

BVGer C-3208/2014 vom 17. Juli 2017

Bundesverwaltungsgericht, 2017-07-17, IT

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bvger_C-3208_2014

FR: TAF C-3208/2014 du 17 juillet 2017

IT: TAF C-3208/2014 del 17 luglio 2017

Regeste

Diritto alla rendita

Erwägungen

E. 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).

E. 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).

E. 1.3

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

E. 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 LPGA), il ricorso - interposto tempestivamente e rispettoso dei requisiti previsti dalla legge (art. 60 LPGA nonché art. 52 PA) - è pertanto ammissibile. Inoltre, con versamento del 30 giugno 2014 (doc. TAF 4), il ricorrente ha tempestivamente corrisposto l'anticipo spese richiesto (art. 21 cpv. 3 e 63 cpv. 4 PA).

E. 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).

E. 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).

E. 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.

E. 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).

E. 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).

E. 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 si applicano le 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 LPG, immediatamente applicabili con la loro entrata in vigore).

E. 3.2

Giova altresì rilevare che il potere cognitivo di questo Tribunale è delimitato dalla data della decisione impugnata, in concreto il 17 aprile 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 possano imporsi quali elementi d'accertamento retrospettivo della situazione anteriore alla decisione stessa (DTF 129 V 1 consid. 1.2; 121 V 362 consid. 1b), in altri termini se gli stessi sono strettamente connessi all'oggetto litigioso e se sono suscettibili di influire sull'apprezzamento del giudice al momento in cui detta decisione litigiosa è stata resa (cfr. sentenze del TF 8C_278/2011 del 26 luglio 2011 consid. 5.5; 9C_116/2010 del 20 aprile 2010 consid. 3.2.2; DTF 118 V 200 consid. 3a in fine).

E. 4

Secondo le norme applicabili, ogni richiedente, per avere diritto ad una rendita dell'assicurazione invalidità svizzera, deve adempiere cumulativamente le seguenti condizioni: essere invalido ai sensi della LPGA e della LAI (art. 8 LPGA nonché art. 4, 28 e 28a LAI); aver pagato i contributi all'AVS/AI svizzera o ad un'assicurazione sociale assimilata (FF 2005 p. 4065; art. 45 del regolamento 1408/71 [art. 46 del regolamento (CE) n. 883/2004 {che rinvia al Capitolo 5}]) di uno Stato membro dell'Unione europea (UE) o dell'Associazione europea di libero scambio (AELS), durante tre anni (art. 36 cpv. 1 LAI), ferma restando la necessità di un periodo contributivo minimo in Svizzera di un anno (art. 36 cpv. 2 LAI in combinazione con l'art. 29 cpv. 1 LAVS; cfr. DTF 130 V 335 consid. 3 e 4). Il ricorrente adempie in ogni caso la condizione della durata minima di contribuzione, avendo pagato contributi all'assicurazione svizzera per la vecchiaia, i superstiti e l'invalidità per più di tre anni (doc. 74).

E. 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).

E. 5.2

L'art. 28 cpv. 1 LAI prevede che l'assicurato ha diritto ad una rendita se la sua capacità al guadagno o la sua capacità di svolgere le mansioni consuete non può essere ristabilita, mantenuta o migliorata mediante provvedimenti d'integrazione ragionevolmente esigibili (lettera a), ha avuto un'incapacità al lavoro (art. 6 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).

E. 5.3

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

E. 5.4

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

E. 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; 8C_671/2011 dell'11 novembre 2011 consid. 3).

E. 6

In virtù dell'art. 43 LPGGA nonché degli art. 12 e 13 PA e dell'art. 19 PA in relazione con l'art. 40 PCF (RS 273), il Tribunale accerta, con la collaborazione delle parti, i fatti determinanti per la soluzione della controversia, assume le prove necessarie e le valuta liberamente. Secondo giurisprudenza, se il giudice ritiene che i fatti non sono sufficientemente delucidati, può, peraltro non senza qualche limitazione (cfr. DTF 137 V 210 consid. 4.4.1.4), sia rinviare la causa all'amministrazione per completamento dell'istruzione sia procedere lui medesimo a tale istruzione complementare. Un rinvio all'amministrazione che ha per scopo di completare l'accertamento dei fatti non viola né i principi della semplicità e della celerità né il principio inquisitorio. In particolare, un siffatto rinvio appare in generale siccome giustificato se l'amministrazione ha proceduto ad una constatazione dei fatti sommaria nella speranza che in caso di ricorso sarebbe poi stato il Tribunale ad effettuare i necessari accertamenti fattuali (cfr. sentenza del TF 9C_162/2007 del 3 aprile 2008 consid. 2.3 con rinvii).

E. 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).

E. 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 231 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]).

E. 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).

E. 7.4

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

E. 7.5

Non va infine dimenticato che se vi sono dei rapporti medici contraddittori il giudice non può evadere la vertenza senza valutare l'intero materiale e indicare i motivi per cui egli 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 con rinvii).

E. 8

Nel caso concreto, occorre esaminare se prima dell'emanazione della decisione impugnata del 17 aprile 2014, l'autorità inferiore abbia proceduto ad un sufficiente accertamento dei fatti giuridicamente rilevanti o avrebbe necessariamente dovuto procedere ad ulteriori esami medici per potersi determinare con cognizione di causa, secondo il grado della verosimiglianza preponderante, sullo stato di salute e sulla capacità lavorativa dell'insorgente.

E. 9

La decisione impugnata si basa sulla valutazione del medico del Servizio medico dell'UAIE sullo stato di salute e sulla capacità lavorativa dell'insorgente di cui ai rapporti del 25 dicembre 2013 (doc. 47) e del 1° aprile 2014 (doc. 70). Per i motivi che saranno indicati di

seguito, si rileva fondata la censura sollevata dal ricorrente d'accertamento insufficiente dei fatti giuridicamente rilevanti avendo il medico del Servizio medico 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 alle patologie segnalate nella perizia medica particolareggiata E 213 del 18 marzo 2013 (doc. 17) e nei rapporti del Servizio medico dell'UAIE (doc. 47, 70 e 73), presenta pure delle problematiche neurologiche e cardiologiche sinora non sufficientemente acclerate.

E. 9.1.1

Da un lato, questo Tribunale rileva che già nella RX della colonna lombo-sacrale e dello scheletro costale destro del 17 maggio 2007 (doc. 14 [ripetuto in doc. 34 e 62]), è stato segnalato "segni iniziali di spondilosi; ridotto posteriormente lo spazio intersomatico L5-S1 per sofferenza discale; atteggiamento scoliotico destro-convesso del tratto lombare". Nel certificato ortopedico del 15 marzo 2013 (doc. 33 [ripetuto in doc. doc. 61 e allegato al doc. TAF 1]), è poi stato indicato che l'interessato è "affetto da spondiloartrosi in fase iniziale con sofferenza disco radicolare L5-S1 e rigidità della cerniera lombosacrale (...) presenta lombalgia cronica con riferiti episodi acuti di lombosciatalgia recidivante". Dal TC del rachide lombosacrale del 28 febbraio/4 marzo 2014 (doc. 63 [e allegato al doc. TAF 1]), risulta inoltre un "vizio di differenziazione con sacralizzazione di L5; diffuso quadro artrosico con spazi conservati (...); su tutti i livelli, particolarmente al 3° distale, si osservano alcune modeste protrusioni ad ampio raggio posteriore". Infine, nel certificato ortopedico del 4 marzo 2014 (doc. 60 [e allegato al doc. TAF 1]) sono state segnalate cervicobrachialgia, lombosciatalgia bilaterale, nonché iniziale stenosi dei recessi laterali.

E. 9.1.2

Da parte sua, il medico del Servizio medico ha ritenuto che nei menzionati referti non sono segnalate compressioni radicolari e che pertanto non vi è alcuna sindrome radicolare agli arti (cfr. doc. 70).

E. 9.1.3

L'opinione del Servizio medico, secondo cui non vi sono compressioni radicolari, non può essere condivisa. Innanzitutto, i referti menzionati indicano la presenza di una verosimile problematica neurologica - segnatamente una sofferenza disco radicolare (maggio 2007 e marzo 2013) e modeste protrusioni su tutti i livelli del rachide lombo sacrale (febbraio/marzo 2014) -, la quale avrebbe dovuto essere acclarata dall'autorità inferiore prima di potere escludere problematiche di tipo neurologico. Peraltro, nell'incarto dell'UAIE non figura alcuna valutazione neurologica. Non è dato sapere, alla luce dei menzionati referti, per quale motivo il medico del Servizio medico, peraltro non specialista in neurologia (ma neppure in ortopedia o reumatologia), non abbia ritenuto necessario, in virtù della risultanze processuali, esperire ulteriori accertamenti segnatamente in ambito neurologico. Basti ancora rilevare che un approfondimento istruttorio si rendeva necessario già solo in virtù della documentazione medica prodotta dalle autorità italiane che, benché non vincolante per le autorità svizzere nell'ambito della determinazione del grado d'invalidità, non può essere senz'altro scartata, senza ulteriori approfondimenti medici oggettivi o almeno una solida motivazione, con riferimento alla constatata incapacità lavorativa.

E. 9.2

Peraltro, anche dal profilo reumatologico, l'istruttoria va necessariamente completata - nessun accertamento approfondito essendo stato eseguito sul diffuso quadro artrosico di cui soffre l'insorgente (cfr. segnatamente doc. 63).

E. 9.3.1

Ma vi è di più. Dagli atti dell'incarto dell'autorità inferiore emerge pure che con certificato medico e ecocardiogramma color doppler del 16 marzo 2013 (doc. 11 e 12 [ripetuto in doc. 26, 27 e 67 e allegato al doc. TAF 1]), l'insorgente è stato ritenuto affetto da "valvulopatia arteriosa e mitralica con ipertensione arteriosa; obesità severa; insufficienza respiratoria", mentre con ecocardiogramma color doppler del 28 febbraio 2014 (doc. 66 [e allegato al doc. TAF 1]), è stata segnalata una "coronaropatia ipertensiva con insufficienza arteriosa mitralica". In merito, il medico del Servizio medico ha indicato che non è emersa alcuna insufficienza cardiaca dalla perizia medica particolareggiata E 213 del 18 marzo 2013 (cfr. doc. 70).

E. 9.3.2

Questo Tribunale rileva che effettivamente l'esito della visita cardiologica del 13 marzo 2013 non è stato inserito nella diagnosi di cui alla perizia medica particolareggiata E 213 del 18 marzo 2013, ma il referto menzionato è stato allegato alla perizia medesima (cfr. doc. 17 pag. 6). Dal momento che la perizia medica particolareggiata E 213 non appare essere stata redatta da un medico specialista in cardiologia, non si può escludere a priori che non sussistano problematiche rilevanti nell'ambito della valutazione della residua capacità lavorativa anche dal profilo cardiologico. Al di là del fatto che l'assenza nella diagnosi della perizia medica particolareggiata E 213 di problematiche cardiologiche può essere dovuta eventualmente a semplice svista (data poi la ritenuta incapacità lavorativa del 67%), è altresì noto che l'ipertensione arteriosa, la valvulopatia, la coronaropatia, così come l'insufficienza mitralica, possono avere conseguenze anche gravi (infarti, ictus, ecc.) sulla salute e la residua capacità lavorativa di un assicurato. Conto tenuto che nessuno dei referti cardiologici di cui all'incarto di causa si esprime sulla residua capacità lavorativa dell'insorgente dal profilo cardiologico e che il medico del Servizio medico non ha preso posizione al riguardo, non è dato di sapere quale sia la situazione cardiologica dell'insorgente, segnatamente la gravità delle patologie riscontrate e quale sia l'incidenza sulla capacità lavorativa del ricorrente.

E. 9.4

Ne discende che, in assenza di sufficienti accertamenti segnatamente in ambito neurologico e cardiologico, ma anche reumatologico, 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 residua capacità lavorativa.

E. 10

Per conseguenza, la decisione impugnata del 17 aprile 2014, fondata su un accertamento insufficiente dei fatti giuridicamente rilevanti, viola il diritto federale e deve essere annullata.

E. 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 pluridisciplinare in reumatologia, neurologia e cardiologia (cfr., sulla possibilità di un rinvio all'autorità inferiore in siffatte circostanze [accertamento manifestamente insufficiente dei fatti giuridicamente rilevanti da parte dell'autorità inferiore] DTF 137 V 210 consid. 4.4.1.4), e con ogni ulteriore esame che l'evoluzione nel tempo dello stato di salute del ricorrente dovesse rendere necessario, nonché a pronunciare una nuova decisione.

E. 11.2

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 17 aprile 2014 l'autorità inferiore ha respinto la richiesta di rendita formulata dall'interessato.

E. 12.1

Visto l'esito della procedura, non sono prelevate delle spese processuali (art. 63 PA). L'anticipo equivalente alle presumibili spese processuali di fr. 401.30, versato il 30 giugno 2014, sarà restituito al ricorrente allorquando il presente giudizio sarà cresciuto in giudicato.

E. 12.2

Ritenuto che l'insorgente è rappresentato in questa sede da mandatario professionale, si giustifica altresì l'attribuzione di spese ripetibili (art. 64 PA in combinazione con l'art. 7 segg. del regolamento del 21 febbraio 2008 sulle tasse e sulle spese ripetibili nelle cause dinanzi al Tribunale amministrativo federale [TS-TAF, RS 173.320.2]; cfr. pure DTF 137 V 57 consid. 2 secondo cui la parte che ha presentato ricorso in materia d'assegnazione o rifiuto di prestazioni assicurative è reputata vincente, dal profilo delle ripetibili, anche se la causa è rinviata all'amministrazione per complemento istruttorio e nuova decisione). L'ammontare di quest'ultime, in assenza di una nota dettagliata, è fissato d'ufficio (art. 14 cpv. 2 TS-TAF) in fr. 2'000.- (compresi i disborsi ed esclusa l'imposta sull'IVA [cfr., fra le tante, sentenza del TAF C-3058/2015 del 23 maggio 2016 consid. 22.4.4 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)

Export aus OpenCaseLaw (CC0). Verbindlich ist allein der vom erlassenden Gericht veröffentlichte Originaltext. Quellen-URL siehe oben.