



Corte III
C-3038/2016

Sentenza del 2 aprile 2019

Composizione

Giudici Vito Valenti (presidente del collegio),
Michael Peterli, Christoph Rohrer,
cancelliere Oliver Engel.

Parti

A. _____, (Italia)
patrocinato dall'avv. Lina Ratano,
ricorrente,

contro

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

Oggetto

Assicurazione per l'invalidità (decisione del 7 aprile 2016).

Fatti:**A.**

A. _____, cittadino italiano, nato il (...) 1955, sposato con figli, ha lavorato in Svizzera, in qualità di operaio/muratore, nel 1974 e poi nuovamente da settembre 1977 a luglio 1989, solvendo regolari contributi all'assicurazione svizzera per la vecchiaia, i superstiti e l'invalidità (doc. 20, 37 e 38). In seguito al suo rientro in patria, l'interessato ha continuato a lavorare fino al 15 febbraio 2013, data in cui ha interrotto qualsiasi attività lavorativa per motivi di salute (doc. 34, 35, 38 e 40).

B.

B.a In data 23 luglio 2015, l'assicurato ha trasmesso all'Ufficio dell'assicurazione invalidità per gli assicurati residenti all'estero (UAIE) il formulario per la richiesta di integrazione professionale/rendita dell'assicurazione per l'invalidità, (doc. 1), producendo la perizia medica particolareggiata E213 del 3 luglio 2015, in cui la dott.ssa B. _____, la cui specializzazione non è nota, ha posto le diagnosi di artropatia psoriasica in remissione terapeutica in spondiloartrosi, malattia degenerativa della cuffia dei rotatori spalla dx e ipertensione arteriosa (doc. 2).

B.b Con un secondo scritto, sempre datato 23 luglio 2015 (doc. 33), l'assicurato ha trasmesso diversi referti medici, i quali hanno evidenziato delle patologie di natura ortopedica (insufficienza vertebrale, lombosciatalgie, spondiloartrosi, ernia discale, lesione della scapoloomerale destra da lesione della cuffia dei rotatori), cardiologica (lieve insufficienza valvolare mitralica e ipertensione arteriosa) e reumatologica (artrite psoriasica in remissione terapeutica) (cfr. doc. 3 e segg.).

B.c Preso atto di tali documenti, con rapporto finale SMR del 19 novembre 2015, la dott.ssa C. _____, specializzata in medicina interna, ha rilevato che, a partire dal 17 dicembre 2014, le affezioni ortopediche giustificano una totale incapacità lavorativa nella precedente attività di operaio. Tuttavia, l'assicurato presenta, in un'attività adattata, una completa (100%) capacità lavorativa (doc. 57).

B.d L'UAIE ha quindi reso il progetto di decisione del 18 dicembre 2015, con cui ha prospettato di respingere la domanda di prestazioni del 21 gennaio 2015 in virtù di un grado di invalidità del 23% (doc. 59).

B.e Con osservazioni del 22 gennaio 2016, l'assicurato ha chiesto che gli venga concessa una rendita d'invalidità intera a decorrere dal 21 gennaio 2015 ed ha trasmesso diversa documentazione medica (doc. 61).

B.f I referti medici e le osservazioni prodotte sono state sottoposte al medico SMR, il quale, con presa di posizione del 14 marzo 2016, ha rilevato che nella documentazione in questione non ha trovato elementi tali da modificare la propria precedente valutazione (doc. 65 e 66).

B.g Con decisione del 7 aprile 2016, l'UAIE ha quindi respinto la domanda di prestazioni dell'assicurazione per l'invalidità (doc. 67).

C.

C.a Il 10 maggio 2016, l'interessato ha inoltrato ricorso contro la summenzionata decisione dell'UAIE dinanzi al Tribunale amministrativo federale (TAF), mediante il quale ha chiesto, in via preliminare, di ordinare all'UAIE la trasmissione degli eventuali rapporti medici stilati dal proprio Servizio medico, e nel merito, di accogliere il ricorso e di riconoscergli il diritto ad una rendita d'invalidità, formulando inoltre una domanda di assistenza giudiziaria. A sostegno delle proprie conclusioni, il ricorrente ha fatto valere – in particolare – una violazione del diritto di essere sentito, un'insufficiente motivazione della decisione impugnata, una violazione dei principi procedurali ed una carente istruttoria (doc. TAF 1).

C.b Nella risposta al ricorso dell'8 giugno 2016, l'UAIE ha proposto la reiezione del gravame e la conferma del provvedimento impugnato. L'autorità inferiore ha osservato, da un lato, che in corso di procedura l'assicurato non ha formulato alcuna domanda di consultazione degli atti. Dall'altro lato, la decisione impugnata è stata, a giudizio dell'autorità inferiore, correttamente motivata e data sufficiente spiegazione in merito alla documentazione trasmessa dal ricorrente. Anche il raffronto dei redditi sarebbe rispettoso dei requisiti di legge e della giurisprudenza (doc. TAF 4).

C.c Con invito alla replica del 19 luglio 2016, questo Tribunale ha trasmesso al ricorrente i doc. 33, 35, 49, 57, 58, 59, 62-64, 66 e 67 (doc. TAF 8).

C.d Nella replica del 24 agosto 2016, il ricorrente ha ribadito che la decisione impugnata si fonda su di un'istruttoria carente. In particolare, il rapporto SMR del 19 novembre 2015 (doc. 57) non riporterebbe alcun dato

clinico anamnestico e non considererebbe le patologie neurologiche, psichiatriche e cardiologiche. La carenza motivazionale della decisione impugnata sarebbe altresì palese. Infine, il raffronto dei redditi è stato eseguito a torto con riferimento ai dati economici relativi all'anno 2012 invece che al 2015 e non vi sarebbe una sufficiente spiegazione per il fatto che la riduzione giurisprudenziale sia stata limitata al 20 piuttosto che fissata al 25%. L'insorgente ha peraltro richiesto in visione i doc. 2 e 34 dell'incarto dell'autorità inferiore (doc. TAF 10).

C.e Il 30 agosto 2016, questo Tribunale ha trasmesso all'insorgente copie dei doc. 2 e 34 dell'incarto dell'autorità inferiore (doc. TAF 11).

C.f Nelle osservazioni del 10 settembre 2016, il ricorrente ha nuovamente fatto valere che la decisione impugnata è insufficientemente motivata e si fonda su di un'istruttoria carente. Dai documenti medici esibiti risulterebbe chiaramente che egli non può più lavorare nell'attività precedentemente svolta, mentre in un'attività sostitutiva adeguata la sua residua capacità lavorativa è al massimo del 40% (anche dalla perizia particolareggia E 213 risulterebbe peraltro che egli non è in grado di svolgere un'attività sostitutiva a tempo pieno). Di fronte a tali risultanze processuali, l'autorità inferiore avrebbe dovuto perlomeno richiedere ulteriori approfondimenti medici o comunque sottoporre la fattispecie a specialisti nelle patologie in questione (doc. TAF 13).

C.g Con duplica del 26 ottobre 2016, l'UAIE ha nuovamente chiesto la reiezione del ricorso e la conferma della decisione impugnata. Rinviando all'allegato avviso del SMR del 13 ottobre 2016, l'autorità inferiore ha indicato che le osservazioni trasmesse dal ricorrente non contengono a suo giudizio nuovi elementi atti a mettere in discussione la decisione impugnata, ed in particolare a rendere necessari ulteriori accertamenti medici (doc. TAF 15).

C.h Nelle osservazioni del 13 dicembre 2016, l'insorgente ha ribadito le proprie precedenti motivazioni e conclusioni e sottolineato, fra l'altro, che le conclusioni del SMR trovano il loro limite nel fatto che non si fondano su una visita sulla sua persona e neppure su esami obiettivi, contrariamente a quanto fatto per esempio dal neurologo dott. D._____ (doc. TAF 18).

C.i Le menzionate osservazioni del ricorrente sono state trasmesse per conoscenza all'autorità inferiore il 17 gennaio 2017.

C.j Il 10 novembre 2018 il ricorrente ha chiesto informazioni riguardo all'evasione del gravame.

C.k Il 19 novembre 2018, questo Tribunale ha segnalato al ricorrente che si sarebbe adoperato, conto tenuto che era data comunque priorità all'evasione di cause inoltrate anteriormente alla sua, per rendere la sentenza nel caso in esame entro tre mesi).

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), il ricorso – interposto tempestivamente e rispettoso dei requisiti previsti dalla legge (art. 60 LPGGA nonché art. 52 PA) – è pertanto ammissibile.

2.

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

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

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

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

2.4 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 all'INPS il 21 gennaio 2015 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 LPGA 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 LPGA è considerata invalidità l'incapacità al guadagno totale o parziale presumibilmente permanente o di lunga durata. L'art. 4 cpv. 1 LAI precisa che l'invalidità può essere conseguente ad infermità congenita, malattia o infortunio; il cpv. 2 della stessa norma stabilisce che l'invalidità è considerata insorgere quando, per natura e gravità, motiva il diritto alla singola prestazione.

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 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 progressa situazione valetudinaria (anamnesi), su esami approfonditi e tenere conto delle censure sollevate dal paziente, per poi giungere in maniera chiara e fondata, 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).

5.2 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]).

5.3 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).

5.4 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).

5.5 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.

6.1 Inoltre, giova ricordare che al fine di poter graduare l'invalidità, all'amministrazione (o al giudice in caso di ricorso) è necessario disporre di documenti che devono essere rassegnati dal medico o eventualmente da altri specialisti, il compito del medico consistendo nel porre un giudizio sullo stato di salute, nell'indicare in quale misura e in quali attività l'assicurato è incapace al lavoro come pure nel fornire un importante elemento di giudizio per determinare quali lavori siano ancora ragionevolmente esigibili dall'assicurato. Spetta in seguito al consulente professionale, avuto riguardo alle indicazioni sanitarie, valutare quali attività professionali siano concretamente ipotizzabili (sentenza del TF 9C_13/2007 del 31 marzo 2008 consid. 3 e relativi riferimenti).

6.2 In particolare, per l'art. 59 cpv. 2bis LAI, i servizi medici regionali sono a disposizione degli uffici AI per valutare le condizioni mediche del diritto alle prestazioni, stabiliscono la capacità funzionale dell'assicurato – determinante per l'AI secondo l'articolo 6 LPGGA – di esercitare un'attività lucrativa o di svolgere le mansioni consuete in una misura ragionevolmente esigibile e sono indipendenti per quanto concerne le decisioni in ambito medico nei singoli casi. Scopo e senso dell'art. 59 cpv. 2bis LAI come pure dell'art. 49 OAI risiedono nella possibilità, per gli uffici AI, di fare capo a propri medici per la valutazione degli aspetti sanitari del diritto alla rendita. Questi ultimi, grazie alle loro specifiche conoscenze medico-assicurative, sono quindi chiamati a valutare la capacità funzionale della persona assicurata. In questo modo è stata creata una chiara separazione di competenze tra medici curanti e assicurazione sociale. Sulla base delle indicazioni del SMR, l'UAIE deve così decidere cosa si può ragionevolmente pretendere da un assicurato e cosa invece no (sentenza del TF 9C_9/2010 del 29 settembre 2010 consid. 2). I rapporti SMR hanno peraltro per funzione di effettuare una sintesi delle informazioni e degli esami medici di cui agli atti di causa e formulare delle raccomandazioni quanto al seguito da dare all'incarto da un punto di vista medico (sentenza del TF 9C_542/2011 del 26 gennaio 2012 consid. 4.1).

6.3 Il SMR esegue direttamente esami medici solo se lo ritiene necessario. Negli altri casi rende la propria valutazione sulla base della documentazione esistente. L'assenza di propri esami diretti non costituisce, per invalsa giurisprudenza, un motivo per mettere in dubbio la validità di un rapporto SMR se esso soddisfa altrimenti le esigenze di natura probatoria generalmente riconosciute (SVR 2009 IV n. 56 pag. 174 [9C_323/2009] consid. 4.3.1 con riferimenti; cfr. pure sentenza 9C_294/2011 del 24 febbraio 2012 consid. 4.2; cfr. anche sentenza 9C_787/2012 del 20 dicembre 2012, consid. 4.2.1).

7.

Preliminarmente va esaminata la censura di violazione del diritto di essere sentito sollevata dal ricorrente. Tuttavia, conto tenuto dell'esito della lite – accoglimento del ricorso e rinvio degli atti di causa all'autorità inferiore per completamento dell'istruttoria ed emanazione di una nuova decisione ai sensi dei considerandi – la questione inerente all'eventuale violazione del diritto di essere sentito da parte dell'autorità inferiore può essere lasciata indecisa (cfr., sulla questione e fra le tante, la sentenza del TAF C-3096/2015 del 12 ottobre 2018 consid. 4).

8.

8.1 Occorre poi esaminare se l'autorità inferiore ha proceduto ad un sufficiente accertamento dei fatti giuridicamente rilevanti prima di rendere la decisione impugnata oppure – come sostenuto dal ricorrente – avrebbe dovuto fare eseguire ulteriori accertamenti medici specialistici potersi determinare con cognizione di causa – secondo il grado della verosimiglianza preponderante valido nelle assicurazioni sociali – sul suo stato di salute rispettivamente la sua residua capacità lavorativa.

8.2 A tal proposito, giova precisare che la decisione impugnata si basa, oltre che sui referti medici trasmessi dal ricorrente e dall'INPS, principalmente sulle prese di posizione della dott.ssa C. _____ del servizio medico regionale dell'AI e segnatamente sul rapporto finale del 19 novembre 2015 (doc. 57) e sull'avviso SMR del 14 marzo 2016 (doc. 66)

9.

9.1 Con scritti del 23 luglio 2015 (doc. 1 e 33), l'assicurato ha trasmesso ampia documentazione sanitaria (doc. 2 a 32), ed in particolare:

- diversi referti relativi alle visite di controllo reumatologiche del dott. E. _____, reumatologo, attestanti – a partire dal 2006 – una marcata tumefazione del ginocchio sinistro ed un’artropatia psoriasica in remissione terapeutica (doc. 4 a 18);
- l’esame radiologico del dott. F. _____ del 31 marzo 2009 da cui risulta una spondiloartrosi con osteofitosi dei margini dei somi e riduzione dell’ampiezza dello spessore discale L5 - S1 (doc. 31);
- il certificato relativo all’ecografia della spalla destra del 26 marzo 2014, in cui il dr. G. _____ ha indicato che “la cuffia dei rotatori presenta alterazioni marcate a carattere degenerativo con riduzione di spessore del tendine del sovraspinato (...)” (doc. 23);
- l’esame radiologico del 12 settembre 2014 del dott. H. _____, radiologo, da cui risulta una “modesta scoliosi sn convessa lombare. Accentuazione della cifosi dorsale e riduzione della lordosi lombare. Spondiloartrosi osteofitica dorso lombare di discreta entità con discopatie multiple a livello medio-dorsale. Modicamente ridotto anche lo spazio L5 S1 da verosimile sofferenza discale. Osteoporosi” (doc. 30).
- il certificato medico del 17 dicembre 2014 del dott. I. _____, specializzato in medicina fisica e riabilitativa e ortopedia, il quale ha attestato che il paziente soffriva di “steno insufficienza vertebrale assoluta in paziente affetto da frequenti episodi di lombosciatalgia bilaterale da ernia del disco L4-L5 ed L5-S1 in spondiloartrosi diffusa con associate parestesie lungo il decorso di S1. Anchilosi del rachide cervicale da ernia del disco L4/L5 ed L5/S1 con frequenti lipotimie specie nel cambio di postura. Anchilosi della scapoloomeurale destra da lesione della cuffia dei rotatori e lesione del sovraspinato che necessita di intervento chirurgico di ricostruzione capsulo-tendinea”. Lo specialista ha inoltre indicato che “il paziente da oltre dieci anni presenta degli episodi ripetuti di blocco rachideo con irradiazione bilaterale del dolore (...)”, che “si consiglia di portare un busto ortopedico tipo A oltre ad effettuare dei cicli ripetuti di Fisiokinesiterapia (...)” e che “tali patologie sono di tipo cronico e tendono ad aggravarsi nel tempo” (doc. 28).
- la consulenza medico legale di parte del 2 maggio 2015, nella quale il dott. L. _____, specialista in medicina legale e delle assicurazioni, ha confermato le diagnosi poste dal dott. I. _____, ritenuto

pure una artrosinovite psoriasica del ginocchio sinistro, con riduzione della locale funzionalità articolare e cardiopatia valvolare mitralica. Detto medico ha inoltre segnalato che “trattasi di un gruppo di gravi infermità del tipo prevalentemente concorrente sui vari apparati organo funzionali in precedenza clinicamente indagati. Tale riscontro trova conferma negli accertamenti specialistici cui si sottopose comunque anche di recente l'istante e in dettaglio ampiamente su riportati. (...) Il nostro accertamento clinico ha permesso di rilevare la totale persistenza delle pregresse infermità e la comparsa, previi i dovuti accertamenti diagnostici di altre patologie le quali per le intrinseche caratteristiche cliniche che si vengono a integrare dimostrano di avere sostanzialmente il carattere della permanenza clinica”, concludendo che tale complesso patologico riduce permanentemente la capacità di lavoro e di guadagno dell'assicurato, sia in attività specifiche, sia in attività generiche, rendendolo invalido nella misura dell'85% (doc. 19);

- la perizia medica particolareggiata E213 del 3 luglio 2015, in cui la dott.ssa B. _____ ha posto le diagnosi di artropatia psoriasica in remissione terapeutica in spondiloartrosi, malattia degenerativa della cuffia dei rotatori spalla dx e ipertensione arteriosa. Essa ha altresì indicato che l'assicurato non era più in grado di svolgere il suo ultimo lavoro, ma, però non a tempo pieno, un lavoro sostitutivo adeguato (doc. 2).

9.2 Preso atto della documentazione medica trasmessa, con rapporto finale SMR del 19 novembre 2015, la dott.ssa C. _____, ha ritenuto quale diagnosi principale le lombosciatalgie croniche su artrosi del rachide con ernie discali multiple (M54) e quali diagnosi associate con effetto sulla capacità lavorativa la sindrome della cuffia dei rotatori e l'artropatia psoriasica in remissione. Essa ha invece considerato che l'ipertensione arteriosa non ha alcuna ripercussione sulla sua capacità lavorativa. Ha poi specificato che, non essendosi l'assicurato sottoposto ad un intervento per curare l'ernia discale, le lombosciatalgie potevano considerarsi come rapidamente evolute in maniera favorevole. Infine, ha concluso per una totale incapacità lavorativa nella precedente attività a partire dal 17 dicembre 2014 e, sempre da tale data, per una piena abilità lavorativa in attività adeguate, tenuto conto dei seguenti limiti funzionali: attività leggera in posizione seduta o alternata, porto di carico occasionale di massimo 5kg; inoltre l'impiego non deve comportare spostamenti a piedi, lavori al di sopra delle spalle e posizioni in cui è sollecitato il rachide (doc. 57).

9.3 Nell'ambito della presa di posizione in merito al progetto di decisione del 22 gennaio 2016 (doc. 61), l'insorgente ha allegato la seguente documentazione medica:

- la valutazione medico-legale del 18 gennaio 2016 del dott. D._____, neurologo, in cui viene riscontrato umore depresso e diagnosticato un disturbo depressivo reattivo a patologia organica (doc. 63);
- la consulenza medico legale di parte del 21 gennaio 2016 del dr. L._____, in cui quest'ultimo ha confermato le diagnosi poste nella sua precedente consulenza medico legale di parte del 2 maggio 2015, rilevando inoltre un disturbo depressivo reattivo a patologia organica. Lo specialista ha poi evidenziato che "gli apparati interessati dal complesso patologico su descritto non mostrano alcuna capacità o funzione adattativa residuale. Non può riconoscersi che per il soggetto rimanga una capacità di guadagno superiore ad un terzo del normale, in quanto il complesso patologico riscontrato riduce in modo permanente la capacità lavorativa generico-specifica". Ha quindi concluso che la situazione valetudinaria rilevata "con l'odierno accertamento medico-legale sulla persona di A._____, riduce permanentemente la capacità di lavoro e di guadagno rendendolo pertanto invalido (nella misura del 85% [...]). Non risulta idoneo a svolgere attività lavorative sia specifiche che generiche quelle confacenti le sue attitudini sia pur omnicomprendenti di finalità lucrative" (doc. 62).
- il referto medico relativo alla RMN cervicale e lombo sacrale, eseguite dal dott. M._____, specialista in radiodiagnostica, in data 21 gennaio 2016, in cui sono attestati, tra l'altro, protrusioni discali in C5-C6 e ampie in C6-C7, diffusi fenomeni di spondilosi osteofitosa e degenerazione discale con protrusione discale (modesta) in L4-L5 e piccola ernia discale in L5-S1 (doc. 64).

9.4 Dopo aver visionato tale documentazione, con avviso del 14 marzo 2016, la dott.ssa C._____, medico SMR, ha considerato che la stessa non giustificava una modifica delle conclusioni del rapporto finale del 19 novembre 2015. Essa ha in particolare indicato che il disturbo ansioso depressivo leggero è presente da diversi anni e non è suscettibile di comportare un'inabilità lavorativa. Inoltre, la valutazione del dott. L._____ non contiene nuovi elementi diagnostici e pertanto rappresenta unicamente una diversa valutazione di una medesima fattispecie (doc. 66).

9.5 Nell'ambito della procedura ricorsuale, il ricorrente ha ritrasnesso documentazione medica essenzialmente già agli atti (cfr. doc. TAF 1).

9.6 Con la duplice, l'autorità inferiore ha inoltrato la presa di posizione SMR del 13 ottobre 2016, in cui la dott.ssa C. _____ ha in particolare indicato che l'insorgente ha rimproverato s torto al SMR di non avere tenuto conto di patologie importanti – senza indicare quali – ritenute nella perizia particolareggiata E 213 del 3 luglio 2015 (doc. 2). Ha poi rilevato che nella citata perizia non sono state poste le diagnosi di insufficienza valvolare mitralica e di disturbo depressivo e che l'assenza di ulteriori sintomatologie e referti medici a tal riguardo, rispettivamente la mancata presa a carico medica in virtù di tali patologie, lascia ragionevolmente concludere che si tratta di disturbi leggeri, senza influenza sulla capacità lavorativa (doc. TAF 15).

10.

10.1 Questo Tribunale rileva preliminarmente che è incontestato che la precedente attività di operaio/muratore svolta dal ricorrente fino al 15 febbraio 2013 non è più esigibile a causa delle affezioni di cui soffre – già solo di quelle riconosciute dall'UAIE come aventi incidenza sulla capacità lavorativa sulla base delle prese di posizione del medico SMR – al più tardi a partire dal 17 dicembre 2014 (doc. 57 e 66 e doc. TAF 15). Per conseguenza, e non sussistendo sul punto alcun motivo per un intervento d'ufficio da parte di questo Tribunale, può essere ritenuta anche in questa sede processualmente dimostrata, nel senso della probabilità preponderante, un'incapacità lavorativa del 100% per il ricorrente nella sua precedente attività.

10.2 In merito invece alla capacità lavorativa in attività sostitutive adeguate a decorrere dal 16 febbraio 2013 in poi, giova osservare che, mentre il medico SMR e l'UAIE hanno ritenuto che l'insorgente presentasse una totale capacità lavorativa a decorrere dal 17 dicembre 2014, sia il dott. L. _____ che la dott.ssa B. _____, che hanno entrambi visitato il paziente, hanno segnalato una capacità lavorativa ridotta anche per tali impieghi, e ciò ancora prima che sia stato attestato il disturbo depressivo ad inizio 2016.

10.2.1 La dott.ssa B. _____, nella perizia particolareggiata del 3 luglio 2015, pur avendo indicato che le condizioni dell'assicurato erano migliorate al punto da poter svolgere regolarmente lavori pesanti, ha poi ulteriormente messo in evidenza che il ricorrente non poteva più svolgere il suo precedente lavoro, ma solo un lavoro sostitutivo adeguato, tuttavia non al 100%.

In Italia, la sua incapacità lavorativa sarebbe del 60% sia nella precedente attività, sia in un'attività sostitutiva (doc. 2).

10.2.2 Il dott. L. _____, ha invece sempre attestato, da ultimo ancora con la consulenza medico legale del 21 gennaio 2016, dunque pure prima dell'emanazione della decisione impugnata, che "gli apparati interessati dal complesso patologico su descritto – segnatamente "steno insufficienza vertebrale in paziente con episodi di lombosciatalgia bilaterale e parestesie da ernia discale L4-L5 ed L5-S1 (con integrazione RMN cervicale e lombosacrale del 21 gennaio 2016), periartrite scapolo-omerale con impedimento funzionale in soggetto con lesione della cuffia dei rotatori e lesione del sovraspinato con necessità di intervento chirurgico di ricostruzione capsulo-tendinea, artrosinovite psoriasica del ginocchio sinistro in trattamento con riduzione della locale funzionalità articolare, cardiopatia valvolare mitralica e disturbo depressivo reattivo a patologia organica – non mostrano alcuna capacità o funzione adattativa residuale" e che tale situazione valetudinaria "riduce permanentemente la capacità di lavoro e di guadagno rendendolo pertanto invalido (nella misura del 85% [...]). Non risulta idoneo a svolgere attività lavorative sia specifiche che generiche quelle confacenti le sue attitudini sia pur omnicomprendenti di finalità lucrative" (doc. 62).

10.3 Alla luce delle diagnosi e valutazioni precedentemente indicate, e fermo restando che le affezioni indicate dal dott. L. _____ erano in buona parte presenti già nel dicembre 2014 (cfr. rapporto del dott. I. _____ del Presidio ospedaliero di (...) del 17 dicembre 2014 [doc. 49]), questo Tribunale non ritiene di potere conferire pieno valore probatorio alle valutazioni effettuate per l'autorità inferiore dal medico SMR, né per quanto attiene alle diagnosi con incidenza sulla capacità lavorativa, né in merito alla residua capacità lavorativa in attività sostitutive adeguate (cfr. rapporto finale del novembre 2015 [doc. 57] e avviso di marzo 2016 [doc. 66]), i dubbi al riguardo sollevati dal ricorrente essendo più che giustificati, per i motivi indicati più in dettaglio di seguito.

10.3.1 Per quel che concerne le affezioni ortopediche, dagli atti risulta che nella determinazione dei limiti funzionali e della residua (piena) capacità lavorativa in attività adeguate, il medico SMR, che peraltro non è uno specialista del ramo, si è fondato altresì sulla considerazione che dall'assenza di certificati attestanti l'esecuzione di interventi per curare l'ernia discale nonché di pareri di neurochirurghi, possa venir concluso per un rapido sviluppo positivo delle lombalgie (cfr. doc. 57, p. 3). Tuttavia, sulla base della documentazione medica agli atti, ed in particolare anche del certificato del dott. I. _____ del 17 dicembre 2014 – in cui lo specialista ha attestato

che il paziente da oltre un decennio presentava degli episodi ripetuti di blocco rachideo con irradiazione bilaterale del dolore e che tali patologie sono di tipo cronico e tendono a peggiorare con il tempo (doc. 28) – le valutazioni della del medico SMR, dott.ssa C. _____, non risultano condivisibili e convincenti, basandosi su mere speculazioni/congetture senza riscontri oggettivi, peraltro in contrasto con le valutazioni di tre medici che hanno visitato personalmente il paziente. Da questo profilo, non soccorre l'UAIE la generica affermazione del medico SMR che la determinazione che l'invalidità in Italia si basa su un sistema completamente diverso. In effetti, benché l'invalidità sia un concetto economico-giuridico e non medico, le certificazioni mediche possono costituire importanti elementi per apprezzare il danno invalidante e per determinare quali lavori siano ancora ragionevolmente esigibili (cfr. sentenza del TF 9C_790/2015 del 22 giugno 2016 consid. 6.2 con rinvii) e ciò anche se tali certificazioni mediche sono state redatte da un medico italiano. Questo Tribunale ritiene pertanto che tenuto conto del fatto che la valutazione sulla residua capacità lavorativa effettuata dal medico SMR relativamente ai problemi ortopedici è poco convincente e appare in contrasto con quanto indicato dai medici in Italia, l'accertamento dei fatti giuridicamente rilevanti appare insufficiente per permettere una conclusione consistente, nel senso della verosimiglianza preponderante, circa la residua capacità lavorativa in attività adeguate. Pertanto, risulta che l'autorità inferiore ha rinunciato a torto ad ordinare ulteriori approfondimenti ortopedici prima di emanare la decisione impugnata, conto tenuto pure del quadro clinico complesso che appare contraddistinguere il ricorrente sulla base della documentazione medica trasmessa.

10.3.2 Inoltre, le conclusioni del medico SMR non possono essere seguite neppure per quel che attiene il disturbo depressivo lamentato dall'insorgente. A tal proposito, con certificato del 18 gennaio 2016, il neurologo D. _____ ha constatato umore depresso polarizzato sulle proprie patologie, diagnosticando un disturbo depressivo reattivo a patologia organica (doc. 63). In seguito, pure il dott. L. _____, nella menzionata consulenza medico legale del 21 gennaio 2016 (con rinvio esplicito al certificato medico del 18 gennaio 2016 del dott. D. _____), ha rilevato che “il tono dell'umore appare notevolmente depresso in relazione al danno fisico subito in occasione di lavoro. Egli è incapace ad elaborare una qualsiasi forma di superamento della situazione attuale e di nuovo adattamento. Dal colloquio traspare uno stato ansioso e l'ideazione è polarizzata intorno a nuclei ideici del tipo patofobico”. A fronte delle diverse patologie ortopediche con una marcata componente algica di cui soffre l'assicurato e la constatazione da parte di due medici che lo hanno visitato di un tono

dell'umore depresso focalizzato sulle patologie da cui è afflitto e la conseguente limitazione delle risorse lavorative e socio-relazionali, il medico SMR non può essere seguito laddove ritiene ragionevole pensare che si tratti di un disturbo leggero unicamente perché parrebbe che l'assicurato non sia mai stato seguito da uno psichiatra, tale conclusione fondandosi nuovamente su generiche ed affrettate presunzioni fattuali inconsistenti dal momento che non trovano alcun riscontro oggettivo agli atti di causa. Pertanto, per potersi determinare in maniera esaustiva sull'evoluzione dello stato di salute dell'assicurato, ed in particolare sui limiti funzionali e la residua capacità lavorativa residua in attività sostitutive adattate, si imponeva pure una valutazione psichiatrica.

10.3.3 Alla complessità della fattispecie, si aggiunge poi anche una problematica neurologica, dal momento che nel già citato rapporto di consulenza medico legale di parte del dott. L. _____ è fatto riferimento a delle parestesie da ernia discale (doc. 62). Ora, non vi è chi non veda come non si possa prescindere dall'effettuazione di ulteriori accertamenti medici al riguardo da parte di uno specialista neurologo.

10.3.4 Infine, e contrariamente a quanto ritenuto dal medico SMR nella presa di posizione del 13 ottobre 2016, nell'incarto si trova invero un rapporto specialistico attestante una lieve insufficienza valvolare mitralica (cfr. il certificato datato 28 ottobre 2014 redatto dalla dott.ssa N. _____, cardiologa [doc. 25] e comunque il richiamo di una cardiopatia valvolare mitralica nel rapporto del dott. L. _____ del 21 gennaio 2016 [doc. 62]). Certo, il medico SMR indica che non essendo conosciuti episodi di scompenso cardiocircolatorio o altri sintomi in relazione ad una valvulopatia, sarebbe lecito ritenerle una forma leggera senza incidenza sulla capacità lavorativa. Tuttavia, lo stesso, anche dal profilo cardiologico, trae nuovamente conclusioni generiche ed imprecise sullo stato di salute del ricorrente, in base a presunzioni fattuali inconsistenti.

10.3.5 Le surriferite generiche ed imprecise valutazioni da parte del medico SMR sono incomprensibili ove solo si pensi che i medici italiani hanno più volte evidenziato la complessità della fattispecie in esame con interazioni tra le diverse patologie di cui soffre il ricorrente.

10.3.6 Stante le premesse, a giusto titolo il ricorrente ha fatto valere un accertamento insufficiente dei fatti giuridicamente rilevanti da parte dell'UAIE. In simili condizioni, non risulta possibile per questa Corte deter-

minarsi, con il grado della verosimiglianza preponderante valido nelle assicurazioni sociali, sullo stato di salute del ricorrente e sulla residua capacità lavorativa in attività sostitutive adeguate.

10.3.7 Basti ancora rilevare che secondo DTF 143 V 409 e 418 è corretto e conforme al sistema sottoporre ad una procedura probatoria strutturata secondo la DTF 141 V 281, in linea di principio, tutte le malattie psichiche. È infatti erroneo qualificare come leggera un'affezione, per il motivo che la diagnosi non richiede un grado di gravità e già solo per questa ragione negare ogni limitazione rilevante della capacità lavorativa. Ciò vale a maggior ragione ove solo si consideri che la distinzione tra disturbi somatoformi (137 V 210) oppure disturbi funzionali riconducibili a depressione crea spesso problemi in ambito peritale (DTF 143 V 409 consid 4.5). Peraltro, un tale procedimento è superfluo se l'incapacità lavorativa è negata sulla base di rapporti con forza probante allestiti da medici specialisti (si veda DTF 125 V 351) e se eventuali valutazioni contrarie non hanno valenza probatoria, perché i referti provengono da medici senza qualifica specialistica o perché vi sono altre ragioni (DTF 143 V 409 consid. 4.5).

10.3.8 È pertanto necessaria l'effettuazione di una perizia interdisciplinare con la presenza – oltre che di un cardiologo, di un neurologo, di un ortopedico e di uno psichiatra – anche di un reumatologo, sussistendo pure indizi circa la presenza di disturbi somatoformi ed essendo il ricorrente tutt'ora in trattamento per artrosi psoriasica del ginocchio sinistro con riduzione della locale funzionalità articolare (cfr. doc. 62).

11.

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 ed indicato completamento dell'istruttoria (con perizia interdisciplinare in ortopedia, reumatologia, cardiologia, psichiatria e neurologia), riservato ogni ulteriore esame che l'evoluzione nel tempo dello stato di salute dell'insorgente dovesse rendere necessario, ed emani una nuova decisione. Va peraltro precisato che la perizia interdisciplinare, da effettuarsi in Svizzera da parte di medici cogniti delle esigenze giurisprudenziali in materia, deve tener conto, in particolare, anche dell'eventuale effetto congiunto delle diverse patologie di cui è affetto il ricorrente. Infine, e benché irrilevante ai fini del presente giudizio, questo Tribunale segnala che il momento determinante per il raffronto dei redditi è quello in cui dovrebbe insorgere il diritto alla rendita, ragione per cui appare giustificata la censura del ricorrente secondo la quale il raffronto

dei redditi non andava effettuato nel caso di specie con riferimento ai dati economici relativi all'anno 2012 (DTF 129 V 222 consid. 4.1 con rinvii).

12.

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 dell'affezione di cui soffre sulla residua capacità lavorativa in attività sostitutive adeguate. 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, anche il consid. 10.3 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).

13. Occorre peraltro rilevare che nell'ambito dell'accertamento ancora da esperire dall'autorità inferiore, a seguito del rinvio degli atti di causa, non sussiste l'eventualità di una nuova decisione dell'UAIE a detrimento dell'insorgente (cfr., sulla questione, DTF 137 V 314 consid. 3.2.4), dal momento

che nella decisione impugnata del 7 aprile 2016 è stata respinta la domanda tendente all'ottenimento di prestazioni dell'assicurazione svizzera per l'invalidità formulata dal ricorrente.

14.

14.1 Visto l'esito del ricorso, non sono prelevate delle spese processuali (art. 63 PA). La domanda di assistenza giudiziaria, nel senso della dispensa dal versamento delle spese processuali (cfr. ricorso, pag. 11), è pertanto divenuta senza oggetto.

14.2 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. del regolamento del 21 febbraio 2008 sulle tasse e sulle spese ripetibili nelle cause dinanzi al Tribunale amministrativo federale [TS-TAF, RS 173.320.2]; cfr. pure DTF 137 V 57 consid. 2 secondo cui la parte che ha presentato ricorso in materia d'assegnazione o rifiuto di prestazioni assicurative è reputata vincente, dal profilo delle ripetibili, anche se la causa è rinviata all'amministrazione per complemento istruttorio e nuova decisione). L'ammontare di quest'ultime, in assenza di una nota dettagliata, è fissata d'ufficio (art. 14 cpv. 2 TS-TAF) in CHF 2'000.- tenuto conto del lavoro utile e necessario svolto dalla rappresentante del ricorrente (cfr., sulla questione, anche la sentenza del TAF C-4840/2016 del 9 febbraio 2018 consid. 16.2). 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 7 aprile 2016 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. La domanda di assistenza giudiziaria, nel senso della dispensa dal versamento delle spese processuali, è pertanto divenuta senza oggetto.

3.

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

4.

Comunicazione a:

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

Il presidente del collegio:

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 segg. e 100 LTF. Gli atti scritti devono contenere le conclusioni, i motivi e l'indicazione dei mezzi di prova ed essere firmati. La decisione impugnata e – se in possesso della parte ricorrente – i documenti indicati come mezzi di prova devono essere allegati (art. 42 LTF).

Data di spedizione: