



Corte III
C-5217/2014

Sentenza del 31 ottobre 2016

Composizione

Giudici Vito Valenti (presidente del collegio),
Michela Bürki Moreni e Michael Peterli,
cancelliera Marcella Lurà.

Parti

A. _____,
rappresentato dall'Istituto Nazionale Confederale di
Assistenza Servizio di Patronato,
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; seconda domanda di rendita
(decisione del 31 luglio 2014).

Fatti:**A.**

A.a Il 28 aprile 2006, l'Ufficio dell'assicurazione per l'invalidità per gli assicurati residenti all'estero (UAIE) ha deciso di erogare in favore di A. _____ – cittadino italiano, nato il (...; doc. 1) – una rendita intera dell'assicurazione svizzera per l'invalidità a decorrere dal 1° settembre 2005 (doc. 23; v. anche doc. 22). È stato stabilito, in virtù della documentazione medica assunta agli atti (doc. 15 e 16) nonché del rapporto del 27 febbraio 2006 del dott. B. _____, medico SMR (doc. 12), che l'interessato era affetto segnatamente da epilessia post-traumatica, stato dopo trauma cranico, disturbi della memoria e del comportamento, stato dopo polmonite necrotizzante e che lo stesso presentava un'incapacità al lavoro del 100% in una qualsiasi attività lucrativa dal 5 settembre 2004.

A.b Il 2 febbraio 2010, l'autorità inferiore ha avviato la prevista procedura di revisione della rendita (doc. 28). Con decisione del 16 agosto 2012, l'UAIE – dopo aver constatato, in virtù dei rapporti dell'agosto, settembre e dicembre 2011 e luglio 2012 del dott. C. _____, medico SMR (segnatamente doc. 64, 66, 68, 70 e 94), che lo stato di salute dell'interessato era migliorato dal 12 ottobre 2010, nel senso che l'epilessia risultava ben equilibrata, e che lo stesso era di nuovo in grado di svolgere la precedente attività di bracciante agricolo come pure ogni altra sostitutiva adeguata – ha deciso di sopprimere, con effetto al 1° ottobre 2012, la rendita intera d'invalidità pagata fino ad allora, essendo intervenuto un notevole miglioramento ai sensi dell'art. 17 LPGGA (doc. 96; v. anche doc. 71).

A.c Con sentenza del 19 febbraio 2013, il Tribunale amministrativo federale ha dichiarato inammissibile il ricorso interposto dall'interessato il 18 settembre 2012 contro la decisione dell'UAIE del 16 agosto 2012 a causa del mancato versamento, nel termine accordato, dell'anticipo sulle presumibili spese processuali (doc. 102).

B.

B.a Il 20 novembre 2013, l'interessato ha formulato una seconda richiesta volta all'ottenimento di una rendita dell'assicurazione svizzera per l'invalidità (doc. 105).

B.b Nel corso dell'istruttoria, l'UAIE ha assunto agli atti documenti medici di data da ottobre 2010 a dicembre 2013 (doc. 109 a 111) e la perizia medica E 213 del 13 dicembre 2013, in cui è posta la diagnosi di esiti per

pregresso trauma cranico con secondaria epilessia in trattamento farmacologico, parkinsonismo, ipertensione arteriosa, diabete mellito II, indicato che l'interessato è ritenuto in grado di svolgere regolarmente lavori pesanti come pure un lavoro adeguato alle sue condizioni, ma non il suo ultimo lavoro a tempo pieno, e segnalato che il medesimo è considerato invalido al 70%, conformemente alle disposizioni di legge del Paese di residenza, nella precedente attività (doc. 112). Tra gli atti va annoverato anche il questionario per l'assicurato del 22 febbraio 2014 (doc. 116).

B.c Nel rapporto del 27 marzo 2014, il dott. C._____, medico SMR, ha esposto la diagnosi di epilessia post-traumatica, stato dopo trauma cranico, disturbi della memoria e del comportamento, abuso etilico, parkinsonismo, reflusso gastroesofageo, vene varicose alle gambe, epatopatia etilica, diabete mellito tipo 2 ed ipertensione arteriosa. Il medico ha quindi ritenuto che l'interessato presenta una capacità al lavoro del 100% sia nella precedente attività di bracciante agricolo sia in un'attività confacente allo stato di salute dal 12 ottobre 2010 (doc. 119).

B.d Il 2 aprile 2014, l'autorità inferiore, mediante progetto di decisione, ha comunicato all'interessato che la domanda di prestazioni è (recte: sarebbe stata) respinta, ritenuto in particolare che l'esercizio di un'attività lucrativa è (recte: sarebbe) da considerare esigibile in misura sufficiente per escludere il diritto ad una rendita (doc. 121).

B.e Il 12 maggio 2014 (doc. 128), l'interessato ha chiesto il riesame della pratica. Ha segnalato, sulla base della documentazione medica di data da aprile 2012 a gennaio 2014, allegata in copia (doc. 130 a 140), che vi è stato un peggioramento del suo stato di salute e che non è in grado di esercitare una qualsiasi attività lucrativa.

B.f Nel rapporto del 24 luglio 2014, il dott. C._____ ha rilevato che non vi erano motivi per modificare la precedente presa di posizione (doc. 142).

B.g Con decisione del 31 luglio 2014, l'UAIE ha respinto la domanda di prestazioni dell'assicurazione svizzera per l'invalidità. Ha osservato che l'interessato non ha subito un'incapacità al lavoro media sufficiente per un anno, ai sensi dell'assicurazione svizzera per l'invalidità. In particolare, ha precisato che dagli atti risulta che malgrado il danno alla salute l'esercizio di un'attività lucrativa è da considerare esigibile in misura sufficiente per escludere il diritto ad una rendita (doc. 143).

C.

Il 10 settembre 2014, l'interessato ha interposto ricorso dinanzi al Tribunale amministrativo federale contro la decisione dell'UAIE del 31 luglio 2014 mediante il quale ha chiesto il riconoscimento di una rendita intera d'invalidità dal 20 novembre 2013. Ha segnalato che vi è stato un peggioramento del suo stato di salute e che egli non è in grado di svolgere una qualsiasi attività lucrativa, neppure una leggera (doc. TAF 1). Con versamenti del 23 ottobre e 17 novembre 2014 (doc. TAF 2 a 10), ha provveduto al pagamento di un anticipo sulle presumibili spese processuali di fr. 402.64.

D.

Nella risposta al ricorso del 4 dicembre 2014, l'autorità inferiore ha proposto la reiezione del ricorso. In virtù dei rapporti del 27 marzo e 24 luglio 2014 del proprio servizio medico, l'interessato presenta secondo l'UAIE una completa capacità al lavoro nella precedente attività. L'autorità inferiore ha altresì rilevato che l'insorgente non ha allegato alcun fatto nuovo suscettibile di giustificare un diverso apprezzamento (doc. TAF 12).

E.

Nella replica del 20 gennaio 2015, l'interessato ha ribadito che le patologie di cui è affetto nonché i farmaci che assume non gli consentono di svolgere una qualsiasi attività lucrativa. Ha esibito documenti medici di data da febbraio 2010 ad ottobre 2014 (doc. TAF 14).

F.

Nella duplice dell'11 marzo 2015, l'autorità inferiore ha ritenuto, in virtù del rapporto del 6 marzo 2015 del proprio servizio medico (in cui è in particolare segnalato che il rapporto neurologico dell'ottobre 2014 espone le note diagnosi e terapie, senza alcun riferimento ad una specifica incapacità al lavoro; doc. TAF 20), che la documentazione medica prodotta in replica non comporta elementi tali da modificare la valutazione clinica-lavorativa dell'interessato. L'autorità inferiore ha quindi nuovamente proposto la reiezione del ricorso (doc. TAF 20).

G.

In una presa di posizione del 20 marzo 2015, l'interessato si è riconfermato, in virtù della documentazione medica agli atti, nelle argomentazioni in fatto e in diritto di cui al ricorso del 10 settembre 2014 ed alla replica del 20 gennaio 2015 (doc. TAF 23), presa di posizione che è poi stata trasmessa da questo Tribunale con provvedimento del 27 marzo 2015 all'autorità inferiore per conoscenza (doc. TAF 24).

Diritto:**1.**

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

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 AI per le persone residenti all'estero.

1.3 In virtù dell'art. 3 lett. d^{bis} PA, la procedura in materia di assicurazioni sociali non è disciplinata dalla PA nella misura in cui è applicabile la LPGGA (RS 830.1). Giusta l'art. 1 cpv. 1 LAI, le disposizioni della LPGGA sono applicabili all'assicurazione per l'invalidità (art. 1a-26^{bis} e 28-70), sempre che la LAI non deroghi alla LPGGA.

1.4 Presentato da una parte direttamente toccata dalla decisione e avente un interesse degno di protezione al suo annullamento o alla sua modifica (art. 59 LPGGA), il ricorso – interposto tempestivamente e rispettoso dei requisiti previsti dalla legge (art. 60 LPGGA nonché art. 52 PA) – è pertanto ammissibile.

2.

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

2.2 L'allegato II è stato modificato con effetto dal 1° aprile 2012 (Decisione 1/2012 del Comitato misto del 31 marzo 2012; RU 2012 2345). Nella sua nuova versione esso prevede in particolare che le parti contraenti applicano tra di loro, nel campo del coordinamento dei sistemi di sicurezza sociale, gli atti giuridici di cui alla sezione A dello stesso allegato, comprese eventuali loro modifiche o altre regole equivalenti ad essi (art. 1 ch. 1) ed assimila la Svizzera, a questo scopo, ad uno Stato membro dell'Unione europea (art. 1 ch. 2).

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

2.4 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 e 130 V 445 consid. 1.2 e relativi riferimenti nonché 129 V 1 consid. 1.2). La domanda di una rendita AI essendo stata presentata il 20 novembre 2013, al caso in esame si applicano di principio le disposizioni della 6a revisione della LAI (primo pacchetto) entrate in vigore il 1° gennaio 2012.

3.2 Giova altresì rilevare che il potere cognitivo di questo Tribunale è delimitato dalla data della decisione impugnata. 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. Tiene tuttavia conto dei

fatti verificatisi dopo tale data quando essi possano imporsi quali elementi d'accertamento retrospettivo della situazione anteriore alla decisione stessa (DTF 129 V 1 consid. 1.2 e 121 V 362 consid. 1b), in altri termini se gli stessi sono strettamente connessi all'oggetto litigioso e se sono suscettibili di influire sull'apprezzamento del giudice al momento in cui detta decisione litigiosa è stata resa (cfr. sentenza del TF 8C_278/2011 del 26 luglio 2011 consid. 5.5 nonché 9C_116/2010 del 20 aprile 2010 consid. 3.2.2; DTF 118 V 200 consid. 3a in fine).

4.

Giova peraltro rilevare che il ricorrente ha versato contributi all'AVS/AI svizzera per più di 3 anni (doc. 115) e, pertanto, adempie in ogni caso la condizione della durata minima di contribuzione.

5.

5.1 L'invalidità ai sensi della LPGA e della LAI è l'incapacità al guadagno totale o parziale presumibilmente permanente o di lunga durata che può essere conseguente ad infermità congenita, malattia o infortunio (art. 8 LPGA e 4 cpv. 1 LAI). Secondo l'art. 7 LPGA, è considerata incapacità al guadagno la perdita, totale o parziale, della possibilità di guadagno sul mercato del lavoro equilibrato che entra in considerazione, provocata da un danno alla salute fisica, mentale o psichica e che perdura dopo aver sottoposto l'assicurato alle cure ed alle misure d'integrazione ragionevolmente esigibili. In caso d'incapacità al lavoro di lunga durata, possono essere prese in considerazione anche le mansioni esigibili in un'altra professione o campo d'attività (art. 6 LPGA).

5.2 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 la metà, a tre quarti di rendita se è invalido per almeno il 60% e ad una rendita intera se è invalido per almeno il 70%.

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

6.

6.1 La nozione d'invalidità di cui all'art. 4 LAI e 8 LPGA è un concetto di carattere economico-giuridico e non medico (DTF 116 V 246 consid. 1b, 110 V 273; v. pure sentenze del TF 8C_636/2010 del 17 gennaio 2011 consid. 3 e 9C_529/2008 del 18 maggio 2009). In base all'art. 16 LPGA, 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).

6.2 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.

6.3 Benché l'invalidità sia una nozione economico-giuridica, le certificazioni mediche possono costituire importanti elementi per apprezzare il danno invalidante e per determinare quali lavori siano ancora ragionevolmente esigibili dall'assicurato (DTF 115 V 133 consid. 2 e 114 V 310 consid. 3c).

7.

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 e relativi riferimenti).

8.

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, 134 V 231 consid. 5.1 e 125 V 351 consid. 3).

9.

Dalla documentazione medica agli atti appare che il ricorrente soffre segnatamente di esiti per pregresso trauma cranico con secondaria epilessia in trattamento farmacologico, parkinsonismo, ipertensione arteriosa, diabete mellito II, abuso etilico, disturbi della memoria e del comportamento (cfr. perizia medica E 213 del dicembre 2013 [doc. 112] e rapporto del medico SMR del marzo 2014 [doc. 119]) nonché di deficit cognitivo (cfr. rapporto neuropsicologico del gennaio 2014 [doc. 138]).

10.

10.1 L'autorità inferiore sostiene che dagli atti di causa non risulta un'incapacità al lavoro media sufficiente, per un anno, ai sensi di legge; malgrado il danno alla salute, l'esercizio di un'attività lucrativa sarebbe sempre esigibile in misura sufficiente per escludere il diritto ad una rendita.

10.2 Questo Tribunale osserva che sulla residua capacità lavorativa dell'insorgente sussiste una valutazione divergente tra il medico incaricato dall'INPS che ha redatto la perizia medica particolareggiata E 213 del 13 dicembre 2013 (cfr. perizia medica E 213; doc. 112) ed il dott. C. _____, medico SMR (cfr. rapporti del 27 marzo e 24 luglio 2014; doc. 119 e 142). Il primo ha ritenuto, in virtù dei documenti agli atti e di una visita personale del ricorrente, che lo stesso non è più in grado di svolgere a tempo pieno la sua precedente attività (l'incapacità lavorativa è stata indicata nel 70% secondo le disposizioni di legge del Paese di residenza). Il secondo, la cui opinione è fondata unicamente su un esame dei documenti medici agli atti,

ha considerato un'incapacità lavorativa dello 0% nella precedente attività. Trattasi, a non averne dubbio, di una rilevante divergenza d'opinioni.

10.3

10.3.1 Quanto alla valutazione del medico dell'UAIE sullo stato di salute e sulla capacità lavorativa del ricorrente di cui ai rapporti del 27 marzo e 24 luglio 2014 (doc. 119 e 142), occorre rilevare che la stessa è succinta e generica e non è dato sapere per quale ragione, malgrado le patologie di cui soffre l'insorgente – ossia l'epilessia post-traumatica, il parkinsonismo, l'abuso etilico, i disturbi della memoria e del comportamento ed il deficit cognitivo (cfr. considerando 9 del presente giudizio) – l'attività abituale (e pesante) di bracciante agricolo, come pure ogni altra sostitutiva, sarebbe ancora esigibile dall'ottobre del 2010 e perché nella misura del 100%. Il dott. C._____ si è limitato nella sostanza ad un generico rinvio alla perizia medica E 213 del dicembre 2013, segnalando che le condizioni di salute del ricorrente sono stazionarie e che il medesimo ha subito un'unica (ultima) crisi epilettica nel marzo del 2013. A tal proposito, va osservato che il verbale di accertamento dell'invalidità civile del Centro Medico Legale di D._____ del 4 aprile 2014 (doc. 139) riferisce in realtà di crisi (epilettiche) convulsive a frequenza quindicinale e di episodi di agitazione psicomotoria. Peraltro, la perizia medica E 213 (doc. 112) evidenzia dei movimenti (forza e tono muscolare) rigidi, un'andatura stentata, dei fini tremori agli arti superiori ed una lieve disartria (v. pag. 4 n. 4.10 e 4.12). Agli atti di causa figurano inoltre solo due rapporti di specialisti in neurologia dell'aprile 2012 e del dicembre 2013 (doc. 111 e 130). Gli stessi, dal contenuto estremamente succinto, non si pronunciano, fra l'altro, sulle conseguenze sulla capacità lavorativa delle affezioni neurologiche riscontrate, ciò che non consente di operare una seria valutazione della residua capacità lavorativa dell'insorgente. Peraltro, il rapporto neurologico del 6 ottobre 2014 (doc. TAF 14) – lo stesso, benché redatto dopo che è stata resa la decisione impugnata, può essere preso in considerazione nell'ambito della presente vertenza (v., sulla quesitone, il considerando 3.2 del presente giudizio), dal momento che fornisce, con probabilità preponderante, degli indizi conclusivi su una situazione medica esistente già al momento dell'emanazione della decisione litigiosa – riferisce, fra l'altro, di crisi convulsive in trattamento (a frequenza plurimensile), deficit di rievocazione, di calcolo e presenza di tremori diffusi.

10.3.2 Ma vi è di più. Se il dott. C._____ si è certo pronunciato anche sulla problematica psichica, lo ha fatto in modo impreciso, limitandosi ad

una mera affermazione in merito all'esame neuropsicologico del 14 gennaio 2014 (doc. 138), secondo cui da detta valutazione risulterebbe un quadro clinico con deficit cognitivo e difficoltà nelle attività della vita quotidiana con punteggi (ai test) leggermente inferiori alla norma. Ora, va rilevato che il surriferito esame neuropsicologico del 14 gennaio 2014 conclude invero ad insufficienza cognitiva, insufficienza (per le) attività quotidiane, disturbo della memoria, deficit dell'attenzione, insufficienza comportamentale nonché cambiamenti di personalità.

10.3.3 Peraltro, neppure la perizia medica E 213 del 13 dicembre 2013 (doc. 112) – che non appare redatta da uno specialista in neurologia e/o psichiatria ed è basata su un esame superficiale dal profilo neurologico e dal profilo psichico (v. pag. 3 e 4 n. 4.1 e 4.10) – fornisce sufficienti elementi per fondare un giudizio con cognizione di causa sulla residua capacità lavorativa del ricorrente.

10.3.4 In siffatte circostanze, stante appunto la diversa valutazione della residua capacità lavorativa, perlomeno per quanto attiene all'esercizio della precedente attività, di cui alla perizia medica E 213 ed ai rapporti del dott. C._____ nonché la pochezza della documentazione medica specialistica presente agli atti di causa, non appare possibile oggettivare, in assenza di un rapporto neurologico e/o psichiatrico dettagliato, una capacità al lavoro del 100% nella precedente attività di bracciante agricolo, ma neppure un capacità del 100% in un'attività sostitutiva adeguata e confacente allo stato di salute del ricorrente.

10.4 Visto quanto precede, l'autorità inferiore non poteva sulla base di insufficiente documentazione medica e di una generica ed imprecisa valutazione del dott. C._____, specialista in medicina generale (medico che peraltro non ha visitato personalmente il ricorrente, ma si è basato unicamente sui referti medici messi a sua disposizione), negare ogni effetto invalidante, persino nella precedente attività, alle affezioni di cui soffre l'insorgente, segnatamente neurologiche e psichiche, attestate da altri medici, senza prima raccogliere il giudizio di uno specialista in neurologia e di uno specialista in psichiatria. Infatti, solo una valutazione specialistica avrebbe potuto stabilire con il necessario grado della verosimiglianza se i descritti disturbi neurologici e psichici potevano (nuovamente) assumere valore patologico avente incidenza significativa sulla capacità lavorativa nel periodo determinante (cfr. sentenza del TF 9C_826/2009 del 20 luglio 2010 consid. 4 e relativi riferimenti).

11.

Da quanto esposto, discende che la decisione impugnata – che viola il diritto federale (accertamento inesatto ed incompleto dei fatti giuridicamente rilevanti) – incorre nell'annullamento.

12.

12.1 Quando il Tribunale amministrativo federale annulla una decisione, esso può sostituirsi all'autorità inferiore e giudicare direttamente nel merito o rinviare la causa, con istruzioni vincolanti, all'autorità inferiore per un nuovo giudizio (cfr. sentenza del TAF C-2183/2013 del 28 gennaio 2015 consid. 10.1). In particolare, esso si sostituirà all'autorità inferiore se gli atti sono completi e comunque sufficienti a statuire sull'applicazione del diritto federale (v. sentenza del TF 9C_162/2007 del 3 aprile 2008 consid. 2.3 e relativi riferimenti; DTF 126 II 43 e 125 II 326). Tale non è il caso nella presente fattispecie per i motivi precedentemente indicati.

12.2 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 neurologica ed una psichiatrica (cfr., sulla possibilità di un rinvio all'autorità inferiore in siffatte circostanze, DTF 137 V 210 4.4.1.4), e con ogni ulteriore esame che pure l'evoluzione nel tempo dello stato di salute dell'insorgente dovesse rendere necessario, nonché a pronunciare una nuova decisione.

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 del ricorrente (cfr., sulla questione, DTF 137 V 314 consid. 3.2.4) dal momento che nella decisione impugnata del 31 luglio 2014 l'autorità inferiore ha considerato che l'insorgente non ha subito un'incapacità lavorativa di livello pensionabile, perlomeno fino alla data della decisione impugnata (che costituisce il limite della cognizione temporale di questo Tribunale nel caso di specie), ed ha respinto la domanda del medesimo volta all'ottenimento di una rendita dell'assicurazione svizzera per l'invalidità. Non era pertanto necessario conferire al ricorrente la facoltà di ritirare il proprio gravame.

13.

13.1 Visto l'esito della procedura, non sono prelevate delle spese processuali (art. 63 PA). L'anticipo di fr. 402.64, corrisposto con versamenti del 23 ottobre e 17 novembre 2014, è restituito al ricorrente.

13.2 Si giustifica altresì l'attribuzione di un'indennità a titolo di spese ripetibili (art. 64 PA in combinazione con gli art. 7 e 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]). La stessa, in assenza di una nota dettagliata, è fissata d'ufficio (art. 14 cpv. 2 TS-TAF) in fr. 1'000.-, tenuto conto del lavoro utile e necessario, limitato, svolto dal primo 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 parzialmente accolto, nel senso che la decisione impugnata del 31 luglio 2014 è annullata e gli atti di causa sono rinviati all'UAIE affinché proceda al completamento dell'istruttoria ed emani una nuova decisione ai sensi dei considerandi.

2.

Non si prelevano spese processuali. L'anticipo di fr. 402.64, corrisposto con versamenti del 23 ottobre e 17 novembre 2014, sarà restituito al ricorrente allorquando la presente sentenza sarà cresciuta in giudicato.

3.

L'UAIE rifonderà al ricorrente fr.1'000.- 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

Marcella Lurà

Rimedi giuridici:

Contro la presente decisione può essere interposto ricorso in materia di diritto pubblico al Tribunale federale, Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerna, entro un termine di 30 giorni dalla sua notificazione, nella misura in cui sono adempiute le condizioni di cui agli art. 82 e segg., 90 e segg. e 100 LTF. 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 – i documenti indicati come mezzi di prova devono essere allegati (art. 42 LTF).

Data di spedizione: