



Corte III
C-2779/2019

Sentenza del 29 giugno 2020

Composizione

Giudici Michela Bürki Moreni (presidente del collegio),
Caroline Gehring, Vito Valenti,
cancelliere Luca Rossi.

Parti

A. _____, (Italia)
rappresentato dal Patronato INAS
ricorrente,

contro

**Ufficio dell'assicurazione per l'invalidità per gli
assicurati residenti all'estero UAIE,**
autorità inferiore.

Oggetto

assicurazione invalidità, rendita limitata nel tempo
(decisione del 7 maggio 2019).

Fatti:**A.**

A.a A. _____, cittadino italiano, nato il (...) 1958, residente a (...) (IT), ha lavorato in Svizzera come frontaliere nel settore edile dal mese di maggio 1981, solvendo regolari contributi all'assicurazione svizzera per la vecchiaia, i superstiti e l'invalidità (AVS/AI, doc. 179 dell'incarto dell'Ufficio dell'assicurazione per l'invalidità per gli assicurati residenti all'estero [in seguito UAIE]).

A.b In data 25 luglio 2011 l'interessato ha formulato, all'Ufficio AI del Cantone B. _____ (in seguito UAI-B. _____), una prima domanda volta al conseguimento di prestazioni dell'assicurazione svizzera per l'invalidità (doc. 2) essendo inabile al lavoro dal 1° febbraio 2011 a causa di problemi al ginocchio sinistro (doc. 1, 2). Con decisione del 20 gennaio 2012 l'UAIE ha respinto la richiesta, avendo constatato un periodo di incapacità lavorativa ininterrotta inferiore all'anno di attesa. L'assicurato aveva ripreso a lavorare presso il precedente datore di lavoro il 26 ottobre 2011 (doc. 30).

A.c In data 19 giugno 2013 l'interessato ha formulato all'UAIE-B. _____ una seconda domanda di prestazioni (doc. 37), in ragione dell'incapacità lavorativa totale insorta dal 28 gennaio 2013 per la medesima diagnosi della precedente procedura (doc. 33, 41). Con decisione del 4 dicembre 2013 (doc. 68-69) l'UAIE ha nuovamente negato il diritto a rendita, avendo constatato che, pur persistendo inalterata dal 28 gennaio 2013 l'inabilità lavorativa al 100% nell'attività abituale di intonacatore, a partire dal 22 febbraio 2013 l'assicurato era in grado di svolgere in misura completa un'attività sostitutiva rispettosa dei limiti funzionali (elencati al doc. 62).

Tramite l'aiuto al collocamento (doc. 73) l'assicurato è stato assunto a partire dal 19 maggio 2014 dapprima a titolo di prova (doc. 77-84), in seguito dal 20 novembre 2014 a tempo indeterminato presso la C. _____, ditta attiva nel settore delle finiture d'interni, con i compiti di intonacatore e plafonatore (doc. 79, 85-91). Il rapporto di lavoro è cessato il 31 maggio 2015 a seguito del licenziamento dell'assicurato (doc. 100).

A.d In data 24 settembre 2015, l'assicurato ha presentato una terza domanda di prestazioni (doc. 107), in ragione di problematiche dermatologiche attestate da alcuni certificati medici prodotti (doc. 109-110), oltre a un preteso peggioramento delle problematiche già note al ginocchio sinistro (doc. 103-105). Non riscontrando alcuna modifica rilevante della situazione

valetudinaria, con decisione del 2 febbraio 2016 l'UAIE ha decretato di non entrare nel merito della nuova domanda (doc. 116).

B.

B.a In data 14/17 novembre 2017 A. _____ – che nel frattempo dall'inizio del 2016 aveva ripreso a lavorare come muratore/gessatore in Svizzera – ha presentato una quarta domanda di prestazioni a seguito dell'infortunio alla mano destra in seguito al quale dal 28 luglio 2017 è stata ritenuta un'inabilità lavorativa completa (doc. 120-121, 124, 132).

B.b

B.b.a Dall'incarto dell'Istituto nazionale svizzero di assicurazione contro gli infortuni (INSAI) al quale il caso è stato annunciato il 7 settembre 2017 (doc. 248), è emerso che il 28 luglio 2017, mentre stava svolgendo il proprio lavoro su di un ponteggio ha perso l'equilibrio e cadendo sulla pedana sottostante ha sbattuto violentemente il fianco destro e la mano destra procurandosi una frattura scomposta del metacarpo IV e V e della falange 2 del 3° dito (doc. 240-248), operata chirurgicamente il 31 luglio 2017 presso il reparto di Ortopedia e Traumatologia dell'D. _____ di (...) (doc. 242). Una ripresa chirurgica di correzione è stata eseguita il 23 gennaio 2018 da parte del dott. E. _____, specialista in chirurgia ortopedica e traumatologia dell'apparato locomotore (doc. 297).

B.b.b In occasione della visita medico-circondariale del 20 agosto 2018, il dott. F. _____, specialista in chirurgia ortopedica e traumatologia dell'apparato locomotore, incaricato dall'INSAI, ha considerato l'assicurato guarito e completamente abile al lavoro in ogni attività a partire dal 1° settembre 2018 (doc. 335).

B.b.c Con comunicazione del 6 settembre 2018 l'INSAI ha prospettato la chiusura del caso a partire dal 1° settembre 2018, ritenendo a partire da tale data raggiunto lo status quo sine e considerando l'assicurato in grado di riprendere al 100% la propria attività abituale (doc. 337).

B.b.d Con scritto del 19 ottobre 2018 l'assicurato (doc. 350), per il tramite del sindacato OCST, si è opposto a tale provvedimento, chiedendo una rivalutazione del caso, alla luce delle valutazioni del dott. E. _____ (doc. 347), su cui si tornerà più avanti e degli ulteriori problemi alla salute nel frattempo insorti (doc. 351).

B.c

B.c.a Il 1° febbraio 2018 l'assicurato ha infatti subito un secondo infortunio, allorché, al proprio domicilio, a seguito di un movimento scomposto si è procurato un trauma distorsivo dell'articolazione tibio-tarsica sinistra. Essendo già incapace al lavoro, l'interessato si è recato dal medico soltanto un mese dopo il sinistro, a seguito della comparsa di una tumefazione locale e persistendo dolore ingravescente ed impotenza funzionale (doc. 351). La RMN del 19 aprile 2018 mostrava esiti di frattura malleolo tibiale, in parte consolidata e alterazione algodistrofica dell'epifisi tibiale con piccola frattura del margine anteriore, trattata con cicli di magneto e laserterapia insieme ad iniezioni di sodio neridronato, sebbene con scarso miglioramento (doc. 359).

B.c.b Verso la metà di agosto 2018 l'assicurato ha subito un terzo infortunio, dopo aver battuto lo sterno e la parete del costato contro il manubrio della bicicletta su cui stava viaggiando prima di cadere. Pur risentendo da subito dolori al petto, mancanza di fiato e persistendo l'ematoma nella parte contusa per oltre un mese, è soltanto il 25 settembre 2018 che l'assicurato si è recato presso il pronto soccorso di (...), dove è stata diagnosticata la frattura scomposta del terzo distale dello sterno, trattata con terapia conservativa con riposo, antidolorifici al bisogno e controllo dal medico curante (doc. 345, 351, 362).

B.c.c In occasione della visita medica circondariale del 15 gennaio 2019 il dott. F. _____ si è espresso in merito a entrambi i casi d'infortunio. Riguardo alla frattura allo sterno, ha constatato un osso guarito, stabile e non più dolente. Il medico ha riferito una situazione stabile e sicuramente guarita anche in merito al trauma alla caviglia sinistra, pur ritenendo probabile la manifestazione di un inizio di artrosi, oltre che di problematiche al malleolo correlate all'importante valgo con piede piatto bilateralmente. Per le sole conseguenze infortunistiche il dott. F. _____ ha quindi considerato l'assicurato interamente abile al lavoro a partire dal 1° febbraio 2019 (doc. 379).

B.c.d Con comunicazione del 28 gennaio 2019 l'INSAI ha quindi comunicato la chiusura del caso a partire dal 1° febbraio 2019, ritenendo che a partire da tale data l'assicurato era in grado di riprendere ad esercitare al 100% la propria attività abituale. Riguardo ai persistenti disturbi alla caviglia sinistra, l'INSAI ha escluso che gli stessi fossero correlati all'evento traumatico di febbraio 2018 (doc. 381).

B.c.e Preso atto del nuovo esame RMN alla caviglia sinistra del 15 febbraio 2019, del referto del 23 febbraio 2019 del dott. G._____, specialista in medicina interna, reumatologia e farmacologia e dei vari certificati d'incapacità lavorativa rilasciati dalla dott.ssa H._____, medico chirurgo (doc. 385, 386, 387, 392), con rapporto del 9 aprile 2019 il dott. F._____ si è confermato nella precedente valutazione (doc. 393).

B.d

B.d.a Sulla base di quanto emerso dalla procedura infortunistica l'UAI-B._____ ha emanato dapprima il progetto di decisione del 7 settembre 2018 con cui ha prospettato l'attribuzione di una rendita intera limitata nel tempo dal 1° luglio 2018 al 31 agosto 2018 (doc. 160), poi sostituito dal progetto di decisione del 4 febbraio 2019 – a seguito della richiesta di riesame del caso inoltrata dall'assicurato per il tramite del patronato INAS (doc. 162, 164) – con la quale ha prospettato l'estensione della rendita limitata nel tempo fino al 31 gennaio 2019 (doc. 173).

B.d.b Avverso tale progetto l'assicurato non ha presentato osservazioni, limitandosi a produrre unicamente alcuni rapporti medici, già agli atti dell'incanto INSAI (doc. 174). Con decisione del 7 maggio 2019 – in sostituzione di quella del 24 aprile 2019 (doc. 177) che ricalcava il primo progetto (doc. 160) – l'autorità inferiore ha quindi riconosciuto il diritto a una rendita intera d'invalidità limitata nel tempo dal 1° luglio 2018 al 31 gennaio 2019 (doc. 179).

C.

C.a Con ricorso del 24 maggio 2019 A._____, sempre rappresentato dal patronato INAS, è insorto dinnanzi al Tribunale amministrativo federale (TAF), chiedendo l'annullamento della decisione dell'UAIE del 7 maggio 2019 e il riconoscimento del diritto a una rendita d'invalidità con grado AI di almeno il 40% anche dopo il 31 gennaio 2019. Oltre alla documentazione medica già agli atti, a suffragio delle conclusioni ricorsuali è stato prodotto il parere medicolegale del 18 maggio 2019 della dott.ssa I._____, specialista in medicina legale e delle assicurazioni, di cui si dirà nei considerandi in diritto. L'insorgente ha inoltre chiesto l'esonero dal pagamento delle spese giudiziarie (doc. TAF 1).

C.b Con decisione incidentale del 30 luglio 2019 la giudice dell'istruzione ha accolto la domanda di assistenza giudiziaria, nel senso della dispensa dalle spese processuali e dal relativo anticipo (doc. TAF 9).

C.c Con risposta del 20 settembre 2019 l'UAIE, facendo riferimento al preavviso dell'UAI-B. _____ del 18 settembre 2019, a sua volta fondato sull'annotazione SMR del 6 agosto 2019 – al quale oltre alla documentazione medica del ricorso è stato sottoposto anche la perizia medica particolareggiata del 27 luglio 2019 della dott.ssa H. _____ (doc. 182) – che ha confermato la correttezza delle conclusioni tratte dal punto di vista medico, ha proposto la reiezione del gravame e la conferma della decisione impugnata (doc. TAF 11).

C.d Con replica ricevuta il 29 ottobre 2019 (recante una data manifestamente errata) il ricorrente ha contestato la tesi dell'autorità inferiore, reiterando le argomentazioni già esposte in sede di ricorso (doc. TAF 13).

C.e Con duplica del 18 novembre 2019 l'autorità inferiore ha sostanzialmente ribadito la propria posizione (doc. TAF 15).

Diritto:

1.

1.1 In virtù dell'art. 31 LTAF, questo Tribunale giudica i ricorsi contro le decisioni ai sensi dell'art. 5 PA, emanate dalle autorità menzionate all'art. 33 LTAF, riservate le eccezioni di cui all'art. 32 LTAF. In particolare, le decisioni rese dall'UAIE concernenti l'assicurazione per l'invalidità possono essere impugnate davanti al Tribunale amministrativo federale (TAF) conformemente all'art. 69 cpv. 1 lett. b LAI (RS 831.20). Di conseguenza questo Tribunale è competente a giudicare il presente ricorso.

1.2 Secondo l'art. 3 lett. d^{bis} PA, a cui rinvia l'art. 37 LTAF, la procedura in materia di assicurazioni sociali non è disciplinata dalla PA, nella misura in cui è applicabile la LPGGA (RS 830.1). In conformità con l'art. 2 LPGGA, le disposizioni della presente legge sono applicabili alle assicurazioni sociali disciplinate dalla legislazione federale, se e per quanto le singole leggi sulle assicurazioni sociali lo prevedano. Giusta l'art. 1 cpv. 1 LAI, le disposizioni della LPGGA sono applicabili all'assicurazione per l'invalidità (art. 1a-26^{bis} e 28-70), sempreché la LAI non deroghi alla LPGGA.

1.3 In concreto, il ricorso è ammissibile nella misura in cui è stato presentato tempestivamente e nel rispetto dei requisiti previsti dalla legge (art. 59 e 60 LPGGA, nonché l'art. 52 cpv. 1 PA).

2.

Nell'ambito delle assicurazioni sociali, la procedura è retta dal principio inquisitorio (art. 43 cpv. 1 LPGa). Il Tribunale amministrativo federale applica il diritto d'ufficio, senza essere vincolato dai motivi del ricorso (art. 62 cpv. 4 PA) o dai considerandi della decisione impugnata. In altri termini, il ricorso potrebbe essere accolto per ragioni diverse da quelle addotte dal ricorrente o respinto in virtù d'argomenti che la decisione impugnata non ha preso in considerazione (DTF 134 III 102 consid. 1.1; 133 V 515 consid. 1.3; DTAF 2013/46 consid. 3.2). Il Tribunale accerta i fatti determinanti per la soluzione della controversia, assume le prove necessarie e le valuta liberamente (art. 12 PA; DTF 136 V 376 consid. 4.1.1). Sempre che la legge non disponga diversamente, il Tribunale statuisce secondo il grado di prova della verosimiglianza preponderante. Deve ritenere un fatto provato, soltanto quando è convinto della sua esistenza (DTF 138 V 218 consid. 6). Le parti sono tenute a cooperare all'accertamento dei fatti (art. 13 PA) e a motivare il ricorso (art. 52 PA). L'autorità di ricorso 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 (DTF 122 V 157 consid. 1a; 121 V 204 consid. 6c).

3.

3.1 Dal profilo temporale, con riserva di disposizioni particolari di diritto transitorio, 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 143 V 446 consid. 3.3; 139 V 335 consid. 6.2; 138 V 475 consid. 3.1). Nel caso in esame, essendo contestata la soppressione del diritto alla rendita a far tempo dal 1° febbraio 2019, salvo indicazione contraria, si applicano di principio le disposizioni della 6ª revisione della LAI entrate in vigore il 1° gennaio 2012 e le successive (RU 2011 5659; FF 2010 1603), entrate in vigore fino alla data della decisione impugnata.

3.2 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 (DTF 132 V 215 consid. 3.1.1; 130 V 445 consid. 1.2). 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 (sentenze 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 200 consid. 3a in fine).

4.

Il ricorrente è cittadino di uno Stato membro della Comunità europea e risiede in Italia, vi è inoltre un elemento transfrontaliero, avendo l'interessato lavorato in Svizzera quale frontaliere (DTF 143 V 81 consid. 8.3 con rinvii, 143 II 57 e 141 V 521 consid. 4.3.2 nonché, tra le altre, le sentenze della CGUE del 5 maggio 2011 C-434/09 McCarthy, punto 45, e dell'11 ottobre 2001 C-95/99 a 98/99 e C-180/99 Khalil et alid, punto 69), per cui è applicabile, di principio, l'Accordo del 21 giugno 1999 tra la Confederazione svizzera e la Comunità europea ed i suoi Stati membri sulla libera circolazione delle persone (ALC, RS 0.142.112.681) ed il relativo Allegato II che regola il coordinamento dei sistemi di sicurezza sociale. L'allegato II ALC prevede in particolare che le parti contraenti applicano tra di loro, dal 1° aprile 2012, 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 (art. 1 cpv. 1 Allegato II ALC in relazione con la Sezione A dell'Allegato II ALC). Il Regolamento (CE) n. 883/2004 è stato ulteriormente modificato dai regolamenti (UE) n. 1244/2010 (RU 2015 343), n. 465/2012 (RU 2015 345) e n. 1224/2012 (RU 2015 353), applicabili nelle relazioni tra la Svizzera e gli Stati membri dell'Unione europea a decorrere dal 1° gennaio 2015. Tuttavia, anche in seguito all'entrata in vigore dell'ALC, l'organizzazione della procedura come pure l'esame delle condizioni di ottenimento di una rendita d'invalidità svizzera, sono regolate dal diritto interno svizzero (art. 46 cpv. 3 del Regolamento n. 883/2004 in relazione con l'Allegato II del regolamento medesimo; DTF 130 V 253 consid. 2.4).

5.

Oggetto del contendere, nel caso concreto, è il riconoscimento di almeno un quarto di rendita di invalidità dopo il 31 gennaio 2019, che l'amministrazione ha negato in ragione del miglioramento dello stato di salute grazie al quale, a partire dal 1° febbraio 2019, l'insorgente è risultato completamente abile al lavoro nell'attività lavorativa abituale.

5.1 A mente del ricorrente, le condizioni di salute in cui versa giustificano il riconoscimento del diritto a una rendita parziale dopo il 31 gennaio 2019, sulla base di un'incapacità lavorativa totale nell'attività abituale di gessatore/intonacatore e di un'incapacità di almeno il 40% in un'attività sostitutiva adeguata.

5.2 Dal canto suo l'autorità inferiore ha segnalato di non riscontrare dalla documentazione prodotta alcun elemento nuovo, suscettibile di modificare le proprie conclusioni e che potesse oggettivare il persistere di un'incapacità lavorativa nell'attività abituale.

6.

6.1 L'invalidità ai sensi della LPGGA e della LAI è l'incapacità al guadagno totale o parziale presumibilmente permanente o di lunga durata che può essere conseguente a infermità congenita, malattia o infortunio (art. 8 LPGGA e art. 4 cpv. 1 LAI). L'invalidità è considerata insorgere quando, per natura e gravità, motiva il diritto alla singola prestazione (art. 4 cpv. 2 LAI). Ai sensi dell'art. 8 cpv. 3 LPGGA, gli assicurati maggiorenni che prima di subire un danno alla salute fisica, mentale o psichica non esercitavano un'attività lucrativa e dai quali non si può ragionevolmente esigere che l'esercitino sono considerati invalidi se tale danno impedisce loro di svolgere le proprie mansioni consuete.

La nozione d'invalidità di cui all'art. 4 LAI e 8 LPGGA è un concetto di carattere economico-giuridico e non medico (DTF 116 V 246 consid. 1b; sentenze del TF 8C_636/2010 del 17 gennaio 2011 consid. 3 e 9C_529/2008 del 18 maggio 2009).

Secondo l'art. 7 cpv. 1 LPGGA, è considerata incapacità al guadagno la perdita, totale o parziale, della possibilità di guadagno sul mercato del lavoro equilibrato che entra in considerazione, provocata da un danno alla salute fisica, mentale o psichica e che perdura dopo aver sottoposto l'assicurato alle cure e 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 (art. 7 cpv. 2 LPGGA). Secondo l'art. 6 LPGGA, è considerata incapacità al lavoro 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 d'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.

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 (DTF 116 V 246 consid. 1b).

6.2 L'art. 28 cpv. 1 LAI prevede che l'assicurato ha diritto a una rendita se la sua capacità al guadagno o la sua capacità di svolgere le mansioni consuete non può essere ristabilita, mantenuta o migliorata mediante provvedimenti d'integrazione ragionevolmente esigibili (lettera a), ha avuto un'incapacità al lavoro (art. 6 LPGGA) almeno del 40% in media durante un anno senza notevole interruzione (lettera b) e al termine di questo anno è invalido (art. 8 LPGGA) almeno al 40% (lettera c).

6.3 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 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%.

6.4 L'art. 29 cpv. 1 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; DTF 142 V 547 consid. 3.2), ma al più presto a partire dal mese seguente il compimento dei 18 anni. L'art. 29 cpv. 3 LAI precisa altresì che la rendita è versata all'inizio del mese in cui nasce il diritto.

7.

7.1 Secondo l'art. 17 LPGGA se il grado d'invalidità del beneficiario della rendita subisce una notevole modificazione, per il futuro la rendita è aumentata o ridotta proporzionalmente o soppressa, d'ufficio o su richiesta. Il cpv. 2 della stessa norma prevede che ogni altra prestazione durevole accordata in virtù di una disposizione formalmente passata in giudicato è, d'ufficio o su richiesta, aumentata, diminuita o soppressa se le condizioni che l'hanno giustificata hanno subito una notevole modificazione.

7.2 L'art. 88a cpv. 1 OAI (RS 831.201) prevede che se la capacità al guadagno dell'assicurato o la capacità di svolgere le mansioni consuete migliora oppure se la grande invalidità o il bisogno di assistenza o di aiuto

dovuto all'invalidità si riduce, il cambiamento va considerato ai fini della riduzione o della soppressione del diritto a prestazioni dal momento in cui si può supporre che il miglioramento constatato perduri. Lo si deve in ogni caso tenere in considerazione allorché è durato tre mesi, senza interruzione notevole, e che presumibilmente continuerà a durare. Detta norma si applica anche in caso di assegnazione retroattiva di una rendita scalare (sentenze del TF 9C_837/2009 del 23 giugno 2010 consid. 2, 9C_443/2009 del 19 agosto 2009 consid. 5, I 727/02 del 21 luglio 2005 consid. 5 nonché I 297/03 del 3 maggio 2005 consid. 1 e relativi riferimenti; cfr. pure sentenza del TAF C-1446/2011 del 27 giugno 2013 consid. 6.5 e relativi riferimenti).

7.3 Per quanto attiene alle regole che reggono la procedura di nuova domanda di rendita, va rilevato che qualora, nell'ambito di una prima domanda, la rendita sia stata negata perché il grado d'invalidità era insufficiente, una nuova domanda è riesaminata soltanto se l'assicurato rende verosimile che il grado d'invalidità si è modificato in misura rilevante per il diritto alle prestazioni (art. 87 cpv. 2 e 3 OAI).

7.4 Se l'amministrazione entra nel merito della domanda deve esaminare la fattispecie da un punto di vista materiale e, in particolare, verificare se la modifica del grado di invalidità si è effettivamente realizzata (DTF 109 V 115).

7.5 Secondo il principio dell'onere probatorio materiale, la situazione giuridica precedente deve permanere se una modifica rilevante della fattispecie non è dimostrabile con il grado di verosimiglianza preponderante (v. sentenza del Tribunale federale 9C_158/2012 del 5 aprile 2013 consid. 3; SVR 2012 IV n. 18 pag. 81, 9C_418/2010, consid. 3.1; 9C_32/2012 consid. 2).

7.6 In caso d'assegnazione retroattiva di una rendita scalare la data di modifica del diritto deve essere stabilita conformemente all'art. 88a OAI (sentenze del TF 9C_837/2009 del 23 giugno 2010 consid. 2, 9C_443/2009 del 19 agosto 2009 consid. 5, I 727/02 del 21 luglio 2005 consid. 5 nonché I 297/03 del 3 maggio 2005 consid. 1 e relativi riferimenti; cfr. pure sentenza del TAF C-1446/2011 del 27 giugno 2013 consid. 6.5 e relativi riferimenti). Inoltre, il termine di attesa di tre mesi dell'art. 88a OAI non può iniziare a decorrere prima della nascita del diritto ad una rendita (cfr. sentenza del TF 9C_110/2014 del 13 giugno 2014).

7.7 Assegnando retroattivamente una rendita d'invalidità decrescente/crescente e/o limitata nel tempo, l'autorità amministrativa disciplina un rapporto giuridico suscettibile, in caso di contestazione, di essere oggetto della

lite e dell'impugnativa. Qualora sia contestata solo la riduzione o la soppressione delle prestazioni, il potere cognitivo del giudice non è limitato nel senso che egli debba astenersi dallo statuire circa i periodi per i quali il riconoscimento di prestazioni non è censurato (DTF 125 V 413 consid. 2.2 et 2.3 confermato in 131 V 164). Va ricordato che nel caso in cui la prestazione sia accordata con effetto retroattivo – ma limitata nel tempo, aumentata oppure ridotta – esiste un'unica relazione giuridica. Ciò vale anche se l'assegnazione della rendita d'invalidità graduata e/o limitata nel tempo è stata comunicata mediante più decisioni (DTF 131 V 164 consid. 2.2 e 2.3).

8.

8.1 Al fine di accertare se il grado di invalidità si è modificato in maniera tale da influire sul diritto alle prestazioni, si deve confrontare, da un lato, la situazione di fatto relativa all'ultima decisione cresciuta in giudicato che è stata sottoposta ad esame materiale tramite contestuale accertamento pertinente dei fatti, apprezzamento delle prove e confronto dei redditi, e, dall'altro lato, la situazione di fatto vigente all'epoca del provvedimento litigioso (sentenza del TF I 759/06 del 5 settembre 2007; DTF 133 V 108, 130 V 71 consid. 3.2).

8.2 Nell'evenienza concreta il periodo di riferimento nell'ambito della presente vertenza è quello intercorrente tra il 4 dicembre 2013, data della decisione con cui all'assicurato è stato negato il diritto a una rendita (doc. 68) e il 7 maggio 2019, data della decisione impugnata (doc. 179).

9.

9.1 Al fine di poter graduare l'invalidità, l'amministrazione (o il giudice in caso di ricorso) deve disporre di documenti 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 quale sforzo si può ancora esigere da un assicurato, tenuto conto della sua situazione personale (DTF 125 V 256 consid. 4 pag. 261; 115 V 133 consid. 2 pag. 134; 404 consid. 2; 114 V 310 consid. 3c pag. 314; 105 V 156 consid. 1 pag. 158). 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).

9.2 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.

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 (DTF 140 V 356 consid. 3.1, 134 V 231 consid. 5.1; DTF 125 V 351 consid. 3a; 122 V 157 consid. 1c).

9.3 Per quanto concerne le perizie giudiziarie la giurisprudenza ha statuito che il giudice non si scosta senza motivi imperativi dalla valutazione degli esperti, il cui compito è quello di mettere a disposizione del tribunale le proprie 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 la presenza di affermazioni contraddittorie nella perizia oppure l'esistenza di altri rapporti in grado di inficiarne la conclusione. In tale evenienza, la Corte giudicante può disporre una superperizia oppure scostarsi, senza necessità di ulteriori complementi, dalle conclusioni del referto peritale giudiziario (DTF 125 V 351 consid. 3b/aa pag. 353 con rinvii).

9.4 Una valutazione medica completa, comprensibile e concludente che, considerata a sé stante in occasione di un'unica (prima) valutazione del diritto alla rendita, andrebbe ritenuta probante, non assurge a prova attendibile in caso di revisione, se non attesta in modo sufficiente in che modo rispettivamente in che misura ha avuto luogo un effettivo cambiamento nello stato di salute. Sono tuttavia riservati i casi evidenti (SVR 2012 IV n. 18 pag. 81 consid. 4.2). Dalla perizia deve quindi emergere chiaramente che i fatti con cui viene motivata la modifica sono nuovi o che i fatti preesistenti si sono modificati sostanzialmente per quanto riguarda la loro natura rispettivamente la loro entità. L'accertamento di una modifica dei fatti è in particolare sufficientemente comprovata se i periti descrivono quali aspetti concreti nell'evoluzione della malattia e nell'andamento dell'incapacità lavorativa hanno condotto alla nuova valutazione diagnostica e alla stima

dell'entità dei disturbi. Le summenzionate esigenze devono trovare riscontro nel tenore delle domande poste al perito (sentenza del TF 9C_158/2012 del 5 aprile 2013; SVR 2012 IV pag. 81 consid. 4.3).

9.5 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 e relativi riferimenti).

9.6 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 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 (sentenza del Tribunale federale I 166/03 del 30 giugno 2004 consid. 3.3).

10.

10.1 Nel caso concreto, con decisione del 4 dicembre 2013 (doc. 68-69) l'autorità inferiore ha rifiutato la seconda richiesta di prestazioni del 19 giugno 2013, presentata in ragione del persistere della problematica al ginocchio sinistro (doc. 37). Fondando il proprio giudizio sulla documentazione medica allora agli atti, in particolare il rapporto della dott.ssa H. _____ del 31 luglio 2013 (doc. 50) e i rapporti del SMR del 4 ottobre 2013 (doc. 62) e del 11 ottobre 2013 (doc. 65), l'UAIE ha considerato il ricorrente interamente abile al lavoro in un'attività sostitutiva a partire dal 22 febbraio 2013, pur tenendo conto delle limitazioni di cui questi era portatore (attività prevalentemente sedentaria, senza caricabilità elevata [max 10kg, senza limitazioni 5kg] senza situazioni di instabilità e senza contatto con sostanze irritanti e/o allergizzanti alle mani). Dalla suddetta documentazione medica è stata ritenuta la diagnosi con influsso sulla capacità lavorativa di gonalgia a sinistra su condropatia degenerativa trattata con intervento di lateral Release artroscopico al ginocchio sinistro del 22 agosto 2013. Senza influsso sulla capacità lavorativa sono invece le diagnosi di psoriasi palmo-plantare sussistente dal 2007 e di stato dopo intervento di meniscectomia a destra eseguito nel 2008 (doc. 62).

10.2 Nonostante le limitazioni riscontrate e nonostante il fatto che nella professione abituale fosse stato ritenuto medicalmente inabile al 100%, tramite l'aiuto al collocamento (doc. 73), l'assicurato è stato assunto dal 19 maggio 2014 a titolo di prova (doc. 77-84) e dal 20 novembre 2014 a tempo indeterminato presso la C._____, ditta attiva nel settore delle finiture d'interni, con i compiti di intonacatore e plafonatore (doc. 79, 85-91]).

11.

11.1 Nell'ambito della nuova domanda di prestazioni, il ricorrente ha lamentato un peggioramento dello stato di salute a partire dal 28 luglio 2017 quando cadendo da un ponteggio si è procurato una frattura scomposta al IV e V metacarpo e alla falange 2 del III dito della mano destra.

11.1.1 Come rilevato dal dott. L._____, specialista in fisioterapia e medicina manuale, l'intervento eseguito pochi giorni dopo il sinistro, il 31 luglio 2017, presso il reparto di ortopedia e traumatologia dell'D._____ di (...) (doc. 242), non ha permesso di raggiungere l'esito sperato, continuando a persistere dolore, impotenza funzionale dell'arto e conseguente incapacità lavorativa totale (doc. 258, 265, 275). A fronte del decorso insoddisfacente (ossificazione avvenuta in modo scomposto) e della sospetta insorgenza di una sindrome di Sudeck (mano completamente demineralizzata) il 20 novembre 2017 il dott. E._____, specialista in chirurgia ortopedica e traumatologia dell'apparato locomotore, ha quindi suggerito una ripresa chirurgica di correzione (doc. 284), eseguita il 23 gennaio 2018 mediante intervento di osteotomia di derotazione della falange 2 del III dito e del V metacarpo (doc. 297, 308).

Sono seguite le visite di controllo, a seguito delle quali l'incapacità lavorativa è stata protratta (cfr. doc. 300, 306, 309, 317, 328), le sedute di ergoterapia e in data 8 maggio 2018 la rimozione dei fili di Kirschner (doc. 318).

11.1.2 In occasione della visita medico-circondariale del 20 agosto 2018, il dott. F._____, specialista in chirurgia ortopedica e traumatologia dell'apparato locomotore, ha indicato che "oggettivamente l'assicurato mostra già una buona forza con più di 20 kg e un pinch test con poca differenza". Non avendo più lavorato da oltre un anno, il medico ha proposto all'assicurato di optare per il rinforzo muscolare ritenendolo comunque completamente abile al lavoro a partire dal 1° settembre 2018 (doc. 335).

11.1.3 Di opinione contraria il dott. E._____, che nel rapporto del 9 ottobre 2018 ha escluso che l'assicurato fosse in grado di riprendere a svolgere

il lavoro abituale. Non si è per contro espresso riguardo a un'attività sostitutiva, pur segnalando la persistenza di un disturbo importante in tutte le attività della vita quotidiana (doc. 347 [= 164]).

11.2 Al primo infortunio alla mano sono seguiti quello del 1° febbraio 2018 alla caviglia sinistra e quello di metà agosto 2018 allo sterno, che sono stati annunciati all'INSAI in occasione del colloquio del 30 ottobre 2018 (doc. 351) e sono stati trattati dall'autorità inferiore nell'ambito della domanda di prestazioni già pendente (nonostante fosse stato emesso un primo progetto di decisione, il 7 settembre 2018, poi annullato [doc. 160]).

11.2.1 L'incapacità lavorativa attestata fino al 30 settembre 2018 dal dott. E. _____ per la problematica alla mano (doc. 333), si è infatti protratta in ragione della frattura scomposta del terzo distale dello sterno riscontrata il 25 settembre 2018 presso il Pronto soccorso dell'D. _____ di (...), per la quale è stato prescritto un trattamento conservativo (doc. 345, 354).

Nel frattempo, la frattura malleolo tibiale, in parte consolidata e l'alterazione algodistrofica dell'epifisi tibiale con piccola frattura del margine anteriore emerse dalla RMN del 19 aprile 2018, era stata trattata con cicli di magneto- e laserterapia insieme ad iniezioni di sodio neridronato, sebbene con scarso miglioramento (doc. 359), nonché con l'ausilio della fisioterapia (doc. 362). Al riguardo il dott. G. _____, al quale il ricorrente si era rivolto per la problematica alla caviglia, aveva ritenuto sussistere, a seguito della frattura tibiotarsica, una sindrome algodistrofica (doc. 174 p. 4). Con rapporto del 14 novembre 2018 esprimendosi riguardo a entrambi gli infortuni, la dott.ssa H. _____, ha riferito di un paziente con evidente zoppia per il dolore persistente dell'articolazione tibio-tarsica sinistra edematosa e dolente alla pressione, oltre che una mobilità limitata degli arti superiori riconducibile dal trauma allo sterno. Per le problematiche riscontrate essa ha prescritto un'incapacità lavorativa totale fino alla fine del 2018 (doc. 359).

11.2.2 Con rapporto del 18 dicembre 2018 il dott. F. _____ ha ritenuto giustificata l'incapacità lavorativa attestata dal medico curante, ritenendo non sussistere alcuna particolare terapia per la cura della frattura allo sterno, al di fuori di quella in atto. Ha comunque proposto una valutazione ortopedica presso l'INSAI o uno specialista esterno, preceduta da un esame radiologico al fine di potersi esprimere riguardo alla capacità lavorativa (doc. 363).

11.2.3 Il 15 gennaio 2019 è stata quindi eseguita una TAC del torace (doc. 378) nonché la visita medico-circondariale da parte dello stesso dott.

F._____ (doc. 379). Riguardo alla frattura dello sterno quest'ultimo ha riscontrato un osso guarito, stabile e privo di dolore. Ha espresso delle perplessità riguardo ai dolori riferiti dal paziente nel processo xifoideo dal momento che la TAC non mostra alcuna patologia in tale zona. Riguardo alla caviglia sinistra il dott. F._____ ha constatato una situazione stabile e sicuramente guarita. Non riscontrando dolori alla digitoppressione, ha inoltre ritenuto che l'edema nella zona della tibia distale ventrale visibile alla RMN del 19 aprile 2018, non fosse con probabilità preponderante più presente. Ha comunque segnalato che un tale edema potrebbe essere riconducibile al probabile inizio di artrosi. Ha quindi concluso indicando che: "siccome attualmente non ci sono dolori e l'assicurato dice di non sentirne in questa zona camminando, ed in assenza di patologie attorno al malleolo mediale, mi esprimo per una piena abilità lavorativa dal 1° febbraio 2019. Il dolore accusato soggettivamente attorno al malleolo mediale distale può essere causato dall'importante valgo con piede piatto in varo bilateralmente presente. Ho consigliato di optare per dei plantari confezionati su misura. Gli stessi dovranno però essere annunciati alla sua Cassa malati essendo questo un problema non infortunistico ma chiaramente di origine morbosa" (doc. 379).

11.2.4 Sono seguiti i certificati dell'11 febbraio e del 15 marzo 2019 della dott.ssa H._____, secondo la quale l'assicurato è affetto da artrite tibio-tarsica bilaterale con prognosi fino a metà aprile 2019 (doc. 386, 392), l'esame RMN ad entrambe le caviglie del 15 febbraio 2019 (doc. 387) e il referto del 23 febbraio 2019 del dott. G._____ che ha riferito di una recidiva di algodistrofia al piede sinistro in siti di pregressa frattura (doc. 385). Nella presa di posizione del 9 aprile 2019 il dott. F._____ ha ritenuto non emergere dalla nuova documentazione nessun danno oggettivabile di origine infortunistica alla caviglia sinistra. Per i persistenti disturbi alla stessa, ha quindi consigliato all'assicurato di rivolgersi al suo assicuratore malattia (doc. 393).

11.3

11.3.1 Dopo l'emanazione della decisione impugnata, l'amministrazione ha chiesto al medico curante dell'assicurato, di trasmettere una perizia medica particolareggiata. Nel rapporto E213 del 27 luglio 2019 la dott.ssa H._____ dopo aver elencato le problematiche di cui l'interessato ha sofferto dal 1996, ha indicato persistere quale disfunzione attuale una ridotta funzionalità globale della mano destra, con grave ipostenia del pugno conseguente all'infortunio del luglio 2017. Pur ritenendo l'insorgente comple-

tamente autonomo in tutte le attività quotidiane e non segnalando altre particolari limitazioni, la dottoressa ha considerato quest'ultimo completamente inabile a svolgere qualsiasi tipo di attività lavorativa (doc. 182).

11.3.2 Il ricorrente ha inoltre prodotto in corso di causa, il parere medico-legale del 18 maggio 2019 della dott.ssa I._____, che dopo aver ripercorso la storia clinica dell'assicurato – tenendo conto anche delle più recenti problematiche allo sterno e alla caviglia – si è focalizzata sulla problematica alla mano destra. A fronte delle limitazioni riscontrate all'arto e riferendosi alla valutazione esposta nell'ultimo rapporto dal dott. E._____, essa ha quindi ritenuto l'assicurato completamente inabile nella precedente professione di gessatore/intonacatore a partire dalla data del sinistro. Essa non si è per contro espressa riguardo alla possibilità di mettere a frutto la capacità lavorativa residua in un'attività sostitutiva adeguata (allegato al doc. TAF 1).

11.3.3 I rapporti della dott.ssa I._____, della dott.ssa H._____, del dott. E._____, nonché del dott. F._____ sono stati sottoposti al dott. M._____, specialista in medicina interna del Servizio medico regionale (SMR), che nell'annotazione del 6 agosto 2019 ha ritenuto non sussistere alcuna patologia invalidante extra-infortunistica non riscontrando alcuna modifica significativa dello stato di salute rispetto alle valutazioni proposte nelle visite di chiusura INSAI (allegato al doc. TAF 11).

12.

12.1 Alla luce di quanto sopra esposto è pacifico e peraltro neppure contestato che a partire dal 28 luglio 2017 lo stato di salute del ricorrente abbia subito un notevole peggioramento rispetto alla situazione in essere al momento in cui è stata emanata la decisione del 4 dicembre 2013, con la quale – si rammenta – era stata accertata la piena capacità lavorativa in un'attività sostitutiva idonea a partire dal 22 febbraio 2013 (doc. 68-69).

12.2 A partire dal 28 luglio 2017, infatti l'assicurato ha presentato una completa inabilità lavorativa in qualsiasi attività lavorativa. Su tale circostanza concordano tutti i medici consultati e vi sono agli atti elementi suscettibili di mettere in discussione tale conclusione. È pertanto a giusto titolo che l'amministrazione ha riconosciuto all'insorgente il diritto a una rendita intera d'invalidità con grado AI del 100% a partire dal 1° luglio 2018, ossia trascorso l'anno d'attesa previsto dall'art. 28 cpv. 1 LAI.

12.3 Risulta inoltre senz'altro corretta l'attribuzione di tale prestazione fino al 31 gennaio 2019, ritenuto che almeno fino a tale data tutti i medici coinvolti, compreso il dott. F. _____ che aveva seguito il caso fin dall'annuncio del primo infortunio, sono concordi nel ritenere l'assicurato totalmente inabile in qualsiasi attività, nella misura in cui l'incapacità lavorativa totale riconducibile ai differenti infortuni si è sovrapposta nel suddetto periodo.

12.4 Su questo punto la decisione impugnata merita di essere confermata.

13.

13.1 Per determinare se lo stato di salute del ricorrente abbia beneficiato di un significativo miglioramento a partire dal 1° febbraio 2019, occorre valutare se tale circostanza emerge con verosimiglianza preponderante dalla documentazione medica versata agli atti, o se, invece, l'amministrazione avrebbe dovuto condurre degli ulteriori accertamenti al fine di completare l'istruttoria.

13.2 Come ammesso dalla stessa amministrazione, per accertare lo stato di salute dell'assicurato e le conseguenze del danno alla salute oggetto della domanda di prestazioni del 14/17 novembre 2017, quest'ultima si è essenzialmente fondata sugli accertamenti clinici e strumentali risultanti dalla procedura infortunistica. Considerando la situazione sufficientemente indagata, l'UAIE non ha ritenuto necessario svolgere accertamenti propri (all'infuori dell'assunzione agli atti della perizia E213, richiesta al medico curante dopo l'emanazione della decisione impugnata), né opportuno sottoporre il caso al proprio servizio medico regionale.

13.3 L'amministrazione ha infatti focalizzato l'attenzione unicamente sulle conseguenze dei più recenti infortuni presi a carico dall'INSAI, dimenticando tuttavia che l'assicurato era portatore di affezioni pregresse. Al riguardo va in particolare segnalata la problematica di gonalgia al ginocchio sinistro su condropatia degenerativa, per la quale l'amministrazione – a fronte delle limitazioni funzionali riscontrate – aveva riconosciuto nel 2013 un'inabilità totale nella professione abituale di gessatore/intonacatore (cfr. consid. 11.1). Di tale valutazione medica, nonostante il ricorrente avesse ripreso a svolgere l'abituale professione presso un nuovo datore di lavoro (aiutato in tal senso dalla stessa amministrazione, cfr. consid. 11.2), occorre comunque tenere conto nell'ambito dell'esame della nuova domanda di prestazioni. Se non altro al fine di stabilire l'evoluzione della patologia al ginocchio dal 2013 alla data della decisione impugnata e a maggior ragione

considerato che si scontra con la valutazione del perito dell'INSAI secondo il quale l'attività abituale è ancora esigibile.

13.4 Le conclusioni a cui è giunto il dott. F. _____ in esito alla visita medico-circondariale del 20 agosto 2018, a ben vedere si scontrano pure con le valutazioni del dott. E. _____ (doc. 336, 347), che oltre ad aver eseguito l'intervento di correzione alla mano destra del 23 gennaio 2018, aveva seguito con regolari visite il decorso del danno alla salute dell'assicurato. Quest'ultimo, pur esprimendosi in modo vago e con cautela riguardo alla possibilità di riprendere a svolgere un'attività sostitutiva (ritenendo persistere delle importanti limitazioni nelle attività quotidiane), era stato fermo nel ritenere l'assicurato impossibilitato a riprendere la precedente attività lavorativa. Tale valutazione, è stata fatta propria anche dalla dott.ssa H. _____ e dalla dott.ssa I. _____, le quali, pur esprimendosi a distanza di oltre sei mesi rispetto al dott. E. _____, hanno riscontrato nell'assicurato i medesimi disturbi (cfr. consid. 12.3.1, 12.3.2). Giova inoltre rilevare, che a suffragio della tesi sostenuta dal dott. E. _____, si era espressa anche l'ergoterapista presso la quale l'assicurato era in cura da febbraio 2018. Con lettera del 17 ottobre 2018, indirizzata all'UAI-B. _____, quest'ultima aveva riferito che, nonostante le regolari sedute, la situazione della mano non era purtroppo migliorata, persistendo in particolare delle difficoltà nelle prese fini (scrivere, usare forchetta e coltello) e nelle prese di forza (aprire bottiglie e barattoli) e che tale situazione inciderebbe sul lavoro abituale di gessatore, risultando impossibile o estremamente difficoltoso l'utilizzo degli attrezzi (doc. 166). Ne consegue che a fronte delle conclusioni contrastanti figuranti agli atti riguardo alla possibilità di continuare ad esercitare la professione abituale, prima dell'emanazione della decisione impugnata l'amministrazione avrebbe dovuto rivolgersi a un medico specializzato in ortopedia, anche del SMR, al fine di ottenere un parere riguardo all'influsso della problematica alla mano sulla residua capacità lavorativa dell'assicurato.

13.5 Allo stesso modo l'UAIE avrebbe dovuto indagare con più accuratezza lo stato della caviglia sinistra, per determinare se effettivamente oltre alle problematiche di natura infortunistica sussistevano anche delle problematiche di natura morbosa suscettibili di influire sulla capacità lavorativa dell'assicurato. Agendo quale perito dell'INSAI, il dott. F. _____, era infatti incaricato di valutare unicamente le problematiche correlate ai sinistri annunciati all'assicuratore LAINF. In tal senso egli ha ritenuto non esservi più alcun nesso causale fra i disturbi lamentati dall'assicurato e l'infortunio del febbraio 2018. Nondimeno egli ha rilevato la persistenza di disturbi funzionali e dolori alla caviglia (verosimilmente causati dall'importante valgo con

piede piatto in varo bilateralmente presente), che ha suggerito di annunciare all'assicuratore malattia. Tali considerazioni, unite ai certificati del dott. G. _____ e della dott.ssa H. _____ attestanti una sindrome algodistrofica al piede sinistro, rispettivamente un'artrite tibio-tarsica bilaterale, non permettono di ritenere assodato con il grado della verosimiglianza preponderante, valido nelle assicurazioni sociali, che la problematica alla caviglia sinistra non influisca in alcun modo sulla capacità lavorativa residua dell'assicurato. Come per la problematica alla mano destra, anche la situazione della caviglia sinistra avrebbe dovuto essere valutata dal punto di vista ortopedico e, laddove necessario anche neurologico (vista la diagnosi posta dal curante di sindrome algodistrofica), prima dell'emanazione della decisione impugnata.

13.6 In definitiva, alla luce delle considerazioni che precedono, le conclusioni dell'UAIE non risultano quindi condivisibili, non essendo possibile dedurre dalle carte processuali, allo stato attuale un sostanziale miglioramento dello stato di salute a partire dal 31 gennaio 2019. La fattispecie non risulta infatti essere stata sufficientemente chiarita per quanto riguarda l'evoluzione dello stato di salute e le conseguenze sulla capacità lavorativa sia nell'attività precedente che in attività adeguate delle affezioni infortunistiche ed extra-infortunistiche, essendo carenti agli atti degli opportuni accertamenti ortopedici e neurologici. In tal senso, il parere esposto dal dott. M. _____ nell'annotazione del 6 agosto 2019 risulta insufficiente, da un lato perché la valutazione non proviene da un medico specializzato nei suddetti rami della medicina, dall'altro perché non è chiaro se quest'ultimo esprima una valutazione globale, o limitata alla problematica alla mano destra. Le conclusioni a cui giunge il SMR – consultato per la prima e unica volta in pendenza di ricorso – non paiono per altro conformi alla giurisprudenza sull'affidabilità dei rapporti medici, risultando estremamente concise, non concludenti (non considerando le patologie pregresse) e non del tutto conclusive (non prendendo peraltro neppure posizione in maniera compiuta sulle diagnosi e le indicazioni riguardo all'abilità lavorativa poste dai medici curanti).

13.7 Ne consegue che il provvedimento querelato, poggiando su di un accertamento insufficiente dei fatti giuridicamente rilevanti, va annullato.

14.

14.1 Gli atti sono pertanto rinviati all'autorità inferiore affinché proceda a completare l'accertamento dei fatti giuridicamente rilevanti e alla luce dei nuovi accertamenti emani una nuova decisione sul diritto a una rendita di

invalidità dal 1° febbraio 2019, fermo restando il diritto, comprovato e incontestato ad una rendita intera dal 1° luglio 2018 al 30 gennaio 2019 (cfr. consid. 13).

14.2 A tale scopo, l'incarto sarà sottoposto nuovamente al servizio medico dell'amministrazione, il quale disporrà con l'Ufficio competente e l'assicurato tutti quegli esami strumentali e radiologici che il caso – e l'evoluzione nel tempo dello stato di salute – richiede onde valutare lo stato valetudinario degli arti e dell'apparato motorio, la sua evoluzione, così come le conseguenze delle problematiche infortunistiche ed extra-infortunistiche su sulla capacità lavorativa. Secondo le regole procedurali valide in materia di svolgimento di una perizia medica (DTF 137 V 210) e nel rispetto del diritto di essere sentito, il ricorrente dovrà in particolare essere sottoposto a un esame peritale in ortopedia e/o reumatologia, che tenga conto delle censure esposte nel presente giudizio e se del caso anche in ambito neurologico, al fine di fare piena chiarezza sulle affezioni lamentate dal ricorrente, sulla loro evoluzione nel tempo, in particolare dal mese di febbraio 2019, sull'impatto delle stesse sulla capacità lavorativa, così come sulla sua messa a frutto in un mercato del lavoro equilibrato.

Nel caso in cui fosse confermato – come era stato il caso in esito alla decisione di dicembre 2013 – il persistere dell'inabilità nell'attività abituale di gessatore/intonacatore, la perizia dovrà attestare in modo chiaro se, in che misura e a decorrere da quale momento l'interessato è abile al lavoro in attività adeguate, che dovranno poi essere concretizzate dal servizio competente.

14.3 In tali circostanze, non essendo stati chiariti aspetti medici determinanti, neppure la giurisprudenza del Tribunale federale pubblicata in DTF 137 V 210 (segnatamente consid. 4.4.1.4; DTF 139 V 99 consid. 1) si oppone al rinvio della causa all'autorità inferiore per completamento dell'istruttoria, nel senso indicato da questo Tribunale. In particolare, un siffatto rinvio appare in generale giustificato qualora l'amministrazione ha proceduto ad una constatazione dei fatti incompleta (essendovi degli extrainfortunistici per nulla esaminati dal punto di vista ortopedico/reumatologico e neurologico) e non del tutto concludente, non essendo compito del Tribunale effettuare in prima battuta i necessari accertamenti fattuali (cfr. sentenza del TF 9C_162/2007 del 3 aprile 2008 consid. 2.3 e relativi riferimenti).

15.

15.1 Visto l'esito della procedura non vengono prelevate spese processuali (art. 63 PA). Tenuto conto del carattere sussidiario, l'assistenza giudiziaria concessa con decisione incidentale del 30 luglio 2019 (consid. C.b) non si applica in concreto.

15.2 Ritenuto che l'insorgente è rappresentato in questa sede da mandatario 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 sulle tasse e sulle spese ripetibili nelle cause dinanzi al Tribunale amministrativo federale del 21 febbraio 2008 [TS-TAF, RS 173.320.2]; cfr. pure DTF 132 V 215 consid. 6.2 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 1'000 franchi, tenuto conto del lavoro effettivo ed utile svolto dal patrocinatore della ricorrente. L'indennità per ripetibili è posta a carico dell'UAIE.

Per questi motivi, il Tribunale amministrativo federale pronuncia:

1.

Il ricorso è parzialmente accolto, nel senso che la decisione impugnata del 7 maggio 2019 è annullata e gli atti di causa sono rinviati all'UAIE affinché proceda al completamento dell'istruttoria e si pronunci nuovamente sul diritto di A. _____ ad una rendita di invalidità dal 1° febbraio 2019 ai sensi dei considerandi.

2.

Non si prelevano spese processuali.

3.

L'assistenza giudiziaria concessa con decisione incidentale del 30 luglio 2019 non si applica.

4.

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

5.

Comunicazione a:

- rappresentante del ricorrente (atto giudiziario)
- autorità inferiore (n. di rif. [...]; raccomandata)
- Ufficio federale delle assicurazioni sociali (raccomandata)

La presidente del collegio:

Il cancelliere:

Michela Bürki Moreni

Luca Rossi

Rimedi giuridici:

Contro la presente decisione può essere interposto ricorso in materia di diritto pubblico al Tribunale federale, Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerna, entro un termine di 30 giorni dalla sua notificazione, nella misura in cui sono adempiute le condizioni di cui agli art. 82 e segg., 90 e segg. e 100 LTF. Il termine è reputato osservato se gli atti scritti sono consegnati al Tribunale federale oppure, all'indirizzo di questo, alla posta svizzera o a una rappresentanza diplomatica o consolare svizzera al più tardi l'ultimo giorno del termine (art. 48 cpv. 1 LTF). Gli atti scritti devono contenere le conclusioni, i motivi e l'indicazione dei mezzi di prova ed essere firmati. La decisione impugnata e – se in possesso della parte ricorrente – i documenti indicati come mezzi di prova devono essere allegati (art. 42 LTF).

Data di spedizione: