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

3.

3.1 Dal profilo temporale si applicano le disposizioni in vigore al momento della realizzazione dello stato di fatto che deve essere valutato giuridicamente o che produce conseguenze giuridiche (DTF 136 V 24 consid. 4.3 e

130 V 445 consid. 1.2 con rinvii, nonché 129 V 1 consid. 1.2). Se le disposizioni legali si sono modificate nel corso del periodo sottoposto ad esame giudiziario, il diritto alle prestazioni si determina secondo le vecchie disposizioni per il periodo anteriore e secondo le nuove a partire della loro entrata in vigore (applicazione pro rata temporis; DTF 130 V 445).

3.2 Nell'evenienza concreta, la domanda di prestazioni è stata presentata in data 11 aprile 2018 e quindi di principio si applicano al caso di specie le nuove norme in vigore dal 1° gennaio 2012, tra le quali le disposizioni della 6a revisione della LAI (cfr. DTF 130 V 1 consid. 3.2 per quanto concerne le disposizioni formali della LPGGA immediatamente applicabili con la loro entrata in vigore), così come le ulteriori modifiche entrate in vigore successivamente e fino alla pronuncia della decisione impugnata.

3.3 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.

4.1 In base all'art. 8 cpv. 1 LPGGA è considerata invalidità l'incapacità al guadagno totale o parziale presumibilmente permanente o di lunga durata. L'art. 4 cpv. 1 LAI precisa che l'invalidità può essere conseguente ad infermità congenita, malattia o infortunio; il cpv. 2 della stessa norma stabilisce che l'invalidità è considerata insorgere quando, per natura e gravità, motiva il diritto alla singola prestazione.

4.2 L'art. 28 cpv. 1 LAI stabilisce che l'assicurato ha diritto ad una rendita alle seguenti condizioni cumulative:

- a. la sua capacità di guadagno o la sua capacità di svolgere le mansioni consuete non può essere ristabilita, mantenuta o migliorata mediante provvedimenti d'integrazione ragionevolmente esigibili;

b. ha avuto un'incapacità di lavoro (art. 6 LPGGA) almeno del 40% in media durante un anno senza notevole interruzione; e

c. al termine di questo anno è invalido almeno al 40%.

4.3 L'assicurato ha diritto ad una rendita intera se è invalido per almeno il 70%, a tre quarti di rendita se è invalido per almeno il 60%, ad una mezza rendita se è invalido per almeno la metà e ad un quarto di rendita se è invalido per almeno il 40% (art. 28 cpv. 2 LAI). In seguito all'entrata in vigore dell'Accordo bilaterale, la limitazione prevista dall'art. 29 cpv. 4 LAI, secondo il quale le rendite per un grado d'invalidità inferiore al 50% sono versate solo ad assicurati che sono domiciliati e dimorano abitualmente in Svizzera (art. 13 LPGGA), non è più applicabile quando l'assicurato è cittadino dell'UE (DTF 130 V 253 consid. 2.3). Dopo l'entrata in vigore dei nuovi regolamenti (CE) n. 883/2004 e n. 987/2009, i cittadini svizzeri e dell'Unione europea che presentano un grado d'invalidità del 40% almeno, hanno diritto ad un quarto di rendita in applicazione dell'art. 28 cpv. 1 LAI indipendentemente dal loro domicilio e residenza (art. 4 del regolamento [CE] n. 883/04).

4.4 Per incapacità al lavoro s'intende qualsiasi incapacità, totale o parziale, derivante da un danno alla salute fisica, mentale o psichica di compiere un lavoro ragionevolmente esigibile nella professione o nel campo di attività abituale. In caso d'incapacità al lavoro di lunga durata possono essere prese in considerazione anche le mansioni esigibili in un'altra professione o campo d'attività (art. 6 LPGGA). L'incapacità al guadagno è definita all'art. 7 cpv. 1 LPGGA e consiste nella perdita, totale o parziale, della possibilità di guadagno sul mercato del lavoro equilibrato che entra in considerazione, provocata da un danno alla salute fisica, mentale o psichica e che perdura dopo aver sottoposto l'assicurato alle cure ed alle misure d'integrazione ragionevolmente esigibili. Per valutare la presenza di un'incapacità al guadagno sono considerate esclusivamente le conseguenze del danno alla salute; inoltre, sussiste un'incapacità al guadagno soltanto se essa non è obiettivamente superabile (art. 7 cpv. 2 LPGGA).

5.

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

5.2 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).

5.3 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)

5.4 Quando l'amministrazione con un'unica decisione 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 LPGA (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.

6.1 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).

6.2 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]).

6.3 In particolare, per quanto concerne le perizie giudiziarie la giurisprudenza ha stabilito che il giudice non si scosta senza motivi imperativi dal parere degli esperti, il cui compito è quello di mettere a disposizione del tribunale le loro conoscenze specifiche e di valutare, da un punto di vista medico, una certa fattispecie. Ragioni che possono indurre il giudice a non fondarsi su un tale referto sono ad esempio affermazioni contraddittorie, il contenuto di una superperizia, o altri rapporti da cui emergono validi motivi per farlo e, meglio, se l'opinione di altri esperti appare sufficientemente fondata da mettere in discussione le conclusioni peritali (DTF 137 V 210 consid. 1.3.4; 125 V 351 consid. 3b/bb).

6.4 Per quel che riguarda le perizie di parte, il TF ha precisato che esse contengono considerazioni specialistiche che possono contribuire ad accertare i fatti, da un punto di vista medico. Malgrado esse non abbiano lo stesso valore probatorio di una perizia giudiziaria, il giudice deve valutare se questi referti medici sono atti a mettere in discussione la perizia giudiziaria oppure quella ordinata dall'amministrazione. Giova altresì rilevare come debba essere considerato con la necessaria prudenza l'avviso dei medici curanti, i quali possono tendere a pronunciarsi in favore del proprio paziente a dipendenza dei particolari legami che essi hanno con gli stessi (DTF 125 V 351 consid. 3b con rinvii).

6.5 In presenza di rapporti medici contraddittori il giudice non può evadere la vertenza senza valutare l'intero materiale e indicare i motivi per cui 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 con rinvii).

6.6 In presenza di disturbi da dolore somatoforme persistente, di disturbi derivanti da affezioni psicosomatiche assimilate a questi ultimi (DTF 140 V 8 consid. 2.2.1.3) oppure di malattie psichiche (DTF 143 V 409 e 143 V 418), 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]).

7.

7.1 La questione litigiosa nel presente caso è innanzitutto quella di sapere se l'autorità inferiore ha sufficientemente acclarato la fattispecie dal profilo medico per poter concludere ad un'incapacità lavorativa del ricorrente in qualsiasi attività limitata nel tempo dal 29 settembre 2017 al 12 settembre 2018 o se, per contro, come preteso dal ricorrente, sussiste una significativa incapacità lavorativa anche successivamente al 12 settembre 2018.

7.2 A tal proposito, giova osservare che la decisione impugnata si fonda, essenzialmente, sulle diagnosi e valutazioni della capacità lavorativa esperite su incarico dell'assicuratore infortuni. Nella visita di chiusura del 13 settembre 2018, il dott. E. _____ ha ritenuto che l'infortunio professionale

del 29 settembre 2017 ha avuto come conseguenza una totale inabilità lavorativa del ricorrente in qualsiasi attività fino al 12 settembre 2018 (cfr. il seguente consid. 8.1), ma pure considerato che dal 13 settembre 2018 lo stato di salute doveva considerarsi stabilizzato con ritrovata piena capacità lavorativa in attività adeguate (cfr. il seguente consid. 8.2 e doc. B 89).

8.

8.1 Accertamenti in ambito infortunistico

8.1.1 In seguito all'infortunio professionale del 29 settembre 2017, l'assicurato è stato ricoverato presso il Neurocentro dell'Ospedale Regionale di (...). Con relazione d'uscita del 3 ottobre 2017, i dott.i H._____, I._____, e J._____ hanno posto le diagnosi di trauma da precipitazione da quattro metri con frattura tipo A3 di L1, millimetrica immagine ipodensa in corrispondenza del VI - VII segmento epatico; ferita lacero-contusa 3x3 cm a livello occipitale a bordi frastagliati ed irregolari. Gli specialisti hanno inoltre posto le diagnosi secondarie di frattura composta del capitello radiale destro tipo Mason I (AO 21-A2.2) (pregressa) e frattura composta dell'undicesima costa a destra. Visto il buon decorso clinico e radiologico, essi hanno deciso di non eseguire un intervento, optando invece per un trattamento conservativo (doc. B 15).

8.1.2 Alla luce di perduranti dolori lombo-sacrali, dal 22 maggio 2018 al 10 luglio 2018 l'assicurato ha effettuato un soggiorno riabilitativo di otto settimane presso la Rehaklinik di (...) (cfr. segnatamente doc. B 40 e segg.). Con rapporto di dimissione del 17 luglio 2018, i dott.i K._____ e L._____ del centro di riabilitazione al lavoro hanno posto le diagnosi di:

“A. Infortunio del 29.9.2017: caduta da una scala da ca. 4 m di altezza

A 1 Frattura di tipo A3 del corpo vertebrale L1

- Terapia conservativa
- 24.1.2018 ENMG: il risultato della ENMG è nella norma e non fornisce indizi di plessopatia lombosacrale né di radiculopatia in L3, L4, L5 o S1 a sinistra
- 11.4.2018 TRM di colonna vertebrale cervicale/toracica: nessun rilievo anomalo a carico del midollo spinale; nel tratto toracico è riconoscibile una certa dilatazione aspecifica del canale centrale; a li-

vello di piatto vertebrale inferiore di T12 e componenti vertebrali posteriori, nonché a carico della zona di transizione T12/L 1, è presente un lieve edema residuo, senza compressione delle strutture nervose. Consolidamento osseo del corpo vertebrale L 1

A2 Contusione del capo con ferita lacero-contusa occipitale

B. Esiti di frattura del capitello del radio a destra di tipo Mason 12015 (trattata con terapia conservativa)

- 23.5.2018 Esame radiologico del gomito a destra: non frattura rilevabile. Non versamento articolare. Eventualmente confronto con immagini precedenti e immagine di Greenspan".

Gli specialisti hanno pure segnalato che al momento della dimissione perduravano:

1. dolori cronici a livello di colonna vertebrale lombare con esacerbazione del dolore sotto sforzo;
2. riduzione del controllo motorio e della forza a livello di colonna vertebrale lombare;
3. riduzione della mobilità della colonna vertebrale toracica;
4. debolezza alla gamba sinistra.

Infine, essi hanno attestato una totale incapacità lavorativa per la precedente attività. In attività adeguate, ossia un lavoro moderatamente pesante con carico alternato per la colonna vertebrale e senza posizioni forzate per lunghi periodi di tempo, essi hanno invece attestato una piena capacità lavorativa (cfr. doc. B 81).

8.2 Visita di chiusura D. _____

Con visita medica di chiusura D. _____ del 13 settembre 2018, il dott. E. _____, ha confermato le note diagnosi infortunistiche. Egli ha poi indicato di ritenere stabilizzato il quadro clinico. Per quanto attiene alla capacità lavorativa, il medico ha indicato che la precedente attività di muratore e carpentiere non era probabilmente più esigibile ma che in attività adeguate l'assicurato era da ritenersi abile in misura completa senza pause supplementari e con rendimento completo.

Per quanto concerne le attività esigibili, il medico ha indicato i seguenti limiti funzionali:

“Sollevare e portare: l'assicurato è in grado di sollevare pesi molto leggeri fino a 5 kg fino all'altezza dei fianchi con due braccia molto spesso, pesi leggeri da 5 a 10 kg spesso, pesi medi da 10 a 25 kg di rado, pesi pesanti e molto pesanti mai. È in grado di sollevare oltre l'altezza del petto pesi fino a 5 kg e oltre i 5 kg con le limitazioni sopra esposte. Maneggio di attrezzi: l'assicurato è in grado di svolgere lavori leggeri e di precisione senza limitazione, lavori medi spesso, lavori pesanti di rado e molto pesanti mai. La rotazione della mano è possibile senza limitazione. L'assicurato è in grado di svolgere lavori sopra la testa spesso, la rotazione del busto, la posizione seduta inclinata in avanti, la posizione in piedi inclinata in avanti così come la posizione inginocchiata e con flessione delle ginocchia è possibile spesso. Posizione di lunga durata: l'assicurato può assumere la posizione seduta e posizione in piedi spesso così come la posizione a libera scelta. In generale in questo assicurato è da ritenere necessario che la posizione seduta sia mantenuta con la possibilità di eseguire pause di 5 minuti ogni ora e con il cambio della posizione da seduta a in piedi ogni ora. L'assicurato è in grado di camminare anche per lunghi tratti molto spesso, camminare su terreno accidentato e salire le scale molto spesso e salire le scale a pioli talvolta. L'uso delle due mani è possibile, l'equilibrio e stare in equilibrio è possibile” (doc. B 89).

8.3 Procedura AI

8.3.1 Nell'ambito della richiesta di prestazioni AI dell'aprile 2018, l'assicurato ha trasmesso nuova documentazione medica. In particolare il referto del 14 febbraio 2019, con cui il dott. M._____ del Centro Cefalee dell' U.O. Neurologia di (...) ha indicato che il paziente soffriva di cefalea tensiva postraumatica e consigliato una rivalutazione oculistica conclusiva (doc. A 12)

8.3.2 Con annotazione SMR dell'11 aprile 2019, il dott. F._____ ha confermato le diagnosi ed incapacità lavorative poste in ambito infortunistico e rilevato che il referto certificante la presenza di una cefalea con frequenza di crisi settimanali non permetteva di giustificare la presenza di una patologia invalidante (doc. A 16).

8.3.3 Con relazione peritale del 24 maggio 2019, il dott. G._____, specialista in neurochirurgia, ha passato in rassegna la documentazione me-

dica agli atti, indicando tuttavia che, non avendo avuto in visione la documentazione radiologica, non gli era possibile fornire indicazioni assolutamente oggettive del caso in questione. Lo specialista, con riferimento alla visita di chiusura D. _____ con cui è stata stabilita una piena abilità lavorativa in attività adeguate, ha nondimeno indicato di ritenere che non vi sia consapevolezza del fatto che i dolori dell'assicurato sono dovuti a problemi muscolari dipendenti dallo scompenso statico toraco-lombare e dalle alterazioni anatomiche post-traumatiche in Th12 e L1, precisando inoltre che in questi segmenti si inseriscono diversi tendini muscolari che a causa di problemi insertivi vengono attivati dei punti trigger muscolari e la cui persistenza porta ad una cronicità dei dolori ed anche alla malattia del dolore cronico con ovvie ripercussioni psicologiche. Egli ha pertanto concluso "che una capacità lavorativa residuale sia presente ed opportuna anche per garantire una certa stabilità psicologica", motivo per cui ha attestato una capacità lavorativa alle condizioni menzionate nell'ambito della visita medico-circondariale D. _____, di otto ore al giorno con rendimento del 40-50% oppure quattro ore con rendimento del 80-100%, a dipendenza della frequenza con cui deve sollevare pesi ed eseguire flessioni lombari e rotazioni (doc. TAF 1).

8.3.4 Con annotazione SMR del 6 agosto 2019, il dott. F. _____ ha indicato che dal rapporto del dott. G. _____ non risultava una modifica dello stato di salute rispetto alla valutazione finale della D. _____ e neppure una patologia invalidante extra-infortunistica (doc. TAF 7).

8.3.5 Il 10 settembre 2019, il ricorrente ha trasmesso diversi brevi certificati oculistici (valutazione ortottica del 21 gennaio 2019 e visite oculistiche dell'11 febbraio 2019 e 27 febbraio 2019; cfr. doc. TAF 10).

8.3.6 Con annotazione SMR dell'8 ottobre 2019, il dott. F. _____ ha sostanzialmente rilevato che la documentazione trasmessa è incompleta, mancando i risultati degli esami consigliati dal neurologo e che l'esame oculistico non è stato eseguito a causa di cefalea (doc. TAF 12).

9. Valutazione del caso dal profilo medico

Questo Tribunale rileva preliminarmente che è incontestato – né ad un esame d'ufficio degli atti di causa emergono elementi tali da mettere seriamente in dubbio tale circostanza – che fino al 12 settembre 2018 il ricorrente era totalmente inabile in qualsiasi attività già solo in virtù degli esiti dell'infortunio professionale del 29 settembre 2017. Per conseguenza, può essere ritenuta anche in questa sede processualmente dimostrata, nel

senso della probabilità preponderante, un'incapacità lavorativa del 100% dal 29 settembre del 2017 al 12 settembre del 2018.

9.1 Quanto alla residua capacità lavorativa a decorrere dal 13 settembre 2018, giova osservare che mentre il SMR e l'UAIE stesso hanno ritenuto che l'assicurato presentasse una totale capacità lavorativa in attività adeguate, agli atti sono stati prodotti segnatamente un certificato medico del dott. M. _____ in cui viene attestata la presenza di cefalee tensivo post-traumatiche meritevoli di ulteriori approfondimenti oculistici, così come una relazione peritale del dott. G. _____, con cui lo specialista in neurochirurgia ha attestato una capacità lavorativa ridotta anche in attività adeguate (cfr. doc. A 12 e doc. TAF 1).

9.2

9.2.1 A tal proposito, questo Tribunale rileva che l'apprezzamento dell'UAIE si basa essenzialmente sugli accertamenti esperiti dall'assicuratore infortuni. L'autorità inferiore, per contro, non ha fatto esperire alcun accertamento medico nell'ambito della procedura AI in merito all'evoluzione dello stato di salute dell'insorgente. In particolare non è stata richiesta la produzione da parte dell'INPS di una perizia particolareggiata E213 né sono stati fatti eseguire accertamenti propri con riferimento a affezioni menzionati nei diversi rapporti medici, segnatamente in merito alla cefalea tensiva, ai dolori cronici a livello di colonna vertebrale/zona lombare rilevati ancora nel rapporto del 17 luglio 2018 da parte degli specialisti della clinica di (...) (doc. doc. B 81 pag. 136 [v., pure, la malattia da dolore cronico menzionata dal dott. G. _____ nella sua relazione peritale del 24 maggio 2019 {doc. TAF 1}], affezioni che non sono state né esaminate né approfondite a sufficienza nell'ambito della procedura dell'assicuratore infortuni (verosimilmente poiché ritenuti non necessariamente connessi all'infortunio del 29 settembre 2017). Inoltre, il medico SMR, intervenuto unicamente in fase di osservazioni al progetto di decisione con riferimento al rapporto medico del dott. M. _____, ha ritenuto – senza esaurienti approfondimenti medico-oggettivi rispettivamente precisazioni/motivazioni – siccome stabilizzato lo stato di salute del ricorrente e non invalidante la cefalea tensiva di cui soffre (doc. A 16). Non è altresì stato indicato nella procedura AI in cosa consisterebbe concretamente dal profilo medico il miglioramento dello stato di salute del ricorrente né perché potrebbe essere situato al 13 settembre 2018. Il generico riferimento nella decisione impugnata alla visita di chiusura effettuata dalla D. _____ in data 13 settembre 2018 non soccorre l'autorità inferiore, le lacune precedentemente evocate non tro-

vando una risposta sufficientemente precisa in detto rapporto, con la conseguenza che gli accertamenti medici nel caso in esame risultano lacunosi nonché superficiali e legittime le doglianze formulate dal ricorrente quanto alle conclusioni – non sufficientemente consistenti e motivate – tratte dall'autorità inferiore sulla base della limitata e scarna documentazione medica agli atti.

9.2.2 Per quel che concerne le affezioni neurologiche – e più precisamente le cefalee tensive con disturbi visivi e deformazione delle immagini, per cui lo specialista neurologo ha consigliato una rivalutazione oculistica ed il TCA ha ordinato il rinvio degli atti all'amministrazione affinché disponga un approfondimento volto anche a stabilire un'eventuale incidenza negativa sulla residua capacità lavorativa –, il medico SMR, che peraltro non è uno specialista del ramo, si è limitato ad asserire in modo generico e lapidario che la cefalea con frequenza di crisi settimanali non permette di giustificare la presenza di una patologia invalidante. Ora, anche in considerazione dell'infortunio professionale con caduta da quattro metri e conseguente contusione del capo con ferita lacero-contusa occipitale, questo Tribunale rileva che il medico SMR non può essere seguito laddove indica in maniera lapidaria e senza compiuta e concludente motivazione che i menzionati disturbi non sono suscettibili di influenzare la capacità lavorativa dell'insorgente, avendo peraltro egli stesso rilevato l'incompletezza degli accertamenti oculistici proposti dal neurologo (cfr. annotazione SMR dell'8 ottobre 2019 sub doc. TAF 12). Pertanto, per potersi determinare sullo stato di salute del ricorrente, ed in particolare sull'evoluzione a partire da settembre 2018, si imponeva ed impone pure una valutazione neurologica e oculistica, in cui gli specialisti del caso si esprimano anche su eventuali limitazioni funzionali e ripercussioni sulla residua capacità lavorativa. Motivo per cui l'accertamento dei fatti giuridicamente rilevanti appare insufficiente per permettere una conclusione consistente, nel senso della verosimiglianza preponderante, circa la piena ritrovata capacità lavorativa il giorno della visita di chiusura D._____.

9.2.3 Gli accertamenti risultano comunque insufficienti anche dal profilo ortopedico/reumatologico, dal momento che i dolori cronici a livello di colonna vertebrale ancora rilevati, come già accennato, nel rapporto del 17 luglio da parte degli specialisti della clinica di (...) (v. poi ancora sul dolore cronico, la relazione peritale del dott. G._____ del 24 maggio 2019), non sono stati oggetto di alcuna precisa verifica specialistica.

9.2.4 Peraltro, per quel che attiene alla problematica psichica, di cui il ricorrente si duole per la prima volta con il gravame, si rileva che agli atti non vi è alcun referto che attesti una problematica di tale natura sulla base di un sistema scientificamente riconosciuto a livello internazionale. Tuttavia, il dott. G. _____, anche se invero egli non è specialista di tale ambito, indica che la cronicità dei dolori lamentati dall'insorgente implica "ovvie ripercussioni psicologiche" (cfr. p. 7 del referto peritale). Appare pertanto opportuna anche l'effettuazione di una perizia psichiatrica (nell'ambito di una perizia interdisciplinare (v. considerando 11 del presente giudizio).

10.

Stante le premesse, l'autorità inferiore non ha accertato in maniera sufficiente i fatti giuridicamente rilevanti con riferimento ad una incapacità lavorativa anche successivamente al 13 settembre 2018. In simili condizioni, non risulta possibile per questo Tribunale determinarsi, con il grado della verosimiglianza preponderante valido nelle assicurazioni sociali, sullo stato di salute del ricorrente, la residua capacità ed il diritto ad una rendita dopo il 31 dicembre 2018.

11.

11.1 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 una perizia interdisciplinare in neurologia, oftalmologia, ortopedia/reumatologia e psichiatria (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, deve tener conto, in particolare, anche dell'eventuale effetto congiunto delle diverse patologie di cui è affetto il ricorrente e rispettare i requisiti giurisprudenziali in materia (cfr., segnatamente, il consid. 6.6 del presente giudizio). Peraltro, questo Tribunale rileva che, a seconda del risultato del menzionato complemento istruttorio, l'UAIE dovrà pronunciarsi nuovamente sull'eventuale diritto a provvedimenti professionali e sull'entità della riduzione giurisprudenziale suscettibile d'imporsi nel caso di specie.

11.2 Peraltro, stante le premesse, nulla – neppure la più recente 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 di tali 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 sua capacità lavorativa. 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 minimamente 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, 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 (cfr. sentenza del TF 9C_162/2007 del 3 aprile 2008 consid. 2.3 con rinvii).

11.3 Infine, il ricorrente, reso edotto della possibilità che il rinvio degli atti all'autorità inferiore per complemento istruttorio e nuova decisione ai sensi dei considerandi, avrebbe potuto anche comportare la resa di una nuova decisione a suo detrimento da parte dell'autorità inferiore e che pertanto gli era conferita la facoltà d'eventualmente ritirare il proprio ricorso (cfr. decisione incidentale del TAF del 12 ottobre 2020 [doc. TAF 19]), ha comunicato a questo Tribunale di mantenere il gravame.

12.

12.1 Visto l'esito del ricorso, non sono prelevate spese processuali. L'anticipo equivalente alle presunte spese processuali di CHF 800.-, corrisposto

con versamento del 21 giugno 2019 (doc. TAF 5), sarà restituito al ricorrente allorquando la presente sentenza sarà cresciuta in giudicato.

12.2 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 fissata d'ufficio (art. 14 cpv. 2 TS-TAF) in CHF 2'800.- (senza IVA; cfr. sulla questione, la sentenza del TAF C-4215/2019 del 2 novembre 2020 consid. 10.2 con rinvio) tenuto conto del lavoro utile e necessario svolto dal rappresentante del ricorrente. L'indennità per ripetibili è posta a carico dell'UAIE.

(dispositivo alla pagina seguente)

Per questi motivi, il Tribunale amministrativo federale pronuncia:

1.

Il ricorso è accolto, nel senso che la decisione del 25 aprile 2019 è annullata 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. L'anticipo di CHF 800.-, corrisposto il 21 giugno 2019, sarà restituito al ricorrente allorquando il presente giudizio sarà cresciuto in giudicato.

3.

L'UAIE rifonderà al ricorrente CHF 2'800.- a titolo di spese ripetibili.

4.

Comunicazione a:

- rappresentante del ricorrente (Atto giudiziario, allegato: formulario "indirizzo per il pagamento"),
- autorità inferiore (n. di rif. [...]; Raccomandata),
- Ufficio federale delle assicurazioni sociali (Raccomandata).

Il presidente del collegio:

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: