



Corte III
C-5555/2011

Sentenza del 20 dicembre 2012

Composizione

Giudici: Francesco Parrino (presidente del collegio),
Madeleine Hirsig-Vouilloz, Elena Avenati-Carpani;
Cancelliere: Dario Croci Torti.

Parti

A. _____, patrocinato dall'avv. Luigi Potenza,
Via della Repubblica, 23, IT-73054 Presicce,
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 invalidità, decisione 19 settembre 2011.

Fatti:**A.**

A._____, cittadino italiano, nato il , ha lavorato in Svizzera per diversi periodi compresi fra il 1968 ed il 2001 (doc. 16 inc. TAF). Dopo il rimpatrio, ha svolto un'attività lucrativa come muratore, segnatamente dal febbraio 2008 all'agosto 2009 (doc. 11, 16).

In data 16 febbraio 2010, il nominato ha presentato una domanda volta al conseguimento di prestazioni dell'assicurazione svizzera per l'invalidità (doc. 1, 4).

B.

Il richiedente è stato visitato il 18 maggio 2010 presso i servizi medici dell'Istituto nazionale della previdenza sociale (INPS) di Casarano, ove il medico incaricato ha evidenziato la diagnosi di "broncopneumopatia cronica ostruttiva in soggetto con esiti specifici sclero-calcifici superiori associati ad enfisema polmonare bolloso apicale bilaterale, spondiloartrosi, dimagrimento di natura da determinare in soggetto con grave depressione reattiva" ed ha posto un grado d'invalidità del 70% (doc. 26). Sono stati esibiti documenti oggettivi, segnatamente:

- un referto radiologico colonna cervico-dorso-lombosacrale e del torace del 27 aprile 2010 (doc. 18);
- un rapporto d'esame pneumologico del 6 maggio 2010 (doc. 19);
- un referto di tomografia assiale computerizzata (TAC) del torace dell'8 maggio 2010 (doc. 20);
- i risultati di un esame cardiologico con elettro ed ecocardiogramma allegati dell'11 maggio 2010 (doc. 25);
- un rapporto d'esame psichiatrico (Dott. Cesi) del 14 ottobre 2010 che attesta un "grave stato ansioso – depressivo con disturbi da somatizzazione e con insonnia ricorrente" (doc. 27).

C.

L'Ufficio dell'assicurazione per l'invalidità per gli assicurati residenti all'estero (UAIE) ha sottoposto gli atti al Servizio medico regionale (SMR) "Rhône". Nel rapporto del 1° marzo 2011, il Dott. Battaglia del SMR ha ri-

tenuto necessario fare allestire un rapporto psichiatrico più approfondito (doc. 30).

Un altro rapporto di visita psichiatrica del 16 maggio 2011 (Dott. Greco) è quindi stato rimesso ad atti (doc. 33). Questi fa stato di una sindrome ansio-depressiva necessitante terapia continua con quadro patologico cronico ad incidenza funzionale di entità grave. Vengono prodotti anche i risultati di un esame spirometrico del 6 maggio 2010 (doc. 32).

In una nuova perizia medica particolareggiata del 20 maggio 2011 viene posto un tasso d'invalidità dell'80% sulla base della diagnosi già menzionata nella precedente perizia del 18 maggio 2010 (doc. 34).

Nel rapporto del 28 giugno 2011 (doc. 38), il Dott. Battaglia pone la diagnosi (principale) di distimia e ansietà e (secondaria) di broncopneumopatia cronica ostruttiva ed iniziali turbe degenerative del rachide e ritiene non invalidanti le menzionate affezioni psichiche se non per un breve periodo (decesso della consorte) da maggio ad ottobre 2010.

Con progetto di decisione del 6 luglio 2011, l'UAIE ha disposto la reiezione della domanda di rendita (doc. 39). Con scritto del 9 settembre 2011, A._____, regolarmente rappresentato dall'avv. Potenza, si è opposto a tale progetto facendo valere di non essere a conoscenza degli atti sui quali l'autorità amministrativa ha fondato il rifiuto di prestazioni e chiede dunque visione dell'incarto (doc. 40).

Mediante decisione del 19 settembre 2011, l'UAIE ha respinto la domanda di prestazioni (doc. 41).

D.

Con il ricorso depositato il 4 ottobre 2011, A._____, sempre rappresentato dall'avv. Potenza, chiede in via preliminare di prendere visione degli atti di causa e, nel merito, postula il riconoscimento del suo diritto a prestazioni assicurative. A suffragio delle sue conclusioni produce una relazione di consulenza medico-legale allestita dalla Dott.ssa Civino il 10 giugno 2011 all'intenzione del Tribunale di Lecce che fa stato della nota diagnosi. L'esperto conclude che l'interessato presenterebbe un grado d'invalidità del 76%.

E.

Ricevuto il ricorso, l'Ufficio AI ha sottoposto gli atti al Dott. Battaglia, il

quale, nel rapporto del 7 dicembre 2011, si è riconfermato nelle sue precedenti considerazioni (doc. 43).

Nella risposta di causa del 7 febbraio 2012, l'UAIE propone la reiezione del ricorso con argomenti di cui, per quanto occorra, si riferirà nei considerandi in diritto del presente giudizio.

F.

Dopo aver preso atto della risposta dell'autorità inferiore di altra documentazione di rilievo, l'avv. Potenza, con scritto del 27 gennaio 2012, ha ribadito l'intenzione del proprio assistito di mantenere il ricorso.

G.

Con decisione incidentale del 19 marzo 2012, il Tribunale amministrativo federale ha invitato la parte ricorrente a versare un anticipo di 400 franchi, corrispondente alle presunte spese processuali. Con scritto del 26 aprile 2012, l'interessato ha chiesto di essere esentato da tale versamento data la sua difficile situazione economica. Egli ha poi fatto pervenire il relativo formulario d'assistenza giudiziaria debitamente compilato.

Diritto:

1.

Riservate le eccezioni di cui all'art. 32 della legge del 17 giugno 2005 sul Tribunale amministrativo federale (LTAF, RS 173.32), il Tribunale amministrativo federale (TAF) giudica, in virtù dell'art. 31 LTAF, i ricorsi contro le decisioni ai sensi dell'art. 5 della legge federale del 20 dicembre 1968 sulla procedura amministrativa (PA, RS 172.021) emanate dalle autorità menzionate all'art. 33 LTAF. In particolare, le decisioni rese dall'UAIE possono essere portate innanzi a questo Tribunale conformemente all'art. 69 cpv. 1 lett. b della legge federale del 19 giugno 1959 sull'assicurazione per l'invalidità (LAI, RS 831.20).

2.

2.1 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 legge federale del 6 ottobre 2000 sulla parte generale del diritto delle assicurazioni sociali (LPGA, RS 830.1). Giusta l'art. 1 LAI le disposizioni della LPGA sono applicabili all'assicurazione per l'invalidità (art. 1a-26^{bis} e 28-

70), sempre che la presente legge non preveda espressamente una deroga.

2.2 Secondo l'art. 59 LPGA ha diritto di ricorrere chiunque è toccato dalla decisione o dalla decisione su opposizione ed ha un interesse degno di protezione al suo annullamento o alla sua modificazione. Queste condizioni sono adempiute nella specie.

2.3 Il ricorso è tempestivo e rispetta i requisiti minimi prescritti dalla legge (art. 60 LPGA e 52 PA). Il gravame è dunque ammissibile, nulla ostando all'esame del merito dello stesso.

3.

3.1 La parte ricorrente sostiene, in via preliminare, che l'autorità inferiore avrebbe violato il suo diritto di essere sentito non avendogli messo a disposizione gli atti sui quali si fonda l'impugnata decisione. Il rappresentante del ricorrente ha in particolare spiegato che "la mancanza di tali documenti impedisce al sottoscritto, nella qualità di difensore, di esercitare compiutamente il diritto di difesa costituzionalmente garantito". In sede di audizione, con scritto del 9 settembre 2011, il rappresentante del ricorrente aveva infatti chiesto di avere copia dei documenti dell'incarto con relativa concessione di un termine per potere presentare le proprie argomentazioni (doc. 40 in fine). L'UAIE non è tuttavia entrato nel merito di tale richiesta nella sua decisione del 19 settembre 2011.

3.2 Il diritto di essere sentito, sancito esplicitamente dall'art. 29 cpv. 2 Cost., è una garanzia costituzionale di natura formale, la cui violazione implica l'annullamento della decisione impugnata, indipendentemente dalle possibilità di successo nel merito (DTF 135 I 187 consid. 2.2). Tale garanzia comprende il diritto dell'interessato di consultare l'incarto, di offrire e di esigere l'assunzione di mezzi probatori purché siano pertinenti e riguardino punti rilevanti per il giudizio, di potersi esprimere sulle relative risultanze nella misura in cui possano influire sulla decisione (DTF 135 I 187 consid. 2.2). In sostanza, il diritto di essere sentito, quale diritto di partecipazione al procedimento, comprende tutte quelle facoltà che devono essere riconosciute ad una parte affinché possa efficacemente far valere la sua posizione nella procedura (DTF 135 II 286 consid. 5.1).

Un'eventuale violazione del diritto di essere sentito va accertata anche d'ufficio ed è di natura formale. Se il Tribunale stabilisce che è data in concreto violazione del diritto di essere sentito, deve annullare la decisio-

ne e rinviare gli atti all'istanza precedente. Eccezionalmente il vizio può essere sanato a livello ricorsuale, e meglio se all'interessato è data la possibilità di esprimersi in quella sede e l'autorità giudicante esamina liberamente sia i fatti che il diritto. Inoltre si può rinunciare al rinvio anche per motivi di economia procedurale, quando esso non ha senso e provocherebbe unicamente superflue perdite di tempo (DTF 132 V 387).

3.3 Nel caso in esame, lo scrivente Tribunale ritiene che l'autorità inferiore ha violato il diritto di essere sentito del ricorrente in sede di audizione poiché non ha dato seguito alla richiesta di visione degli atti formulata nello scritto del 9 settembre 2011. Questa violazione non è stata interamente sanata in sede ricorsuale poiché con l'ordinanza del 13 febbraio 2012 (doc. 6 inc. TAF) questo Tribunale si è limitato a inviare solo alcuni documenti e non tutto l'incarto (cfr. sentenza del Tribunale federale delle assicurazioni dell'11 maggio 2006 I 553/05 consid. 2.2). Ad ogni modo sapere se questa violazione giustifica l'annullamento della decisione impugnata può essere lasciato indeciso poiché il ricorso deve essere accolto per un altro motivo come lo si vedrà di seguito.

4.

4.1 Il ricorrente è cittadino di uno Stato membro della Comunità europea. Di conseguenza, è applicabile, nella specie, l'accordo sulla libera circolazione delle persone del 21 giugno 1999 fra la Confederazione svizzera, da una parte e la Comunità europea ed i suoi Stati membri dall'altra, entrato in vigore il 1° giugno 2002 (ALC, RS 0142.112.681).

4.2 L'allegato II che regola il coordinamento dei sistemi di sicurezza sociale è stato modificato il 1° aprile 2012 (Decisione 1/2012 del Comitato misto del 31 marzo 2012; RU 2012 2345). Tuttavia, il caso in esame rimane regolato (a seguito del rinvio dell'art. 80a LAI) dalla versione dell'allegato II in vigore fino al 31 marzo 2012 (cfr. RU 2002 1527, RU 2006 979 e 995, RU 2006 5851, RU 2009 2411 e 2421), in base al quale le parti contraenti applicano fra di loro gli atti comunitari seguenti: il regolamento (CEE) n° 1408/71 del Consiglio del 14 giugno 1971 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 (RU 2004 121, RU 2008 4219, RU 2009 4831), normativa applicabile a tutte le rendite il cui diritto nasce a far data dal 1° giugno 2002 o successivamente e che sostituisce le Convenzioni di sicurezza sociale che disciplinavano i rapporti fra due o più Stati (art. 6 del regolamento) ed il regolamento (CEE) n° 574/71 del Consiglio del 21 marzo 1972 relativo all'applicazione

del regolamento (CEE) n° 1408/71 (RU 2005 3909, RU 2009 621, RU 2009 4845).

4.3 Secondo l'art. 3 del regolamento (CEE) n° 1408/71, i cittadini degli Stati membri della Comunità europea ed i cittadini svizzeri godono della parità di trattamento. In base all'art. 20 ALC, salvo disposizione contraria contenuta nell'allegato II, gli accordi bilaterali fra la Svizzera e gli Stati membri della Comunità europea in materia di sicurezza sociale sono sospesi con l'entrata in vigore del presente accordo qualora il medesimo campo sia disciplinato da quest'ultimo. Nella misura in cui l'accordo, in particolare l'allegato II che regola i sistemi di sicurezza sociale (art. 8 ALC) 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 257 consid. 2.4).

5.

5.1 Relativamente al diritto applicabile, deve essere precisato che, a partire dal 1° gennaio 2008, la presente procedura è retta dalla LAI nel suo tenore modificato il 6 ottobre 2006 (5^a revisione), ritenuto tuttavia il principio secondo il quale le norme applicabili sono quelle in vigore al momento in cui dei fatti giuridicamente rilevanti si sono verificati (DTF 135 V 24 consid. 4.3). Le disposizioni relative alla 6^a revisione AI (primo pacchetto di misure) che sono entrate in vigore il 1° gennaio 2012 non sono invece applicabili (RU 2011 5659, FF 2010 1603).

5.2 Il periodo di cognizione giudiziaria dello scrivente Tribunale amministrativo federale si estende fino al 19 settembre 2011, data dell'impugnata decisione. Il giudice delle assicurazioni sociali analizza, infatti, la legalità della decisione impugnata, in generale, secondo lo stato di fatto esistente al momento in cui la decisione in lite è stata resa (DTF 131 V 9 consid. 1, 130 V 445 consid. 1.2 con i rinvii).

6.

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

- essere invalido ai sensi della legge svizzera;
- aver versato contributi all'AVS/AI svizzera per almeno tre anni (art. 36 LAI). A tal fine è possibile prendere in considerazione anche i contributi

versati ad un'assicurazione sociale assimilata di uno Stato membro dell'Unione europea (UE) o dell'Associazione europea di libero scambio (AELS), a condizione che almeno un anno di contributi sia registrato all'AVS/AI svizzera (FF 2005 p. 4065; art. 45 del regolamento 1408/71).

Nella specie, il ricorrente ha versato contributi all'AVS/AI svizzera per un periodo superiore ai 3 anni. Pertanto, adempie la condizione della durata minima di contribuzione, alla quale la legge subordina l'erogazione di una rendita. Rimane ora da esaminare se sia invalido ai sensi di legge.

7.

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

7.2 L'art. 28 cpv. 1 LAI stabilisce che l'assicurato ha diritto ad una rendita alle seguenti condizioni: a. la sua capacità di guadagno o la sua capacità di svolgere le mansioni consuete non può essere ristabilita, mantenuta o migliorata mediante provvedimenti d'integrazione ragionevolmente esigibili; b. ha avuto un'incapacità di lavoro (art. 6 LPGA) almeno del 40% in media durante un anno senza notevole interruzione; e c. al termine di questo anno è invalido almeno al 40%. Tuttavia, il diritto alla rendita nasce al più presto dopo 6 mesi dalla data in cui l'assicurato ha rivendicato il diritto alle prestazioni conformemente all'art. 29 cpv. 1 LPGA, ma al più presto a partire dal mese seguente il compimento dei 18 anni (art. 29 cpv. 1 LAI).

7.3 L'assicurato ha diritto ad una rendita intera se è invalido per almeno il 70%, a tre quarti di rendita se è invalido per almeno il 60%, ad una mezza rendita se è invalido per almeno la metà e ad un quarto di rendita se è invalido per almeno il 40% (art. 28 cpv. 2 LAI). In seguito all'entrata in vigore dell'Accordo bilaterale, la limitazione prevista dall'art. 29 cpv. 4 LAI, secondo il quale le rendite per un grado d'invalidità inferiore al 50% sono versate solo ad assicurati che sono domiciliati e dimorano abitualmente in Svizzera (art. 13 LPGA), non è più applicabile quando l'assicurato è cittadino dell'UE e vi risiede (DTF 130 V 253 consid. 2.3).

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

8.

8.1 L'assicurato non ha più lavorato dopo il 21 agosto 2009. La sua carriera professionale, trascorsa in gran parte in Svizzera, è stata caratterizzata da attività nel campo metallurgico ed edilizio (cfr. conti individuali, doc. 16 inc. TAF).

8.2 La nozione d'invalidità di cui all'art. 4 LAI e 8 LPGGA è di carattere giuridico economico, non medico (DTF 116 V 249 consid. 1b). In base all'art. 16 LPGGA, applicabile per il rinvio dell'art. 28a cpv. 1 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). In altri termini l'assicurazione svizzera per l'invalidità risarcisce 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 (metodo generale del raffronto dei redditi).

8.3 In carenza di documentazione economica, la documentazione medica costituisce un importante elemento di giudizio per determinare quali lavori siano ancora esigibili dall'assicurato, ma non spetta al medico graduare il grado d'invalidità dell'assicurato (DTF 114 V 314). Infatti, per costante giurisprudenza le certificazioni mediche possono costituire importanti elementi d'apprezzamento del danno invalidante, allorché permettono di va-

lutare l'incapacità lavorativa e di guadagno dell'interessato in un'attività da lui ragionevolmente esigibile (DTF 115 V 134 consid. 2).

8.4 Inoltre, perché un rapporto medico abbia valore probatorio è determinante che esso valuti ed esamini in maniera completa i punti litigiosi, si fondi su degli esami approfonditi, prenda conto di tutte le affezioni di cui si lamenta l'assicurato, sia stabilito in piena conoscenza dei suoi antecedenti (anamnesi) e sia chiaro nell'esposizione delle correlazioni mediche o nell'apprezzamento della situazione medica; le conclusioni dell'esperto devono inoltre essere motivate (DTF 125 V 352 e 122 V 160).

9.

9.1 A._____ soffre di bronco pneumopatia cronica ostruttiva in soggetto con esiti specifici sclero-calcifici superiori associati ad enfisema bolloso apicale bilaterale, sindrome ansioso-depressiva ad incidenza funzionale di grave entità (cfr. la perizia del 20 maggio 2011, E 213, doc. 34).

9.2 Per quanto concerne le conseguenze invalidanti delle menzionate affezioni, il servizio medico dell'INPS (a firma del Dott. Convenga) pone, il 18 maggio 2010 (doc. 26), un grado d'invalidità del 70%. Nella seconda perizia medica particolareggiata INPS, il Dott. Coluccia pone, il 20 maggio 2011, un tasso d'invalidità dell'80% indicando che il paziente è peggiorato (doc. 34). Dal canto suo, il Dott. Battaglia, del SMR "Rhône" esclude l'esistenza di un'invalidità di livello pensionabile.

9.3

9.3.1 Ora, il rapporto del Dott. Battaglia non può essere seguito per più motivi. Già per quanto riguarda la diagnosi vi è una contraddizione agli atti. Il medico del SMR rileva una "distimia" senza indicare alcun riferimento oggettivo. Nel primo E 213 del 18 maggio 2010, il medico dell'INPS indica piuttosto un umore fortemente depresso (doc. 26, cifra 4.1) ed il Dott. Cessi, psichiatra, attesta il 14 ottobre 2010 un grave stato ansioso depressivo (doc. 27). Non si vede per quale motivo il Dott. Battaglia debba indicare una distimia. È vero che il Dott. Greco, psichiatra, nel rapporto del 16 maggio 2011, indica un umore "lievemente depresso" (doc. 33), ma il resto del suo rapporto fa stato di una situazione severa, cronica, ad incidenza funzionale di entità grave. Quanto estrapolato dal medico del SMR è dunque privo di fondamento oggettivo. Il medico del SMR afferma inoltre che l'assicurato è stato incapace di lavorare in misura rilevante solo per alcuni mesi, da maggio 2010 al 14 ottobre 2010, in seguito al decesso

della moglie. Questa presa di posizione non trova neppure alcun riscontro attendibile.

9.3.2 Il Dott. Battaglia aveva peraltro ritenuto utile fare allestire un'indagine psichiatrica più approfondita (cfr. rapporto del 1° marzo 2011, doc. 30). Il rapporto di esame psichiatrico pervenuto successivamente (doc. 33) non soddisfa a quelle esigenze dettate dalla giurisprudenza in materia di certificazione medica atta a fornire una valutazione affidabile circa le ripercussioni invalidanti di una determinata affezione (cfr. consid. 8.4). L'incarto non contiene alcuna perizia psichiatrica attendibile, ciò che rappresenta una marcata carenza dal momento che la patologia psichica sembra essere quella più determinante. Di regola, un rapporto psichiatrico, per assumere valore probante, deve contenere l'anamnesi dettagliata, l'evoluzione della malattia, lo stato attuale della malattia, diagnosi, prognosi, la durata ed il tipo di trattamento (con il dosaggio), la frequenza di eventuali sedute specialistiche. In modo specifico, il rapporto stesso dovrebbe fornire delle indicazioni sullo stato psichico (aspetto, atteggiamento, orientamento spazio-temporale, conservazione della memoria, capacità di concentrazione, facoltà di comprensione, d'interpretazione, di percezione), nonché tutti quei riscontri che permettono di individuare elementi di carattere patologico. Dei test psichiatrici sono a volte necessari. Queste ricerche appaiono indispensabili laddove la malattia psichica/mentale è data come la principale causa di uno stato d'invalidità.

9.3.3 L'incarto presenta inoltre un'ulteriore lacuna. Quando si deve valutare l'invalidità di un assicurato che si trova in età avanzata e ormai prossima a quella che dà diritto ad una rendita dell'assicurazione svizzera per la vecchiaia, bisogna procedere ad un'analisi globale della situazione e domandarsi se, nella realtà, questo assicurato è in misura di accedere ad un'attività in un mercato del lavoro supposto equilibrato (SVR 2003 IV n. 35 consid. 2.3, sentenza del Tribunale federale I 500/06 del 30 agosto 2007 consid. 4.4 e sentenza del Tribunale federale 9C_612/2007 del 14 luglio 2008 consid. 5.1 con i riferimenti). Un'attività ragionevolmente esigibile ai sensi dell'art. 16 LPGA è da escludere quando questa sarebbe realizzabile solo in forma e con modalità talmente ristrette da non esistere in un mercato del lavoro equilibrato, oppure con delle condizioni/limitazioni mediche tali da rendere irreperibile un datore di lavoro. In una recente giurisprudenza, il Tribunale federale ha inoltre rilevato che il momento determinante per sapere se una persona può mettere a profitto la sua capacità di lavoro residua è quello in cui l'esigibilità di un'attività è constatata dal punto di vista medico (sentenza del Tribunale federale 9C_149/2011 del 25 ottobre 2012).

9.4 Quando il parere del medico dell'UAIE diverge dagli altri giudizi e/o non può essere fondato su documentazione oggettiva avente la qualità di prova, occorre procedere ad una nuova investigazione medica. Infatti, è compito del consulente del Servizio medico regionale o del medico dell'UAIE stabilire in che misura il danno alla salute limita l'interessato nelle sue capacità psicofisiche, attenendosi unicamente alle funzioni importanti relative alle attività lavorative che, secondo la sua esperienza di vita, entrano in linea di conto nel caso concreto (art. 49 dell'ordinanza del 17 gennaio 1961 sull'assicurazione per l'invalidità [OAI, RS 831.201]).

10.

10.1 Ora, fatte queste considerazioni, il collegio giudicante si trova nell'impossibilità di determinare la misura dell'incapacità di lavoro e di guadagno subita dall'interessato e da quando questa modifica esisterebbe.

10.2 In queste circostanze è necessario accogliere parzialmente il ricorso, annullare la decisione impugnata e rinviare l'incanto all'UAIE, affinché emani una nuova decisione. Certo, l'art. 61 cpv. 1 PA permette solo eccezionalmente di ricorrere ad una tale procedura. Nel caso concreto, l'applicazione dell'eccezione prevista è tuttavia giustificata se si considerano le numerose lacune dell'incanto e l'ampiezza delle informazioni da raccogliere (DTF 137 V 210 consid. 4.4.1.4).

L'UAIE dovrà quindi completare l'istruttoria delucidando la situazione medica per il periodo dall'agosto 2009 (cessazione dell'attività lucrativa) fino alla data dell'impugnata decisione (19 settembre 2011). L'UAIE emanerà poi un nuovo provvedimento impugnabile.

A tale fine il ricorrente dovrà essere sottoposto ad una perizia approfondita in neuropsichiatria ed a tutti quegli esami che il caso richiede. Un aggiornamento dello stato di salute generale appare pure necessario, in quanto A. _____ presenta anche altre patologie.

Se del caso, l'amministrazione effettuerà poi un'indagine comparativa dei redditi.

11.

11.1 Visto l'esito del ricorso, non vengono prelevate spese processuali. La domanda di esenzione dall'anticipo delle spese processuali diventa senza oggetto.

11.2 In base all'art. 64 PA, l'autorità di ricorso, se ammette il ricorso in tutto o in parte, può assegnare al ricorrente un'indennità per le spese indispensabili e relativamente elevate che ha sopportato.

Nel caso in esame, viste le memorie di ricorso e di replica, nonché la documentazione esibita, si giustifica riconoscere alla parte ricorrente un'indennità per spese ripetibili di 1'200 franchi, la quale è posta a carico dell'autorità inferiore.

Per questi motivi, il Tribunale amministrativo federale pronuncia:

1.

Il ricorso è parzialmente accolto nel senso che, annullata l'impugnata decisione del 19 settembre 2011, l'incarto è rinviato all'autorità inferiore perché proceda ai sensi dei considerandi e statuisca di nuovo.

2.

Non si prelevano spese processuali.

3.

Alla parte ricorrente viene riconosciuta un'indennità per spese ripetibili di 1'200 franchi, la quale è posta a carico dell'autorità inferiore.

4.

Comunicazione a:

- rappresentante del ricorrente (raccomandata A/R)
- autorità inferiore (n. di rif. ; raccomandata)
- Ufficio federale delle assicurazioni sociali, Berna (raccomandata)

I rimedi giuridici sono menzionati alla pagina seguente.

Il presidente del collegio:

Il cancelliere:

Francesco Parrino

Dario Croci Torti

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 rispettate le condizioni di cui agli art. 72 e segg. e 100 della legge sul Tribunale federale del 17 giugno 2005 [LTF, RS 173.110]). 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: