

BVGer C-855/2014 vom 23. November 2015

Bundesverwaltungsgericht, 2015-11-23, IT

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bvger_C-855_2014

FR: TAF C-855/2014 du 23 novembre 2015

IT: TAF C-855/2014 del 23 novembre 2015

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 vengono 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

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 26 marzo 2014 (doc. TAF 4) il ricorrente ha tempestivamente corrisposto l'anticipo spese richiesto (art. 21 cpv. 3 e 63 cpv. 4 PA).

E. 2

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 LPGGA (RS 830.1). Giusta l'art. 1 cpv. 1 LAI, le disposizioni della LPGGA sono applicabili all'assicurazione per l'invalidità (art. 1a-26bis e 28-70), sempre che la LAI non deroghi alla LPGGA.

E. 3

Oggetto del contendere è il diritto di A. _____ di percepire una rendita intera dell'assicurazione svizzera per l'invalidità, in particolare il grado d'invalidità, che il ricorrente ritiene essere pari al 75%.

E. 4.1

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).

E. 4.2

Il ricorrente ha presentato la domanda di prestazioni l'8 novembre 2011, il diritto alla rendita sorgerebbe pertanto al più presto il 1° maggio 2012 (sei mesi dopo l'inoltro della domanda, art. 29 cpv. 1 LAI). Ne discende che, in concreto, si applicano, da un lato, le disposizioni in vigore fino al 31 dicembre 2011, per quanto attiene allo stato di fatto realizzato fino a tale data, mentre dall'altro, e per il periodo successivo, 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).

E. 5.1

Il ricorrente è cittadino di uno Stato membro della Comunità europea, per cui è applicabile, di principio, l'ALC (RS 0.142.112.681), entrato in vigore il 1° giugno 2002.

E. 5.2

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. 5.3

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. Gli atti giuridici elencati nella sezione B dell'allegato II rappresentano diverse decisioni della Commissione amministrativa per il coordinamento dei sistemi di sicurezza sociale, mentre quelli esposti nella sezione C corrispondono a due raccomandazioni della stessa commissione.

E. 5.4

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. 6

Giova altresì rilevare che il potere cognitivo di questo Tribunale è delimitato dalla data della decisione impugnata, in concreto l'8 gennaio 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, in concreto l'8 gennaio 2014. Tiene tuttavia conto dei fatti verificatisi dopo tale data quando essi possono imporsi quali elementi d'accertamento retrospettivo della situazione anteriore alla decisione impugnata (DTF 129 V 1 consid. 1.2; 121 V 362 consid. 1b), in altri termini se gli stessi sono strettamente connessi con l'oggetto litigioso e se sono suscettibili di avere un'influenza 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. 7

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 (doc. 6 e 29 [estratto del conto individuale]).

E. 8.1

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.

E. 8.2

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 (lett. a), ha avuto un'incapacità al lavoro (art. 6 LPGA) almeno del 40% in media durante un anno senza notevole interruzione (lett. b) e al termine di questo anno è invalido (art. 8 LPGA) almeno al 40% (lett. c).

E. 8.3

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).

E. 9.1

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 sentenza del TF I 702/03 del 28 maggio 2004 consid. 1 con rinvii).

E. 9.2

La nozione d'invalidità di cui agli 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; 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. 10.1

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; 114 V 310 consid. 3c; cfr. sentenze del TF 9C_240/2013 del 22 ottobre 2013 consid. 2.1; 8C_671/2011 dell'11 novembre 2011 consid. 3).

E. 10.2

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]). In particolare decisivo è, secondo la giurisprudenza, che i punti litigiosi importanti siano stati oggetto di 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 (DTF 134 V 231 consid. 5.1; 125 V 351 consid. 3a; 122 V 157 consid. 1c;

HANS-JAKOB MOSIMANN, Zum Stellenwert ärztlicher Beurteilungen, in: Aktuelles im Sozialversicherungsrecht, 2001, pag. 266). Per quanto attiene alle perizie mediche di parte, 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 (DTF 125 V 351). In presenza di rapporti medici contraddittori il giudice non può inoltre evadere la vertenza senza valutare l'intero materiale e indicare i motivi per cui si fonda su un rapporto piuttosto che su un altro (sentenza del Tribunale federale delle assicurazioni I 673/00 dell'8 ottobre 2002). 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 qual è l'opinione più adeguata (SVR 2000 UV no. 10 pag. 35 consid. 4b).

E. 10.3

Se infine l'amministrazione si fonda esclusivamente sul parere del proprio medico e, il parere del medico curante o di un esperto privato, a cui si può pure attribuire forza probatoria, fa sorgere dei dubbi, anche lievi, sull'affidabilità della valutazione interna, la vertenza non può essere risolta fondandosi sul rapporto di una parte o dell'altra, ma sarà necessario basarsi su una perizia medica indipendente ai sensi dell'art. 44 LPGA o di una perizia giudiziaria (DTF 135 V 465; sentenza del TF 8C_306/2010 del 25 febbraio 2011

E. 11

Giusta il principio inquisitorio che regge la procedura in materia di assicurazioni sociali (art. 43 LPGA e art. 69 OAI [RS 831.201]), l'UAIE esamina le domande concernenti le prestazioni d'invalidità, intraprende d'ufficio i necessari accertamenti e raccoglie le informazioni di cui ha bisogno, in particolare circa lo stato di salute del richiedente, la sua attività, la sua capacità di lavoro e la sua idoneità all'integrazione. In particolare, deve ordinare una perizia allorquando è necessario per la valutazione medica del caso (DTF 117 V 282 consid. 4a).

E. 12

In virtù 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.

E. 13

Se gli accertamenti svolti d'ufficio permettono all'amministrazione o al giudice, che si sono fondati su un apprezzamento diligente delle prove, di giungere alla convinzione che certi fatti presentino una verosimiglianza preponderante, e che ulteriori misure probatorie non potrebbero modificare questo apprezzamento, è superfluo assumere altre prove (apprezzamento anticipato delle prove; UELI KIESER, ATSG-Kommentar, 2a ed. 2009, art. 42 n. 19 pag. 536; sentenza del TF K 24/04 del 20 aprile 2005; DTF 122 II 464 consid. 4a). In tal caso, non sussiste una violazione del diritto costituzionale di essere sentito secondo l'art. 29 cpv. 2 Cost. (Sozialversicherungsrecht [SVR] 2001 IV n. 10 pag. 28).

E. 14.1.1

Durante la fase istruttoria l'autorità inferiore ha assunto agli atti, oltre alla perizia medica particolareggiata E 213 del 6/8 maggio 2013 (doc. 5 e consid. D.a), diversa documentazione medica, in particolare: × il rapporto di dimissioni relativo all'operazione all'anca sinistra del 28 luglio 2004 del dott. I._____, specialista in ortopedia e traumatologia, del 5 agosto 2004 (doc. 18; cfr. anche consid. B); × il certificato medico del B._____, Dipartimento cardiovascolare, Servizio di elettrofisiologia e cardiostimolazione, del 2 agosto 2007, nel quale è indicato che l'assicurato è un paziente con familiarità per malattie cardiovascolari (doc. 14; cfr. anche consid. C); × il certificato del dott. C._____, del Servizio di elettrofisiologia e cardiostimolazione del medesimo ospedale, del 29 ottobre 2007, in cui è stato indicato di continuare la terapia in atto per la cardiopatia ipertensiva ed è stato negato angor e/o dispnea (doc. 15); × il certificato medico del dott. J._____, la cui specializzazione non è indicata, dell'Istituto nazionale della previdenza sociale (INPS) del 22 ottobre 2011 (doc. 13), il quale ha posto la diagnosi di "intervento di artroprotesi al femore sinistro (recte: all'articolazione dell'anca?) e necrosi, osteonecrosi alla gamba destra, stato ansioso-depressivo, ipoacusia bilaterale, diminuzione del visus, artrosi diffusa, ipertensione arteriosa, intervento di fistola anale, poliposi del retto, cisti epatica del 3° segmento" (pag. 4 del doc. 13); × il referto medico redatto dal dott. J._____ del 3/5 ottobre 2012 (doc. 4 e 17) in relazione alla colonna cervicale, alla colonna dorsale e alla colonna lombo/sacrale;

E. 14.1.2

Ai fini della pronuncia della propria decisione l'UAIE si è fondato sul rapporto finale del dott. F._____, esperto certificato SMR, del 17 ottobre 2013 (doc. 21), che ha posto la diagnosi principale di coxartrosi destra severa (M 16.0), la diagnosi associata con ripercussioni sulla capacità lavorativa lo status post protesi all'anca sinistra e dei problemi degenerativi della colonna (senza deficit neurologico [doc. 21 pag. 3]) e infine la diagnosi associata senza ripercussioni sulla capacità lavorativa l'ipertensione arteriosa (doc. 21 pag. 1). Il medico SMR ha attestato un'incapacità lavorativa totale nell'attività abituale, e nulla in attività adatta che tiene conto delle limitazioni funzionali elencate nel rapporto, dal 2013 senza precisare la data esatta (doc. 21 pag. 2). Egli ha poi elencato le attività sostitutive esigibili (doc. 21 pagg. 4 e 5). Il dott. F._____ si è a sua volta fondato sulla perizia medica particolareggiata E 213 del 6/8 maggio 2013 (doc. 5 e consid. D.a), redatta dal dott. E._____, la cui specializzazione non è nota, che ha posto la diagnosi di: "artroprotesi anca sinistra per coxartrosi, severa coxartrosi destra, rachiartrosi diffusa, ipertensione arteriosa (artrosi: ICD 715 e ipertensione essenziale: ICD 401)".

E. 14.2.1

In fase ricorsuale l'insorgente ha prodotto il certificato medico del dott. I._____, specialista in ortopedia e traumatologia, del 14 febbraio 2014 (allegato al doc. TAF 1) il quale ha in particolare attestato che "attualmente si è aggravata la coxartrosi destra, che lo costringe ad una deambulazione ausiliata da bastoni e solo per brevi tratti; ha una dismetria degli arti inferiori di circa 15mm che viene compensata da un plantare. Ha difficoltà nel calzarsi, nel guidare, nella salita e discesa delle scale. È costretto all'uso giornaliero di farmaci analgesici ed antinfiammatori dai quali trae un giovamento solo temporaneo. Un esame radiografico del bacino eseguito in data 3 ottobre 2012 evidenzia l'impianto protesico ben posizionato a sinistra ed una grave coxartrosi destra, con riduzione della rima articolare e la presenza di numerosi geodi sia epifisari sia cotiloidei. Per tale patologia è indicato il trattamento chirurgico di impianto protesico all'anca destra".

E. 14.2.2

L'UAIE ha quindi sottoposto nuovamente il caso al dott. F. _____, il quale, nel rapporto finale SMR del 21 maggio 2014 (doc. 28; cfr. anche doc. 27), dopo aver esaminato il certificato del dott. I. _____ del 14 febbraio 2014, ha concluso che da quest'ultimo non emergeva alcuna informazione supplementare e che concordava con le conclusioni e le limitazioni funzionali enumerate nel rapporto di valutazione del SMR del 17 ottobre 2013 (cfr. doc. 21 e consid. 15.1.2). Il medico ha pertanto ribadito che un'attività leggera, sedentaria e adatta alle limitazioni funzionali relative ai problemi alle anche era esigibile.

E. 15

Esaminati tutti i documenti agli atti, questo Tribunale non può confermare le conclusioni dell'amministrazione.

E. 15.1

In primo luogo preme rilevare che la domanda di prestazioni dell'assicurazione invalidità è stata presentata dall'interessato all'UAIE in data 8 novembre 2011 (cfr. doc. 7 pag. 7, doc. 8 e doc. 26 pag. 1 e consid. D). Il diritto ad un'eventuale rendita d'invalidità sorgerebbe pertanto al più presto il 1° maggio 2012 (sei mesi dopo l'inoltro della domanda in applicazione delle relative disposizioni legali [cfr. consid. 4.2]). Ora, il medico del SMR si è pronunciato unicamente in merito alla capacità lavorativa a partire dal 2013 rimanendo silente sul periodo antecedente, e meglio dal 1° maggio 2011 (cfr. doc. 21 e 28 e consid. 8.2; ossia un anno prima dell'eventuale nascita del diritto alla rendita d'invalidità). Risulta dunque una valutazione piuttosto vaga ed imprecisa, e quindi palesemente incompleta della capacità lavorativa dell'assicurato. Al riguardo va rilevato che, da un lato, non è stata indicata la data esatta a partire dalla quale, nel 2013, l'assicurato presenta un'inabilità lavorativa nell'attività abituale e in attività sostitutive adeguate e, dall'altro, nulla figura in merito per il periodo a partire dal 1° maggio 2011, malgrado vi siano documenti medici agli atti attestanti numerose patologie di natura ortopedica (anche e schiena), psichiatrica e cardiologica (doc. 13 e 17). Ritenuto tuttavia che, per altri motivi, è necessario un rinvio degli atti all'amministrazione per complemento istruttorio, si rinuncia ad acquisire atti supplementari in tal senso.

E. 15.2

In secondo luogo il SMR ha redatto il proprio rapporto senza visitare personalmente l'interessato e soprattutto omettendo di chiedere il parere di un ortopedico. In proposito si rileva che, in attuazione dell'art. 59 cpv. 2 LAI, il Consiglio federale ha prescritto le discipline che devono essere rappresentate nei servizi medici regionali (art. 48 OAI) e ha elencato nel dettaglio i compiti che questi servizi sono chiamati a svolgere (art. 49 OAI). Ciò significa, tra le altre cose, che 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 (sentenza del TF 9C_826/2009 del 20 luglio 2010 consid. 4.2 con rinvii). Se ciò non è il caso, il loro valore probatorio è affievolito. Da parte sua, per contro, il ricorrente ha presentato il certificato medico del dott. I. _____ del 14 febbraio 2014, specialista in ortopedia e traumatologia, la cui valutazione riporta considerazioni utili all'accertamento dei fatti (consid. 14.2.1). Nonostante il medico di parte faccia riferimento ad uno stato di salute immediatamente successivo alla decisione impugnata esso attesta chiaramente una situazione in evoluzione negativa, a seguito, tra l'altro, del peggioramento della coxartrosi destra, tale da necessitare un intervento

chirurgico e che non permette al ricorrente di muoversi se non con l'uso di bastoni. Tale certificato è senz'altro atto a mettere in discussione il rapporto SMR e avrebbe dovuto indurre l'amministrazione a proporre di procedere ad accertamenti più approfonditi in ambito ortopedico/reumatologico (cfr. anche DTF 101 V 43 consid. 1b con rinvii, secondo cui un'operazione alle anche di per sé non è atta a conseguire un successo integrativo durevole e rilevante, se oltre all'artrosi vi sono altre affezioni determinanti, segnatamente che limitano la capacità lavorativa).

E. 15.3

Secondo questo Tribunale inoltre l'autorità inferiore non ha tenuto conto di tutte le patologie sofferte dell'assicurato, né singolarmente né nel loro insieme, segnatamente non appare agli atti nessuna presa di posizione in merito allo stato ansioso e alle crisi di panico già segnalate nel 2007 (cfr. doc. 14 e 15 e consid. 14.1.1) e riprese dall'INPS nel rapporto del 22 ottobre 2011 (cfr. doc. 13 e consid. 14.1.1). Seppure la problematica psichiatrica non sia stata menzionata nella perizia E 213 del 2013 (cfr. doc. 5 e consid. D.a e 14.1.2), l'autorità inferiore non ha indicato se ne ha tenuto conto, se ha ritenuto tale patologia superata dall'interessato e/o se, nel caso in cui fosse ancora affetto da stato ansioso depressivo, questo ha un'influenza sulla capacità lavorativa del medesimo ed in quale misura. Una verifica in tal senso era necessaria ritenuto che l'INPS ha ripreso tale patologia nella propria diagnosi del 22 ottobre 2011 e la domanda di prestazioni d'invalidità è stata presentata l'8 novembre seguente. Anche da questo punto di vista quindi l'accertamento posto in atto dall'UAI è carente e va completato.

E. 15.4

Si rileva pure che non è stato esaminato se - e se del caso in che misura - i medicinali prescritti all'insorgente, segnatamente i farmaci analgesici ed antinfiammatori assunti per l'affezione alle anche e alla schiena (cfr. doc. 18 e 13 e certificato medico del dott. I. _____ allegato al doc. TAF 1), quelli relativi l'ipertensione arteriosa (cfr. doc. 14 e 15) e gli antidepressivi (se assunti anche dopo ottobre 2011; cfr. doc. 13 pag. 4), possano avere un'influenza sulla capacità lavorativa.

E. 16

Alla luce di quanto sopra esposto si deve concludere che sia lo stato di salute del ricorrente che le conseguenze dello stesso sulla sua capacità lavorativa sono stati accertati in maniera del tutto carente dall'autorità di prima istanza. Nell'incarto vi sono infatti indizi concreti atti a mettere chiaramente in dubbio l'affidabilità delle valutazioni del medico SMR, il quale si è pronunciato senza disporre né della necessaria specializzazione né di tutti gli elementi necessari. Agli atti medici su cui si è fondato l'UAIE per rifiutare l'erogazione di una rendita all'assicurato non può pertanto essere attribuita piena forza probatoria. La decisione impugnata, fondandosi pertanto su un accertamento incompleto dei fatti, va annullata, mentre il ricorso dev'essere accolto.

E. 17.1

In caso di annullamento della decisione il Tribunale amministrativo federale può sostituirsi all'autorità inferiore e statuire direttamente nel merito o rinviare la causa, con istruzioni vincolanti, all'autorità inferiore per nuova decisione (cfr. sentenza del TAF C-4652/2012 del 18 aprile 2013). In particolare esso si sostituirà all'autorità inferiore se gli atti sono completi o comunque sufficienti per statuire (v. sentenza del TF 9C_162/2007 del 3 aprile 2008 consid. 2.3 con rinvii; DTF 126 II 43; 125 II 326).

E. 17.2

Tale non è il caso nella presente fattispecie per i motivi precedentemente indicati. Gli atti di causa sono pertanto rinviati all'autorità inferiore affinché proceda a completare l'accertamento dei fatti giuridicamente rilevanti con riferimento allo stato di salute e alle conseguenze dello stesso sulla capacità lavorativa, segnatamente tramite l'esperimento di una perizia bidisciplinare che esamini l'assicurato da un punto di vista ortopedico/reumatologico (in relazione alla problematica ad entrambe le anche, con particolare riferimento ad un'eventuale operazione eseguita all'anca destra, intervento già previsto nel 2013, e alla schiena) e da un punto di vista psichiatrico a far tempo dal 1° maggio 2011, nonché all'eventuale influenza sulla capacità lavorativa, sempre a far tempo dal 1° maggio 2011, dell'assunzione dei farmaci da parte del ricorrente (cfr., sulla possibilità di un rinvio all'autorità inferiore nell'ipotesi in cui l'accertamento di uno o più aspetti, come nel caso concreto, è del tutto carente, DTF 137 V 210 consid. 4.4.1.4; 139 V 99 consid. 1.1) e ogni ulteriore esame che pure l'evoluzione nel tempo dello stato di salute dell'insorgente dovesse rendere necessario. Alla luce delle nuove risultanze istruttorie, l'UAIE si pronuncerà nuovamente sul grado di invalidità dell'assicurato.

E. 18.1

Visto l'esito della causa, non si prelevano spese processuali (art. 63 PA). L'anticipo equivalente alle presunte spese processuali di fr. 403.79, versato il 26 marzo 2014, è restituito al ricorrente.

E. 18.2

Ritenuto che l'insorgente è rappresentato in questa sede da un 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]; 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). La stessa, in assenza di una nota dettagliata, è fissata d'ufficio (art. 14 cpv. 2 TS-TAF) in fr. 1'000.-, tenuto conto del lavoro svolto dal rappresentante del ricorrente. 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.