



Corte III
C-3197/2018

Sentenza del 13 luglio 2020

Composizione

Giudici Vito Valenti (presidente del collegio),
Viktoria Helfenstein, Caroline Gehring,
cancelliera Anna Borner.

Parti

A. _____,
rappresentato dall'avv. Yves Flückiger,
ricorrente,

contro

**Ufficio dell'assicurazione per l'invalidità per gli
assicurati residenti all'estero (UAIE),**
Avenue Edmond-Vaucher 18, casella postale 3100,
1211 Ginevra 2,
autorità inferiore.

Oggetto

Assicurazione per l'invalidità, rendita limitata nel tempo (decisione del 27 aprile 2018).

Fatti:**A.**

A.a A. _____ (di seguito: interessato, insorgente, ricorrente), cittadino italiano, nato il (...), ha lavorato in Svizzera dal 21 agosto 2000, svolgendo l'attività di muratore, senza attestato di capacità, e solvendo contributi all'assicurazione svizzera per la vecchiaia, i superstiti e l'invalidità (doc. 14 pag. 51 dell'incarto dell'autorità inferiore, di seguito: doc. A 14 pag. 51 [questionario per il datore di lavoro, ripetuto in doc. A 17 pag. 59]).

A.b Ha interrotto l'attività lavorativa il 7 novembre 2015 a causa di "pluri-patologie: lombalgia da discopatia multipla in esiti discectomia; colica renale sinistra con pielonefrite; addominalgie residue aspecifiche" (doc. 3 pag. 3 dell'incarto della cassa malati, di seguito: doc. B 3 pag. 3 [rapporto intermedio LAMal redatto dal medico curante]).

A.c Con valutazione del 10 febbraio 2016 eseguita per conto dell'assicuratore malattia, il dott. B. _____, specialista in medicina interna, ha posto la diagnosi di "Cistite emorragica con pielonefrite in novembre 2015, successiva riacutizzazione di nota lombalgia ricorrente su alterazioni degenerative documentate alla RMN. Coesiste addominalgia ricorrente in attesa di colonscopia. L'esame clinico dimostra una mobilità lievemente ridotta del rachide L-S. Cambi di postura rallentati". Il dott. B. _____ ha quindi ritenuto medicalmente giustificata un'incapacità lavorativa totale nell'attività abituale di muratore a decorrere dal 7 novembre 2015. In attività leggera e rispettosa dei limiti funzionali ha ritenuto esservi una totale capacità lavorativa a decorrere dal 10 febbraio 2016 (data della visita medica, doc. B 5 pag. 8).

B.

B.a Il 13 aprile 2016, l'interessato ha formulato una domanda volta all'ottenimento di prestazioni dell'assicurazione svizzera per l'invalidità (doc. A 4 pag. 4).

B.b Dalle carte processuali risultano segnatamente i seguenti documenti medici:

- le RM del rachide dorsale e cervicale del 27 febbraio 2016 da cui sono emerse protrusioni dei dischi in D7/D8, D10/D11, C4/C5, C5/C6 e T1/T2 (cfr. doc. A 22 pag. 80 e 85);

- la visita medico fiduciaria specializzata del 17 maggio 2016 eseguita per conto dell'assicuratore malattia dal dott. C._____, medicina interna e reumatologia. Il menzionato specialista ha ritenuto nell'attività abituale un'incapacità lavorativa totale dal 7 novembre 2015 e, in attività adeguata leggera, un'incapacità lavorativa del 50% dal 12 maggio 2016 (data della visita medica, doc. B 8 pag. 13);
- la relazione clinica di dimissione del 10 giugno 2016, dalla quale emerge che il 6 giugno 2016 l'interessato ha subito un intervento di "artrodesi per via PL con viti peduncolari e barre (materiale RMN compatibile) L2-L3-L4-L5, laminectomia decompressiva di L2, L3 e L4" (doc. A 22 pag. 83 [ripetuto in doc. B 9 pag. 20 e doc. B 15 pag. 30]; cfr. doc. A 25 pag. 96 [annotazione SMR del 9 novembre 2016]);
- la perizia dell'8 aprile 2017 (visita medica del 4 aprile 2017) del dott. D._____, reumatologo, il quale ha concluso che nell'attività abituale di muratore l'interessato presenta un'incapacità lavorativa totale dal 7 novembre 2015. In un lavoro adatto rispettoso delle limitazioni funzionali ha ritenuto una capacità lavorativa totale dal 10 febbraio 2016, del 50% dal 12 maggio 2016, nulla dal 6 giugno 2016 (intervento chirurgico), ed infine totale dal 7 dicembre 2016 (6 mesi dopo l'intervento chirurgico; doc. A 41 pag. 125);
- la visita medico fiduciaria specializzata del 10 aprile 2017 del dott. C._____, medicina interna e reumatologia, il quale ha ritenuto nell'attività di muratore e in qualsiasi altra attività pesante un'incapacità lavorativa totale dal 7 novembre 2015, mentre in attività leggera rispettosa delle limitazioni funzionali ha ritenuto esservi una capacità lavorativa del 50% (intesa come riduzione della presenza) a decorrere dal 6 aprile 2017 (data della visita medica, doc. B 16 pag. 32 [ripetuto in doc. B 17 pag. 38]).

B.c Con rapporto finale del 14 aprile 2017, il dott. E._____ (specializzazione non nota), medico del Servizio medico regionale (SMR), ha ripreso le diagnosi e le valutazioni della capacità lavorativa ritenute dal perito reumatologo nella perizia dell'8 aprile 2017. Sono altresì state indicate le limitazioni funzionali dell'interessato (doc. A 42 pag. 138; cfr. anche annotazione del medico SMR del 9 agosto 2017 [doc. A 49 pag. 157]).

B.d Con rapporto complementare del 31 luglio 2017, il dott. C._____, medicina interna e reumatologia, sulla base di un referto TAC (referto di

data non nota e che non figura agli atti di causa), ha segnalato una possibile compressione del nervo in L4/L5 che potrebbe in parte spiegare i dolori accusati dall'interessato. Si è quindi riconfermato nella propria valutazione secondo cui l'interessato ha un'incapacità lavorativa totale nell'attività abituale di muratore e una capacità lavorativa al massimo del 50% in attività leggere (doc. B 17 pag. 37).

B.e Il 2 agosto 2017, il consulente in integrazione professionale ha considerato esigibili in misura completa attività semplici e ripetitive. Ha concluso che non vi erano i presupposti per la messa in atto di provvedimenti professionali sotto forma di riqualifica. Il consulente ha altresì segnalato che l'interessato avrebbe potuto chiedere un aiuto al collocamento e ritenuta conclusa "l'elaborazione della pratica" (doc. A 48 pag. 154).

B.f Sulla base del rapporto finale del SMR del 14 aprile 2017, della valutazione del consulente in integrazione professionale del 2 agosto 2017, nonché dell'annotazione del SMR del 9 agosto 2017, con progetto di decisione del 10 agosto 2017, l'UAIE ha prospettato il riconoscimento di una rendita intera (con grado d'invalidità del 100%) dal 1° novembre 2016 (al termine dell'anno di attesa) fino al 31 marzo 2017, ossia 3 mesi dopo il miglioramento dello stato di salute del 7 dicembre 2016 (doc. A 51 pag. 160).

B.g Con osservazioni del 21 settembre 2017, l'interessato si è opposto al menzionato progetto di decisione. Ha fatto valere un accertamento insufficiente dei fatti giuridicamente rilevanti. In particolare, ha osservato che la perizia reumatologica del dott. D. _____ non tiene conto dei diversi problemi che lo affliggono. Ha osservato inoltre che non è stata indagata la sindrome depressiva già segnalata dal medico fiduciario dell'assicuratore malattia. Ha quindi chiesto ulteriori accertamenti medici specialistici negli ambiti della neurochirurgia e della psichiatria. Ha altresì indicato che le attività adeguate e i relativi redditi non appaiono conseguibili (doc. A 58 pag. 171; cfr. anche doc. A 54 pag. 167 [procura]).

B.h Con complemento peritale del 9 ottobre 2017, il dott. D. _____, reumatologo, ha in particolare precisato di avere tenuto conto, per la propria valutazione di cui alla perizia dell'8 aprile 2017, dell'intero rachide, dei nervi e dei muscoli (doc. A 61 pag. 177; cfr. doc. A 59 pag. 175 [richiesta complemento peritale da parte del SMR]).

B.i Nella perizia del 5 dicembre 2017, le dott.sse F. _____ e G. _____, psichiatre e psicoterapeute del Centro peritale per le assicurazioni sociali (CPAS) hanno posto la diagnosi con ripercussioni sulla capacità lavorativa

di disturbo dell'adattamento con sintomi ansioso-depressivi (ICD 40 F43.22) e ritenuto un'incapacità lavorativa del 20% in qualsiasi attività lavorativa (intesa come riduzione del tempo) a decorrere da aprile 2017, ossia da quando il dott. C._____ ha menzionato fra le sue diagnosi una sindrome depressiva (doc. A 65 pag. 186).

B.j Con rapporto finale del 14 dicembre 2017, nonché con annotazione del 27 dicembre 2017, il dott. E._____, medico SMR, ha ripreso le incapacità lavorative attestate nella perizia reumatologica dell'8 aprile 2017 e nella perizia psichiatrica del 5 dicembre 2017. Sono altresì state indicate le limitazioni funzionali dell'interessato, nonché che lo stesso presenta ancora buone risorse spendibili nel libero mercato del lavoro (buona adattabilità ai contesti lavorativi, buone doti manuali utilizzabili in settori ove non siano richiesti grandi sforzi fisici). Infine, ha osservato che sono indicate misure di reinserimento professionale nel senso di un aiuto al collocamento mirato (doc. A 66 pag. 224 e doc. A 68 pag. 230).

B.k Sulla base del rapporto finale del 14 dicembre 2017, nonché sull'annotazione SMR del 27 dicembre 2017, con (nuovo) progetto di decisione del 5 gennaio 2018, l'UAIE ha prospettato il riconoscimento di una rendita intera dal 1° novembre 2016 (anno di attesa) con grado d'invalidità del 100% limitatamente fino al 31 marzo 2017 (3 mesi dopo il miglioramento dello stato di salute del 7 dicembre 2016 [doc. A 73 pag. 242]).

B.l Con osservazioni del 7 marzo 2018, l'interessato ha contestato il menzionato progetto di decisione. Si è riconfermato nelle allegazioni in fatto e in diritto di cui alle precedenti osservazioni del 21 settembre 2017. Ha allegato il rapporto della RMN della colonna cervicale del 26 gennaio 2018, nonché il certificato del 6 febbraio 2018 del dott. H._____, specialista in neurochirurgia, il quale riferisce anche di una cervicobrachialgia a sinistra cronicizzata associata a sindrome vertiginosa e senso di instabilità ricondotta a discopatia degenerativa in C5/C6 associata a osteofitosi con riduzione dei forami neurali. L'interessato ha altresì chiesto la messa in atto di misure di reinserimento professionale così come indicato nella perizia psichiatrica, ma scartate senza motivazione nel menzionato progetto di decisione. Inoltre, ha chiesto il riconoscimento di una deduzione giurisprudenziale pari al 25%. Ha quindi concluso al riconoscimento di una rendita intera a decorrere dal 1° novembre 2016 non limitata nel tempo (doc. A 79 pag. 255).

B.m Con annotazione del 9 aprile 2018, il medico del SMR ha ritenuto che la documentazione trasmessa dall'interessato non apporta alcun nuovo elemento che non sia già stato constatato e valutato (doc. A 83 pag. 270).

B.n Con decisione del 27 aprile 2018, l'UAIE ha riconosciuto all'interessato il diritto di percepire una rendita intera dal 1° novembre 2016 (termine dell'anno di attesa) al 31 marzo 2017 (3 mesi dopo il miglioramento dello stato di salute del 7 dicembre 2016), nonché le rendite per due figlie legate alla rendita del padre, conto tenuto di un grado d'invalidità del 100%. Secondo l'autorità inferiore, sulla base degli accertamenti medici eseguiti, l'interessato presenta, nell'attività abituale di muratore, un'incapacità lavorativa totale dal 7 novembre 2015 e continua, mentre in attività adeguata rispettosa delle limitazioni funzionali, presenta un'incapacità lavorativa totale dal 7 novembre 2015, nulla dal 10 febbraio 2016, del 50% dal 12 maggio 2016, del 100% dal 6 giugno 2016, nulla dal 7 dicembre 2016 e infine del 20% dall'aprile 2017 (incapacità lavorative intese come riduzione della presenza). In particolare, l'autorità inferiore ha osservato che nonostante un'incapacità lavorativa del 20% in qualsiasi attività per motivi psichiatrici, l'interessato non raggiunge un grado d'invalidità pensionabile. L'amministrazione ha pure negato il diritto a provvedimenti per una riqualifica professionale, ma ha segnalato la disponibilità, previa domanda, per un aiuto al collocamento (doc. A 84 pag. 271; cfr. anche doc. A 70 pag. 232 e doc. A 71 pag. 236 [fogli di calcolo]).

C.

C.a Il 30 maggio 2018, l'interessato ha interposto ricorso dinanzi al Tribunale amministrativo federale (TAF) contro la decisione del 27 aprile 2018, mediante il quale ha chiesto, in via principale, il riconoscimento di una rendita intera, nonché delle rendite per figlie, dal 1° novembre 2016 non limitata nel tempo, e, in via subordinata, il rinvio degli atti all'autorità inferiore per ulteriori accertamenti. L'insorgente ha fatto valere un accertamento insufficiente dei fatti giuridicamente rilevanti con riferimento al preteso, ma non dimostrato, miglioramento del suo stato di salute il 7 dicembre 2016. Tale miglioramento sarebbe smentito sia dalle varie indagini eseguite dal Servizio sanitario nazionale italiano rispettivamente da specialisti cui è stato inviato. Mancherebbero in particolare rapporti specialistici in ambito neurologico/neurochirurgico. Inoltre, l'autorità inferiore non avrebbe saputo motivare l'asserita, e contestata, residua capacità lavorativa e/o le attività adeguate ed esigibili rispettivamente la necessità di provvedimenti integrativi. Il ricorrente contesta anche la determinazione dei salari di riferimento presi in considerazione, che dovrebbero piuttosto riferirsi al mercato del

lavoro in Italia, conto tenuto della sua cittadinanza, della sua residenza e dell'assenza di permessi di lavoro in Svizzera dopo il licenziamento nel 2016 (doc. TAF 1 e allegati).

C.b Con versamento del 12 giugno 2018, l'insorgente ha corrisposto fr. 800.- a copertura del richiesto anticipo sulle presumibili spese processuali (doc. TAF 4).

C.c Con risposta del 10 agosto 2018, l'autorità inferiore ha proposto la reiezione del ricorso e la conferma della decisione impugnata conformemente all'allegato preavviso dell'Ufficio dell'assicurazione invalidità del Cantone I. _____ (Ufficio AI) del 7 agosto 2018, il quale si fonda a sua volta sul complemento peritale del dott. D. _____ del 20 luglio 2018 e sull'annotazione del medico SMR del 23 luglio 2018 ivi allegati. Detto Ufficio ha in particolare osservato che l'aspetto medico è stato sufficientemente acclarato e valutato. Inoltre, la documentazione medica trasmessa in fase ricorsuale riporta le affezioni già note al momento dell'effettuazione della perizia reumatologica e non apporta alcun nuovo elemento atto a determinare una diversa valutazione della fattispecie. Per quanto attiene all'aspetto economico, l'amministrazione si è riconfermata nei calcoli eseguiti per determinare il grado d'invalidità di cui alla decisione impugnata e ha altresì indicato che il consulente in integrazione professionale, nel rapporto del 2 agosto 2017, ha indicato sussistere attività esigibili sul mercato del lavoro (doc. TAF 8 e allegati).

C.d Nella replica del 14 settembre 2018, il ricorrente si è riconfermato nelle allegazioni in fatto e in diritto di cui al ricorso. Ha rinviato alla valutazione del neurochirurgo dott. H. _____, intervenuto anche operativamente nel caso concreto, che chiarisce e documenta le affezioni degenerative presenti, ma anche la situazione complessa della schiena (dell'insorgente stesso). Non così l'approccio estremamente limitativo fatto dal dott. D. _____, il quale non essendo un neurochirurgo, ma un reumatologo, si è giocoforza limitato a dare un suo parere riguardo alle patologie di sua competenza. Peraltro, detto perito, che realizzerebbe una parte importante del suo fatturato annuo grazie ai mandati che gli provengono dall'Istituto delle assicurazioni sociali (IAS) nemmeno potrebbe ritenersi un perito indipendente e neutrale. Anche la valutazione psichiatrica della dott.ssa F. _____ non reggerebbe appieno ad una seria critica, ritenuto che ometterebbe di considerare che il dolore è un sintomo accompagnatore dei processi degenerativi o di malattie degenerative. Detta specialista avrebbe

però ritenuto, contrariamente a quanto poi deciso dall'autorità inferiore, siccome fortemente indicate delle misure di reintegrazione professionale (doc. TAF 10).

C.e Con duplica del 31 ottobre 2018, l'UAIE, conformemente all'allegato preavviso dell'Ufficio AI del 22 ottobre 2018, ha riproposto la reiezione del ricorso e la conferma della decisione impugnata. Quanto all'indipendenza del dott. D._____, l'amministrazione ha osservato che si tratta di un motivo sollevato tardivamente solo in sede ricorsuale (con la replica), fermo restando che per nota giurisprudenza del Tribunale federale non è dato un motivo di ricusa di un perito per il solo fatto che egli sia economicamente dipendente dal mandante oppure che svolga incarichi per l'amministrazione (citata fra l'altro la sentenza del TF 9C_44/2014 dell'11 febbraio 2014). Quanto alle competenze specialistiche del dott. D._____, il Tribunale federale ha già precisato che per formazione ed esperienza lavorativa il reumatologo dispone di mezzi per valutare in modo adeguato e completo affezioni dell'apparato muscolo-scheletrico (citata la sentenza del TF 9C_965/2008 del 23 dicembre 2009 consid. 4.2). Quanto alla censura riguardante la mancata applicazione di misure professionali, l'amministrazione ha rinviato al rapporto del servizio integrazione professionale del 2 agosto 2017, nel quale è indicata la possibilità di ricevere un aiuto al collocamento. Per il resto, l'autorità inferiore ha rinviato a quanto già indicato nella decisione impugnata e nella risposta al ricorso (doc. TAF 12 e allegato).

C.f Con osservazioni alla duplica del 4 gennaio 2019, l'insorgente si è riconfermato nelle allegazioni, contestazioni e domande (doc. TAF 14).

C.g Copia delle menzionate osservazioni alla duplica è stata trasmessa per conoscenza all'autorità inferiore con provvedimento dell'8 gennaio 2019 (doc. TAF 15).

C.h Il 9 ottobre 2019, il ricorrente ha sollecitato l'evasione del gravame (doc. TAF 16). Il 31 ottobre 2019, questo Tribunale gli ha comunicato che avrebbe pronunciato la sentenza il più rapidamente possibile, fermo restando che di principio avrebbe dato priorità all'evasione delle cause ancora pendenti dinanzi al TAF inoltrate anteriormente alla sua (doc. TAF 17).

Diritto:**1.**

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

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

1.3 In virtù dell'art. 3 lett. d^{bis} PA, la procedura in materia di assicurazioni sociali non è disciplinata dalla PA nella misura in cui è applicabile la 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 dalle decisioni e avente un interesse degno di protezione al loro annullamento o alla loro 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. Inoltre, con versamento del 12 giugno 2018 (doc. TAF 4), il ricorrente ha tempestivamente corrisposto il richiesto anticipo di fr. 800.- a copertura delle presumibili spese processuali (art. 21 cpv. 3 e 63 cpv. 4 PA).

1.5 Va peraltro precisato che nel caso di specie è oggetto del litigio anche l'assegnazione della rendita intera dell'assicurazione svizzera per l'invalidità dal 1° novembre 2016 al 31 marzo 2017. In effetti, secondo costante giurisprudenza, assegnando retroattivamente una rendita degressiva e/o limitata nel tempo, l'autorità amministrativa disciplina un rapporto giuridico suscettibile, in caso di contestazione, di essere oggetto della lite e dell'impugnativa. Qualora sia contestata solo la riduzione o la soppressione delle prestazioni, il potere cognitivo del giudice non è dunque limitato nel senso che egli debba astenersi dallo statuire circa i periodi per i quali il riconoscimento di prestazioni non è contestato, e ciò indipendentemente dal fatto che la rendita degressiva e/o limitata nel tempo sia stata accordata da parte dell'amministrazione mediante una sola decisione o più decisioni separate (cfr. su questo punto DTF 131 V 164 consid. 2, segnatamente 2.3.2, con

rinvii; v. pure sentenze del TAF C-3164/2017 del 14 novembre 2019 consid. 1.5, C-3859/2016 del 22 maggio 2017 consid. 7 e C-6248/2011 del 25 luglio 2012 consid. 10 con rinvii).

2.

2.1 Il ricorrente è cittadino di uno Stato membro della Comunità europea, è domiciliato in tale Stato (l'Italia) e sussiste un nesso transfrontaliero (DTF 143 V 81, in particolare consid. 8.1), 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 eu-

ropeo 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 sono applicabili le disposizioni in vigore al momento della realizzazione dello stato di fatto che deve essere valutato giuridicamente o che produce conseguenze giuridiche (DTF 136 V 24 consid. 4.3; 130 V 445 consid. 1.2 con rinvii; 129 V 1 consid. 1.2). Se è intervenuto un cambiamento delle norme legislative nel corso del periodo sottoposto ad esame giudiziario, il diritto eventuale alle prestazioni si determina secondo le vecchie disposizioni per il periodo anteriore e secondo le nuove a partire dalla loro entrata in vigore (applicazione *pro rata temporis*; DTF 130 V 445).

3.2 Giova altresì rilevare che il potere cognitivo di questo Tribunale è delimitato dalla data della decisione impugnata, in concreto il 27 aprile 2018. Il giudice delle assicurazioni sociali esamina infatti la decisione impugnata sulla base della situazione di fatto esistente al momento in cui essa è stata resa (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; 121 V 362 consid. 1b), in altri termini se gli stessi sono strettamente connessi all'oggetto litigioso e se sono suscettibili di influire sull'apprezzamento del giudice al momento in cui detta decisione litigiosa è stata resa (cfr. sentenze del TF 8C_278/2011 del 26 luglio 2011 consid. 5.5; 9C_116/2010 del 20 aprile 2010 consid. 3.2.2; DTF 118 V 200 consid. 3a *in fine*; nonché cfr., fra le tante, la sentenza del TAF C-1916/2017 del 4 dicembre 2019 consid. 3.3 con rinvii).

4.

In via preliminare, occorre esaminare la violazione del diritto di essere sentito sollevata dal ricorrente. Il ricorrente rimprovera infatti all'autorità inferiore di non avere spiegato il motivo per cui è stata esclusa l'applicazione di provvedimenti integrativi e di non avere indicato quali siano le attività adeguate ritenute esigibili (carente motivazione della decisione impugnata; cfr. consid. 4.1 del presente giudizio). L'insorgente ha altresì messo in discussione l'indipendenza e la neutralità del dott. D. _____, perito reumatologo incaricato dall'autorità inferiore di esperire una perizia reumatologica nella presente fattispecie (cfr. consid. 4.2 della presente sentenza).

4.1

4.1.1 Ai sensi dell'art. 29 cpv. 2 Cost., le parti hanno diritto d'essere sentite. Per costante giurisprudenza, dal diritto di essere sentito deve essere dedotto il diritto per l'interessato di esprimersi su tutti i punti essenziali di un procedimento prima della resa di una decisione sfavorevole nei suoi confronti (DTF 133 I 270 consid. 3.1; 126 I 15 consid. 2a/aa; 124 I 49 consid. 3a), quello di fornire prove circa i fatti suscettibili di influire sul provvedimento, quello di poter prendere visione dell'incarto, quello di partecipare all'assunzione delle prove, di prenderne conoscenza e di determinarsi al riguardo (DTF 132 V 368 consid. 3.1 con rinvii).

4.1.2 Essendo il diritto di essere sentito una garanzia costituzionale formale, la sua violazione implica l'annullamento della decisione impugnata, a prescindere dalle possibilità di successo nel merito (DTF 132 V 387 consid. 5.1). Ai sensi della giurisprudenza, una violazione del diritto di essere sentito – segnatamente nella misura in cui essa non sia di particolare momento – è da ritenersi sanata qualora l'interessato abbia la facoltà di esprimersi innanzi ad un'autorità di ricorso che gode di piena cognizione. La sanatoria di un eventuale vizio deve comunque avvenire solo in via eccezionale (cfr. sentenza del TF 9C_469/2011 del 18 giugno 2012 consid. 4.2).

4.1.3 Il diritto di essere sentito di cui all'art. 29 cpv. 2 Cost. comprende anche l'obbligo per l'autorità di motivare le proprie decisioni. Tale obbligo ha lo scopo, da un lato, di porre la persona interessata nelle condizioni di comprendere le ragioni poste a fondamento del provvedimento, di rendersi conto della sua portata e di poterlo impugnare con cognizione di causa, e, dall'altro lato, di permettere all'autorità di ricorso di esaminarne la fondatezza. Ciò non significa tuttavia che l'autorità è tenuta a pronunciarsi in modo esplicito ed esaustivo su tutte le argomentazioni addotte; essa si può infatti occupare delle sole circostanze rilevanti per il giudizio, e meglio atte

ad influire sulla decisione (DTF 129 I 232 consid. 3.2; 126 I 15 consid. 2a/aa; 125 II 369 consid. 2c; 122 IV 8 consid. 2c).

4.1.4 In considerazione del fatto che, come richiesto dal ricorrente in via subordinata, la decisione impugnata deve essere annullata e gli atti di causa rinviati all'autorità inferiore perché abbia ad approfondire la fattispecie ed emanare una nuova decisione di merito in materia di revisione, la questione di sapere se la decisione impugnata abbia leso il diritto di essere sentito del ricorrente (carente motivazione della decisione impugnata) può essere lasciata indecisa.

4.2

4.2.1 Oltre alle garanzie di cui all'art. 29 cpv. 2 Cost., il diritto dell'interessato di collaborare all'espletamento di una perizia medica durante l'istruttoria nell'ambito delle assicurazioni sociali è regolata all'art. 44 LPGa. Quest'articolo prevede che se per chiarire i fatti l'assicuratore deve far ricorso ai servizi di un perito indipendente, ne comunica il nome alla parte (prima frase). Essa può ricusare il perito per motivi fondati e presentare controproposte (seconda frase; cfr. anche DTF 132 V 376 e sentenze del TAF C-2464/2017 del 7 febbraio 2019 consid. 5 e C-6439/2013 del 17 novembre 2016 consid. 4.1.1).

4.2.2 Mediante la DTF 137 V 210, il Tribunale federale ha modificato la giurisprudenza in relazione alle formalità necessarie in caso di allestimento di una perizia specialistica. In particolare sono stati potenziati i diritti di partecipazione degli interessati. In caso di disaccordo tra le parti sull'allestimento di una perizia medica, l'UAIE è tenuto a rendere una decisione incidentale suscettibile, a determinate condizioni, di essere impugnata dinanzi al Tribunale amministrativo federale (DTF 137 V 210, segnatamente consid. 3.4.2.6). Secondo giurisprudenza (DTF 138 V 271 consid. 1.1), allorché è stato designato un centro peritale, la persona assicurata può fare valere dinanzi al Tribunale amministrativo federale, oltre alla ricusa dei periti, delle obiezioni materiali contro l'effettuazione della perizia in quanto tale (per esempio perché si tratterebbe di un'inutile seconda opinione), contro la natura e la portata della perizia (per esempio riguardo alla scelta delle discipline mediche) o contro determinati periti designati (per esempio per quanto attiene alla loro competenza specialistica; cfr. anche sentenze del TAF C-4424/2018 del 25 marzo 2019 consid. 3.5 e C-2464/2017 del 7 febbraio 2019 consid. 5.3). Inoltre, le esigenze dello stato di diritto di cui alla DTF 137 V 210 sono applicabili per analogia alle perizie mediche mono- e bidisciplinari (DTF 139 V 349 consid. 3-5).

4.2.3 Nella replica del 14 settembre 2018, l'insorgente ha messo in dubbio l'indipendenza, l'imparzialità e la neutralità del dott. D._____. L'insorgente ritiene infatti che il menzionato perito, che realizzerebbe parte del suo fatturato grazie ai mandati ricevuti da parte dell'Istituto delle assicurazioni sociali (IAS), non può essere ritenuto un perito indipendente e neutrale. Ora, secondo costante giurisprudenza del Tribunale federale, un motivo formale di ricusa non è dato allorquando un perito sia economicamente dipendente dall'AI, poiché un siffatto motivo di ricusa non si realizza già con lo svolgimento di compiti per l'amministrazione, ma solo in caso di prevenzione personale (DTF 137 V 210 consid. 1.3.3 con rinvii; cfr. pure sentenza del TF 9C_44/2014 dell'11 febbraio 2014). Il Tribunale federale ha altresì precisato che il fatto che un ufficio AI ricorra regolarmente ai servizi di un esperto, così come il volume degli onorari così generati, non sono degli elementi costitutivi di apparenza di prevenzione personale (sentenza del TF 9C_410/2019 del 18 maggio 2020 consid. 5.2 con rinvii). Ad ogni buon conto, e sempre secondo costante prassi del Tribunale federale, un rifiuto formale di un perito non può di regola fondarsi su circostanze strutturali (DTF 138 V 271 consid. 1.1 nonché 2.2 con rinvii). Il ricorrente non fornisce alcun elemento pertinente e atto a creare dei dubbi quanto all'imparzialità dell'esperto in reumatologia e pertanto la sua censura deve essere respinta.

4.2.4 Peraltro, con scritto del 13 marzo 2017, l'Ufficio AI ha comunicato al ricorrente la data e il luogo in cui sarebbe stata esperita la perizia, l'ambito della medicina in cui questa sarebbe stata eseguita (reumatologia), il nome dell'esperto, nonché una lista delle domande che sarebbero state sottoposte al perito. Ha inoltre informato l'insorgente del diritto di formulare ulteriori domande e l'ha invitato a trasmettere obiezioni fondate contro il tipo di accertamento, il tipo di disciplina così come eventualmente contro il nome del perito prescelto entro il 26 marzo 2017 (cfr. doc. A 39 pag. 120 e doc. A 40 pag. 123). Questo Tribunale osserva in particolare che il menzionato scritto del 13 marzo 2017 è stato trasmesso direttamente al ricorrente (e non al suo rappresentante) in quanto a quel momento ancora era sprovvisto di un rappresentante (cfr. procura del 30 agosto 2017, doc. A 54 pag. 167). L'insorgente non ha altresì reagito allo scritto del 13 marzo 2017 e non ha fatto valere alcun motivo di rikusazione contro il dott. D._____. Inoltre, in seguito all'espletamento della perizia reumatologica, il ricorrente (per il tramite del suo rappresentante) ha potuto esprimersi sugli esiti della perizia reumatologica del dott. D._____ (cfr. doc. A 56 pag. 169 [il 1° settembre 2017 l'Ufficio AI ha trasmesso copia dell'incarto al rappresentante del ricorrente] e doc. A 58 pag. 171 [osservazioni al progetto di decisione]). Pertanto, e da questo profilo, questo Tribunale non ravvisa alcuna violazione

del diritto di essere sentito, segnatamente dei diritti di partecipazione di cui alla DTF 137 V 210.

5.

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

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

Il ricorrente adempie in ogni caso la condizione della durata minima di contribuzione, avendo pagato contributi per più di tre anni, fermo restando che ha versato all'assicurazione svizzera per la vecchiaia, i superstiti e l'invalidità contributi per più di un anno (cfr. doc. A 14 pag. 51 [questionario per il datore di lavoro, ripetuto in doc. A 17 pag. 59]).

6.

6.1 L'invalidità ai sensi della LPGA e della LAI è l'incapacità al guadagno totale o parziale presumibilmente permanente o di lunga durata che può essere conseguente ad infermità congenita, malattia o infortunio (art. 8 LPGA e 4 cpv. 1 LAI).

6.2 Secondo l'art. 7 LPGA, è considerata incapacità al guadagno la perdita, totale o parziale, della possibilità di guadagno sul mercato del lavoro equilibrato che entra in considerazione, provocata da un danno alla salute fisica, mentale o psichica e che perdura dopo aver sottoposto l'assicurato alle cure ed alle misure d'integrazione ragionevolmente esigibili. In caso d'incapacità al lavoro di lunga durata, possono essere prese in considerazione anche le mansioni esigibili in un'altra professione o campo d'attività (art. 6 LPGA).

6.3 Giusta l'art. 28 cpv. 2 LAI, l'assicurato ha diritto ad un quarto di rendita se è invalido per almeno il 40%, ad una mezza rendita se è invalido per almeno il 50%, a tre quarti di rendita se è invalido per almeno il 60% e ad una rendita intera se è invalido per almeno il 70%.

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

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

6.6 L'assicurazione svizzera per l'invalidità risarcisce pertanto, e di principio, soltanto la perdita economica che deriva da un danno alla salute fisica o psichica dovuto a malattia o infortunio, non la malattia o la conseguente incapacità lavorativa (cfr., fra le tante, la sentenza del TAF C-3196/2017 dell'11 settembre 2019 consid. 4.6).

7.

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

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

su richiesta, aumentata, diminuita o soppressa se le condizioni che l'hanno giustificata hanno subito una notevole modifica.

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

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

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

8.

8.1 Il giudice delle assicurazioni sociali deve esaminare in maniera obiettiva tutti i mezzi di prova, indipendentemente dalla loro provenienza, e poi decidere se i documenti messi a disposizione permettono di giungere ad un giudizio attendibile sulle pretese giuridiche litigiose. Affinché il giudizio medico acquisti valore di prova rilevante, esso deve essere completo in merito ai temi sollevati, deve fondarsi, in piena conoscenza della pregressa situazione valetudinaria (anamnesi), su esami approfonditi e tenere conto delle censure sollevate dal paziente, per poi giungere in maniera chiara a

fondate, logiche e motivate deduzioni. Peraltro, per stabilire se un rapporto medico ha valore di prova non è determinante né la sua origine né la sua denominazione – ad esempio quale perizia o rapporto – ma il suo contenuto (DTF 140 V 356 consid. 3.1 e DTF 125 V 351 consid. 3).

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

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

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

8.5 In presenza di rapporti medici contraddittori il giudice non può evadere la vertenza senza valutare l'intero materiale e indicare i motivi per cui si fonda su un rapporto piuttosto che su un altro. Al riguardo va tuttavia precisato che non si può pretendere dal giudice che raffronti i diversi pareri medici e parimenti esponga correttamente da un punto di vista medico,

come farebbe un perito, i punti in cui si evidenziano delle carenze e quale sia l'opinione più adeguata (sentenza del TF 8C_556/2010 del 24 gennaio 2011 consid. 7.2).

8.6 Va ancora rilevato che in linea di principio (DTF 143 V 418 e DTF 143 V 409), tutte le malattie psichiche devono soggiacere a una procedura probatoria strutturata secondo la DTF 141 V 281. La DTF 141 V 218 consid. 4.3.1.3 deve essere intesa nel senso che i disturbi, indipendentemente dalla loro diagnosi, possono rientrare in una comorbidità giuridicamente rilevante, se nel caso concreto può essere loro attribuito un effetto ostacolante sulle risorse (consid. 8.1). Questa nuova giurisprudenza è applicabile a tutti i casi ancora pendenti al momento della modifica della prassi (cfr. sentenza del TF 8C_453/2019 del 3 febbraio 2020 consid. 3.3 con rinvio). Peraltro, ogni valutazione peritale, anche alla luce della DTF 141 V 281, soggiace – entro i limiti indicati dalla più recente giurisprudenza del Tribunale federale – al libero apprezzamento dell'amministrazione e, in sede ricorsuale, del Tribunale. In assenza di una valutazione peritale *lege artis* rispondente ai criteri della DTF 143 V 418 (in combinazione con la DTF 141 V 281), sussiste un valido motivo – per l'amministrazione rispettivamente per il Tribunale – per scostarsi dalla valutazione peritale medesima, senza incorrere in un illegittimo esame giuridico parallelo (DTF 145 V 361 consid. 4, in particolare 4.3, con rinvii).

8.7 Giova altresì rammentare che le condizioni (art. 17 LPGA) e gli effetti temporali (art. 88a OAI) della riduzione o soppressione di una rendita in caso di prima assegnazione retroattiva decrescente o temporanea si valutano in analogia all'ipotesi di revisione (DTF 131 V 164; 125 V 413 consid. 2d). Pertanto, una riduzione o soppressione può essere adottata quando le circostanze di fatto (di natura valetudinaria e/o economica) rilevanti per il diritto alla rendita si sono modificate in maniera considerevole (DTF 130 V 343 consid. 3.5). Occorre inoltre soggiungere che secondo il principio dell'onere probatorio materiale, la situazione giuridica precedente deve permanere se una modifica rilevante della fattispecie non è dimostrabile con il grado di verosimiglianza preponderante (cfr. sentenza del TF 9C_158/2012 del 5 aprile 2013 consid. 3 con rinvii).

8.8 Una valutazione medica completa, comprensibile e concludente che, considerata a sé stante in occasione di un'unica (prima) valutazione del diritto alla rendita, andrebbe ritenuta probante, non assurge a prova attendibile in caso di revisione – o come in concreto di assegnazione retroattiva di una rendita decrescente – se non attesta in modo sufficiente in che modo rispettivamente in che misura ha avuto luogo un effettivo cambiamento

nello stato di salute. Sono tuttavia riservati i casi evidenti. Dalla perizia deve quindi emergere chiaramente che i fatti con cui viene motivata la modifica sono nuovi o che i fatti preesistenti si sono modificati sostanzialmente per quanto riguarda la loro natura rispettivamente la loro entità. L'accertamento di una modifica dei fatti è in particolare sufficientemente comprovata se i periti descrivono quali aspetti concreti nell'evoluzione della malattia e nell'andamento dell'incapacità lavorativa hanno condotto alla nuova valutazione diagnostica e alla stima dell'entità dei disturbi (cfr. sentenze del TF 9C_244/2017 del 26 ottobre 2017 e 9C_158/2012 del 5 aprile 2013 consid. 4 con rinvii). L'amministrazione sopporta l'onere della prova dell'intervenuto (evocato) miglioramento dello stato di salute dell'assicurato (9C_158/2012 del 5 aprile 2013 consid. 6.2 *in fine*).

9.

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

9.1 È incontestato – né appare esservi motivo per questo Tribunale di intervenire d'ufficio – che la rendita intera accordata al ricorrente a decorrere dal 1° novembre 2016 fino al 31 marzo 2017 è legittimata e giustificata e resta acquisita (fermo restando che il diritto alla rendita sorge dopo un anno di attesa [segnatamente nella presente fattispecie nel novembre del 2016] e benché la decisione del 27 aprile 2018 debba essere annullata per i motivi di cui si dirà di seguito, senza possibilità di una nuova decisione dell'UAIE a detrimento dell'insorgente già solo in considerazione delle patologie reumatologiche ritenute [cfr., su questo punto, consid. 11.3 del presente giudizio]). Essa è fondata su sufficiente documentazione medico specialistica e una convincente valutazione – da questo profilo – delle conseguenti incapacità lavorative. In sostanza, già solo a seguito delle patologie reumatologiche rilevate dal perito reumatologo nella sua perizia dell'8 aprile 2017 (doc. A 41 pag. 125) – ossia “a) sindrome cervicovertebrale parzialmente cervicospondilogenica cronica a sinistra, in: 1) alterazioni degenerative plurisegmentali del rachide cervicale (estrusione discale mediana-paramediana bilaterale dei dischi C4/C5 e C5/C6), 2) disturbi statici del rachide (ipercifosi della dorsale alta con protrazione del capo), 3) decondizionamento e sbilancio muscolare; b) sindrome lombospondilogenica cronica a sinistra, in: 1) discopatie plurisegmentali lombari, 2) esiti da asportazione di recidiva di ernia discale lombare L4/L5 a sinistra con foraminotomia a sinistra il 16 settembre 1997, 3) esiti da asportazione di ernia discale L4/L5 a sinistra recidiva, nel 2008, 4) esiti da artrodesi per via PL con viti peduncolari e barre L2-L3-L4-L5, laminectomia decompressiva di L2, L3 ed L4, il 6 giugno 2016, 5) disturbi statici della rachide (ipercifosi

della dorsale alta con protrazione del capo, appiattimento della colonna dorsale intermedia, caudale e della colonna lombare), 6) decondizionamento e sbilancio muscolare, 7) sindrome fibromialgica generalizzata, 8) obesità (peso: 93,1 kg / statura: 175,5 cm)”, è stata legittimamente ritenuta per l’insorgente un’incapacità lavorativa totale in qualsiasi attività lavorativa dal 6 giugno 2016 (data dell’intervento chirurgico) al 7 dicembre 2016. In particolare, questo Tribunale osserva che è stata ritenuta da tutti gli esperti coinvolti, segnatamente dal dott. B._____, dal dott. C._____, dal dott. D._____, nonché dal medico SMR, nell’attività abituale di muratore, un’incapacità lavorativa totale dal 7 novembre 2015 e continua. Per contro, e per quanto riguarda la valutazione della capacità lavorativa in attività adeguate leggere e rispettose delle limitazioni funzionali, questo Tribunale osserva che nella perizia dell’8 aprile 2017 il dott. D._____ ha ripreso le conclusioni del dott. B._____ di cui alla valutazione del 10 febbraio 2016 (segnatamente una capacità lavorativa totale dal 10 febbraio 2016) e del dott. C._____ di cui al rapporto della visita medico fiduciaria del 17 maggio 2016 (segnatamente del 50% dal 12 maggio 2016). Il peggioramento della capacità lavorativa in attività adeguate leggere (segnatamente il passaggio da una totale capacità lavorativa dal 10 febbraio 2016 a una capacità lavorativa del 50% dal 17 maggio 2016) può essere riconducibile alla presenza di protrusioni dei dischi in C4/C5 e C5/C6 risultate alla RMN del rachide cervicale del 27 febbraio 2016, ossia eseguite posteriormente alla valutazione del dott. B._____ del 10 febbraio 2016 (e fermo restando che far risalire l’incapacità lavorativa del 50% in attività leggere attestata dal dott. C._____ alla data di tale referto – ossia il 27 febbraio 2016 – anziché al 12 maggio 2016 non ha alcuna rilevanza nella presente fattispecie [l’anno d’attesa scadendo nel novembre 2016]). Con complemento peritale del 9 ottobre 2017 (doc. A 61 pag. 177), il perito reumatologo ha confermato la propria valutazione, la quale è stata ripresa nei rapporti finali SMR del 14 aprile 2017 e del 14 dicembre 2017.

9.2 Tali attestate incapacità lavorative comportano sicuramente il riconoscimento, da parte dell’assicurazione per l’invalidità svizzera, di una rendita intera dal 1° novembre 2016 (ossia trascorso un anno d’attesa) al 31 marzo 2017 (ossia 3 mesi dopo il miglioramento del 7 dicembre 2016 evocato nella perizia reumatologica dell’8 aprile 2017).

9.3 Per quanto attiene invece al diritto ad un’eventuale rendita dopo il 31 marzo 2017, si rileva che gli atti di causa non consentono di condividere la conclusione cui è giunta l’autorità inferiore.

9.3.1 In merito al miglioramento dello stato di salute del ricorrente che sarebbe intervenuto il 7 dicembre 2016 (ossia sei mesi dopo l'intervento chirurgico del 6 giugno 2016), questo Tribunale rileva che non è stato spiegato dal perito dott. D. _____ in modo chiaro e convincente – né nella perizia reumatologica dell'8 aprile 2017, né nei suoi complementi del 9 ottobre 2017 e del 20 luglio 2018 (quest'ultimo allegato al doc. TAF 8) – in cosa sarebbe consistito tale miglioramento che avrebbe comportato il passaggio da un'incapacità lavorativa totale a una nulla in attività adeguata leggera rispettosa dei limiti funzionali. Informazioni conclusive al riguardo non sono reperibili neppure nei rapporti finali SMR del 14 aprile 2017 e del 14 dicembre 2017 o nelle annotazioni del medico SMR del 27 dicembre 2017, del 9 aprile 2018 e del 23 luglio 2018 (quest'ultima allegata al doc. TAF 8). Inoltre, questo Tribunale osserva che la valutazione del dott. D. _____ non convince anche per quanto riguarda le diagnosi attestate dal perito medesimo (peraltro il perito reumatologo non ha fatto nella sua diagnosi una distinzione tra affezioni con o senza incidenza sulla residua capacità lavorativa). Infatti, questo Tribunale osserva che nel rapporto della visita medico fiduciaria specializzata del 17 maggio 2016, eseguita per conto dell'assicuratore malattia, il dott. C. _____, specialista in medicina interna e reumatologia, è stata segnalata la necessità di completare la diagnostica mediante una valutazione reumatologica con l'esecuzione pure di una RM delle sacro-iliache al fine di ricercare una sacro-ileite bilaterale e determinare l'HLA-B27 al fine di poter valutare la possibile presenza di una spondartrite sieronegativa, in particolare artrite reattiva (cfr. doc. B 8 pag. 13, in particolare pag. 16 e 18). Al riguardo, questo Tribunale osserva che dagli atti di cui all'incarto non appare essere stata eseguita alcuna RM delle sacro-iliache, né che sia stato determinato l'HLA-B27, fermo restando che non è stato indicato da alcun esperto in reumatologia che una tale patologia (segnatamente la spondartrite sieronegativa, in particolare artrite reattiva) non avrebbe potuto avere un'incidenza sulla residua capacità lavorativa dell'insorgente. Questo Tribunale ritiene che, conto tenuto di quanto precede, l'accertamento dei fatti dal profilo reumatologico deve pertanto ritenersi carente.

9.3.2 Questo Tribunale osserva che non può neanche essere ritenuto, secondo la verosimiglianza preponderante valida nelle assicurazioni sociali, che il ricorrente ha, nelle attività sostitutive leggere, una capacità lavorativa del 50% a decorrere dal 6 aprile 2017, così come ritenuto dal dott. C. _____ nel suo rapporto del 10 aprile 2017 (cfr. doc. B 16 pag. 32). Infatti, e a prescindere dal fatto che il dott. C. _____ ha indicato fra le diagnosi con influsso sulla capacità lavorativa pure delle patologie che esu-

lano dal suo campo di specializzazione (segnatamente la sindrome depressiva su/con iniziale componente psico-somatica), nel menzionato rapporto del 10 aprile 2017 è stata formulata una valutazione al momento della visita (ossia il 6 aprile 2017), ma non è stata fornita alcuna indicazione quanto alla capacità lavorativa dell'insorgente nel periodo intercorso dal rapporto 17 maggio 2016 al rapporto del 10 aprile 2017, periodo che è stato in particolare caratterizzato dall'intervento chirurgico di artrodesi del 6 giugno 2016. In altre parole, la valutazione del dott. C._____ non ha tenuto conto del comprovato peggioramento dello stato di salute del ricorrente dovuto all'intervento chirurgico e non ha quindi spiegato in modo chiaro e convincente quale modifica dello stato di salute dell'insorgente avrebbe (poi) comportato un miglioramento e perché tale miglioramento giustificerebbe una capacità lavorativa del 50% in attività sostitutive leggere a decorrere dal 6 aprile 2017. Indicazioni chiare al riguardo non sono riscontrabili nemmeno nel suo seguente parere/complemento del 31 luglio 2017 (doc. B 17 pag. 37). Ne discende che nemmeno alla valutazione del dott. C._____ può essere riconosciuto pieno potere probatorio e l'istruttoria dell'autorità inferiore si rileva pertanto carente.

9.4 Occorre altresì rilevare che dall'incarto dell'autorità inferiore emerge della documentazione di data anteriore alla decisione impugnata che fornisce concreti indizi circa la sussistenza di affezioni neurologiche suscettibili di incidere sulla residua capacità lavorativa del ricorrente (anche in attività adeguate leggere rispettose delle limitazioni funzionali) e che non sono state sufficientemente acclamate, segnatamente mediante una perizia neurologica. Questo Tribunale osserva infatti che dalla documentazione medica di cui agli atti emergono la presenza di una possibile compressione del nervo in L4/L5 (cfr. parere/complemento del 31 luglio 2017 del dott. C._____ [doc. B 17 pag. 37]), di una modesta protrusione dell'anello in sede mediana-paramediana bilateralmente a livello D1/D2 (cfr. RM della colonna cervicale del 27 febbraio 2016 [doc. A 22 pag. 85]), di una protrusione discale in sede mediana-paramediana bilateralmente del disco D7/D8 e di una protrusione discale mediana-paramediana bilaterale dell'anello con lieve prevalenza sul versante di destra in D10/D11 (cfr. RM della colonna dorsale del 27 febbraio 2016 [doc. A 22 pag. 80]), nonché di un'ernia dorsale soffice in D10/D11 e di discopatie degenerative in D1/D2, D2/D3 e D7/D8 (cfr. il rapporto dell'ambulatorio di chirurgia vertebrale del 22 maggio 2018 del dott. H._____, specialista in neurochirurgia, in cui viene fatto riferimento a una RMN dorsale del 4 aprile 2018 [dunque di data anteriore alla decisione impegnata; rapporto allegato al doc. TAF 1]). Conto tenuto dell'insieme delle circostanze del caso di specie e segnatamente dei dolori di cui soffre il ricorrente, questo Tribunale ritiene che i menzionati

referti medici giustificavano (e giustificano) l'assunzione anche di una perizia neurologica. Ne consegue che l'istruttoria dell'autorità inferiore si rileva carente anche dal profilo neurologico, risultando del tutto assente una valutazione eseguita da un perito in tale ambito, fermo restando che il dott. H._____, neurochirurgo, che ha visitato l'interessato, si è limitato ad escludere la possibilità per l'insorgente di fare lavori pesanti, ma non si è pronunciato quanto a un'eventuale (in)capacità lavorativa in attività adeguate leggere.

9.5 Per quanto attiene al profilo psichiatrico, dal consulto peritale psichiatrico del 5 dicembre 2017 eseguito dalle dott.sse F._____ e G._____, psichiatre e psicoterapeute del Centro peritale per le assicurazioni sociali (CPAS; doc. A 65 pag. 186), risulta la diagnosi con influsso sulla capacità lavorativa di "disturbo dell'adattamento con sintomi ansioso-depressivi (ICD 40 F43.22)". Tale diagnosi comporta, secondo le esperte psichiatriche, un'incapacità lavorativa del 20% in qualsiasi attività a decorrere dall'aprile 2017 (intesa come riduzione del tempo), ossia da quando il dott. C._____ ha segnalato una sindrome depressiva tra le sue diagnosi. Questo Tribunale osserva che la perizia psichiatrica del 5 dicembre 2017 si basa su due colloqui svolti il 23 e il 30 novembre 2017 (della durata di 80 e rispettivamente 75 minuti) e sulla documentazione messa a disposizione dall'autorità inferiore, tra cui in particolare anche la perizia reumatologica dell'8 aprile 2017 e il suo complemento del 9 ottobre 2017. Il rapporto peritale comporta l'introduzione, l'anamnesi del ricorrente (familiare e primo sviluppo, socio-relazionale, lavorativa, nonché psicopatologica), l'esame clinico secondo AMDP-System, una valutazione psicodiagnostica, la descrizione della giornata, le informazioni da parte di terzi, la diagnosi, la discussione, la descrizione delle risorse e dei deficit (secondo lo schema MINI ICF – APP), nonché le conclusioni quanto alle conseguenze sulla capacità lavorativa e il momento in cui queste sono insorte. Tale perizia è completa, priva di contraddizioni e risponde inoltre ai requisiti posti dalla giurisprudenza in ambito di disturbi da dolore somatoforme oppure di un'affezione psicosomatica assimilata a quest'ultimi, nel senso che è stata eseguita una procedura probatoria strutturata. La perizia psichiatrica infatti, conto tenuto che è stata posta una diagnosi psichiatrica con influsso sulla capacità lavorativa dell'insorgente (disturbo dell'adattamento con sintomi ansioso-depressivi), risponde a un esame sulla base di una visione d'insieme, nell'ambito di una procedura d'accertamento dei fatti normativa strutturata atta a stabilire, da un lato, i fattori invalidanti e, dall'altro lato, le risorse della persona. Le perite hanno infatti posto una diagnosi psichiatrica e valutato la conseguenza di questa patologia sulla capacità lavorativa

dell'insorgente conto tenuto della comorbidità, della personalità, delle risorse, del contesto sociale, nonché della limitazione che questa affezione psichiatrica può avere in tutti gli ambiti della vita e della sofferenza dimostrata dall'insorgente medesimo all'idea di una ripresa lavorativa. Alla perizia psichiatrica può pertanto essere riconosciuto (se presa isolatamente) pieno valore probatorio e non vi è pertanto motivo per questo Tribunale di scostarsi dalla valutazione espressa dalle perite psichiatriche quanto allo stato di salute del ricorrente e alla sua conseguenza sulla capacità lavorativa fino alla data della decisione impugnata.

10.

Per conseguenza, la decisione impugnata del 27 aprile 2018 – che viola il diritto federale (accertamento insufficiente dei fatti giuridicamente rilevanti dal profilo medico) – deve essere annullata. Giova altresì ancora rilevare che in considerazione dell'esito della lite, le ulteriori censure sollevate dal ricorrente, segnatamente quella sulla valutazione economica e sul diritto a provvedimenti di reinserimento professionali, possono restare indecise, l'autorità inferiore dovendo nuovamente pronunciarsi sul caso.

11.

11.1 Quando il TAF annulla una decisione, esso può sostituirsi all'autorità inferiore e giudicare direttamente nel merito o rinviare la causa, con istruzioni vincolanti, all'autorità inferiore per un nuovo giudizio. In particolare, esso si sostituirà all'autorità inferiore se gli atti sono completi e comunque sufficienti a statuire sull'applicazione del diritto federale (cfr. sentenza del TAF C-3196/2017 dell'11 settembre 2019 consid. 10.1 con rinvio). Tale non è il caso nella presente fattispecie per i motivi precedentemente indicati. Gli atti di causa sono pertanto rinviati all'autorità inferiore affinché la stessa proceda a completare l'accertamento dei fatti giuridicamente rilevanti con riferimento allo stato di salute del ricorrente, segnatamente con una perizia interdisciplinare, da svolgersi in Svizzera (cfr. sentenza del TAF C-3196/2017 dell'11 settembre 2019 consid. 10.2), in ambito reumatologico, neurologico e psichiatrico (non essendo sufficiente nel caso di specie esaminare le affezioni mediante perizie isolate [cfr. sulla necessità dell'esperimento di una perizia interdisciplinare, tanto più in presenza, come nel caso di specie, di una comorbidità psichiatrica, DTF 137 I 327 consid. 7.3, 132 V 65 consid. 4.3 con rinvii; sentenza del TF 9C_235/2013 del 10 settembre 2013 consid. 3.2, nonché sentenze del TAF C-1193/2017 del 23 gennaio 2020 consid. 8.2 e C-3196/2017 dell'11 settembre 2019 consid. 8.4 con rinvii]) e con ogni ulteriore esame che l'evoluzione nel tempo dello stato di

salute del ricorrente dovesse rendere ancora necessario, nonché a pronunciare una nuova decisione.

11.2 Peraltro, e in siffatte circostanze, 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 (che avrebbero già dovuto essere esperiti prima dell'emanazione della decisione impugnata), non era, né è, possibile determinarsi con cognizione di causa, ed il necessario grado della verosimiglianza preponderante, sullo stato di salute del ricorrente e sull'incidenza delle affezioni di cui soffre sulla residua capacità lavorativa nell'attività abituale e in attività sostitutive adeguate. In particolare, un rinvio all'autorità inferiore si giustifica, dal profilo delle garanzie procedurali (segnatamente quello della doppia istanza con piena cognizione) nei casi in cui, come nella fattispecie, è richiesto un complemento peritale indispensabile per potersi determinare nel caso in esame con cognizione di causa (DTF 137 V 2010 consid. 4.4.1.4) e che peraltro l'autorità inferiore avrebbe già dovuto richiedere prima di emanare la decisione impugnata, gli elementi per dover agire in tal senso essendo già noti prima dell'emanazione della decisione impugnata. 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 [cfr. anche sentenza del TAF C-1722/2015 del 16 gennaio 2019 consid. 11.2 con rinvii]).

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

e nell'ambito della nuova procedura dinnanzi all'autorità inferiore, la rendita intera accordata al ricorrente dal 1° novembre 2016 al 31 marzo 2017 riconducibile alle sole patologie reumatologiche rilevate nella perizia reumatologica dell'8 aprile 2017 ha da ritenersi siccome già acquisita, la stessa non essendo stata contestata e risultando giustificata (cfr. consid. 9.1 del presente giudizio). A seguito della presente sentenza, resta aperta solo la questione di sapere se gli ulteriori accertamenti sulla residua capacità lavorativa giustificano, contrariamente a quanto ritenuto nella decisione impugnata, l'attribuzione di una rendita anche dopo il 31 marzo 2017 (cfr., al riguardo, sentenze del TAF C-1316/2014 del 13 marzo 2018 consid. 12.3 e C-2736/2014 dell'8 dicembre 2017 consid. 14.3).

12.

12.1 Visto l'esito della causa, non sono prelevate delle spese processuali (art. 63 PA). L'anticipo equivalente alle presunte spese processuali di fr. 800.-, versato il 12 giugno 2018, sarà restituito al ricorrente allorquando il presente giudizio sarà cresciuto 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. 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 fissato d'ufficio (art. 14 cpv. 2 TS-TAF) in fr. 2'800.- (compresi i disborsi ed esclusa l'imposta sull'IVA [cfr., fra le tante, sentenza del TAF C-4/2019 del 26 settembre 2019 consid. 6.9 con rinvii]), 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 impugnata del 27 aprile 2018 é annullata e gli atti di causa sono rinviati all'UAIE affinché proceda al completamento dell'istruttoria e alla pronuncia di una nuova decisione ai sensi dei considerandi.

2.

Non si prelevano spese processuali. L'anticipo di fr. 800.-, corrisposto il 12 giugno 2018, sarà restituito al ricorrente dopo la crescita in giudicato della presente sentenza.

3.

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

4.

Comunicazione a:

- rappresentante del ricorrente (Atto giudiziario)
- autorità inferiore (n. di rif.; Raccomandata)
- Ufficio federale delle assicurazioni sociali (Raccomandata)

Il presidente del collegio:

La cancelliera:

Vito Valenti

Anna Borner

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 notifica, nella misura in cui sono adempiute le condizioni di cui agli art. 82 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: