

BVGer C-4930/2014 vom 12. Februar 2015

Bundesverwaltungsgericht, 2015-02-12, IT

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bvger_C-4930_2014

FR: TAF C-4930/2014 du 12 février 2015

IT: TAF C-4930/2014 del 12 febbraio 2015

Regeste

Diritto alla rendita

Erwägungen

E. 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).

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 AI per le persone residenti all'estero.

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.

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

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 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 16 settembre 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.

E. 3.2

Il ricorrente, come già menzionato, ha presentato la domanda di rendita il 16 settembre 2013. In deroga all'art. 24 LPGGA, l'art. 29 LAI prevede che il diritto alla rendita nasce al più presto dopo sei mesi dalla data in cui l'assicurato ha rivendicato il diritto alle prestazioni conformemente all'art. 29 cpv. 1 LPGGA (riservate altresì le condizioni dell'art. 28 cpv. 1 LAI [cfr. consid. 5.3 del presente giudizio]). 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).

E. 4

Giova peraltro rilevare che il ricorrente ha versato contributi all'AVS/AI svizzera per più di 3 anni (doc. A 16-1) e, pertanto, adempie in ogni caso la condizione della durata minima di contribuzione.

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

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%.

E. 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).

E. 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).

E. 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.

E. 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).

E. 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).

E. 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).

E. 9.1

Secondo giurisprudenza, l'obbligo della motivazione (art. 35 PA) è formalità essenziale e se, da un lato, rappresenta un limite intrinseco alla libertà di convincimento, costringendo l'autorità giudicante a rendere ragione della razionalità del percorso seguito per giungere alla decisione, dall'altro si configura quale premessa logica imprescindibile per l'esercizio del successivo controllo sulle linee di formazione di quel convincimento. Per conseguenza, attraverso doverosi passaggi argomentativi imperniati sull'indicazione delle risultanze probatorie legittimamente acquisite nonché sull'indicazione dei criteri di valutazione impiegati, l'autorità giudicante dovrà in concreto ricostruire, anzitutto per la propria consapevolezza, il percorso logico-conoscitivo che l'ha condotta ad apprezzare in un certo modo le prove disponibili e a trarne determinate conclusioni. Pertanto, essa ha l'obbligo d'esplicitare, nel modo più rigoroso e completo, la motivazione posta a fondamento della decisione adottata, ancorando così il principio del libero convincimento all'esigenza d'indicazione specifica dei risultati acquisiti e dei criteri adottati, allo scopo d'evitare che detto principio venga attuato per un uso arbitrario. Invero, nella motivazione della decisione, l'autorità non è tenuta a compiere un'analisi approfondita di tutte le deduzioni delle parti e a prendere in esame dettagliatamente tutte le risultanze processuali, essendo sufficiente che, anche attraverso una valutazione globale di quelle deduzioni e risultanze, spieghi, in modo logico ed adeguato, le ragioni che hanno determinato il suo convincimento, dimostrando d'aver tenuto presente ogni fatto decisivo (DTF 129 I 232 consid. 3.2; sentenza del TAF C-2183/2013 del 28 gennaio 2015 consid. 9.2.3). Peraltro,

l'esigenza della motivazione aumenta allorché l'applicazione della legge implica l'esercizio del potere di apprezzamento o l'interpretazione di una norma giuridica indeterminata (DTF 134 I 83 consid. 4.1, 129 I 232 consid. 3.3 e relativi riferimenti nonché sentenza del TF 2C_105/2009 del 18 settembre 2009 consid. 5.1). Se questi precetti vengono disattesi, il vizio formale comporta di norma l'annullamento della decisione, senza che il ricorrente debba dimostrare un interesse, in altri termini indipendentemente dalle possibilità di successo del ricorrente nel merito (DTF 118 Ia 17 consid. 1a, 117 Ia 7 consid. 1a e 115 Ia 10 consid. 2a).

E. 9.2

L'autorità inferiore, nella decisione impugnata del 4 luglio 2014 (doc. A 22-1), ha segnalato che "esaminati gli atti acquisiti in sede d'istruttoria e (...) a seguito della visita circondariale effettuata dal dott. E. _____ inerente i postumi infortunistici del 24.04.2013, la sua capacità lavorativa risulta ripristinata in misura del 100% a decorrere dal 07.04.2014". Ora, né la decisione impugnata né il menzionato rapporto del dott. E. _____, incaricato dall'assicurazione C. _____, indicano per quale motivo, contrariamente a quanto ritenuto dal dott. G. _____ e ai dubbi sollevati precedentemente dalla dott.ssa D. _____ (medico incaricato dalla C. _____), l'insorgente sarebbe infine in grado di svolgere la precedente attività lavorativa nella misura del 100%. Tale spiegazione non è ravvisabile neppure nel rapporto del dott. F. _____ del 15 maggio 2014, il quale si è limitato ad una mera affermazione in merito alla valutazione medica del dott. G. _____ - secondo cui detta valutazione "non porta nessun nuovo elemento" - senza alcun accenno di una benché minima spiegazione scientifica. Peraltro, l'UAIE non avendo acquisito agli atti rispettivamente fatto eseguire alcun esame complessivo sullo stato di salute del ricorrente, contemplante anche degli eventuali aspetti extra-infortunistici, non è dato neppure sapere su quali basi nella decisione impugnata abbia potuto implicitamente considerare che non vi fossero affezioni extra-infortunistiche suscettibili di incidere sulla capacità lavorativa del ricorrente, segnatamente nella sua abituale attività di manovale. Tale violazione dell'obbligo di motivazione non è stata sanata neppure in sede di ricorso, l'autorità inferiore essendosi accontentata nella risposta al ricorso di rinviare alla presa di posizione del medico dell'UAIE, il quale, peraltro in contrasto con le risultanze processuali (v. considerazioni che seguono), asserisce che "dalla documentazione attuale e precedente non risulta presenza di patologia invalidante extra-infortunistica". Da quanto esposto, discende in conclusione che non è dato sapere sulla base di quali effettive riflessioni l'autorità inferiore abbia potuto giungere alla conclusione ritenuta, ossia quella, come già accennato, di una completa capacità al lavoro sia nella precedente attività sia in un'attività confacente allo stato di salute. La decisione impugnata, resa in violazione dell'obbligo di motivare correttamente la propria decisione, incorre pertanto nell'annullamento già per questo motivo.

E. 10.1

Va comunque rilevato che la decisione impugnata poggia pure su un insufficiente accertamento dei fatti giuridicamente rilevanti. In effetti, dalla documentazione medica agli atti appare che il ricorrente soffre segnatamente di stato dopo infortunio con frattura del malleolo laterale e del malleolo mediale, dolori cronici nella parte laterale della caviglia sinistra e sospetto di sublussazione del peroneo della caviglia sinistra (cfr. rapporto del 14 aprile 2014 del dott. F. _____ [doc. B 52-1]) nonché di disfunzione dolorosa del passaggio dorso-lombare (cfr. rapporto del 20 aprile 2014 del dott. G. _____ [doc. B 53-10]).

E. 10.2

Secondo giurisprudenza, al fine di poter graduare l'invalidità, all'amministrazione (o al giudice in caso di ricorso) è necessario disporre di documenti che devono essere rassegnati dal medico o eventualmente da altri specialisti, il compito del medico consistendo nel porre un giudizio sullo stato di salute, nell'indicare in quale misura e in quali attività l'assicurato è incapace al lavoro come pure nel fornire un importante elemento di giudizio per determinare quali lavori siano ancora ragionevolmente esigibili dall'assicurato. Spetta in seguito al consulente professionale, avuto riguardo alle indicazioni sanitarie, valutare quali attività professionali siano concretamente ipotizzabili (sentenza del TF 9C_13/2007 del 31 marzo 2008 consid. 3 e relativi riferimenti).

E. 10.3

In particolare, secondo l'art. 43 LPGa (in combinazione con l'art. 57 LAI), l'assicuratore esamina le domande, intraprende d'ufficio i necessari accertamenti e raccoglie le informazioni di cui ha bisogno. Conformemente all'art. 59 cpv. 1 LAI, gli Uffici AI si organizzano in modo da garantire che i compiti elencati nell'art. 57 siano eseguiti con professionalità ed efficienza nel rispetto delle prescrizioni e delle istruzioni della Confederazione e, giusta il capoverso 2, approntano i servizi medici regionali interdisciplinari. Secondo l'art. 59 cpv. 2bis LAI, i servizi medici regionali sono a disposizione degli uffici AI per valutare le condizioni mediche del diritto alle prestazioni, stabiliscono la capacità funzionale dell'assicurato - determinante per l'AI secondo l'articolo 6 LPGa - di esercitare un'attività lucrativa o di svolgere le mansioni consuete in una misura ragionevolmente esigibile e sono indipendenti per quanto concerne le decisioni in ambito medico nei singoli casi. Scopo e senso dell'art. 59 cpv. 2bis LAI, come pure dell'art. 49 OAI, risiedono nella possibilità, per gli uffici AI, di fare capo a propri medici per la valutazione degli aspetti sanitari del diritto alla rendita. Questi ultimi, grazie alle loro specifiche conoscenze medico-assicurative, sono quindi chiamati a valutare la capacità funzionale della persona assicurata. In questo modo è stata creata una chiara separazione di competenze tra medici curanti e assicurazione sociale. Sulla base delle indicazioni del SMR, l'UAI deve così decidere cosa si può ragionevolmente pretendere da un assicurato e cosa invece no (sentenza del TF 9C_9/2010 del 29 settembre 2010 consid. 2). Peraltro, i rapporti SMR hanno per funzione di effettuare una sintesi delle informazioni e degli esami medici di cui agli atti di causa e formulare delle raccomandazioni quanto al seguito da dare all'incarto da un punto di vista medico (sentenza del TF 9C_542/2011 del 26 gennaio 2012 consid. 4.1). Per poter loro attribuire pieno valore probatorio, i rapporti dei servizi medici regionali devono essere redatti da medici che dispongono delle qualifiche specialistiche richieste nel singolo caso di specie. Se ciò non è il caso, il loro valore probatorio è affievolito (sentenza del TF 9C_826/2009 del 20 luglio 2010 consid. 4.2).

E. 10.4

La decisione impugnata del 4 luglio 2014 appare fondata esclusivamente sulla valutazione ortopedica del marzo 2014 del dott. E. _____ (visita medica richiesta dall'assicurazione C. _____; doc. B 42-1) e sui rapporti ortopedici di aprile, maggio e giugno 2014 del dott. F. _____ (medico incaricato dall'assicurazione C. _____; doc. B 52-1, 58-1 e 62-1). L'Ufficio AI del Cantone B. _____ si è in effetti limitato, sostanzialmente, ad assumere agli atti l'incarto dell'assicurazione C. _____ (v. doc. B 1-1 a 62-1; fermo restando che, per quanto emerge dalle carte processuali, la procedura in materia di assicurazione contro gli infortuni non appare conclusa, la C. _____ non avendo [ancora] reso la propria

decisione su opposizione). Non è però dato sapere, in virtù delle risultanze processuali, per quale ragione l'Ufficio AI abbia rinunciato a far visitare l'insorgente da un medico del Servizio medico regionale dell'AI (SMR) rispettivamente ad assumere agli atti la perizia medica E 213 per quanto attiene in particolare agli aspetti extra-infortunistici. In effetti, il dott. F._____, medico incaricato dalla C._____ per esaminare esclusivamente la problematica infortunistica, nel suo rapporto del 14 aprile 2014, ha evidenziato l'esistenza di patologia extra-infortunistica non di propria competenza, ossia una sublussazione del peroneo della caviglia sinistra. In questo ambito, l'UAIE non ha effettuato alcuna verifica e non poteva accontentarsi di una non meglio precisata e generica qualifica di patologia "asintomatica" attribuitagli dal dott. F._____ (nel rapporto menzionato, pag. 5), peraltro in contrasto con le indicazioni contenute nello stesso rapporto alla pagina 4, dove si evidenziano i dolori cronici fatti valere dal ricorrente alla caviglia sinistra (rapporto pag. 4 [doc. B 52-4]). Il rapporto dell'aprile 2014 del dott. G._____ riferisce altresì, fra l'altro, di "una disfunzione dolorosa del passaggio dorso-lombare", trattata con riposo e farmaci asintomatici (doc. B 53-10).

E. 10.5

Da quanto esposto, discende che la decisione impugnata incorre nell'annullamento anche perché fondata su un accertamento insufficiente dei fatti giuridicamente rilevanti.

E. 11.1

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.

E. 11.2

Gli atti di causa sono pertanto rinviati all'autorità inferiore affinché la stessa proceda a completare l'accertamento dei fatti giuridicamente rilevanti e ad emanare una nuova decisione. La cassazione si giustifica per il fatto che dovranno essere eseguiti rispettivamente completati i necessari accertamenti medici, segnatamente effettuato un esame sullo stato di salute generale (rapporto medico su modulo E 213) e completato l'esame ortopedico-reumatologico (cfr., sulla possibilità di un rinvio all'autorità inferiore in siffatte circostanze, DTF 137 V 210 4.4.1.4), nonché effettuato ogni ulteriore esame (da documenti medici dell'agosto e settembre 2014, prodotti dal ricorrente il 25 settembre 2014 [doc. TAF 5], appare infatti che il medesimo è stato sottoposto a visite gastroenterologiche) che pure l'evoluzione nel tempo dello stato di salute dell'insorgente dovesse ancora rendere necessario.

E. 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 del ricorrente (cfr., sulla questione, DTF 137 V 314 consid. 3.2.4) dal momento che nella decisione impugnata del 4 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.

E. 12.1

Visto l'esito della procedura, non sono prelevate delle spese processuali (art. 63 PA).

E. 12.2

Ritenuto che l'insorgente è rappresentato in questa sede da mandatario professionale, 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. 2'000.- (senza IVA; cfr., sulla questione, la sentenza del Tribunale amministrativo federale C-5088/2013 del 21 gennaio 2014 consid. 12.2), tenuto conto del lavoro effettivo ed utile, relativamente contenuto, svolto dal patrocinatore del ricorrente. L'indennità per ripetibili è posta a carico dell'UAIE.

E. 12.3

Per conseguenza, la domanda di assistenza giudiziaria e gratuito patrocinio è divenuta senza oggetto. (dispositivo alla pagina seguente)

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