



Sentenza del 23 giugno 2020

Composizione

Giudici Vito Valenti (presidente del collegio),
Daniel Stufetti, Michela Bürki Moreni,
cancelliere Oliver Engel.

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 per l'invalidità, diritto alla rendita (decisione
del 29 maggio 2018).

Fatti:**A.**

A.a A. _____ (di seguito: interessato, ricorrente o insorgente), cittadino italiano, nato il (...) 1975, divorziato, con figli, ha lavorato in Svizzera a più riprese, da ultimo dal 19 maggio 2008 al 31 dicembre 2017 in qualità di operaio metalmeccanico e carrellista presso le B. _____ SA di (...), solvendo regolari contributi dell'assicurazione svizzera per la vecchiaia, i superstiti e l'invalidità (doc. A 23 e 32 e segg. dell'incarto dell'autorità inferiore [di seguito doc. A 23 e 32 e segg.] e doc. TAF 6).

A.b Il 2 settembre 2015, l'interessato ha subito un infortunio sul lavoro. Mentre era intento a svolgere la propria attività ha subito l'amputazione della falange distale del primo dito della mano sinistra. È stato immediatamente ricoverato presso il servizio di chirurgia dell'Ospedale C. _____, dove è rimasto degente fino al 3 settembre 2015. Gli specialisti hanno diagnosticato un'amputazione da strappamento della parte distale della falange 2 del pollice sinistro e lo hanno sottoposto ad un intervento di revisione e ricostruzione del polpastrello con un lembo vascolarizzato e sensibile tipo O'Brien (doc. B 5 e segg. dell'incarto dell'assicuratore infortuni [di seguito doc. B 5 e segg.]).

A.c A seguito del menzionato incidente è stata aperta una procedura da parte dell'assicuratore contro gli infortuni, nella fattispecie l'Istituto nazionale svizzero di assicurazione contro gli infortuni (SUVA, v. notifica d'infortunio del 10 settembre 2015; doc. B 3), e l'assicurato è stato dichiarato totalmente inabile al lavoro (cfr. ad esempio doc. B 5 e segg.).

B.

B.a Il 22 febbraio 2016, l'interessato ha inoltrato – tramite la SUVA – un annuncio per il mantenimento del termine ex art. 29 cpv. 1 LAI, indicando che al più tardi entro un anno di inabilità lavorativa la SUVA avrebbe trasmesso all'UAI-D. _____ il formulario per la richiesta di prestazioni AI unitamente ai documenti del caso (doc. A 1). Nel mese di agosto 2016, i funzionari dell'UAI-D. _____ hanno in più occasioni preso contatto con la SUVA, la quale ha indicato che l'assicurato continuava ad essere inabile al lavoro al 100% e che sarebbe stato presentato il formulario ufficiale per le prestazioni dell'assicurazione per l'invalidità (doc. A 2 e 3).

B.b Con comunicazione del 14 ottobre 2016, l'UAI-D. _____ ha comunicato al ricorrente, per posta semplice e facendo riferimento all'annuncio

per il mantenimento del termine del 22 febbraio 2016, di aver appreso che l'infortunio professionale subito si sarebbe risolto senza conseguenze invalidanti e di chiudere dunque la procedura. L'UAI-D. _____ ha inoltre precisato che l'assicurato avrebbe potuto inoltrare in futuro una nuova domanda e che qualora non fosse stato d'accordo con quanto comunicato avrebbe potuto richiedere una decisione soggetta a ricorso (doc. A 5).

B.c In data 14 giugno 2017, l'assicurato ha trasmesso all'Ufficio dell'assicurazione invalidità del cantone D. _____ (UAI-D. _____) il formulario per la richiesta di integrazione professionale/rendita dell'assicurazione per l'invalidità (doc. A 11).

B.d Dopo aver chiesto un aggiornamento degli atti all'assicuratore infortuni e malattia, con progetto di decisione del 22 dicembre 2017, l'UAI-D. _____ ha prospettato il respingimento della domanda di prestazioni facendo difetto l'anno di incapacità lavorativa con una media almeno del 40% senza notevoli interruzioni (art. 28 cpv. 1 LAI; doc. A 75).

B.e A tale progetto di decisione, l'assicurato si è opposto con scritto dell'8 febbraio 2018. Egli ha trasmesso nuova documentazione medica, di cui si dirà nei considerandi in diritto, ed ha chiesto un riesame del progetto di decisione (doc. A 80). Tali documenti sono stati sottoposti al Servizio medico regionale (SMR; doc. A 81).

B.f Con annotazione SMR del 14 maggio 2018, il dott. E. _____, medico generico, ha indicato di ritenere giustificato, dal profilo somatico, valutare l'interessato con completa capacità lavorativa, "considerato anche che il datore di lavoro lo sta impiegando in funzioni di controllo qualità dove non deve sollevare pesi". Per gli aspetti psichiatrici ha invece rimandato ad una valutazione specialistica da parte di un collega (doc. A 84).

B.g Con annotazione SMR del 16 maggio 2018, il dott. F. _____, specialista in psichiatria e psicoterapia, ha evidenziato che dalla documentazione trasmessa dall'assicurato non risultavano elementi e diagnosi psichiatriche suscettibili di giustificare una riduzione della capacità lavorativa dell'assicurato (doc. A 87).

B.h Con decisione del 29 maggio 2018, l'UAIE ha quindi respinto la domanda di prestazioni dell'assicurazione per l'invalidità (doc. A 88).

C.

C.a Il 26 giugno 2018, l'interessato ha inoltrato ricorso contro la summenzionata decisione dell'UAIE dinanzi al Tribunale amministrativo federale (TAF), mediante il quale ha chiesto di accogliere il ricorso e di riconoscergli il diritto ad una rendita d'invalidità. A sostegno delle proprie conclusioni, il ricorrente ha fatto valere – in particolare – un'incapacità lavorativa non inferiore al 50 – 60% sia nell'abitualità sia in attività adeguate, formulando inoltre una domanda di assistenza giudiziaria, nel senso della dispensa dalle spese processuali e dal relativo anticipo (doc. TAF 1).

C.b Con scritto dell'11 luglio 2018, il ricorrente ha esibito il formulario “domanda di gratuito patrocinio” con i relativi giustificativi (doc. TAF 4).

C.c Nella risposta al ricorso del 6 agosto 2018 – che si fonda sul preavviso dell'Ufficio dell'assicurazione invalidità del Cantone D. _____ (Ufficio AI) del 31 luglio 2018 rispettivamente sul rapporto SMR del 23 luglio 2018 e sull'annotazione SMR del 26 luglio 2018 del dott. E. _____ – l'UAIE ha proposto la reiezione del ricorso e la conferma della decisione impugnata. L'autorità inferiore ha in particolare indicato che dagli accertamenti esperiti risultava che – perlomeno a decorrere dall'11 ottobre 2017 – il ricorrente era in grado di esercitare a tempo pieno delle attività adeguate al suo stato valetudinario con conseguente incapacità al guadagno nulla. Essa ha pure evidenziato che, visto e considerato che la domanda di prestazioni sarebbe stata inoltrata nel mese di giugno 2017, il diritto sarebbe potuto nascere al più presto a partire dal mese di dicembre 2017 (doc. TAF 6 e allegati). Infine, l'UAIE ha altresì prodotto il proprio incarto (doc. A da 1 a 91) comprensivo anche dell'incarto LAINF (doc. B da 1 a 160) e della cassa malattia (doc. C da 1 a 17).

C.d Con replica del 21 settembre 2018, il ricorrente si è riconfermato nel proprio gravame (doc. TAF 8).

C.e Con duplice del 12 ottobre 2018, l'UAIE ha nuovamente chiesto la reiezione del ricorso e la conferma della decisione impugnata, considerato come nella replica del 21 settembre 2018 il ricorrente avrebbe ripresentato le medesime obiezioni come nel ricorso e che le stesse sarebbero già state trattate dall'amministrazione in sede di risposta (doc. TAF 10).

C.f Nelle osservazioni del 20 novembre 2018, l'insorgente ha preso posizione in merito alle argomentazioni esposte dall'autorità inferiore, ribadendo le proprie conclusioni (doc. TAF 12).

C.g Il 4 novembre 2019, il ricorrente ha chiesto di venir aggiornato sullo stato della procedura (doc. TAF 14).

C.h Con scritto dell'8 novembre 2019, è stato segnalato al ricorrente che l'istruttoria appariva di principio conclusa e che ci si sarebbe adoperati per pronunciare una sentenza entro un termine il più possibile contenuto, fermo restando che di principio sarebbe stata data priorità all'evasione di cause ancora pendenti dinanzi al Tribunale inoltrata anteriormente alla sua (doc. TAF 15).

Diritto:

1.

1.1 Il Tribunale amministrativo federale (TAF) esamina d'ufficio e con piena cognizione la propria competenza (art. 31 e segg. LTAF), rispettivamente l'ammissibilità dei gravami che gli sono sottoposti (DTF 133 I 185 consid. 2 con rinvii).

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).

1.3 In virtù dell'art. 3 lett. d^{bis} 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-26^{bis} e 28-70), sempre che la LAI non deroghi alla LPGGA.

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 LPGGA), il ricorso – interposto tempestivamente e rispettoso dei requisiti previsti dalla legge (art. 60 LPGGA nonché art. 52 PA) – è pertanto ammissibile.

2.

2.1 Il ricorrente è cittadino di uno Stato membro della Comunità europea e risiede in Italia, per cui è applicabile, di principio, l'ALC (RS 0.142.112.681).

2.2 L'allegato II è stato modificato con effetto dal 1° aprile 2012 (Decisione 1/2012 del Comitato misto del 31 marzo 2012; RU 2012 2345). Nella sua nuova versione esso prevede in particolare che le parti contraenti applicano tra di loro, nel campo del coordinamento dei sistemi di sicurezza sociale, gli atti giuridici di cui alla sezione A dello stesso allegato, comprese eventuali loro modifiche o altre regole equivalenti ad essi (art. 1 ch. 1) ed assimila la Svizzera, a questo scopo, ad uno Stato membro dell'Unione europea (art. 1 ch. 2).

2.3 Gli atti giuridici riportati nella sezione A dell'allegato II sono, in particolare, il regolamento (CE) n. 883/2004 del Parlamento europeo e del Consiglio del 29 aprile 2004 (RS 0.831.109.268.1) relativo al coordinamento dei sistemi di sicurezza sociale, con le relative modifiche, e il regolamento (CE) n. 987/2009 del Parlamento europeo e del Consiglio del 16 settembre 2009 (RS 0.831.109.268.11) che stabilisce le modalità di applicazione del regolamento (CE) n. 883/2004, nonché il regolamento (CEE) n. 1408/71 del Consiglio del 14 giugno 1971 (RU 2004 121, 2008 4219 4237, 2009 4831) relativo all'applicazione dei regimi di sicurezza sociale ai lavoratori subordinati, ai lavoratori autonomi e ai loro familiari che si spostano all'interno della Comunità, con le relative modifiche, e il regolamento (CEE) n. 574/72 del Consiglio del 21 marzo 1972 (RU 2005 3909, 2008 4273, 2009 621 4845) che stabilisce le modalità di applicazione del regolamento (CEE) n. 1408/71, con le relative modifiche, entrambi applicabili tra la Svizzera e gli Stati membri fino al 31 marzo 2012 e quando vi si fa riferimento nel regolamento (CE) n. 883/2004 o nel regolamento (CE) n. 987/2009 oppure quando si tratta di casi verificatisi in passato.

2.4 Giova altresì rilevare che il regolamento (CE) n. 883/2004 è stato ulteriormente modificato dal regolamento (CE) n. 465/2012 del Parlamento europeo e del Consiglio del 22 maggio 2012, ripreso dalla Svizzera a decorrere dal 1° gennaio 2015 (cfr. sentenza del TF 8C_580/2015 del 26 aprile 2016 consid. 4.2 con rinvii).

2.5 Secondo l'art. 4 del regolamento (CE) n. 883/2004, salvo quanto diversamente previsto dallo stesso, le persone ad esso soggette godono delle medesime prestazioni e sottostanno agli stessi obblighi di cui alla legislazione di ciascuno Stato membro, alle stesse condizioni dei cittadini di tale Stato. Ciò premesso, nella misura in cui l'ALC e, in particolare, il suo allegato II, non prevede disposizioni contrarie, l'organizzazione della procedura, come pure l'esame delle condizioni di ottenimento di una rendita d'invalidità svizzera, sono regolate dal diritto interno svizzero (DTF 130 V 253 consid. 2.4).

3.

3.1 Dal profilo temporale si applicano 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 con rinvii, nonché 129 V 1 consid. 1.2). Se le disposizioni legali si sono modificate nel corso del periodo sottoposto ad esame giudiziario, il diritto alle prestazioni si determina secondo le vecchie disposizioni per il periodo anteriore e secondo le nuove a partire della loro entrata in vigore (applicazione pro rata temporis; DTF 130 V 445).

3.2 Nell'evenienza concreta, la domanda di prestazioni è stata presentata in data 22 febbraio 2016 / 14 giugno 2017 e quindi di principio si applicano al caso di specie le nuove norme in vigore dal 1° gennaio 2012, tra le quali le disposizioni della 6a revisione della LAI (cfr. DTF 130 V 1 consid. 3.2 per quanto concerne le disposizioni formali della LPGA immediatamente applicabili con la loro entrata in vigore), così come le ulteriori modifiche entrate in vigore successivamente e fino alla pronuncia della decisione impugnata.

3.3 Il potere cognitivo di questo Tribunale è delimitato dalla data della decisione impugnata, in quanto il giudice delle assicurazioni sociali esamina il provvedimento sulla base della situazione di fatto esistente al momento in cui essa è stata pronunciata (DTF 136 V 24 consid. 4.3). 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 200 consid. 3a in fine).

4.

4.1 In base all'art. 8 cpv. 1 LPGA è considerata invalidità l'incapacità al guadagno totale o parziale presumibilmente permanente o di lunga durata. L'art. 4 cpv. 1 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.

4.2 L'art. 28 cpv. 1 LAI stabilisce che l'assicurato ha diritto ad una rendita alle seguenti condizioni cumulative:

- 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 di lavoro (art. 6 LPGGA) almeno del 40% in media durante un anno senza notevole interruzione; e
- c. al termine di questo anno è invalido almeno al 40%.

4.3 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). In seguito all'entrata in vigore dell'Accordo bilaterale, la limitazione prevista dall'art. 29 cpv. 4 LAI, secondo il quale le rendite per un grado d'invalidità inferiore al 50% sono versate solo ad assicurati che sono domiciliati e dimorano abitualmente in Svizzera (art. 13 LPGGA), non è più applicabile quando l'assicurato è cittadino dell'UE (DTF 130 V 253 consid. 2.3). Dopo l'entrata in vigore dei nuovi regolamenti (CE) n. 883/2004 e n. 987/2009, i cittadini svizzeri e dell'Unione europea che presentano un grado d'invalidità del 40% almeno, hanno diritto ad un quarto di rendita in applicazione dell'art. 28 cpv. 1 LAI indipendentemente dal loro domicilio e residenza (art. 4 del regolamento [CE] n. 883/04).

4.4 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 LPGGA). L'incapacità al guadagno è definita all'art. 7 cpv. 1 LPGGA 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 (art. 7 cpv. 2 LPGGA).

5.

5.1 Il giudice delle assicurazioni sociali deve esaminare in maniera obiettiva tutti i mezzi di prova, indipendentemente dalla loro provenienza, e poi decidere se i documenti messi a disposizione permettono di giungere ad un giudizio attendibile sulle pretese giuridiche litigiose. Affinché il giudizio medico acquisti valore di prova rilevante, esso deve essere completo in merito ai temi sollevati, deve fondarsi, in piena conoscenza della pregressa situazione valetudinaria (anamnesi), su esami approfonditi e tenere conto delle censure sollevate dal paziente, per poi giungere in maniera chiara a fondate, logiche e motivate deduzioni. Peraltro, per stabilire se un rapporto medico ha valore di prova non è determinante né la sua origine né la sua denominazione – ad esempio quale perizia o rapporto – ma il suo contenuto (DTF 140 V 356 consid. 3.1; 125 V 351 consid. 3).

5.2 Secondo costante giurisprudenza, i referti affidati dagli organi dell'amministrazione a medici esterni oppure a un servizio specializzato indipendente che fondano le proprie conclusioni su esami e osservazioni approfondite, dopo avere preso conoscenza dell'incarto, e che giungono a risultati concludenti, dispongono di forza probatoria piena, a meno che non vi siano indizi concreti atti a mettere in dubbio la loro affidabilità (DTF 137 V 210 consid. 6.2.4; 134 V 231 consid. 5.1 con rinvii; 125 V 351 [sul valore probatorio attribuito ai rapporti interni del servizio medico, cfr. DTF 135 V 254 consid. 3.3 e 3.4]).

5.3 In particolare, per quanto concerne le perizie giudiziarie la giurisprudenza ha stabilito che il giudice non si scosta senza motivi imperativi dal parere degli esperti, il cui compito è quello di mettere a disposizione del tribunale le loro conoscenze specifiche e di valutare, da un punto di vista medico, una certa fattispecie. Ragioni che possono indurre il giudice a non fondarsi su un tale referto sono ad esempio affermazioni contraddittorie, il contenuto di una superperizia, o altri rapporti da cui emergono validi motivi per farlo e, meglio, se l'opinione di altri esperti appare sufficientemente fondata da mettere in discussione le conclusioni peritali (DTF 137 V 210 consid. 1.3.4; 125 V 351 consid. 3b/bb).

5.4 Per quel che riguarda le perizie di parte, il TF ha precisato che esse contengono considerazioni specialistiche che possono contribuire ad accertare i fatti, da un punto di vista medico. Malgrado esse non abbiano lo stesso valore probatorio di una perizia giudiziaria, il giudice deve valutare se questi referti medici sono atti a mettere in discussione la perizia giudiziaria oppure quella ordinata dall'amministrazione. Giova altresì rilevare

come debba essere considerato con la necessaria prudenza l'avviso dei medici curanti, i quali possono tendere a pronunciarsi in favore del proprio paziente a dipendenza dei particolari legami che essi hanno con gli stessi (DTF 125 V 351 consid. 3b con rinvii).

5.5 In presenza di rapporti medici contraddittori il giudice non può evadere la vertenza senza valutare l'intero materiale e indicare i motivi per cui egli si fonda su un rapporto piuttosto che su un altro. Al riguardo va tuttavia precisato che non si può pretendere dal giudice che raffronti i diversi pareri medici e parimenti esponga correttamente da un punto di vista medico, come farebbe un perito, i punti in cui si evidenziano delle carenze e quale sia l'opinione più adeguata (sentenza del TF 8C_556/2010 del 24 gennaio 2011 consid. 7.2 con rinvii).

5.6 In ambito psichiatrico, la diagnosi deve essere espressa da uno specialista in psichiatria e fondata sui criteri posti da un sistema di classificazione riconosciuto scientificamente (DTF 141 V 281 consid. 2.1; 130 V 396 consid. 6.3; sentenza del TF 9C_815/2012 del 12 dicembre 2012 consid. 3). In presenza di disturbi psichici, in particolare di disturbi da dolore somatoforme, di disturbi derivanti da affezioni psicosomatiche assimilate a questi ultimi (DTF 140 V 8 consid. 2.2.1.3) oppure di disturbi depressivi di grado da leggero a medio (DTF 143 V 409), la capacità lavorativa esigibile di una persona che soffre di tali disturbi deve essere valutata sulla base di una visione d'insieme, nell'ambito di una procedura d'accertamento dei fatti strutturata fondata su indicatori atti a stabilire, da un lato, i fattori invalidanti e, dall'altro, le risorse della persona (DTF 141 V 281 consid. 2, 3.4-3.6 e 4.1 nonché 143 V 418 consid. 6 segg.). Il Tribunale federale ha suddiviso gli indicatori per la valutazione della capacità lavorativa in due categorie (DTF 141 V 281 consid. 4.1.3), segnatamente categoria "gravità funzionale" (consid. 4.3) con i complessi "danno alla salute" (consid. 4.3.1; risultati e sintomi rilevanti per la diagnosi; successo od insuccesso del trattamento e della reintegrazione; comorbidità), "personalità" (sviluppo e struttura della personalità, funzioni psichiche [consid. 4.3.2] e contesto sociale [consid. 4.3.3]) nonché categoria "coerenza" (aspetti del comportamento [consid. 4.4] in rapporto alla limitazione uniforme dei livelli di attività in tutti gli ambiti della vita paragonabili [consid. 4.4.1] ed alla sofferenza dimostrata secondo l'anamnesi in vista di un trattamento o di una reintegrazione [consid. 4.4.2]).

6.

6.1 In seguito all'incidento professionale del 2 settembre 2015, l'insorgente è stato ricoverato d'urgenza presso l'Ospedale C._____ per un intervento chirurgico di revisione e ricostruzione del polpastrello con un lembo vascolarizzato e sensibile tipo O'Brien (doc. B 23). Dopo la dimissione in data 3 settembre 2015, ha seguito delle cure fisioterapiche e si è sottoposto a diverse visite di controllo ed analisi specialistiche. Egli è pure stato dichiarato totalmente inabile al lavoro dal 2 settembre 2015 al 20 novembre 2015 (doc. B 1 e segg.).

6.2 Il 19 novembre 2015, il ricorrente ha effettuato un tentativo di ripresa del lavoro al 50% nella precedente attività, che ha tuttavia dovuto essere interrotto l'11 dicembre 2015 per via di complicazioni (riaperture ferita, perdita di sangue, fiacche e infiammazione della cicatrice), motivo per cui il dott. G._____, specialista in chirurgia ortopedica, ha attestato una nuova incapacità lavorativa dal 16 dicembre 2015 al 15 gennaio 2016. Il 17 gennaio 2016, l'assicurato ha ripreso la propria attività, ma il 22 gennaio 2016 la dott.ssa H._____, del pronto soccorso dell'Ospedale C._____, ha attestato una nuova incapacità lavorativa dal 22 al 25 gennaio 2016 per una ricaduta del problema al pollice sinistro ed il dott. G._____ ha poi prorogato l'inabilità a più riprese fino al 20 maggio 2016 (doc. B 24 e segg.).

6.3 Con visita circondariale del 17 maggio 2016, il dott. I._____, medico di circondario SUVA e specialista in chirurgia ortopedica e traumatologia dell'apparato locomotore, ha indicato che il paziente lamentava una limitazione funzionale del pollice con ipersensibilità a livello del polpastrello. Egli ha poi posto le diagnosi di "stato dopo amputazione della parte distale (polpastrello della falange 2 del pollice sinistro). Stato dopo revisione e ricostruzione del polpastrello con lembo vascolarizzato e sensibile tipo O'Brien". Il menzionato specialista ha inoltre ritenuto possibile una ripresa dell'attività lavorativa al 50% presso il medesimo datore di lavoro, ma con attività più confacenti a partire dal 23 maggio 2016, con presumibili aumento della capacità lavorativa (al tempo pieno) dopo ulteriori quattro settimane (doc. B 57).

6.4 Con certificato medico del 13 giugno 2016, il dott. G._____ ha attestato una nuova inabilità lavorativa al 100% dal 13 giugno 2016 (doc. B 66). Con valutazione del 27 giugno 2016, detto medico ha confermato una piena capacità lavorativa, anche nell'attività svolta prima dell'incidento, a decorrere dal 1° luglio 2016 (doc. B 69).

6.5 A seguito della ripresa lavorativa il 4 luglio 2016, l'insorgente ha avvertito gonfiori e dolori al dito e con certificato del 12 luglio 2016, il dott. G. _____ ha nuovamente attestato una totale inabilità dal 12 al 20 luglio 2016 (doc. B 74).

6.6 Il 21 luglio 2016, il dott. J. _____, specialista in chirurgia plastica, ricostruttiva ed estetica, ha indicato che al momento il ricorrente non era in grado di effettuare lavori pesanti e ripetitivi e neppure movimenti di rotazione della mano contro-resistenza (doc. B 80).

6.7 Il 27 settembre 2016, la dott.ssa K. _____, del pronto soccorso dell'Ospedale C. _____, ha attestato una nuova incapacità lavorativa dal 27 settembre 2016 al 6 ottobre 2016 (doc. B 96 e 102).

6.8 Con visita medica circondariale del 6 ottobre 2016, il dott. I. _____ ha confermato la nota diagnosi di stato dopo amputazione della parte distale con ricostruzione del polpastrello ed ha giudicato l'insorgente abile al lavoro in misura del 100% dal 10 ottobre 2016 (doc. B 95).

6.9 Il 23 gennaio 2017, il dott. G. _____ ha constatato un'inflammazione alla mano destra ed ha attestato un'inabilità lavorativa dal 23 gennaio al 5 febbraio 2017 (doc. B 109 e 112).

6.10 A partire dal 30 maggio 2017, il dott. L. _____, medico di famiglia del ricorrente, ha attestato un'incapacità lavorativa per depressione ansiosa (doc. C 1 e segg.).

6.11 Con visita medico-circondariale di chiusura dell'8 giugno 2017, il dott. M. _____, specialista in chirurgia ortopedica e traumatologia dell'apparato locomotore della SUVA, ha confermato diagnosi e valutazione del dott. I. _____, pregando nondimeno la SUVA di organizzare una visita di seconda opinione presso il prof. dott. N. _____ per valutare la possibilità di una risoluzione della sindrome iperpatia lamentata al primo dito della mano sinistra (doc. B 130).

6.12 Con valutazione del 15 settembre 2017, il prof. dott. N. _____, specialista in chirurgia della mano, ha posto la diagnosi di moncherino iperpatia e indicato che un intervento chirurgico non sarebbe in grado di ristabilire una sensibilità al tatto normale, che la persistenza dell'iperpatia risulta probabile e che per conseguenza non ci si può aspettare un aumento della capacità lavorativa in qualità di operaio metalmeccanico (doc. B 138).

6.13 In data 11 ottobre 2017, la dott.ssa O. _____, del Servizio di psichiatria dell'Ospedale P. _____, ha posto la diagnosi di sindrome maladattiva con umore depresso ed ansia (ICD-10 F43.2) ed ha prescritto un trattamento farmacologico a base di antidepressivi cfr. doc. C 15).

6.14 Con visita medico-circondariale di chiusura dell'11 ottobre 2017, il dott. M. _____ ha rilevato che la situazione clinica è stabilizzata con dei limiti funzionali che non permettono di riprendere la sua precedente attività di operaio metalmeccanico, motivo per cui egli deve essere ritenuto abile nella misura massima possibile a partire dal giorno stesso in attività adeguate (doc. B 152).

6.15 Con perizia medica atta a valutare la capacità lavorativa del 3 novembre 2017, esperita su incarico dell'assicuratore malattia, la dott.ssa Q. _____, psichiatra e psicoterapeuta, ha posto la diagnosi di sindrome ansiosa non specificata (ICD10 F41.9) ed ha indicato che dal punto di vista psichiatrico l'assicurato era da considerare abile al 100% in qualsiasi professione (doc. C 16).

6.16 Con referto ambulatoriale del 28 gennaio 2019, il dott. R. _____, specialista in microchirurgia della mano Ospedale S. _____, ha rilevato una severa limitazione invalidante nell'utilizzo della mano in seguito all'infortunio professionale subito e che tale situazione era stabile e controindicava qualsiasi lavoro manuale pesante (doc. A 78).

6.17 Il 29 gennaio 2018, la dott.ssa O. _____ ha confermato la diagnosi di sindrome maladattiva con umore depresso ed ansia (ICD-10 F43.2) e l'indicazione al trattamento farmacologico a base di antidepressivo (doc. A 78).

6.18 Con certificato del 22 giugno 2018, il dott. T. _____, specialista in chirurgia plastica e ricostruttiva, ha indicato che, dati gli esiti del noto infortunio professionale, consigliava una rivalutazione presso un medico competente per il ricollocamento lavorativo con limitazione correlate, in particolare limitando i carichi pesanti e prolungati con la mano sinistra (doc. TAF 1).

6.19 Con rapporto finale SMR del 23 luglio 2018, il dott. E. _____ ha indicato che, a partire dall'11 ottobre 2017, l'assicurato era da ritenersi abile al 100% in attività adeguate. Con annotazione SMR del 26 luglio 2018, egli ha inoltre precisato che la valutazione del dott. T. _____ confermava le più recenti conclusioni del dott. M. _____ (doc. TAF 6).

7.

7.1 Da quanto precede, risulta che il ricorrente, pur con alcune brevi interruzioni, dove ha tentato senza successo di riprendere almeno a tempo parziale e con mansioni leggere un impiego presso il suo precedente datore di lavoro, è stato sostanzialmente inabile al lavoro dal 3 settembre 2015 all'11 ottobre 2017 per i soli esiti del noto infortunio professionale. Tuttavia, l'autorità inferiore ha respinto la domanda di richiesta di prestazioni del ricorrente indicando che non risultava adempita la condizione dell'art. 28 cpv. 1 LAI, ossia un'incapacità al lavoro almeno del 40% in media durante un anno senza notevole interruzione e successiva invalidità di almeno il 40%. Dal provvedimento impugnato si evince, inoltre, che l'UAIE ha ritenuto quale data di trasmissione della domanda di prestazioni quella del 16 giugno 2017 allorquando il ricorrente ha trasmesso il modulo ufficiale per la richiesta di rendita (doc. A 11). Infine, risulta pure che l'amministrazione ha tenuto conto dell'incapacità lavorativa dell'insorgente unicamente a partire dal 14 novembre 2016, ossia oltre un anno dopo l'infortunio professionale del 2 settembre 2015. Pur non facendovi esplicitamente riferimento, tale approccio è riconducibile alla comunicazione del 14 ottobre 2016, con cui l'UAI-D. _____ ha messo fine alla prima procedura, aperta in seguito all'annuncio per il mantenimento del termine del 22 febbraio 2016 (doc. A 1).

7.2 Questo Tribunale rileva, tuttavia, che tale modo di procedere – corrispondente in sostanza ad una frammentazione, tramite comunicazione informale, del periodo di incapacità lavorativa in frazioni ridotte, le quali, prese individualmente, sembrerebbero non dare diritto ad una rendita – non può venir tutelato. A tal proposito giova ricordare che giusta l'art. 49 cpv. 1 LPGA, nei casi di ragguardevole entità o quando vi è disaccordo con l'interessato, l'assicuratore deve emanare per scritto le decisioni in materia di prestazioni, crediti e ingiunzioni. L'art. 51 LPGA prevede altresì che solo le prestazioni, i crediti e le ingiunzioni che non sono contemplati nell'art. 49 cpv. 1 possono essere sbrigati con una procedura semplificata (cpv. 1) e che anche in tali casi l'interessato può nondimeno esigere che sia emanata una decisione (cpv. 2). Il Tribunale federale ha poi precisato che qualora l'assicuratore ha comunicato a torto il rifiuto (parziale o integrale) di prestazioni non già nella forma di una decisione, ma in modo informale, e la persona interessata non accetta il disposto rifiuto, quest'ultima deve di principio manifestare il proprio disaccordo entro il termine di un anno. In tale ipotesi l'assicuratore emanerà una decisione formale, contro la quale è data la facoltà di presentare opposizione. Senza tempestiva reazione, la decisione informale diventa

valida, così come se fosse stata resa correttamente a norma dell'art. 51 cpv. 1 LPGA. Infine ha pure indicato che un termine più lungo potrebbe entrare eventualmente in linea di conto, quando l'interessato è ignorante in materia di questioni giuridiche, non è rappresentato da un patrocinatore e in buona fede potrebbe intendere che l'assicuratore non abbia preso una posizione definitiva e intenda ordinare ulteriori accertamenti (DTF 134 V 145 consid. 5).

7.3 Nel caso concreto, l'UAI-D. _____ ha trasmesso per posta semplice la menzionata comunicazione del 14 ottobre 2016 e non è pertanto neppure dato di sapere se e quando l'insorgente l'abbia effettivamente ricevuta. Inoltre, appare evidente che essa costituisce manifestamente un atto sbrigato in procedura semplificata ai sensi dell'art. 51 LPGA, ma che un provvedimento del genere avrebbe dovuto essere emanato tramite formale decisione. Per conseguenza, al più tardi quando l'assicurato il 14 giugno 2017 ha trasmesso il formulario per la richiesta di una rendita per adulti, rispettando dunque il termine di un anno stabilito dalla citata giurisprudenza DTF 134 V 145, l'UAIE avrebbe dovuto tenere anche conto dei periodi di inabilità di per sé incontestati, ma che nella menzionata comunicazione aveva ritenuto di durata insufficiente per fondare il diritto ad una rendita dell'assicurazione svizzera per l'invalidità. Peraltro, la plausibilità del diritto ad una rendita limitata nel tempo da parte del ricorrente è stata riconosciuta dal funzionario dell'UAI-D. _____ stesso che si è occupato dell'istruzione del caso, il quale il 13 ottobre 2016 (dunque un giorno prima della comunicazione di cui trattasi), in uno scambio di posta elettronica con la SUVA indicava che "(...) l'assicurato, presentando il formulario ufficiale nel mese corrente potrebbe aver diritto ad un mese di rendita, la quale verrebbe compensata con SUVA" (doc. A 6).

7.4 Questo Tribunale osserva dunque che l'autorità inferiore, negli accertamenti che hanno portato alla decisione impugnata del 29 maggio 2018, ha illecitamente delimitato il periodo della propria cognizione, ossia quello da prendere in considerazione per l'esame del caso di specie. Tale modo di procedere da parte dell'autorità inferiore non può pertanto essere tutelato in quando disattende i principi legali e giurisprudenziali sopra esposti. Per conseguenza, non era né è consentito prescindere dall'emanazione di una decisione formale che tenga conto dell'integralità dei periodi in incapacità lavorativa seguiti all'infortunio professionale subito dal ricorrente il 2 settembre 2015 e dell'annuncio per il mantenimento del termine del 22 febbraio 2016 quale data rilevante ex art. 29 LAI, al fine della determinazione dell'eventuale nascita del diritto ad una rendita dell'assicurazione svizzera per l'invalidità.

7.5 Da quanto esposto, discende che già per questo motivo la decisione impugnata, emessa in violazione del diritto e fondata su un accertamento inesatto ed incompleto dei fatti giuridicamente rilevanti, incorre nell'annullamento.

8.

8.1 Quando il Tribunale amministrativo federale annulla una decisione, esso può sostituirsi all'autorità inferiore e giudicare direttamente nel merito o rinviare la causa, con istruzioni vincolanti, all'autorità inferiore per un nuovo giudizio (cfr. sentenza del TAF C-6273/2014 del 25 ottobre 2016 consid. 9.2). In particolare, esso si sostituirà all'autorità inferiore se gli atti sono completi e comunque sufficienti a statuire sull'applicazione del diritto federale (v. sentenza del TF 9C_162/2007 del 3 aprile 2008 consid. 2.3 e relativi riferimenti; DTF 126 II 43; 125 II 326). Tale non è il caso nella presente fattispecie per i motivi che saranno indicati di seguito.

8.2 L'autorità inferiore dovrà in particolare procedere a completare l'accertamento dei fatti giuridicamente rilevanti tramite una perizia interdisciplinare in ambito ortopedico e psichiatrico, riservato ogni ulteriore esame che l'evoluzione nel tempo dello stato di salute dell'insorgente dovesse ancora rendere necessario. In tale ambito dovranno essere esaminati e valutati in dettaglio – nell'ambito di perizie rispettose dei requisiti giurisprudenziali richiesti e menzionati anche nel presente giudizio – l'incidenza delle diverse patologie sulla residua capacità lavorativa da ritenere a decorrere da settembre 2015 e in particolare quella anteriore al 14 novembre 2016, ritenuto che comunque si impone una rivalutazione dell'incapacità lavorativa anche posteriormente a tale data, essendosi l'insorgente de facto a più riprese dimostrato inabile a riprendere la precedente attività (cfr. consid. 6 del presente giudizio). Inoltre, a fronte delle diagnosi contrastanti in ambito psichiatrico – quelle delle specialiste dott.ssa O. _____ dell'11 ottobre 2017, della dott.ssa Q. _____ del 3 novembre 2018 e della dott.ssa O. _____ che nel gennaio 2018 ha nuovamente ribadito la necessità di un trattamento farmacologico – l'amministrazione non poteva evadere la causa senza far esperire una perizia psichiatria adempiente i criteri nella necessaria procedura probatoria strutturata (DTF 143 V 409; 141 V 281). Per il resto, e secondo il risultato di tali accertamenti, l'UAIE dovrà pronunciarsi pure sulla sfruttabilità di un'(eventuale) residua capacità lavorativa medico-teorica nonché, se del caso, effettuare un confronto dei redditi determinanti sulla base delle possibili attività sostitutive adeguate ritenute.

8.3 Peraltro, stante le premesse, nulla – neppure la giurisprudenza del Tribunale federale di cui a DTF 137 V 210 (cfr. segnatamente il consid. 4.4.1.4) – si oppone al rinvio della causa all'autorità inferiore per completamento dell'istruttoria. In effetti, in assenza dei citati accertamenti complementari non era, né è, possibile determinarsi con cognizione di causa, ed il necessario grado della verosimiglianza preponderante, sull'incidenza delle affezioni di cui soffre il ricorrente sulla residua capacità lavorativa e il suo diritto ad una rendita. In particolare, un rinvio all'autorità inferiore si giustifica, dal profilo delle garanzie procedurali (in particolare quello della doppia istanza con piena cognizione) nei casi in cui, come nella fattispecie, è richiesto un accertamento in ambiti che non sono stati (o comunque insufficientemente) chiariti nella procedura di prima istanza, ma che lo avrebbero dovuto essere prima dell'emanazione della decisione litigiosa, gli elementi per dovere agire in tal senso essendo già presenti agli atti di causa (DTF 137 V 210 consid. 4.4.1.4 [cfr., in particolare, i consid. 7 e 8.2 del presente giudizio]). Peraltro, il Tribunale federale ha già avuto modo pure di precisare che in virtù dell'art. 43 LPGA nonché degli art. 12 e 13 PA e dell'art. 19 PA in relazione con l'art. 40 PCF (RS 273), il Tribunale accerta, con la collaborazione delle parti, i fatti determinanti per la soluzione della controversia, assume le prove necessarie e le valuta liberamente. Secondo giurisprudenza, se il giudice ritiene che i fatti non sono sufficientemente delucidati, può, peraltro non senza qualche limitazione (cfr. DTF 137 V 210 consid. 4.4.1.4), sia rinviare la causa all'amministrazione per completamento dell'istruzione sia procedere lui medesimo a tale istruzione complementare. Un rinvio all'amministrazione che ha per scopo di completare l'accertamento dei fatti non viola né i principi della semplicità e della celerità né il principio inquisitorio. In particolare, un siffatto rinvio appare in generale siccome giustificato se l'amministrazione ha proceduto ad una constatazione dei fatti sommaria nella speranza che in caso di ricorso sarebbe poi stato il Tribunale ad effettuare i necessari accertamenti fattuali (sentenza del TF 9C_162/2007 del 3 aprile 2008 consid. 2.3 con rinvii; cfr. pure sentenza del TAF C-3038/2016 del 2 aprile 2019 consid. 12).

9. Occorre peraltro rilevare che nell'ambito dell'accertamento ancora da esperire dall'autorità inferiore, a seguito del rinvio degli atti di causa, non sussiste l'eventualità di una nuova decisione dell'UAIE a detrimento del ricorrente (cfr., sulla questione, DTF 137 V 314 consid. 3.2.4) dal momento che nella decisione impugnata del 29 maggio 2018 l'autorità inferiore ha considerato che l'insorgente non ha subito un'incapacità lavorativa di livello pensionabile, perlomeno fino alla data della decisione impugnata (che costituisce il limite della cognizione temporale di questo Tribunale nel caso di specie), ed ha respinto la domanda del medesimo volta all'ottenimento di

una rendita dell'assicurazione svizzera per l'invalidità. Non era pertanto necessario conferire al ricorrente la facoltà di ritirare il proprio gravame prima dell'emanazione del presente giudizio.

10.

10.1 Visto l'esito del ricorso, non sono prelevate delle spese processuali (art. 63 PA).

10.2 Ritenuto che l'insorgente è rappresentato in questa sede da mandatario professionale, si giustifica altresì l'attribuzione di spese ripetibili (art. 64 PA in combinazione con l'art. 7 segg. del regolamento del 21 febbraio 2008 sulle tasse e sulle spese ripetibili nelle cause dinanzi al Tribunale amministrativo federale [TS-TAF, RS 173.320.2]; cfr. pure DTF 137 V 57 consid. 2 secondo cui la parte che ha presentato ricorso in materia d'assegnazione o rifiuto di prestazioni assicurative è reputata vincente, dal profilo delle ripetibili, anche se la causa è rinviata all'amministrazione per complemento istruttorio e nuova decisione). L'ammontare di quest'ultime, in assenza di una nota dettagliata, è fissata d'ufficio (art. 14 cpv. 2 TS-TAF) in CHF 1'000.- tenuto conto del lavoro utile e necessario svolto dal rappresentante del ricorrente. L'indennità per ripetibili è posta a carico dell'UAIE.

10.3 La domanda di assistenza giudiziaria è pertanto divenuta priva di oggetto (cfr. sulla questione, fra le tante, la sentenza del TAF C-3748/2015 dell'11 febbraio 2019 consid. 14.3 con rinvio).

(dispositivo alla pagina seguente)

Per questi motivi, il Tribunale amministrativo federale pronuncia:

1.

Il ricorso è accolto, nel senso che la decisione del 29 maggio 2018 è annullata e gli atti di causa sono rinviati all'UAIE affinché proceda al completamento dell'istruttoria ed alla pronuncia di una nuova decisione ai sensi dei considerandi.

2.

2.1 Non si prelevano spese processuali.

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

3.

La domanda di assistenza giudiziaria è divenuta priva d'oggetto.

4.

Comunicazione a:

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

Il presidente del collegio:

Il cancelliere:

Vito Valenti

Oliver Engel

I rimedi giuridici sono menzionati alla pagina seguente.

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 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: