



---

Corte III  
C-490/2020

## **Sentenza del 21 ottobre 2021**

---

Composizione

Giudici Vito Valenti (presidente del collegio),  
Beat Weber, Caroline Bissegger,  
cancelliera Anna Borner.

---

Parti

A. \_\_\_\_\_,  
ricorrente,

contro

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

---

Oggetto

Assicurazione per l'invalidità, domanda di rendita (decisione  
del 9 gennaio 2020).

**Fatti:****A.**

**A.a** Il 5 aprile 2013, l'Ufficio dell'assicurazione invalidità del Cantone B.\_\_\_\_\_ (di seguito: Ufficio AI-B.\_\_\_\_\_) ha respinto la domanda tendente all'ottenimento di una rendita d'invalidità formulata il 12 maggio 2011 da A.\_\_\_\_\_ (di seguito: interessato, ricorrente o insorgente), cittadino italiano nato il (...), da ultimo attivo in qualità di magazziniere/operaio addetto al confezionamento di pacchi (doc. 85 e doc. 108). Nella perizia interdisciplinare del 3 gennaio 2013 (doc. 101) – la quale raccoglie i pareri di esperti in medicina interna, psichiatria, nefrologia e reumatologia – e nella presa di posizione del 5 aprile 2013 del Servizio medico regionale (di seguito: SMR; doc. 109), sono state poste le diagnosi con influsso sulla capacità lavorativa di 1) sindrome da dolore lombovertebrale cronico (ICD-10 M54.5): chiara modifica degenerativa della colonna vertebrale lombare, nessun indizio di complicazione neurologica o di altre specifiche malattie alla colonna vertebrale e presenza di fattori sfavorevoli: adiposità marcata, ernia addominale sinistra dopo lobotomia nel gennaio del 2010; e di 2) disturbi addominali diffusi DD funzionalità condizionata (ICD-10 R10.4): sospetto di colon irritabile (ICD-10 K58.9), ernia inguinale sinistra (ICD-10 K40.9) ed ernia addominale. Erano state altresì indicate numerose patologie senza ripercussioni sulla capacità lavorativa che saranno indicate di seguito (cfr. consid. 8.1). A causa di tali affezioni, è stata ritenuta un'incapacità lavorativa totale in qualsiasi attività dal 17 dicembre 2009 al 30 aprile 2010, mentre, dal 1° maggio 2010, è stata ritenuta un'incapacità lavorativa totale in attività pesanti rispettivamente una capacità lavorativa del 30% in attività medio/pesanti e del 100% in attività leggere non sollecitanti il rachide. Nella presa di posizione del 5 aprile 2013 del SMR è stato altresì ritenuto che l'attività abituale di operaio addetto al confezionamento di pacchi era da ritenere quale attività leggera perché prevedeva il sollevamento di pesi fino a 10 kg al massimo.

**A.b** Nella decisione del 5 aprile 2013, l'Ufficio AI-B.\_\_\_\_\_ ha quindi ritenuto un'incapacità lavorativa totale dal 17 dicembre 2009 al 30 aprile 2010, che l'attività abituale leggera era esercitabile in misura completa dal 1° maggio 2010 e che non era pertanto adempiuta la condizione di un'incapacità lavorativa almeno del 40% in media durante un anno senza notevole interruzione. Tale decisione è cresciuta incontestata in giudicato.

**A.c** Il 23 maggio 2013, l'interessato si è trasferito in Italia (doc. 12).

**B.**

**B.a** Il 23 marzo 2018, l'interessato ha presentato – dinanzi all'Ufficio dell'assicurazione per l'invalidità per gli assicurati residenti all'estero (di seguito: UAIE o autorità inferiore), per il tramite dell'Istituto nazionale di previdenza sociale (di seguito: INPS) – una seconda domanda tendente all'ottenimento di prestazioni dell'assicurazione svizzera per l'invalidità (doc. 10 e doc. 14).

**B.b** Nel corso dell'istruttoria, l'autorità inferiore ha assunto agli atti diversa documentazione medica, in particolare:

- i referti degli esami per affezioni alle spalle, all'addome, alla colonna lombosacrale, nonché cardio-respiratorie di data intercorrente dal 20 novembre 2013 al 16 luglio 2018 (doc. 16 [ripetuto in doc. 57], doc. 17 [ripetuto in doc. 56], doc. 18 [ripetuto in doc. 58 e in doc. 169], doc. 19 [ripetuto in doc. 60], doc. 29 [ripetuto in doc. 179], doc. 30 [ripetuto in doc. 65 e in doc. 167], doc. 37, doc. 50, doc. 51, doc. 52, doc. 53, doc. 54, doc. 55 [ripetuto in doc. 184] e doc. 59);
- i certificati dell'ambulatorio di reumatologia di data intercorrente dal 14 novembre 2016 al 12 giugno 2017 (doc. 26 [ripetuto in doc. 42], doc. 27 [ripetuto in doc. 40] e doc. 28 [ripetuto in doc. 41]);
- la relazione di consulenza medico legale del 29 aprile 2017 redatta dal dott. C.\_\_\_\_\_, specialista in reumatologia, per l'udienza del 6 agosto 2017 presso il Tribunale di D.\_\_\_\_\_, sezione lavoro (doc. 36);
- l'esito degli esami dell'ambulatorio di diabetologia del 13 aprile 2018 (doc. 25 [ripetuto in doc. 61 e in doc. 182]);
- la perizia medica particolareggiata E 213 del 17 aprile 2018 (doc. 15); nonché
- il certificato dell'ambulatorio di ortopedia del 26 giugno 2018 (doc. 62 [ripetuto in doc. 168]).

**B.c** Con presa di posizione dell'11 gennaio 2019, la dott.ssa E.\_\_\_\_\_, medico del SMR specialista in medicina generale, ha ritenuto che la documentazione medica prodotta dall'interessato non ha reso plausibile una modifica dello stato di salute suscettibile di modificare il diritto alla rendita (doc. 136). Il 7 febbraio 2019, la dott.ssa E.\_\_\_\_\_ ha altresì osservato

che solo il certificato dell'agosto 2017 menziona una psicopatologia e che la perizia medica particolareggiata E 213 dell'aprile 2018 attesta unicamente un'eutimia; non ha quindi ritenuto necessario l'esame della fattispecie da parte di uno specialista in psichiatria (doc. 140).

**B.d** Consultata al fine di avere una seconda opinione (cfr. doc. 141 e doc. 142), nelle prese di posizione del 14 febbraio 2019 (doc. 143) e del 21 febbraio 2019 (doc. 145), la dott.ssa F.\_\_\_\_\_, medico del Servizio medico dell'UAIE specialista in medicina interna e generale, ha posto la diagnosi principale di insufficienza respiratoria d'origine mista (BPCO e sindrome restrittiva) con ossigenoterapia dal 7 novembre 2017, nonché le diagnosi associate con ripercussioni sulla capacità lavorativa di spondilodiscoartrosi lombosacrale (10 novembre 2016), nefrectomia a sinistra per tumore maligno (17 dicembre 2009, in remissione completa), enteropatia calcificante bilaterale della cuffia dei rotatori con rottura parziale del sovraspinale destro (20 novembre 2013), artrosi acromio-clavicolare sinistra (13 agosto 2016) e periartrite scapolo-omerale bilaterale (13 agosto 2016). Quali diagnosi associate senza ripercussioni sulla capacità lavorativa ha indicato gonartrosi bilaterale (6 marzo 2017), fibromialgia, obesità morbida (44 kg/m<sup>2</sup>), diabete di tipo II non insulino dipendente, ernia addominale e cura d'idrocele sinistro (21 ottobre 2015). La dott.ssa F.\_\_\_\_\_ ha ritenuto un'incapacità lavorativa totale nell'attività abituale (leggera) di magazziniere, la quale non può più essere esercitata a causa dell'ossigenoterapia in atto dal 7 novembre 2017, e una capacità lavorativa totale, sempre dal 7 novembre 2017, in attività leggere rispettose dei limiti funzionali. La dott.ssa F.\_\_\_\_\_ ha altresì precisato che nella presente fattispecie non si è in presenza di una sindrome senza patogenesi né eziologia chiara e senza constatazioni di deficit organico (cfr. doc. 145 pag. 4). Dal punto di vista psichiatrico ha condiviso le conclusioni della collega dott.ssa E.\_\_\_\_\_ secondo cui non vi sono affezioni psichiatriche suscettibili di influenzare la capacità lavorativa dell'interessato che debbano essere esaminate da un esperto psichiatrico.

**B.e** Con progetto di decisione del 2 aprile 2019, l'UAIE ha prospettato all'interessato il respingimento della domanda di rendita, conto tenuto di un'incapacità lavorativa totale nell'attività abituale di magazziniere e di una capacità lavorativa totale in attività leggere rispettose dei limiti funzionali. Dal confronto dei redditi effettuato dall'autorità inferiore è risultato un grado d'invalidità del 22%, insufficiente per l'erogazione di una rendita. È stato altresì precisato che le decisioni della previdenza sociale estera non vincolano l'assicurazione invalidità svizzera (doc. 149; cfr. anche doc. 148 [foglio di calcolo]).

**B.f** L'interessato ha quindi trasmesso all'autorità inferiore la relazione medica del 16 aprile 2019 del dott. C. \_\_\_\_\_, specialista in reumatologia, secondo cui l'interessato è "inabile a qualsiasi lavoro proficuo al 100% in maniera assoluta e inemendabile" (doc. 152 pag. 1). Ha altresì trasmesso alcune pagine della relazione di consulenza medico legale del 29 aprile 2017 per l'udienza del 6 agosto 2017 presso il Tribunale di D. \_\_\_\_\_ già agli atti (doc. 151). Il 20 maggio 2019, l'interessato ha formalmente contestato il menzionato progetto di decisione (doc. 155).

**B.g** Con presa di posizione del 23 maggio 2019 del Servizio medico dell'UAIE è stata ritenuta la necessità di fare esperire – presso l'INPS – ulteriori accertamenti a causa delle nuove diagnosi di radicolopatie L5-S1 e di neuropatia nel quadro di un diabete mellito insulino dipendente (doc. 157 e doc. 158). Il 25 settembre 2019, l'INPS ha trasmesso all'autorità inferiore diversa documentazione medica di data intercorrente dal 13 agosto 2016 al 12 settembre 2019 (cfr. doc. da 165 a 186), in particolare:

- il referto degli esami radiologici, RM della colonna lombosacrale del 9 gennaio 2019 (doc. 170) e i certificati dell'ambulatorio di reumatologia dell'8 febbraio 2019 (doc. 176) e dell'11 aprile 2019 (doc. 175);
- i risultati degli esami dell'emoglobina glicata del 7 agosto 2019 (doc. 174);
- i certificati delle visite neurologiche dell'8 e del 9 agosto 2019 (doc. 173); e
- la perizia medica particolareggiata E 213 del 12 settembre 2019 (doc. 165).

**B.h** Sulla base della presa di posizione del 28 ottobre 2019 della dott. F. \_\_\_\_\_ – la quale ha segnatamente ritenuto che lo stato di salute dell'interessato permane invariato in rapporto alla propria presa di posizione del 21 febbraio 2019 (doc. 189) – con (un secondo) progetto di decisione del 6 novembre 2019, l'autorità inferiore ha prospettato il respingimento della domanda di rendita sulla base delle medesime motivazioni di cui al precedente progetto di decisione del 2 aprile 2019 (doc. 190).

**B.i** Con decisione del 9 gennaio 2020, l'UAIE ha quindi respinto la domanda dell'interessato tendente all'ottenimento di una rendita d'invalidità

svizzera. Secondo l'autorità inferiore, tenuto conto di un'incapacità lavorativa totale nell'attività abituale e di una capacità lavorativa totale in attività leggere rispettose dei limiti funzionali, consegue un grado d'invalidità del 22%, insufficiente per il riconoscimento di una rendita d'invalidità secondo la legislazione svizzera (doc. 192).

### **C.**

**C.a** Il 18 gennaio 2020 (cfr. timbro postale), l'interessato ha interposto ricorso dinanzi al Tribunale amministrativo federale (di seguito: TAF o Tribunale) contro la decisione del 9 gennaio 2020, mediante il quale ha fatto sostanzialmente valere un accertamento insufficiente dei fatti giuridicamente rilevanti. Si è doluto di un esame della fattispecie da parte di medici che non dispongono delle specializzazioni nelle patologie di cui è affetto. Ha quindi chiesto il riconoscimento di una rendita. Al ricorso ha allegato il referto della RX del bacino e delle anche del 29 ottobre 2018, il certificato dell'ambulatorio di reumatologia del 18 settembre 2019, nonché il referto della RM alla spalla sinistra del 19 dicembre 2019. Ha altresì allegato altra documentazione medica già agli atti (doc. TAF 1 e allegati).

**C.b** Con versamento del 4 marzo 2020, l'insorgente ha corrisposto fr. 800.- a copertura del richiesto anticipo sulle presumibili spese processuali (doc. TAF 4).

**C.c** Con risposta al ricorso del 9 aprile 2020, l'autorità inferiore ha proposto la reiezione del ricorso e la conferma della decisione impugnata. Sulla base della presa di posizione del 31 marzo 2020 del proprio Servizio medico, l'UAIE ha osservato che le affezioni menzionate nella documentazione medica trasmessa con il ricorso sono note e sono già state prese in considerazione. Pertanto, non è stato presentato alcun elemento oggettivo atto a modificare la valutazione della fattispecie. L'autorità inferiore ha altresì ribadito che il riconoscimento da parte di un'autorità straniera di un assegno d'invalidità civile non vincola di principio l'assicurazione svizzera per l'invalidità, tale "valutazione estera" fondandosi su un sistema diverso da quello svizzero (doc. TAF 6 e allegati).

**C.d** Nella replica del 19 maggio 2020 (cfr. timbro postale), il ricorrente ha sostanzialmente fatto valere le medesime argomentazioni in fatto e in diritto di cui al ricorso. Ha altresì allegato il referto dell'ambulatorio di reumatologia del 10 febbraio 2020, nonché il piano terapeutico (compilato a mano e di difficile lettura; doc. TAF 8 e allegati).

**C.e** Con provvedimento del 28 maggio 2020, questo Tribunale ha trasmesso all'autorità inferiore per conoscenza l'atto di replica nonché gli allegati documenti (doc. TAF 9).

## **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<sup>bis</sup> 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<sup>bis</sup> e 28-70), sempre che la LAI non deroghi alla LPGGA.

**1.4** Presentato da una parte direttamente toccata dalla decisione impugnata 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. Inoltre, con versamento del 4 marzo 2020 (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).

### **2.**

**2.1** Il ricorrente è cittadino di uno Stato membro della Comunità europea, è domiciliato in tale Stato (Italia) e sussiste un nesso transfrontaliero (DTF 143 V 354 consid. 4, 143 V 81, in particolare consid. 8.1, nonché 141 V 521 consid. 4.3.2), per cui è applicabile, di principio, l'ALC (RS 0.142.112.681).

**2.2** L'allegato II è stato modificato con effetto al 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 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 9 gennaio 2020. 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, sentenza del TAF C-1916/2017 del 4 dicembre 2019 consid. 3.3 con rinvii).

### 4.

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

- essere invalido ai sensi della LPGa e della LAI (art. 8 LPGa nonché art. 4, 28 e 28a LAI);
- 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 dei contributi per più di un anno (cfr. doc. 5 [ripetuto in doc. 68; attestato E 205 CH] e doc. 35 [ripetuto in doc. 88 e doc. 103; estratto CI]).

## **5.**

Dal momento che è entrata nel merito della seconda domanda di rendita presentata dall'insorgente, all'autorità inferiore incombeva, in analogia ad una revisione ai sensi dell'art. 17 LPGA, di esaminare se tra la situazione esistente al momento dell'ultima decisione cresciuta in giudicato che è stato oggetto di un esame materiale del diritto alla rendita, nel caso di specie la decisione del 5 aprile 2013, e la situazione al momento dell'emana-zione della decisione qui impugnata, del 9 gennaio 2020, è intervenuta una significativa modifica del grado d'invalidità (cfr. sentenze del TF 9C\_421/2014 del 21 luglio 2014 consid. 3 e 9C\_418/2010 del 29 agosto 2011 consid. 4.2 e 4.3).

## **6.**

**6.1** Secondo l'art. 17 LPGA, 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.

**6.2** Giusta l'art. 87 cpv. 1 OAI, la revisione avviene d'ufficio quando, in pre-visione di una possibile modifica importante del grado d'invalidità o della grande invalidità oppure del bisogno di assistenza o di aiuto dovuto all'in-validità è stato stabilito un termine al momento della fissazione della ren-dita, 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 invali-dità oppure del bisogno di assistenza o di aiuto dovuto all'invalidità (lett. b).

**6.3** L'art. 88a cpv. 1 OAI prevede che se la capacità al guadagno dell'assi-curato 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.**

**7.1** Il giudice delle assicurazioni sociali deve esaminare in maniera obiettiva tutti i mezzi di prova, indipendentemente dalla loro provenienza, e poi decidere se i documenti messi a disposizione permettono di giungere ad un giudizio attendibile sulle pretese giuridiche litigiose. Affinché il giudizio medico acquisti valore di prova rilevante, esso deve essere completo in merito ai temi sollevati, deve fondarsi, in piena conoscenza della pregressa situazione valetudinaria (anamnesi), su esami approfonditi e tenere conto delle censure sollevate dal paziente, per poi giungere in maniera chiara a fondate, logiche e motivate deduzioni. Peraltro, per stabilire se un rapporto medico ha valore di prova non è determinante né la sua origine né la sua denominazione – ad esempio quale perizia o rapporto – ma il suo contenuto (DTF 140 V 356 consid. 3.1 e DTF 125 V 351 consid. 3).

**7.2** Secondo costante giurisprudenza, i referti affidati dagli organi dell'amministrazione a medici esterni oppure a un servizio specializzato indipendente che fondano le proprie conclusioni su esami e osservazioni approfondite, dopo avere preso conoscenza dell'incarto, e che giungono a risultati concludenti, dispongono di forza probatoria piena, a meno che non vi siano indizi concreti atti a mettere in dubbio la loro affidabilità (DTF 137 V 210 consid. 6.2.4; 134 V 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]).

**7.3** 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).

**7.4** 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).

**7.5** 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.**

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

**8.1** Questo Tribunale rileva che il 5 aprile 2013, momento in cui è stata respinta la prima domanda di rendita dell'assicurazione svizzera per l'invalidità, sono state poste quali diagnosi con influsso sulla capacità lavorativa di 1) sindrome da dolore lombovertebrale cronico (ICD-10 M54.5): chiara modifica degenerativa della colonna vertebrale lombare, nessun indizio di complicazione neurologica o di altre specifiche malattie alla colonna vertebrale e presenza di fattori sfavorevoli: adiposità marcata, ernia addominale sinistra dopo lobotomia nel gennaio del 2010; e di 2) disturbi addominali diffusi DD funzionalità condizionata (ICD-10 R10.4): sospetto di colon irritabile (ICD-10 K58.9), ernia inguinale sinistra (ICD-10 K40.9) ed ernia addominale. Quali diagnosi senza ripercussioni sulla capacità lavorativa erano state indicate 1) disturbo da elaborazione del dolore (interpretazione dei sintomi [ICD-10 F54]; 2) stato dopo carcinoma al rene sinistro pT2, eNO, cMo, RO: stato dopo nefrectomia tumorale sinistra con cucitura alla fine del pancreas il 20 gennaio 2010, con lesione intra-operativa della fine del pancreas; CT torace e addome del 10 gennaio 2012: modesta proporzione, nessun indizio di recidiva, metastasi; leggera insufficienza renale stadio 2 secondo K-DOQI; 3) adiposità, BMI 39 Kg/m<sup>2</sup> (ICD-10 E66.0); 4)

sospetto di ipertonia arteriosa (ICD-10 I10.V); 5) pneumopatia di non chiara eziologia: in anamnesi broncopneumopatia cronica ostruttiva (BPCO) Gold Stadio I (ICD-10 J44.9); disturbo ventilatorio restrittivo leggero; abuso di nicotina continuato, 30py (ICD-10 F17.1); 6) ipotiroidismo latente (ICD-10 E03.9; CT dell'11 gennaio 2012); 7) stato dopo operazione della sindrome del tunnel carpale e di una sindrome sulcus ulnare sinistra nel marzo 2011 e destra nel marzo 2012 (ICD-10 G56.0/G56.2); 8) stato dopo operazione di cataratta bilaterale. È stato altresì ritenuto che per le patologie aventi un'incidenza sulla capacità lavorativa sopra menzionate, il ricorrente presentava un'incapacità lavorativa totale in attività pesanti, nonché una capacità lavorativa del 30% in attività medio-pesanti e del 100% in attività leggere e adatte (cfr. consid. A.a del presente giudizio).

**8.2** Nell'ambito della nuova domanda di rendita del 23 marzo 2018, la decisione impugnata del 9 gennaio 2020 si basa sulla valutazione della dott.ssa F.\_\_\_\_\_, medico del Servizio medico dell'UAIE specialista in medicina interna e generale. La dott.ssa F.\_\_\_\_\_, nelle proprie prese di posizione del 14 febbraio 2019 (doc. 143), del 21 febbraio 2019 (doc. 145) e del 28 ottobre 2019 (doc. 189), ha posto la diagnosi principale di insufficienza respiratoria d'origine mista (BPCO e sindrome restrittiva) con ossigenoterapia dal 7 novembre 2017, nonché le diagnosi associate con ripercussioni sulla capacità lavorativa di spondilodiscoartrosi lombosacrale (10 novembre 2016), nefrectomia a sinistra per tumore maligno (17 dicembre 2009, in remissione completa), enteropatia calcificante bilaterale della cuffia dei rotatori con rottura parziale del sovra-spinale destro (20 novembre 2013), artrosi acromio-clavicolare sinistra (13 agosto 2016) e periartrite scapolo-omerale bilaterale (13 agosto 2016). Quali diagnosi associate senza ripercussioni sulla capacità lavorativa ha indicato gonartrosi bilaterale (6 marzo 2017), fibromialgia, obesità morbida (44 kg/m<sup>2</sup>), diabete di tipo II non insulino dipendente, ernia addominale e cura d'idrocele sinistro (21 ottobre 2015). La dott.ssa F.\_\_\_\_\_ ha ritenuto un'incapacità lavorativa totale nell'attività abituale (leggera) di magazziniere, la quale non può più essere esercitata a causa dell'ossigenoterapia in atto dal 7 novembre 2017, e una capacità lavorativa totale, sempre dal 7 novembre 2017, in attività leggere rispettose dei limiti funzionali. La dott.ssa F.\_\_\_\_\_ ha altresì precisato che nella presente fattispecie non si è in presenza di una sindrome senza patogenesi né eziologia chiara e senza constatazioni di deficit organico e che non vi sono affezioni psichiatriche suscettibili di influenzare la capacità lavorativa dell'interessato che debbano essere esaminate da un esperto in psichiatria.

## 9. Affezioni psicosomatiche

**9.1** Quanto alle ritenute affezioni psicosomatiche di cui soffre il ricorrente (fibromialgia), giova rilevare che il Tribunale federale con la DTF 141 V 281 ha modificato la sua giurisprudenza al riguardo ridefinendo a quali condizioni queste possano giustificare il diritto a una rendita d'invalidità. In particolare nella valutazione della capacità lavorativa vi è l'abbandono della presunzione secondo cui i disturbi derivanti da sindrome somatoforme dolorosa o i loro effetti possono essere superati con uno sforzo di volontà ragionevolmente esigibile. La prassi fondata sul modello regola/eccezione è stata sostituita da uno schema di valutazione normativo strutturato del carattere invalidante delle affezioni di natura psichica mediante un catalogo di indicatori standard (sul tema DTF 143 V 409 e 418, rispettivamente DTF 141 V 281). Se da un lato quindi tutte le malattie psichiche devono, in linea di principio, soggiacere a tale nuova procedura probatoria strutturata esposta nella DTF 141 V 281, d'altro lato questo non vuol dire però che si debba negare immediatamente il valore probatorio a una perizia che non contiene un'analisi secondo i nuovi indicatori. Le conclusioni a cui sono giunti i periti secondo i parametri della precedente giurisprudenza non perdono di per sé il loro valore probatorio (sul tema DTF 137 V 210 consid. 6). Si deve piuttosto esaminare nel contesto di un esame globale del singolo caso se le perizie amministrative e/o giudiziarie raccolte - se necessario mettendole in relazione con altri rapporti medici - permettono o meno un apprezzamento concludente del caso alla luce degli indicatori determinanti (tra le altre sentenza 9C\_808/2019 del 18 agosto 2020 consid. 5.2 con rinvio alla DTF 141 V 281 consid. 8). Spetta inoltre agli organi incaricati di applicare il diritto (l'amministrazione o un tribunale in caso di controversia) procedere all'apprezzamento definitivo della capacità lavorativa dell'interessato (sentenza 9C\_808/2019 del 18 agosto 2020 con rinvii, segnatamente alla DTF 140 V 193 consid. 3.2). Peraltro, una perizia psichiatrica è, di regola, necessaria quando si tratta di pronunciarsi sull'incapacità lavorativa che i disturbi da dolore somatoforme rispettivamente le patologie assimilate a questi ultimi, quali la fibromialgia, sono in grado di causare (DTF 137 V 64 consid. 4 e 5 e 130 V 353 consid. 2.2.2). Sebbene la diagnosi di fibromialgia sia posta da uno specialista reumatologo, occorre pure esigere il concorso di uno specialista in psichiatria, tanto più che i fattori psicosomatici hanno un'influenza determinante sullo sviluppo di detta patologia. Una perizia pluridisciplinare che tenga conto sia degli aspetti reumatologici che degli aspetti psichici sembra costituire di principio una misura d'istruzione adeguata al fine di stabilire se l'assicurato presenta uno stato doloroso di una gravità tale che la messa a profitto della sua capacità al lavoro in un

mercato del lavoro equilibrato non sia più esigibile o lo sia solo parzialmente (DTF 132 V 65 consid. 4.3).

**9.2** Per i motivi che saranno spiegati in seguito, questo Tribunale non può condividere la valutazione del medico dell'UAIE su cui si basa la decisione impugnata in materia di affezioni psicosomatiche perché appare contraddittoria, incompleta e imprecisa.

Infatti, se da un lato la dott.ssa F. \_\_\_\_\_ nelle proprie conclusioni ha indicato che non si è in presenza di una sindrome senza patogenesi né eziologia chiara e senza constatazioni di deficit organico (cfr. doc. 145 pag. 4), dall'altro lato ha posto la diagnosi, anche se a suo giudizio senza influsso sulla capacità lavorativa, di fibromialgia. Ora, per nota e costante giurisprudenza del Tribunale federale, la fibromialgia è una patologia assimilata alla categoria di sindromi senza patogenesi né eziologia chiara (DTF 141 V 281; v. pure sentenza del TF 9C\_808/2019 del 18 agosto 2020 consid. 4 e 5). Certo, se la fibromialgia è stata diagnosticata *lege artis* da uno specialista e giudicata senza incidenza sulla capacità lavorativa, può essere rinunciato ad una procedura d'accertamento strutturata. Sennonché, la dott.ssa F. \_\_\_\_\_ non è né una reumatologa né una psichiatra, di modo che la conclusione secondo la quale la fibromialgia di cui soffre il ricorrente sarebbe senza incidenza sulla residua capacità lavorativa non può definirsi una valutazione *lege artis* su cui potersi seriamente basare. In altri termini, posta la diagnosi, incontestata di fibromialgia (anche da specialisti italiani), l'autorità inferiore non poteva prescindere dall'espletare una perizia (psichiatrica) rispondente ai criteri di una procedura probatoria strutturata ai sensi della succitata giurisprudenza. Questo Tribunale osserva che, da questo profilo, non soccorre l'autorità inferiore nemmeno la valutazione della dott.ssa E. \_\_\_\_\_, medico SMR specialista in medicina generale. A prescindere dal fatto che la valutazione del medico SMR già non aveva convinto l'autorità inferiore (motivo per cui è stata chiesta una seconda opinione alla dott.ssa F. \_\_\_\_\_ [cfr. doc. 141 e doc. 142]), e benché il medico SMR non abbia posto la diagnosi di fibromialgia, questi aveva segnatamente ritenuto (nelle proprie prese di posizione dell'11 gennaio 2019 [doc. 136] e del 7 febbraio 2019 [doc. 140]) non necessario l'esperimento di una perizia psichiatrica avuto riguardo al fatto che solo il certificato dell'agosto 2017 menziona una psicopatologia e che la perizia medica particolareggiata E 213 dell'aprile 2018 attesta unicamente un'eutimia. Al riguardo, questo Tribunale osserva che pure tale valutazione del medico SMR non appare convincente. Non è difatti dato di sapere perché non abbia ritenuto la diagnosi di fibromialgia nonostante questa emerga da diversi documenti medici di cui all'incarto dell'autorità inferiore. Infatti, non solo nella relazione

di consulenza medico legale del 29 aprile 2017 per l'udienza del 6 agosto 2017 presso il Tribunale di D. \_\_\_\_\_, sezione del lavoro, a cui fa riferimento il medico SMR, viene segnatamente posta, fra le altre, la diagnosi di "reumatismo fibromialgico con polientesopatie" (cfr. doc. 36 pag. 3), ma che pure nei certificati dell'ambulatorio di reumatologia del 14 novembre 2016 (doc. 28 [ripetuto in doc. 41]), del 22 febbraio 2017 (doc. 27 [ripetuto in doc. 40]) del 12 giugno 2017 (doc. 26 [ripetuto in doc. 42]), dell'8 febbraio 2019 (doc. 176) e dell'11 aprile 2019 (doc. 175) viene posta la diagnosi di reumatismo fibromialgico con possibile correlazione con sindrome ansiosa. Inoltre, l'attualità e la pertinenza della perizia medica particolareggiata E 213 del 17 aprile 2018 (doc. 15) è stata superata dalla più recente perizia medica particolareggiata E 213 del 12 settembre 2019 (doc. 165), nella quale viene posta, fra le altre, la diagnosi di polientesite in reumatismo fibromialgico. Ne consegue che, a fronte della diagnosi suscettibile di incidere sulla capacità lavorativa di reumatismo fibromialgico con possibile correlazione con sindrome ansiosa (diagnosi indicata in numerosi documenti medici di cui agli atti sopramenzionati), nonché di fibromialgia posta dal medico dell'UAIE, all'autorità inferiore non poteva sfuggire la necessità di effettuare ulteriori accertamenti mediante una procedura probatoria strutturata al fine di potere determinare, con il necessario grado della verosimiglianza preponderante, l'influsso di detta affezione sulla capacità lavorativa del ricorrente.

## **10. Affezioni somatiche**

**10.1** La valutazione della dott.ssa F. \_\_\_\_\_ appare altresì incompleta e imprecisa anche per quanto attiene alle affezioni somatiche di cui soffre l'insorgente.

### **10.2**

**10.2.1** Per quanto attiene al diabete mellito, il medico dell'UAIE ha ritenuto che lo stesso non è insulino dipendente, che è controllato e stabile sotto trattamento orale. Inoltre, la rilevata polineuropatia diabetica iniziale non avrebbe ripercussioni sulla capacità lavorativa. Questo Tribunale non può condividere quest'ultima valutazione. Da un lato, il medico dell'UAIE non ha la specializzazione in neurologia/diabetologia e, dall'altro lato, per giungere a tale conclusione, ha fatto riferimento alla perizia medica particolareggiata E 213 del 12 settembre 2019 e al rapporto ortopedico del 26 giugno 2018. Ora, questo Tribunale osserva che, quanto alla perizia medica particolareggiata E 213 del 12 settembre 2019, non è nota la specializzazione del medico che ha esperito tale perizia e che né nell'anamnesi né

nella diagnosi sono state riprese le risultanze delle visite neurologiche dell'8 e del 9 agosto 2019 (tanto meno figura nella diagnosi di cui a pag. 7 una "polineuropatia diabetica iniziale"). Dalla menzionata perizia particolareggiata appare unicamente che il medico redattore ha certo preso visione degli accertamenti neurologici (cfr. pag. 6 della perizia particolareggiata), ma non emerge alcuna valutazione o riflessione quanto alle affezioni neurologiche rilevate e al loro (eventuale) influsso sulla capacità lavorativa del ricorrente. Contrariamente a quanto ritenuto dal medico dell'UAIE, la perizia medica particolareggiata E 213 del 12 settembre 2019 appare, da questo profilo, incompleta e imprecisa e non può manifestamente essere una base per escludere un'incidenza della polineuropatia diabetica iniziale sulla capacità lavorativa dell'insorgente. Quanto invece al rapporto ortopedico del 26 giugno 2018, questo Tribunale osserva che se all'epoca non appaiono emergere deficit neurologici clinici evidenti, tale referto risale a oltre un anno prima del momento in cui sono state effettuate le visite neurologiche dell'agosto 2019 e non è quindi sufficientemente recente per escludere, secondo la verosimiglianza preponderante, la presenza di un'affezione neurologica avente un influsso sulla capacità lavorativa del ricorrente. Inoltre, negli atti medici più recenti – segnatamente nei certificati dell'11 aprile 2019 (doc. doc. 175) e nel certificato del 18 settembre 2019 (allegato al doc. TAF 1) – è stata posta (senza apparenti riserve) la diagnosi di "esordio neuropatia (diabetica)". Questo Tribunale ritiene pertanto che non appare possibile prescindere da una valutazione specialistica in neurologia (diabetologia) per determinare se la diagnosi di polineuropatia diabetica iniziale possa o meno avere un influsso sulla capacità lavorativa del ricorrente.

**10.2.2** Per quanto concerne i disturbi addominali, nel 2013 era stata posta la diagnosi con influsso sulla capacità lavorativa di disturbi addominali diffusi DD funzionalità condizionata (ICD-10 R10.4): sospetto di colon irritabile (ICD-10 K58.9), ernia inguinale sinistra (ICD-10 K40.9) ed ernia addominale. Nell'ambito della nuova domanda di rendita, il medico dell'UAIE ha posto la diagnosi di "ernia addominale" fra le diagnosi senza influsso sulla capacità lavorativa. Questo Tribunale osserva che il medico dell'UAIE non ha indicato in cosa sarebbe consistito il miglioramento dello stato di salute del ricorrente comportante il passaggio di tale affezione con influsso sulla capacità lavorativa (nel 2013) a senza influsso sulla capacità lavorativa (al momento dell'emanazione della decisione del 9 gennaio 2020). Questo Tribunale osserva in particolare che nel referto della TC dell'addome completo del 24 giugno 2015 (doc. 53) è indicata la presenza di un'ernia della parete addominale con sacco erniario di circa 5 cm a riposo contenente peritoneo e tessuto adiposo mesenteriale in corrispondenza dello spazio

intercostale tra la X e l'XI costa sinistra, che nel referto della TC dell'addome superiore e inferiore del 23 dicembre 2016 (doc. 17 [ripetuto in doc. 56]) è indicata la presenza di un'ernia ombelicale con porta erniaria di circa 5 cm di diametro di ansa intestinale con il proprio meso, e che nel referto della TC dell'addome superiore e inferiore del 22 giugno 2018 (doc. 55 [ripetuto in doc. 184]) è indicata una piccola diastasi del muscolo obliquo esterno della parete addominale posteriore di sinistra, ad un piano anatomico passante per L1, con breccia di 37 mm circa ed erniazione di adipe. Pertanto, dai referti medici appena menzionati, appare che la presenza di ernie nella regione dell'addome è tutt'ora presente e in assenza di una chiara spiegazione da parte del medico dell'UAIE non è possibile comprendere e quindi condividere la conclusione secondo cui vi sarebbe stato un miglioramento dello stato di salute del ricorrente nell'ambito dei disturbi addominali. Anche da questo profilo, la valutazione del medico dell'UAIE si rileva poco convincente.

**10.2.3** Per quanto concerne le affezioni ortopediche-reumatologiche, questo Tribunale osserva che la valutazione del medico dell'UAIE risulta imprecisa e incompleta. Infatti, la dott.ssa F. \_\_\_\_\_ ha posto la diagnosi con influsso sulla capacità lavorativa di "entesopatia calcificante bilaterale della cuffia dei rotatori con rottura parziale del sovra-spinato destra, 20 novembre 2013", ma dalla documentazione medica di cui all'incarto dell'autorità inferiore emerge invece che la rottura del tendine del muscolo sovraspinato a destra è completa (cfr. RMN alla spalla destra del 1° luglio 2015 [doc. 19 {ripetuto in doc. 60}]). Pure la diagnosi con influsso sulla capacità lavorativa di "artrosi acromio-clavicolare sinistra, 13 agosto 2016" è imprecisa/incompleta, nel senso che tale affezione è presente bilateralmente e non solo a sinistra (cfr. TC alle spalle del 13 agosto 2016 [doc. 18 {ripetuto in doc. 58 e in doc. 169}]).

**10.2.4** Inoltre, il medico dell'UAIE, nella presa di posizione del 28 ottobre 2019, ha in particolare ritenuto che, da un punto di vista osteoarticolare, il ricorrente soffre di lombosciatalgie (dolori localizzati) bilaterali con irritazione della radice L5 piuttosto che di una radicolopatia franca con deficit neurologico (doc. 189). Il medico dell'UAIE ha segnatamente ritenuto che dal rapporto ortopedico del 26 giugno 2018 non emerge un disturbo sensitivo e i riflessi sono conservati, che la RM lombosacrale del 9 gennaio 2019 esclude alterazioni del cono midollare nonostante la presenza di protrusioni discali da L2 a S1, che il rapporto reumatologico dell'11 aprile 2019 riporta di una debolezza muscolare ai 4 arti e che la perizia medica particolareggiata E 213 del 12 settembre 2019 non menziona problematiche

neurologiche. Al riguardo, questo Tribunale ritiene che il rapporto ortopedico del 26 giugno 2018 non è sufficientemente recente per esaminare la fattispecie, che le risultanze della RM del 9 gennaio 2019 sono leggermente diverse (nel senso di peggiori) rispetto a quanto riportato dal medico dell'UAIE nella propria presa di posizione (segnatamente in L3-L4 ed in L5-S1 sono state segnalate delle ernie discali e non solo delle protrusioni) e che non è nota la specializzazione del medico che ha eseguito la perizia medica particolareggiata E 213 del 12 settembre 2019, il quale non ha ripreso nella menzionata perizia i risultati della visita neurologica dell'8 agosto 2019. Inoltre, questo Tribunale osserva che nei certificati dell'ambulatorio di reumatologia del 14 novembre 2016 (doc. 28 [ripetuto in doc. 41]), del 20 febbraio 2017 (doc. 27 [ripetuto in doc. 40]), del 12 giugno 2017 (doc. 26 [ripetuto in doc. 42]), dell'8 febbraio 2019 (doc. 176), dell'11 aprile 2019 (doc. 175) e del 18 settembre 2019 (allegato al doc. TAF 1), è posta la diagnosi di irritazione radicolare di L5-S1 bilaterale in verosimile ernia discale, mentre, nella relazione di consulenza medico legale del 29 aprile 2017 (doc. 36) e nella relazione medica del 16 aprile 2019 (doc. 181), è riportata la diagnosi di spondilodiscoartrosi diffusa con radicolopatie L5-S1 ed, infine, nel referto neurologico dell'8 agosto 2019 (doc. 173) sono segnalati segni EMG di sofferenza neurogena cronica, di grado moderato, di livello poliradicolare nei muscoli vasto laterale, vasto mediale, peroneo e gastrocnemio di sinistra. Ora, a fronte di tali problematiche (irritazioni radicolari, radicolopatie e sofferenza neurogena cronica) di cui ai documenti medici appena citati, questo Tribunale non ravvisa dei motivi – e il medico dell'UAIE nemmeno ne ha indicati – per cui si possa prescindere da un esame approfondito specialistico in ambito neurologico al fine di determinare l'effettiva presenza o meno di tali affezioni neurologiche e la loro (eventuale) incidenza sulla capacità lavorativa del ricorrente.

## **11.**

Per conseguenza, la decisione impugnata del 9 gennaio 2020, fondata su un accertamento insufficiente dei fatti giuridicamente rilevanti nel senso precedentemente indicato ai considerandi 9 e 10, viola il diritto federale ed incorre nell'annullamento.

## **12.**

**12.1** 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 multidisciplinare, da svolgersi in Svizzera (cfr. sentenza del TAF C-3196/2017 dell'11 settembre 2019 consid. 10.2), in ambito internistico, reumatologico, neurologico (diabetologico) e psichiatrico (non essendo sufficiente nel caso di specie esaminare le affezioni mediante perizie isolate [cfr. sulla necessità dell'esperimento di una perizia multidisciplinare, tanto più in presenza 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 (soprattutto dal profilo polmonare [in relazione alla BPCO, con “sindrome restrittiva e necessità di ossigenoterapia” {doc 29, 30, 65, 167, 177, 178, 179 e 180}]) – nonché a pronunciare una nuova decisione.

**12.2** 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 210 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]).

**12.3** Occorre peraltro rilevare che nell'ambito dell'accertamento ancora da esperire dall'autorità inferiore, a seguito del rinvio degli atti di causa, non sussiste l'eventualità di una nuova decisione dell'UAIE a detrimento dell'insorgente (cfr., sulla questione, DTF 137 V 314 consid. 3.2.4) dal momento che nella decisione impugnata del 9 gennaio 2020 l'autorità inferiore ha respinto la richiesta di rendita formulata dal ricorrente.

### **13.**

**13.1** 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 4 marzo 2020, sarà restituito al ricorrente allorquando il presente giudizio sarà cresciuto in giudicato.

**13.2** Ritenuto che l'insorgente non è rappresentato in questa sede da mandatario professionale e che non risulta che abbia dovuto sopportare delle spese indispensabili e relativamente elevate in relazione alla presente procedura di ricorso, non si giustifica 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]).

(dispositivo alla pagina seguente)

**Per questi motivi, il Tribunale amministrativo federale pronuncia:**

**1.**

Il ricorso è accolto, nel senso che la decisione impugnata del 9 gennaio 2020 è 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 4 marzo 2020, sarà restituito al ricorrente allorquando la presente sentenza sarà cresciuta in giudicato.

**3.**

Non si assegnano spese ripetibili.

**4.**

Comunicazione a:

- ricorrente (Raccomandata con avviso di ricevimento; allegato: formulario "Indirizzo per il pagamento")
- 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 e segg., 90 e segg. e 100 LTF. Il termine è reputato osservato se gli atti scritti sono consegnati al Tribunale federale oppure, all'indirizzo di questo, alla posta svizzera o a una rappresentanza diplomatica o consolare svizzera al più tardi l'ultimo giorno del termine (art. 48 cpv. 1 LTF). Gli atti scritti devono contenere le conclusioni, i motivi e l'indicazione dei mezzi di prova ed essere firmati. La decisione impugnata e – se in possesso della parte ricorrente – i documenti indicati come mezzi di prova devono essere allegati (art. 42 LTF).

Data di spedizione: