

BVGer C-5971/2017 vom 19. März 2019

Bundesverwaltungsgericht, 2019-03-19, IT

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bvger_C-5971_2017

FR: TAF C-5971/2017 du 19 mars 2019

IT: TAF C-5971/2017 del 19 marzo 2019

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, 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), che ha altresì ottenuto l'esonero dal pagamento delle spese processuali, il ricorso - interposto tempestivamente e rispettoso dei requisiti previsti dalla legge (art. 60 LPGA nonché art. 52 PA) - è pertanto ammissibile.

E. 2.1.1

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. 2.1.2

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. 2.1.3

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. 2.1.4

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. 2.1.5

Il regolamento (CE) n. 883/2004 è stato inoltre 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. 2.2.1

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 DTF 129 V 1 consid. 1.2).

E. 2.2.2

La decisione impugnata con cui l'UAIE ha respinto la domanda di rendita AI presentata il 2 dicembre 2016 è stata emessa il 26 settembre 2017. Ne consegue che sono applicabili le disposizioni della 6a revisione della LAI (primo pacchetto) entrate in vigore il 1° gennaio 2012 e le eventuali modifiche successive intervenute fino alla data della decisione impugnata.

E. 3

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 pronunciata, e meglio il 13 aprile 2015. Tiene tuttavia conto dei fatti verificatisi dopo tale

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

E. 4

Il TAF applica il diritto d'ufficio, senza essere vincolato in nessun caso dai motivi del ricorso (art. 62 cpv. 4 PA). In virtù dell'art. 12 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 i fatti determinanti per la soluzione della controversia, assume le prove necessarie e le valuta liberamente. Le parti sono tenute a cooperare all'accertamento dei fatti (art. 13 PA) ed a motivare il proprio ricorso (art. 52 PA). Ne consegue che l'autorità di ricorso adita si limita di principio ad esaminare le censure sollevate, mentre le questioni di diritto non invocate dalle parti solo nella misura in cui gli argomenti delle parti o l'esame dell'incarto ne diano sufficiente motivo (sentenze del TAF C-7205/2015 del 22 agosto 2016 consid. 3.1; C-3606 del 7 marzo 2008 consid. 2.1).

E. 5.1

Oggetto del contendere è il diritto di A. _____ di percepire una rendita di invalidità a partire dal 1° giugno 2017, e meglio al più presto dopo sei mesi dalla data in cui l'assicurato ha rivendicato il diritto alle prestazioni - consid. B.a - conformemente all'art. 29 cpv. 1 LPGa (art. 29 cpv. 1 LAI).

E. 5.2

L'insorgente sostiene al riguardo che la decisione impugnata poggia su una scorretta valutazione di aspetti medici determinanti. Fondandosi sulla documentazione medica agli atti afferma infatti che lo stato di salute comporta una riduzione della capacità lavorativa anche in attività leggere.

E. 5.3

Vista l'età dell'interessato va pure esaminata la possibilità di mettere a frutto in un mercato del lavoro equilibrato l'eventuale capacità lavorativa residua nell'esercizio di un'attività sostitutiva.

E. 6.1

In via preliminare va rilevato che l'UAIE ha respinto la domanda di rendita senza motivare sufficientemente la decisione.

E. 6.2

Ai sensi dell'art. 29 cpv. 2 Cost. le parti hanno diritto d'essere sentite. Per costante giurisprudenza, dal diritto di essere sentito deve in particolare essere dedotto il diritto per l'interessato di esprimersi prima della resa di una decisione sfavorevole nei suoi confronti, di fornire prove circa i fatti suscettibili di influire sul provvedimento, di prendere visione dell'incarto, di partecipare all'assunzione delle prove, di prenderne conoscenza e di determinarsi al riguardo (DTF 132 V 368 consid. 3.1 pag. 370 e sentenze ivi citate). Il diritto di essere sentito è una garanzia costituzionale formale, la cui violazione implica l'annullamento della decisione impugnata, a prescindere dalle possibilità di successo nel

merito (DTF 132 V 387 consid. 5.1 pag. 390; 127 V 431 consid. 3d/aa pag. 437). Ai sensi della giurisprudenza, una violazione del diritto di essere sentito - nella misura in cui essa non sia grave - è da ritenersi sanata qualora l'interessato abbia la facoltà di esprimersi innanzi ad un'autorità di ricorso che gode di piena cognizione. La riparazione di un eventuale vizio deve comunque avvenire solo in via eccezionale (DTF 127 V 431 consid. 3d/aa pag. 437). Giova inoltre precisare che anche in caso di grave violazione del diritto di essere sentito è possibile prescindere da un rinvio della causa all'amministrazione, se una simile operazione si esaurirebbe in un vuoto esercizio formale e procrastinerebbe inutilmente il processo in contrasto con l'interesse - di pari rango del diritto di essere sentito - della parte ad essere giudicata celermente (DTF 132 V 387 consid. 5.1 pag. 390 con riferimenti).

E. 6.3

L'art. 29 cpv. 2 Cost. offre, a titolo sussidiario, una garanzia minima, mentre la portata di tale diritto è determinata in primo luogo dalle norme cantonali o federali di procedura (DTF 126 I 15 consid. 2a pag. 16; 125 I 257 consid. 3a pag. 259).

E. 6.4

Giusta l'art. 49 cpv. 3 seconda frase LPGa le decisioni devono essere motivate se non corrispondono interamente alle richieste delle parti. Il diritto di essere sentito di cui all'art. 29 cpv. 2 Cost. comprende infatti l'obbligo per l'autorità di motivare le proprie decisioni. Esso ha lo scopo, da un lato, di porre la persona interessata nelle condizioni di afferrare le ragioni poste a fondamento della decisione, di rendersi conto della portata del provvedimento e di poterlo impugnare con cognizione di causa, e, dall'altro, di permettere all'autorità di ricorso di esaminare la fondatezza della decisione medesima. Ciò non significa tuttavia che l'autorità sia tenuta a pronunciarsi in modo esplicito ed esaustivo su tutte le argomentazioni addotte; essa può occuparsi delle sole circostanze rilevanti per il giudizio, atte ad influire sulla decisione (DTF 129 I 232 consid. 3.2 pag. 236; 126 I 97 consid. 2b pag. 102; 125 II 369 consid. 2c pag. 372). Invero l'autorità non è tenuta a compiere un'analisi approfondita di tutte le allegazioni di parte e esaminare 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'avere 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 nel merito (DTF 118 Ia 17 consid. 1; 117 Ia 7 consid. 1a e 115 Ia 10 consid. 2a).

E. 6.5

In concreto l'amministrazione ha violato il diritto di essere sentito ritenuto che, sia nel progetto di decisione del 26 luglio 2017 (doc. UAIE 38) sia nella decisione del 26 settembre seguente (doc. UAIE 39), non ha precisato gli atti sulla base dei quali si è fondata per respingere la richiesta di rendita. Essa ha inoltre omesso di indicare le basi di calcolo del

grado di invalidità. Nella risposta di causa (doc. TAF 6) l'autorità di prime cure ha tuttavia precisato di essersi fondata sul rapporto finale SMR del 10 luglio 2017 (doc. UAIE 36) e fatto riferimento al calcolo del confronto dei redditi del 24 luglio successivo (doc. UAIE 37). Di conseguenza la violazione del diritto di essere sentito deve considerarsi sanata in questa sede. Ad ogni buon conto la questione se, in simili circostanze, la carenza va considerata sanata, potrebbe comunque restare indecisa, in quanto in ogni caso il ricorso va accolto per altri motivi indicati nei considerandi successivi.

E. 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.

E. 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 al 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%.

E. 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).

E. 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 LPGA) L'incapacità al guadagno è definita all'art. 7 LPGA 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 obiettivamente superabile.

E. 8.1

La nozione d'invalidità di cui all'art. 4 LAI e 8 LPGA è di carattere giuridico economico e non medico (DTF 116 V 249 consid. 1b). In base all'art. 16 LPGA, 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).

E. 8.2

In assenza 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 valutare l'incapacità lavorativa e di guadagno dell'interessato in un'attività da lui ragionevolmente esigibile (DTF 115 V 134 consid. 2, 114 V 314 consid. 3c).

E. 8.3

Quanto alla valenza probatoria di un rapporto medico, determinante, secondo la giurisprudenza, è che i punti litigiosi importanti siano stati oggetto di uno studio approfondito, che il rapporto si fondi su esami completi, che consideri parimenti le censure espresse, che sia stato approntato in piena conoscenza dell'incarto (anamnesi), che la descrizione del contesto medico sia chiara e che le conclusioni del perito siano ben motivate. Determinante quindi per stabilire se un rapporto medico ha valore di prova non è tanto né l'origine del mezzo di prova, né la denominazione, ad esempio, quale perizia o rapporto (sentenza del TF 8C_153/2007 del 7 maggio 2008; DTF 125 V 351 consid. 3a pag. 352; 122 V 157 consid. 1c pag. 160; Hans-Jakob Mosimann, Zum Stellenwert ärztlicher Beurteilungen, in: Aktuelles im Sozialversicherungsrecht, 2001, pag. 266). Nella sentenza pubblicata in VSI 2001 pag. 106 segg. la Corte ha però ritenuto conforme al principio del libero apprezzamento delle prove (art. 40 PC e art. 19 PA, art. 95 cpv. 2, art. 113 e 132 vOG) definire delle direttive in relazione alla valutazione di determinate forme di rapporti e perizie.

E. 9.1

Nel quadro della procedura amministrativa in esame con referto del 14 aprile 2015 il dott. E._____, specialista in broncopneumologia, ha posto la diagnosi di " BPCO stadio III GOLD fenotipo enfisema " (doc. UAIE 25).

E. 9.2

Dopo aver visitato l'insorgente il 30 marzo 2016, con relazione medico-legale del 2 aprile successivo (doc. UAIE 18) il dott. B._____ ha posto le diagnosi di " malattia polmonare ostruttiva cronica prevalente bronchite, diabete mellito 2 tipo in buon compenso e discopatia lombo-sacrale con funzionalità conservata ". Il medico ha poi ritenuto l'assicurato invalido civile con una riduzione della capacità lavorativa del 75% dal 30 marzo 2016 e, dopo nuova valutazione, dal 28 aprile 2015 (doc. UAIE 19).

E. 9.3

Con referto del 20 dicembre 2016 il dott. F._____, la cui specializzazione non è nota, ha evidenziato l'esistenza di placche ateromasiche iperocogene a livello bulbare sia a destra che a sinistra (doc. UAIE 28).

E. 9.4

Con perizia del 20 dicembre 2016 (doc. UAIE 10; formulario E213) il dott. C._____ ha posto le diagnosi di " deficit ventilatorio misto di grado severo in B.P.C.O. in soggetto affetto da interstiziopatia polmonare in N.D.D, diabete mellito tipo II in terapia ipoglicemizzante orale, spondiloartrosi e ateromasia carotidea ", precisando nel contempo che lo stato di salute era migliorato (doc. UAIE 10 pag. 6). Egli ha quindi concluso che l'insorgente è capace di svolgere nella misura del 33% il suo ultimo lavoro. Ha inoltre evidenziato che è in grado di svolgere attività adeguate - lavori a lieve impegno fisico, senza turni e che non lo espongono ad umidità, freddo, fumi, gas e vapori - pure in misura del 33% (doc. UAIE 10 pag. 10-11). Il grado di invalidità nel paese di residenza per quanto riguarda l'attività precedente e altre confacenti alle attitudini è stato ritenuto pari al 67% (doc. UAIE 10 pag. 10).

E. 9.5

Tramite rapporto del 10 gennaio 2017 la dott.ssa G._____, la cui specializzazione non è nota, ha evidenziato l'esistenza di ectasia aorta ascendente e radice aortica, ventricolo sinistro con ipertrofia del SIV, normocontrattile, atrio sinistro ai limiti alti, normali sezioni destre, pericardio indenne, insufficienza mitralica di grado moderato (doc. UAIE 27).

E. 9.6

Con rapporto finale del 10 luglio 2017 (doc. UAIE 36) il dott. D._____ ha posto, in virtù delle menzionate valutazioni mediche, la diagnosi con ripercussione sulla capacità lavorativa di broncopneumopatia ostruttiva cronica di stadio III secondo GOLD e le diagnosi senza ripercussioni sulla capacità lavorativa di diabete tipo II indipendente da insulina e spondilosi lombare. Egli ha quindi ritenuto l'assicurato inabile al 100% nell'attività abituale di muratore dal 14 aprile 2015, mentre totalmente abile dallo stesso giorno in attività sostitutive adeguate, rispettose di determinate limitazioni funzionali (in particolare: lavoro leggero in posizione seduta o alternata, trasporto occasionale di pesi di 10/15 kg, nessuna deambulazione su scale e terreni inclinati, nessuna esposizione a polvere, intemperie ed emanazioni; doc. UAIE 36 pag. 2). A titolo esemplificativo il SMR ha infine indicato che A._____ potrebbe, tra l'altro, svolgere le seguenti professioni (doc. UAIE 36 pag. 4-5): - sorvegliante di parcheggi/musei- piccole consegne con veicolo- cassiere-venditore di biglietti- registrazione, classificazione, archiviazione- ricezionista- telefonista- introduzione di dati/scannerizzazione

E. 10.1

In primo luogo occorre esaminare se prima dell'emanazione della decisione impugnata, l'autorità inferiore ha proceduto ad un sufficiente accertamento dei fatti giuridicamente rilevanti oppure avrebbe 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 del ricorrente. A tal proposito giova rammentare che la decisione impugnata si basa principalmente sul rapporto del SMR del 10 luglio 2017 (consid. 9.6).

E. 10.2.1

L'art. 59 cpv. 2bis LAI ricorda che 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'art. 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 ai 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 la 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. 10.2.2

I rapporti interni del SMR ai sensi dell'art. 49 cpv. 3 OAI non pongono autonomamente delle diagnosi, bensì apprezzano sotto l'aspetto medico i reperti esistenti. Il loro compito è di sintetizzare - a beneficio anche dell'amministrazione e dei tribunali che altrimenti non dispongono necessariamente di simili conoscenze specialistiche - la situazione medica. Non è dunque indispensabile che la persona assicurata venga visitata. Il SMR esegue direttamente esami medici solo se lo ritiene necessario. Negli altri casi rende la propria valutazione sulla base della documentazione esistente. L'assenza di propri esami diretti non costituisce, per invalsa giurisprudenza, un motivo per mettere in dubbio la validità di un rapporto SMR se esso soddisfa altrimenti le esigenze di natura probatoria generalmente riconosciute (SVR 2009 IV n. 56 pag. 174 [9C_323/2009] consid. 4.3.1 con riferimenti; cfr. pure sentenza 9C_294/2011 del 24 febbraio 2012 consid. 4.2; cfr. anche sentenza 9C_787/2012 del 20 dicembre 2012, consid. 4.2.1).

E. 10.2.3

Al riguardo va in particolare rilevato che se è vero che nelle procedure concernenti l'assegnazione o il rifiuto di prestazioni di assicurazioni sociali non sussiste un diritto formale di essere sottoposto a perizia medica esterna da parte dell'ente assicuratore, un tale provvedimento (o perlomeno accertamenti complementari) deve tuttavia essere ordinato qualora sussistano anche solo dubbi minimi riguardo l'attendibilità e la concludenza delle attestazioni mediche interne dell'assicurazione (DTF 135 V 465 consid. 4).

E. 10.3.1

Come indicato sopra, la valutazione del dott. D. _____ contenuta nel rapporto finale SMR del 10 luglio 2017 (doc. UAIE 36) si fonda sostanzialmente sugli atti medici prodotti dal ricorrente (cfr. consid. B.a e 9-1 a 9-5), fra i quali figurano esami strumentali, nonché pareri specialistici relativi alle differenti patologie lamentate dall'assicurato, oltre alla perizia medica particolareggiata E213 del 20 dicembre 2016 del dott. C. _____.

E. 10.3.2

In particolare il medico SMR ha fatto sostanzialmente proprie le conclusioni a cui è giunto il dott. C. _____ nella perizia E213, sia per quanto riguarda le diagnosi che la capacità lavorativa nell'attività abituale. Al contrario, le valutazioni del dott. D. _____ divergono

da quelle del collega italiano per quanto attiene la misura della capacità lavorativa in attività sostitutive adeguate.

E. 10.3.2.1

Ora, sebbene il dott. D. _____ non abbia ripreso parte delle diagnosi poste, e meglio quella di ateromasia carotidea, giova rilevare che essa non è rilevante per la determinazione della capacità lavorativa. Nonostante agli atti vi siano documenti certificanti una diagnosi sufficientemente precisa (consid. 9.3 e 9.5), essi non attestano un'incapacità lavorativa per questo motivo. Il fatto che non sia elencata non inficia quindi di principio la validità del referto del medico SMR.

E. 10.3.2.2

Si rammenta che il dott. C. _____ aveva considerato inesigibile la ripresa a tempo pieno dell'abituale attività di muratore, stimando " un'invalidità parziale del 67% " ai sensi del diritto italiano. Ritenuto che il concetto di invalidità in diritto italiano non coincide forzatamente con quello svizzero, l'indicazione di tale invalidità parziale da parte del perito - esposta sulla base di una valutazione medica e non economica - andrebbe piuttosto interpretata quale inabilità lavorativa nella misura del 67% nella surriferita attività. Dal canto suo, il dott. D. _____, non soltanto ha seguito il parere del collega italiano, ma ha esposto una valutazione ancor più favorevole al ricorrente, considerando quest'ultimo inabile al 100% nella sua precedente attività.

E. 10.3.2.3

Per quanto attiene alla capacità lavorativa in attività adeguate il dott. C. _____ ha attestato che l'assicurato è in grado di esercitare regolarmente attività leggere e adeguate nella misura del 33% dal 14 aprile 2014 (doc. UAIE 10 pag. 10). Dal canto suo il dott. D. _____ ritiene invece l'insorgente abile in misura completa in attività adeguate dalla stessa data nel rispetto dei limiti funzionali (doc. UAIE 36, motivo per cui l'amministrazione ha dedotto dal reddito un importo pari al 25% [doc. UAIE 37]). Le conclusioni del medico SMR non concordano quindi interamente con le affermazioni del dott. C. _____ per quanto concerne in particolare la misura della capacità lavorativa in attività adeguate. Il parere del dott. D. _____ coincide invece con la perizia E213 riguardo ai limiti funzionali di cui l'assicurato è portatore, che gli consentono in particolare di svolgere unicamente attività leggere che non lo espongono ad umidità, freddo, fumi, e vapori.

E. 10.4

La questione se le conclusioni del dottor C. _____ - redatte alla luce della legislazione italiana, che differisce da quella elvetica in materia di invalidità - sono tali da mettere in discussione il rapporto del medico SMR e pertanto la questione circa la misura della capacità lavorativa in attività adeguata e rispettosa dei limiti funzionali non necessita tuttavia in concreto di essere risolta. In effetti la capacità lavorativa residua attestata, alla luce di quanto esposto nei considerandi seguenti, non può essere realizzata concretamente in un mercato del lavoro equilibrato.

E. 11.1

Con riferimento alla messa a frutto della capacità lavorativa residua in un mercato del lavoro equilibrato (DTF 134 V 64 consid. 4.2.1 pag. 70; cfr. anche sentenza 8C_348/2013 del 19 settembre 2013 consid. 5.2), va rilevato che l'insorgente, nato l'11 gennaio 1954, ha raggiunto l'età pensionabile il 1° febbraio 2019 (l'art. 21 cpv. 1 lett. a LAVS).

E. 11.2

Al riguardo va rilevato che la giurisprudenza ha ammesso in maniera restrittiva come l'età, benché sia un elemento estraneo all'invalidità, possa condurre - cumulata a circostanze personali e professionali - a rendere inesigibile la ricerca di un nuovo impiego (sentenze del TF 9C_318/2014 del 10 settembre 2014 consid. 5.2; 9C_918/2008 del 28 maggio 2009 consid. 4.2.2 e 8C_482/2010 del 27 settembre 2010 consid. 4.2 con riferimenti).

E. 11.3

Il Tribunale federale ha inoltre ricordato che l'influenza dell'età sulla possibilità di valorizzare la capacità lavorativa residua non può essere stabilita secondo una regola generale, ma dipende dalle circostanze concrete. Si devono dapprima considerare la natura e il tipo di danno alla salute e le sue conseguenze; in seguito, visto che rimangono ancora pochi anni di attività, l'onere che costituirebbero il cambiamento e il periodo d'introduzione e, in questo contesto, anche la struttura della personalità, la formazione e il percorso professionale dell'assicurato o le sue possibilità di mettere in pratica l'esperienza professionale (sentenza del TF 9C_427/2010 del 14 luglio 2010 consid. 2.4). Occorre inoltre determinare se un datore di lavoro potenziale sarebbe oggettivamente d'accordo di assumere l'assicurato, conto tenuto delle residue attività esigibili, della capacità di adattamento al nuovo posto di lavoro rispettivamente dell'eventuale necessità di adattare il posto di lavoro all'handicap di cui egli è portatore, del salario e in particolar modo degli elevati oneri sociali alla previdenza professionale e infine della prevedibile durata dei rapporti di lavoro (sentenza TF 9C_437/2008 del 19 marzo 2009, consid. 4.2). Vi devono però essere ostacoli relativamente importanti per presupporre che la capacità lavorativa residua di una persona anziana non sia più valorizzabile e concludere che le sue opportunità d'impiego sul mercato del lavoro considerato equilibrato dalla legge non sono intatte (sentenza del TF 8C_96/2012 del 9 maggio 2012 consid. 7).

E. 11.4

Ai sensi della DTF 138 V 457 il momento in cui la questione della messa a profitto della capacità lavorativa (residua) di un assicurato in età avanzata viene esaminata corrisponde a quello in cui è stato accertato che l'esercizio di un'attività lucrativa (parziale) è ragionevolmente esigibile dal punto di vista medico. Si tratta quindi del momento in cui gli atti medici permettono di accertare i fatti in modo circostanziato (DTF 138 V 457).

E. 11.5

Va inoltre precisato che il Tribunale federale aveva giudicato non più esigibile da un'assicurata 63enne, abile in misura completa in un'attività sostitutiva leggera, che cercasse una nuova professione in cui mettere a frutto la residua capacità lavorativa (9C_651/2008 del 9 ottobre 2009, consid. 6.2.2.2). Alla stessa conclusione era giunto anche nel caso di un'assicurata di 61 anni, da sempre attiva al 50% e dopo il danno alla salute abile ad esercitare unicamente un'attività sedentaria (sentenza del TF 9C_437/2008 del 19 marzo 2009 consid. 4.3). Pure è stato ritenuto inesigibile da un assicurato 60enne (63enne al momento della decisione), con diverse limitazioni funzionali, senza esperienza lavorativa in altri settori economici al di là di quella in cui ha lavorato per 40 anni, di abbandonare la propria attività indipendente e di riprendere un'attività come salariato (sentenza TF 9C_612/2007 consid. 5.2). D'altro canto, in un caso in cui l'assicurato era prossimo alla pensione, il Tribunale federale non ha neppure ritenuto necessario stabilire con esattezza la sua capacità lavorativa, dal momento che le possibilità di trovare un nuovo impiego non

apparivano realistiche alla luce delle limitazioni funzionali e dell'età dell'interessato (sentenza TF 9C_142/2012 del 9 luglio 2012, consid. 4). In modo analogo è stato ritenuto che un assicurato di 64 anni e 5 mesi, abile in misura completa in un'attività sostitutiva leggera e con alternanza di sforzi fisici, ma con difficoltà nella motricità fine non avrebbe potuto più mettere a frutto la propria capacità lavorativa, in quanto verosimilmente nessun datore di lavoro si sarebbe assunto il rischio di assumerlo per soli 7 mesi (sentenza del TF 9C-979/2009 del 10 febbraio 2010 consid. 4 et 5). Allo stesso modo è stata negata la possibilità di cambiare attività ad un assicurato 64enne che poteva esercitare un'attività leggera solo nella misura del 50% e ad un altro assicurato che si trovava a circa 10 mesi dal pensionamento e poteva esercitare solo al 50% un'attività leggera (sentenza del TF 9C_847/2015 del 30 dicembre 2015, consid. 4.1.2; 9C_153/2011 del 22 marzo 2012 consid. 3.3).

E. 12

Nel caso di specie il momento determinante ai sensi della giurisprudenza, per stabilire l'esigibilità della messa a frutto della capacità lavorativa residua, è quello del 10 luglio 2017, data del rapporto finale SMR in cui il dott. D._____ ha stabilito che, dal 14 aprile 2015, l'insorgente era completamente abile al lavoro, in attività adeguate rispettose delle limitazioni funzionali indicate L'assicurato, nato l'11 gennaio 1954, aveva all'epoca 63 anni e mezzo, era privo di formazione scolastica e professionale, aveva sempre svolto attività manuali pesanti, in particolare nell'edilizia e poteva occuparsi ora unicamente di attività leggere in misura limitata (doc. UAIE 30). Concretamente avrebbe potuto svolgere attività lavorativa, prima del pensionamento, per un anno e mezzo circa. In simili condizioni alla luce della giurisprudenza suesposta non appare realistica né la possibilità di trovare un impiego corrispondente alla sua capacità lavorativa né la realizzazione concreta di quest'ultima. In tali condizioni, non soltanto non è esigibile richiedere dall'insorgente un tale sforzo, ma pare oltremodo difficile immaginare un datore di lavoro disposto a impiegare il ricorrente, il quale dopo soli un anno e mezzo avrebbe raggiunto l'età del pensionamento. In concreto occorre quindi rilevare che l'esercizio di una nuova attività adatta ai limiti funzionali di cui l'assicurato è portatore richiederebbe una capacità d'adattamento probabilmente insormontabile a livello soggettivo, nonché la necessità di una riconversione professionale che, per altro, neppure è stata proposta dall'UAIE o da un consulente per l'integrazione professionale. In conclusione quindi la capacità lavorativa residua in attività idonee non può essere messa concretamente a frutto in un mercato del lavoro adeguato. In simili circostanze il reddito da invalido è pari a zero.

E. 13

Da quanto esposto discende che il ricorso deve essere accolto e la decisione impugnata riformata nel senso che A._____ ha diritto ad una rendita intera di invalidità dal 1° giugno 2017 al 31 gennaio 2019 (consid. 12.1). Gli atti di causa vengono pertanto trasmessi all'amministrazione affinché calcoli l'importo delle prestazioni AI spettanti all'assicurato.

E. 14.1

Tenuto conto dell'esito della procedura (art. 63 PA) non si prelevano spese processuali, mentre la decisione incidentale dell'11 gennaio 2018 del Tribunale adito con cui ricorrente è stato messo a beneficio dell'assistenza giudiziaria è priva di oggetto (doc. TAF 10)

E. 14.2

Ritenuto che l'insorgente è rappresentato in questa sede si giustifica altresì l'attribuzione di un'indennità a titolo di spese ripetibili (art. 64 PA in relazione con gli art. 7 e segg. del regolamento sulle tasse e sulle spese ripetibili nelle cause dinanzi al Tribunale amministrativo federale del 21 febbraio 2008 [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 1'000 franchi (spese incluse), tenuto conto che il ricorrente è vincente e del lavoro effettivo ed utile svolto dal suo patrocinatore. L'indennità per ripetibili è posta a carico dell'UAIE.

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