



---

Corte III  
C-731/2015

## **Sentenza del 7 novembre 2017**

---

Composizione

Giudici Vito Valenti (presidente del collegio),  
Franziska Schneider, Caroline Bissegger,  
cancelliera Anna Röthlisberger.

---

Parti

A. \_\_\_\_\_,  
rappresentato dal Patronato E.N.A.S.C.O.,  
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, diritto alla rendita (decisione  
del 16 dicembre 2014).

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

A. \_\_\_\_\_, cittadino italiano, nato il (...), ha lavorato in Svizzera in qualità di muratore nel 1974 e dal 1976 al 1998 solvendo regolari contributi all'assicurazione svizzera per la vecchiaia, i superstiti e l'invalidità (doc. 19, 39 [pag. 2], 51 e 60). In seguito, l'interessato è rientrato in Italia.

**B.**

Il 22 dicembre 2008, l'assicurato ha formulato una domanda volta all'ottenimento di una rendita dell'assicurazione svizzera per l'invalidità (doc. 10 pag. 7 e doc. 11).

**C.**

**C.a** Nel corso dell'istruttoria, l'UAIE ha assunto agli atti diversa documentazione, in particolare i referti medici di esami reumatologici e neurologici eseguiti in Italia tra ottobre e novembre del 2009 trasmessi dall'assicurato (cfr. doc. 4 [ripetuto in doc. 17], 5 [ripetuto in doc. 16] e 6 [ripetuto in doc. 15]), la perizia medica particolareggiata E 213 del 19 dicembre 2013 (doc. 39), nella quale è posta la diagnosi di "spondiloartrosi a moderata incidenza funzionale; ICD 7210" ed è indicato che l'assicurato può svolgere a tempo pieno il suo lavoro di titolare di edicola e che conformemente alle disposizioni di legge del Paese di residenza, ossia l'Italia, l'invalidità per l'ultimo lavoro svolto è pari al 40%. Tra gli atti di cui all'incarto dell'autorità inferiore emergono, tra l'altro, il questionario per indipendenti del 14 maggio 2014 (doc. 44) e il questionario per l'assicurato del 27 maggio 2014 (doc. 46), dai quali è emerso che l'assicurato ha svolto l'attività lavorativa di bracciante agricolo fino a maggio 2008, di artigiano edile indipendente da ottobre 2008 fino a dicembre 2010, e di titolare di edicola da giugno 2012.

**C.b** Nel rapporto finale del Servizio medico regionale (SMR) del 14 agosto 2014 (doc. 52), è stata posta la diagnosi di "cervico-dorso-lombalgie croniche in presenza di disturbi degenerativi; M53.9" e sono stati indicati i limiti funzionali (segnatamente non mantenere posizioni statiche prolungate, evitare lavori pesanti ed evitare di sollevare ripetutamente pesi superiori a 20 Kg). Il medico del SMR ha ritenuto nell'attività abituale di muratore un'incapacità lavorativa del 40% da novembre 2009. Per contro, in attività sostitutive rispettose dei limiti funzionali, il medico del SMR ha ritenuto una totale capacità lavorativa. Il medico SMR ha altresì indicato che l'attività attualmente esercitata di titolare di edicola è un'attività sostitutiva conforme alle limitazioni funzionali.

**C.c** Con progetto di decisione del 28 agosto 2014, l'UAIE ha prospettato il respingimento della domanda di rendita conto tenuto che dal raffronto dei redditi è risultato un grado d'invalidità dell'1%, insufficiente per l'erogazione di una rendita d'invalidità (doc. 54; cfr. anche doc. 53 [foglio di calcolo]).

**C.d** Con osservazioni del 7 ottobre 2014 (cfr. timbro postale), l'interessato ha contestato il menzionato progetto di decisione e chiesto il riconoscimento di un quarto di rendita d'invalidità. L'assicurato ha trasmesso il verbale della Commissione medica per l'accertamento dell'invalidità civile, delle condizioni visive e della sordità del 18 giugno 2012, nel quale l'interessato è stato ritenuto invalido con riduzione permanente della capacità lavorativa in misura del 46% a decorrere dal 26 aprile 2012. L'interessato ha altresì allegato alle proprie osservazioni il certificato medico del 2 ottobre 2014 del medico curante dott. B. \_\_\_\_\_, medico chirurgo, il quale ha posto le diagnosi di discopatia lombosacrale L5/S1, discopatia cervicale C6/C7, parestesie (formicolio) alle dita degli arti inferiori con intorbidamento, lombosciatalgie e lombalgie ricorrenti (doc. 57, cfr. anche doc. 55 e 56 [documentazione allegata alle osservazioni]).

**C.e** Nelle prese di posizione del SMR del 31 ottobre 2014 (doc. 59) e del 4 dicembre 2014 (doc. 62), il medico del SMR ha ritenuto che non vi fossero nuovi elementi medici atti a modificare la propria precedente valutazione. In particolare, il medico ha osservato che le patologie indicate dal medico curante dell'assicurato sono note e sono già state considerate nelle precedenti valutazioni del Servizio medico (cfr. doc. 59) e che l'attività di titolare di edicola attualmente esercitata è confacente con le limitazioni funzionali rilevate ed esigibile in misura del 100% (cfr. doc. 62).

#### **D.**

Con decisione del 16 dicembre 2014, l'UAIE ha respinto la domanda di rendita formulata dall'interessato. L'autorità inferiore ha ritenuto, sulla base delle valutazioni mediche di cui all'incarto, un'incapacità lavorativa del 40% nell'attività precedentemente svolta di muratore da novembre 2009, e una totale capacità lavorativa in attività confacenti e rispettose dei limiti funzionali da sempre. Dal confronto del reddito da valido di Euro 1'306.09/mese, percepito in qualità di artigiano muratore indipendente, con il reddito da invalido di Euro 1'290.05/mese (determinato secondo i dati statistici dell'Organizzazione internazionale del lavoro [OIL] e applicando una riduzione giurisprudenziale del 15%, conto tenuto delle circostanze personali e professionali del caso), è risultato un grado d'invalidità dell'1%. L'autorità inferiore ha altresì confrontato il reddito da valido di Euro 1'306.09/mese con il reddito da invalido di Euro 1'279.75/mese, percepito in qualità di titolare di

edicola, da cui è risultato un grado d'invalidità del 2%. In entrambi i casi è risultato un grado d'invalidità insufficiente per l'erogazione di una rendita d'invalidità (doc. 64; cfr. anche doc. 53 [foglio di calcolo] e doc. 46 pag. 10 [Estratto conto previdenziale]).

## **E.**

**E.a** Il 2 febbraio 2015, l'interessato ha presentato ricorso dinanzi al Tribunale amministrativo federale (TAF) contro la menzionata decisione, mediante il quale ha chiesto il riconoscimento di un quarto di rendita. Il ricorrente ha fatto valere un accertamento insufficiente dei fatti giuridicamente rilevanti (doc. TAF 1 e allegati).

**E.b** Con scritto del 23 febbraio 2015, l'insorgente ha trasmesso ulteriore documentazione di natura economica. L'assicurato ha altresì chiesto il riconoscimento di un quarto di rendita a decorrere dal 1° gennaio 2009 (doc. TAF 4 e allegati).

## **F.**

Con versamento del 4 marzo 2015, l'insorgente ha corrisposto fr. 400.- a copertura del richiesto anticipo sulle presumibili spese processuali (doc. TAF 6).

## **G.**

Con risposta al ricorso del 25 marzo 2015, l'autorità inferiore ha proposto la reiezione del ricorso e la conferma della decisione impugnata (doc. TAF 8).

## **H.**

Il 20 aprile 2015, il ricorrente ha inoltrato l'atto di replica, mediante il quale ha confermato le richieste ricorsuali. In particolare, l'interessato ha indicato che "il calcolo sull'incapacità al guadagno non può essere effettuato sulla differenza dei contributi INPS" (doc. TAF 11).

## **I.**

**I.a** Con duplice del 13 maggio 2015, l'autorità inferiore ha ripetuto la proposta di reiezione del ricorso e di conferma della decisione impugnata. In particolare, l'UAIE ha indicato che gli argomenti sollevati e la documentazione trasmessa dal ricorrente non permettono di modificare la propria valutazione (doc. TAF 13).

**I.b** Con provvedimento del 21 maggio 2015, questo Tribunale ha trasmesso al ricorrente una copia della duplice per conoscenza (doc. TAF 14).

### **Diritto:**

#### **1.**

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

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

**1.3** In virtù dell'art. 3 lett. d<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 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 2015 (doc. TAF 6), il ricorrente ha tempestivamente corrisposto l'anticipo spese richiesto (art. 21 cpv. 3 e 63 cpv. 4 PA).

#### **2.**

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

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

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

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

**2.4** Giova altresì rilevare che il regolamento (CE) n. 883/2004 è stato ulteriormente modificato dal regolamento (CE) n. 465/2012 del Parlamento europeo e del Consiglio del 22 maggio 2012, ripreso dalla Svizzera a decorrere dal 1° gennaio 2015 (cfr. sentenza del TF 8C\_580/2015 del 26 aprile 2016 consid. 4.2 con rinvii).

**2.5** Secondo l'art. 4 del regolamento (CE) n. 883/2004, salvo quanto diversamente previsto dallo stesso, le persone ad esso soggette godono delle medesime prestazioni e sottostanno agli stessi obblighi di cui alla legislazione di ciascuno Stato membro, alle stesse condizioni dei cittadini di tale Stato. Ciò premesso, nella misura in cui l'ALC e, in particolare, il suo allegato II, non prevede disposizioni contrarie, l'organizzazione della procedura, come pure l'esame delle condizioni di ottenimento di una rendita d'invalidità svizzera, sono regolate dal diritto interno svizzero (DTF 130 V 253 consid. 2.4).

### **3.**

**3.1** Dal profilo temporale 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). Nel caso concreto la domanda di rendita è stata presentata il 22 dicembre 2008 (cfr. consid. B del presente giudizio). Pertanto, si applicano, da un lato, le disposizioni in vigore fino al 31 dicembre 2011, per quanto attiene allo stato di fatto realizzatosi fino a tale data, mentre dall'altro lato, e per il periodo successivo, le nuove norme materiali in vigore dal 1° gennaio 2012, tra le quali le disposizioni della 6a revisione della LAI (cfr. DTF 130 V 1 consid. 3.2 per quanto concerne le disposizioni formali della LPGA, immediatamente applicabili con la loro entrata in vigore).

**3.2** Giova altresì rilevare che il potere cognitivo di questo Tribunale è delimitato dalla data della decisione impugnata, in concreto il 16 dicembre 2014. 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 possono 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*).

#### **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).

È incontestato che il ricorrente adempie in ogni caso la condizione della durata minima di contribuzione, avendo pagato contributi all'assicurazione svizzera per la vecchiaia, i superstiti e l'invalidità per più di 3 anni (cfr. doc. 51 e 60).

## **5.**

**5.1** L'invalidità ai sensi della LPGGA 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 LPGGA e 4 cpv. 1 LAI). Secondo l'art. 7 LPGGA, 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 LPGGA).

**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 il 50%, a tre quarti di rendita se è invalido per almeno il 60% e ad una rendita intera se è invalido per almeno il 70%. In seguito all'entrata in vigore dell'ALC, la limitazione prevista dall'art. 29 cpv. 4 LAI, secondo cui le rendite per un grado d'invalidità inferiore al 50%, ma pari almeno al 40%, sono versate solo ad assicurati che sono domiciliati e dimorano abitualmente in Svizzera (art. 13 LPGGA), non è più applicabile segnatamente quando l'assicurato è cittadino dell'UE o svizzero e risiede nell'UE (DTF 132 V 423 consid. 6.4.1; 130 V 253 consid. 2.3).

**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 LPGGA) almeno del 40% in media durante un anno senza notevole interruzione (lettera b) e al termine di questo anno è invalido (art. 8 LPGGA) almeno al 40% (lettera c).

**5.4** La nozione d'invalidità di cui agli art. 4 LAI e 8 LPGA è un concetto di carattere economico-giuridico e non medico (cfr. sentenze del TF 9C\_318/2014 del 10 settembre 2014 consid. 3.1 e 8C\_636/2010 del 17 gennaio 2011 consid. 3 con rinvii). In base all'art. 16 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).

**5.5** 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 (cfr. sentenze del TF 9C\_240/2013 del 22 ottobre 2013 consid. 2.1 e 8C\_671/2011 dell'11 novembre 2011 consid. 3).

## **6.**

In virtù dell'art. 43 LPGA, nonché degli art. 12 e 13 PA e dell'art. 19 PA in relazione con l'art. 40 della legge federale di procedura civile del 4 dicembre 1947 (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).

## **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; 134 V 231 consid. 5.1; 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; 125 V 351 consid. 3b/bb).

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

**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 esaminare se prima dell'emanazione della decisione impugnata del 16 dicembre 2014, l'autorità inferiore abbia proceduto ad un sufficiente accertamento dei fatti giuridicamente rilevanti o avrebbe necessariamente dovuto fare eseguire ulteriori esami medici per potersi determinare con cognizione di causa, secondo il grado della verosimiglianza preponderante valido nelle assicurazioni sociali, sullo stato di salute e sulla capacità lavorativa residua dell'insorgente.

## **9.**

La decisione impugnata si basa sul rapporto finale del SMR del 14 agosto 2014 (doc. 52), nonché sulla presa di posizione del SMR del 31 ottobre 2014 (doc. 59). Per i motivi che saranno indicati di seguito, si rileva fondata la censura sollevata dal ricorrente d'accertamento insufficiente dei fatti giuridicamente rilevanti avendo i medici dell'amministrazione tratto conclusioni affrettate sulla base di un'istruttoria carente. Infatti, dalla documentazione di cui all'incarto dell'autorità inferiore – di data anteriore alla decisione impugnata –, emerge che il ricorrente, oltre alla diagnosi ritenuta dal medico del SMR di “cervico-dorso-lombalgie croniche in presenza di disturbi degenerativi” (cfr. doc. 52), presenta pure delle problematiche neurologiche e reumatologiche sinora non sufficientemente acclerate e suscettibili d'incidere sulla residua capacità lavorativa dell'interessato.

## **9.1**

**9.1.1** Questo Tribunale osserva in particolare che nella EMG del 20 ottobre 2009 (doc. 6 [ripetuto in doc. 15]), è stato segnalato “marcata sofferenza neurogena, con segni di denervazione in atto nel muscolo tibiale anteriore sinistro (territorio L5); sofferenza neurogena, senza segni di denervazione in atto e con segni di reinnervazione collaterale, nei territori di S1 a sinistra, di L5 a destra, e di C5-C6; lieve sofferenza neurogena nei restanti distretti esplorati”. Nella RM cervicale del 23/24 ottobre 2009 (doc. 5 [ripetuto in

doc. 16]), è indicato “presenza di diffusi segni di spondiliscoartrosi a carico del tratto del rachide esaminato con riduzione plurisegmentaria dei diametri del canale spinale, da componente mista discoartrosica anche posteriore da C3 a C7; il disco C6-C7 è marcatamente protruso posteriormente ad ampio raggio con leggera prevalenza a sinistra”. Dal certificato dell’ambulatorio di neurochirurgia di C.\_\_\_\_\_ del 6 novembre 2009 (doc. 4 [ripetuto in doc. 17]), risulta inoltre che l’interessato è affetto da “spondiliscoartrosi lombare e cervicale con interessamento radicolare; all’esame del 9 ottobre 2009 radicolite bilaterale L5 e parestesie agli arti superiori; alla TC ernie discali multiple lombari; all’EMG sofferenza radicolare L5 ed S1 bilaterale con denervazione del tibiale anteriore a sinistra; alla RM cervicale riduzione plurisegmentaria dei diametri del canale spinale da C3 a C7 con protrusione C6-C7; alla EMG cervicale sofferenza neurogena C5-C6”.

**9.1.2** Da parte sua, nel rapporto finale del SMR del 14 agosto 2014 (doc. 52) e nella presa di posizione del 31 ottobre 2014 (doc. 59), il dott. D.\_\_\_\_\_, medico del SMR, specialista in medicina generale, esperto certificato SIM, ha segnalato una possibile radicolopatia in L5, ma ha ritenuto che la stessa, sulla base della perizia medica particolareggiata E 213 del 19 dicembre 2013 (cfr. doc. 39), non presenta deficit motorio o sensitivo.

**9.1.3** Questo Tribunale ritiene che la valutazione del medico SMR, secondo cui non vi sarebbero affezioni di tipo neurologico suscettibili di avere un’incidenza sulla capacità lavorativa dell’insorgente, non può essere condivisa. Innanzitutto, nonostante i referti menzionati (cfr. consid. 9.1.1 della presente sentenza), tra cui figura un certificato di un ambulatorio di neurochirurgia, indichino la presenza di verosimili problematiche neurologiche – segnatamente attestano la presenza di sofferenze neurogene, di protrusioni discali, di radicolite bilaterale, parestesie, nonché di ernie discali – si rileva che il medico SMR, peraltro non specialista in neurologia, ha “scartato” la menzionata documentazione medica fondandosi sulla perizia medica particolareggiata E 213 del 19 dicembre 2013 (doc. 39). Tuttavia – e a prescindere dal fatto che il referto Xgrafico della colonna vertebrale eseguito il 14 marzo 2012 menzionato in detta perizia particolareggiata (cfr. doc. 39 pag. 7) non risulta agli atti di cui all’incarto dell’autorità inferiore –, la menzionata perizia particolareggiata E 213 non appare essere stata redatta da un neurologo, è estremamente generica (riportando indicazioni quanto allo stato di salute dell’interessato succinte e a tratti lacunose, non essendo infatti stata data alcuna risposta a diverse domande di detto questionario medico), e non è dato sapere se la documentazione medica di cui

al consid. 9.1.1 della presente sentenza sia stata esaminata dal medico incaricato dell'esame (manca comunque una qualsiasi indicazione precisa al riguardo). Basti ancora rilevare che un approfondimento istruttorio si rendeva e rende necessario anche in virtù delle risultanze di cui al verbale della Commissione medica italiana per l'accertamento dell'invalidità civile, delle condizioni visive e della sordità del 18 giugno 2012 (prodotto dall'insorgente con le osservazioni al progetto di decisione [cfr. doc. 56 pag. 1 e 2]) con riferimento alla constatata incapacità lavorativa del 46%. Questa valutazione dell'incapacità lavorativa, benché non vincolante per le autorità svizzere, non può essere senz'altro scartata, senza ulteriori approfondimenti medici oggettivi o almeno una solida motivazione, che nella fattispecie fanno difetto. Ne consegue che l'istruttoria risulta insufficiente già dal profilo delle affezioni neurologiche evidenziate.

**9.2** Peraltro, anche dal profilo reumatologico, l'istruttoria va necessariamente completata conto tenuto che non è stato eseguito nessun accertamento specialistico approfondito quanto al diffuso quadro artrosico di cui soffre l'insorgente, segnatamente la spondilodiscoartrosi lombare e cervicale (cfr. doc. 4 [ripetuto in doc. 17], 5 [ripetuto in doc. 16], 7, 39 e 52).

**9.3** Ne discende che, in assenza di sufficienti accertamenti, segnatamente in ambito reumatologico e neurologico, l'istruttoria eseguita dall'autorità inferiore si rileva carente. Non risulta altresì possibile, in tali condizioni, determinarsi, con il grado della verosimiglianza preponderante valido nelle assicurazioni sociali, sullo stato di salute dell'insorgente e la relativa conseguenza sulla sua residua capacità lavorativa.

## **10.**

In conclusione, la decisione impugnata del 16 dicembre 2014, fondata su un accertamento insufficiente dei fatti giuridicamente rilevanti, viola il diritto federale e deve essere annullata.

## **11.**

**11.1** Quando il TAF annulla una decisione, esso può sostituirsi all'autorità inferiore e giudicare direttamente nel merito o rinviare la causa, con istruzioni vincolanti, all'autorità inferiore per un nuovo giudizio (cfr. sentenza del TAF C-1446/2013 del 16 ottobre 2014 consid. 8.1). 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 TF 9C\_162/2007 del 3 aprile 2008 consid. 2.3 con rinvii; DTF 126 II 43; 125 II

326). Tale non è il caso nella presente fattispecie per i motivi precedentemente indicati. Gli atti di causa sono pertanto rinviati all'autorità inferiore affinché la stessa proceda a completare l'accertamento dei fatti giuridicamente rilevanti con riferimento allo stato di salute del ricorrente, segnatamente con una perizia interdisciplinare reumatologica e neurologica non essendo sufficiente esaminare le affezioni mediante perizie isolate (cfr. sentenza del TF 9C\_235/2013 del 10 settembre 2013 consid. 3.2 con rinvii; cfr., anche, sulla possibilità di un rinvio all'autorità inferiore in siffatte circostanze [accertamento manifestamente insufficiente dei fatti giuridicamente rilevanti da parte dell'autorità inferiore, detta autorità non avendo fatto eseguire la necessaria perizia interdisciplinare] DTF 137 V 210 consid. 4.4.1.4), e con ogni ulteriore esame che l'evoluzione nel tempo dello stato di salute della ricorrente dovesse rendere necessario, nonché a pronunciare una nuova decisione.

**11.2** Giova altresì ancora rilevare che in considerazione dell'esito della lite, l'ulteriore censura sollevata dal ricorrente, segnatamente quella sulla valutazione economica (cfr. consid. H del presente giudizio e doc. TAF 11 [atto di replica]), può restare indecisa, l'autorità inferiore dovendo nuovamente pronunciarsi sul caso.

**11.3** Occorre peraltro rilevare che nell'ambito dell'accertamento ancora da esperire dall'autorità inferiore, a seguito del rinvio degli atti di causa, non sussiste l'eventualità di una nuova decisione dell'UAIE a detrimento dell'insorgente (cfr., sulla questione, DTF 137 V 314 consid. 3.2.4) dal momento che nella decisione impugnata del 16 dicembre 2014 l'autorità inferiore ha respinto la richiesta di rendita formulata dall'interessato.

## **12.**

**12.1** Visto l'esito della causa, non sono prelevate delle spese processuali (art. 63 PA). L'anticipo equivalente alle presunte spese processuali di fr. 400.-, versato il 4 marzo 2015, sarà restituito al ricorrente allorquando il presente giudizio sarà cresciuto in giudicato.

**12.2** Ritenuto che l'insorgente è rappresentato in questa sede da mandatario professionale, si giustifica altresì l'attribuzione di spese ripetibili (art. 64 PA in combinazione con 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] cfr. pure DTF 137 V 57 consid. 2 secondo cui la parte che ha presentato ricorso in materia d'as-

segnazione o rifiuto di prestazioni assicurative è reputata vincente, dal profilo delle ripetibili, anche se la causa è rinviata all'amministrazione per complemento istruttorio e nuova decisione). La stessa, in assenza di una nota dettagliata, è fissata d'ufficio (art. 14 cpv. 2 TS-TAF) in fr. 1'000.- (compresi i disborse ed esclusa l'imposta sull'IVA [cfr., fra le tante, sentenza del TAF C-995/2014 del 9 marzo 2017 consid. 10.2 con rinvii]), tenuto conto del lavoro utile e necessario (relativamente limitato) svolto dal rappresentante del ricorrente. L'indennità per ripetibili è posta a carico dell'UAIE.

(dispositivo alla pagina seguente)

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

**1.**

Il ricorso è accolto nel senso che la decisione impugnata del 16 dicembre 2014 è annullata e gli atti di causa sono rinviati all'autorità inferiore affinché proceda al completamento dell'istruttoria ai sensi dei considerandi.

**2.**

Non si prelevano spese processuali. L'anticipo di fr. 400.-, corrisposto il 4 marzo 2015, sarà restituito al ricorrente dopo la crescita in giudicato della presente sentenza.

**3.**

L'UAIE rifonderà al ricorrente fr. 1'000.- a titolo di spese ripetibili

**4.**

Comunicazione a:

- rappresentante del 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 Röthlisberger

**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. 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: