



---

Corte III  
C-6519/2018

## **Sentenza del 1° luglio 2020**

---

Composizione

Giudici Vito Valenti (presidente del collegio),  
Daniel Stufetti, Caroline Gehring,  
cancelliere Oliver Engel.

---

Parti

A. \_\_\_\_\_, (Italia)  
patrocinato dall'avv. Patrick Untersee,  
ricorrente,

contro

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

---

Oggetto

Assicurazione per l'invalidità, nuova domanda di rendita  
(decisione del 10 ottobre 2018).

**Fatti:****A.**

**A.a** A. \_\_\_\_\_ (di seguito: interessato, ricorrente o insorgente), cittadino italiano, nato il (...) 1991, celibe, ha lavorato in qualità di operaio/gruista dapprima in Italia ed in seguito in Svizzera, e più precisamente dal 6 maggio 2013 al 19 luglio 2013 e, con interruzioni, nuovamente da agosto 2014 a novembre 2015 (doc. 1 e segg. dell'incarto dell'autorità inferiore [di seguito doc. A 1 e segg.]), solvendo regolari contributi dell'assicurazione svizzera per la vecchiaia, i superstiti e l'invalidità. Dopo l'infortunio del 20 novembre 2015, di cui si dirà in seguito, non ha più ripreso un'attività lavorativa (doc. B 208 e 230 dell'incarto dell'assicuratore infortuni relativo al polso destro [infortunio n. {...}]; di seguito doc. B 208 e 230).

**A.b Infortunio al ginocchio e al polso destro**

**A.b.a** Il 19 luglio 2013, l'interessato ha subito un infortunio sul lavoro. Mentre era intento a svolgere la propria attività è caduto da un dirupo ferendosi al polso destro ed al ginocchio destro. A seguito del menzionato incidente è stata aperta la procedura no. (...) da parte dell'assicuratore contro gli infortuni, nella fattispecie l'Istituto nazionale svizzero di assicurazione contro gli infortuni (SUVA, v. notifica d'infortunio del 22 luglio 2013; doc. B 2), e l'assicurato è stato dichiarato totalmente inabile al lavoro (cfr. doc. B 4 e segg.).

**A.b.b** Per quel che attiene al polso destro, il 19 dicembre 2013, su incarico dell'assicuratore infortuni SUVA, il dott. B. \_\_\_\_\_, specialista in chirurgia della mano, ha posto la diagnosi di rottura del VI retinacolo degli estensori con instabilità del tendine estensore ulnare del carpo (doc. B 78). Per quel che concerne il ginocchio destro invece, la SUVA ha ordinato un ricovero in clinica per un ciclo di fisioterapia intensivo. Il 14 gennaio 2014, all'entrata in clinica, il dott. C. \_\_\_\_\_, specialista in reumatologia e medicina interna generale, ha rilevato una borsite subpatellare con uno stato dopo morbo di Osgood-Schlatter con irregolarità residua della tuberosità tibiale (doc. B 86).

**A.b.c** Il 18 febbraio 2014, l'interessato si è sottoposto ad un intervento di ricostruzione del 6 retinacolo degli estensori secondo Spinner-Kaplan (doc. B 112 e segg.).

**A.b.d** Il 14 aprile 2014, l'assicurato ha trasmesso all'Ufficio dell'assicurazione invalidità del cantone D. \_\_\_\_\_ (UAI-D. \_\_\_\_\_) una prima richiesta di integrazione professionale/rendita dell'assicurazione per l'invalidità (doc. A 1 – 5). Tale domanda è stata respinta dall'UAIE con decisione del 27 aprile 2015, considerato che egli non aveva versato i contributi per il periodo minimo richiesto di tre anni di cui almeno uno in Svizzera (doc. A 33). Questa decisione è cresciuta in giudicato incontestata.

### **A.c Infortunio al polso sinistro**

**A.c.a** A partire dall'agosto 2014, l'assicurato ha ripreso la propria attività lavorativa (doc. B 166 e segg.) ed il 20 novembre 2015 ha subito una nuova caduta sul luogo di lavoro, infortunandosi ad entrambi i polsi, in particolare al polso sinistro. A seguito del menzionato incidente è stata aperta una nuova procedura da parte dell'assicuratore contro gli infortuni (v. notifica d'infortunio del 22 dicembre 2015 sub doc. 2 dell'incarto dell'assicuratore infortuni relativo al polso sinistro [infortunio n. {...}; di seguito doc. C 2]), e l'assicurato è stato dichiarato totalmente inabile al lavoro per via degli esiti dell'infortunio al polso sinistro. La SUVA ha versato le corrispondenti indennità giornaliere a partire dal 23 novembre 2015 (cfr. doc. C 1 e segg., in particolare doc. C 23).

**A.c.b** Con lettera ambulatoriale del 15 marzo 2016, il dott. E. \_\_\_\_\_, specialista in chirurgia della mano, ha posto la diagnosi di lussazione dell'estensore ulnare del carpo al polso sinistro in seguito a trauma. Il medico ha poi indicato di ritenere opportuno un intervento chirurgico (doc. C 21). Il 4 aprile 2016, l'assicurato si è dunque sottoposto ad un intervento di stabilizzazione dell'estensore ulnare del carpo al polso sinistro (doc. C 28) ed è stato dichiarato completamente inabile al lavoro fino al 15 settembre 2016 (doc. C 42, 49 e 50).

### **A.d Nuovi esami del polso destro**

**A.d.a** Nonostante l'assicurato sia stato dichiarato abile al lavoro a partire dal 16 settembre 2016, egli non ha più ripreso un'attività lavorativa a causa di persistenti problemi al polso destro (doc. B 173 e segg.). Con lettera ambulatoriale del 27 dicembre 2016, il dott. E. \_\_\_\_\_ ha posto la diagnosi di tenosinovite degli estensori e sublussazione cronica dell'estensore ulnare del carpo al polso destro (doc. B 177) ed il 13 febbraio 2017 l'assicurato si è sottoposto ad un intervento di sinovialectomia degli estensori e stabilizzazione dell'estensore ulnare del carpo (doc. B 198) con conseguente incapacità lavorativa fino al 29 agosto 2017 (doc. B 216).

**A.d.b** Il 14 agosto 2017, l'interessato ha trasmesso un'ulteriore richiesta di integrazione professionale/rendita dell'assicurazione per l'invalidità (doc. A 39). Non avendo tuttavia quest'ultimo prodotto la documentazione medica richiesta dall'amministrazione, con decisione del 26 febbraio 2018, l'UAIE ha respinto la nuova richiesta di prestazioni (doc. A 46). Anche questa decisione è cresciuta in giudicato incontestata.

## **B.**

**B.a** Con scritto del 16 luglio 2018, indirizzato all'UAI-D.\_\_\_\_\_, l'assicurato ha trasmesso la valutazione medica del dott. F.\_\_\_\_\_, specialista in chirurgia della mano, chirurgia ortopedica e traumatologia, del 21 febbraio 2018, ed ha nuovamente chiesto di essere posto al beneficio di prestazioni dell'assicurazione per l'invalidità (doc. A. 54).

**B.b** Con annotazione SMR del 20 luglio 2018, il dott. G.\_\_\_\_\_ ha indicato che l'assicurato soffre di un peggioramento della medesima affezione che ha portato alla decisione di rifiuto nel 2015, ma che un'entrata in materia era possibile qualora fossero dati i criteri assicurativi (doc. A 56).

**B.c** Con progetto di decisione del 20 luglio 2018, l'UAI-D.\_\_\_\_\_ ha quindi prospettato all'interessato il respingimento della richiesta di prestazioni. Dall'analisi dei documenti versati agli atti risulterebbe infatti che il disturbo lamentato rappresenta un peggioramento della medesima affezione che aveva portato alla decisione di rifiuto del 27 aprile 2015 e che, pertanto, l'assicurato non adempiva le condizioni assicurative per aver diritto ad una rendita ordinaria in quanto al momento dell'insorgere del danno alla salute nel 2013 non poteva far valere tre anni di versamento dei contributi in Svizzera (doc. A 55).

**B.d** Con osservazioni del 12 settembre 2018, l'assicurato ha integralmente contestato il progetto di decisione, ritenendo in particolare di aver maturato il diritto ad una rendita AI in virtù delle norme di coordinamento europee (doc. A 61).

**B.e** Con decisione del 10 ottobre 2018, l'UAIE ha respinto la domanda di prestazioni dell'assicurazione svizzera per l'invalidità (doc. A 65).

**B.f** Dal canto suo, con decisione del 9 novembre 2018, la SUVA ha indicato di ritenere che gli ulteriori disturbi al polso destro non potevano essere messi in relazione causale probabile con l'infortunio del 19 luglio 2013 e,

per conseguenza, di non poter prendere a carico gli accertamenti necessari ed eventuali controlli futuri. La SUVA ha inoltre ribadito di considerare l'assicurato, da un lato, abile in misura completa per i soli postumi infortunistici a decorrere dal 10 luglio 2017 e, e dall'altro lato, la pratica terminata a decorrere dal 29 agosto 2017 (doc. B 241).

### **C.**

**C.a** Il 16 novembre 2018, l'interessato ha inoltrato ricorso dinanzi al Tribunale amministrativo federale (TAF) contro la decisione dell'UAIE del 10 ottobre 2018, mediante il quale ha chiesto, in via principale, di accogliere il ricorso e di riconoscergli il diritto alle prestazioni d'invalidità (rendita e provvedimenti professionali e/o di riforma professionale) e, in via subordinata, l'annullamento della decisione impugnata ed il rinvio dell'incarto all'autorità di prima istanza per ulteriori accertamenti e nuova decisione nel merito. Il ricorrente ha fatto valere – in particolare – un peggioramento della situazione medico-valetudinaria nel corso del 2017 con conseguente incapacità lavorativa. Al momento dell'inoltro della nuova domanda di prestazioni avrebbe comunque adempito gli obblighi contributivi. L'insorgente ha pure formulato una domanda di assistenza giudiziaria e di gratuito patrocinio (doc. TAF 1).

**C.b** Nella risposta al ricorso del 12 febbraio 2019, l'UAIE ha proposto la reiezione del gravame e la conferma del provvedimento impugnato. Rinviano al preavviso dell'Ufficio dell'assicurazione invalidità del Cantone D. \_\_\_\_\_ (UAI-D. \_\_\_\_\_) del 5 febbraio 2019, l'autorità inferiore ha osservato che in concreto trova applicazione la giurisprudenza secondo cui, se una prima richiesta di rendita è stata rifiutata perché non erano adempiute le condizioni assicurative, neppure una seconda richiesta fondata su un peggioramento delle condizioni di salute riconducibile al medesimo danno alla salute può essere ammessa (citate due sentenze del TFA, ora TF, I 620/05 21 novembre 2006 e I 76/05 del 30 maggio 2006 [doc. TAF 8]).

**C.c** Con breve scritto del 6 maggio 2019, il ricorrente si è riconfermato nel proprio gravame (doc. TAF 11) e il 10 maggio 2019 la replica dell'insorgente è stata trasmessa all'autorità inferiore per conoscenza (doc. TAF 12).

**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<sup>bis</sup> 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<sup>bis</sup> 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 16 luglio 2018 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). Il TF ha inoltre statuito che nei casi in cui singoli periodi di contribuzione sono discontinui, essi devono essere addizionati e, quando la loro somma non dà un numero di mesi intero, la frazione di mese deve essere arrotondata al mese intero al fine di ottenere periodi di contribuzione interi (DTF 107 V 7, consid. 3).

#### **4.**

**4.1** Secondo le norme applicabili, ogni richiedente, per avere diritto ad una rendita dell'assicurazione invalidità svizzera, deve adempiere cumulativamente le seguenti condizioni: essere invalido ai sensi della LPGA e della LAI (art. 8 LPGA nonché art. 4, 28 e 28a LAI) ed aver pagato i contributi all'AVS/AI svizzera o ad un'assicurazione sociale assimilata (art. 6 e 45 del regolamento [CE] n. 883/2004) di uno Stato membro dell'Unione europea (UE) o dell'Associazione europea di libero scambio (AELS), durante tre anni (art. 36 cpv. 1 LAI), fermo restando la necessità di un periodo contributivo minimo in Svizzera di un anno (art. 36 cpv. 2 LAI in combinazione con l'art. 29 cpv. 1 LAVS; DTF 130 V 335 consid. 3 e 4).

**4.2** Trattandosi del diritto alla rendita, l'invalidità insorge quando la capacità al guadagno dell'assicurato o la sua capacità di svolgere le mansioni consuete non può essere ristabilita, mantenuta o migliorata mediante provvedimenti d'integrazione ragionevolmente esigibili, ha avuto un'incapacità al lavoro (art. 6 LPGA) almeno del 40 per cento in media durante un anno senza notevole interruzione e al termine di questo anno è invalido (art. 8 LPGA) almeno al 40 per cento (art. 28 LAI). Per l'art. 29 cpv. 1 LAI 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'articolo 29 cpv. 1 LPGA, ma al più presto a partire dal mese seguente il compimento dei 18 anni.

**4.3** Se una persona è già invalida (almeno) nella misura del 40% prima che l'assicurato ha pagato per un anno almeno i contributi, ciò significa che l'evento assicurato specifico per il diritto alla rendita d'invalidità è subentrato prima che le menzionate condizioni potessero realizzarsi (sentenza del TF 9C\_658/2008 del 10 giugno 2009 consid. 3.2). Se con l'andare del tempo il danno alla salute e la capacità lucrativa peggiorano, si pone la questione di sapere se la persona interessata possa o meno fare valere un diritto alla rendita (ibidem). Secondo giurisprudenza, ciò non è possibile se l'aumento del grado d'invalidità è riconducibile a un peggioramento del danno alla salute originario. In questo caso, infatti, non si verifica un nuovo evento assicurato (cfr., ad esempio, sentenza del TF 9C\_592/2015 del 2 maggio 2016 consid. 3.2 e I 76/05 del 30 maggio 2006 consid. 2). Il Tribunale federale ha altresì precisato che un'unica causa d'invalidità è suscettibile di fondare più eventi assicurati nel corso del tempo e che il principio dell'unità dell'invalidità cessa di essere applicabile laddove l'invalidità subisce delle interruzioni notevoli oppure dove lo stato di salute non permette più di riconoscere l'esistenza di un legame di fatto e di tempo tra le diverse fasi, configurando dunque una serie di nuovi eventi assicurati (sentenza del TF 9C\_692/2018 del 19 dicembre 2018 consid. 4.2 nonché 9C\_36/2015 del 29 aprile 2015 consid. 5.2).

## **5.**

**5.1** 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.

**5.2** 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%.

**5.3** 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).

**5.4** 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).

## **6.**

**6.1** 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).

**6.2** 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]).

**6.3** 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).

**6.4** 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).

**6.5** 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).

## **7.**

Nel caso di specie, occorre dapprima esaminare se è a giusto titolo che l'autorità inferiore ha respinto la nuova richiesta di prestazioni del 16 luglio 2018, indicando che, non trattandosi di un nuovo evento assicurativo, considerava non essere adempiuto il periodo minimo di contribuzione. In particolare, si tratta di verificare se l'UAIE ha proceduto ad un sufficiente accertamento dei fatti giuridicamente rilevanti prima di rendere la decisione impugnata oppure – come sostenuto in via subordinata dal ricorrente – avrebbe dovuto riconoscere un sufficiente periodo di pagamento dei contributi in Svizzera e fare eseguire ulteriori accertamenti medici specialistici per potersi determinare con cognizione di causa – secondo il grado della verosimiglianza preponderante valido nelle assicurazioni sociali – sul suo diritto a prestazioni dell'assicurazione per l'invalidità.

## **8.**

### **8.1 Infortunio al ginocchio e al polso destro**

**8.1.1** A seguito del primo infortunio del 19 luglio 2013, il successivo 19 dicembre 2013 il dott. B.\_\_\_\_\_ ha posto la diagnosi clinica di rottura del VI° retinacolo degli estensori con instabilità del tendine estensore ulnare del carpo. Lo specialista ha inoltre precisato che per avere una diagnosi più completa e pianificare l'ulteriore procedere terapeutico ha previsto una risonanza magnetica del polso (doc. B 77).

**8.1.2** Il 9 gennaio 2014, il dott. B.\_\_\_\_\_ ha rivisto il ricorrente e osservato che la risonanza magnetica ha evidenziato l'instabilità dell'estensore ulnare del polso destro quale espressione di una lesione del VI retinacolo.

Egli ha inoltre indicato di ritenere opportuna, visti i disturbi molto importanti e che non permettono una ripresa dell'attività lavorativa come operaio, la ricostruzione del VI retinacolo degli estensori a destra con la tecnica secondo Spinner-Kaplan (doc. B 96).

**8.1.3** Con referto del 14 gennaio 2014, il dott. C.\_\_\_\_\_, a seguito di un ricovero per importanti dolori a livello del ginocchio destro in zona del tubercolo tibiale, ha rilevato una borsite subpatellare ed uno stato dopo morbo di Osgood-Schlatter con irregolarità residua della tuberosità tibiale (doc. B 86).

**8.1.4** Con rapporto di dimissione del 7 febbraio 2014, il dott. C.\_\_\_\_\_, per quel che attiene al ginocchio destro, ha posto la diagnosi di periatropatia su/con: stato dopo trauma diretto il 22 luglio 2013, borsite subpatellare, stato dopo morbo di Osgood-Schlatter. Egli ha inoltre indicato che durante la degenza dal 13 gennaio 2014 al 24 gennaio 2014, il ricorrente ha effettuato una fisioterapia intensiva, che l'evoluzione è stata eccellente e che il paziente ha potuto progressivamente abbandonare le stampelle e diventare asintomatico. Infine, il medico ha segnalato che alla dimissione il ricorrente ha riferito di non aver più dolori e di ritenere la situazione a livello del ginocchio risolta con ritrovamento di una piena capacità lavorativa (doc. B 106).

**8.1.5** Il 18 febbraio 2014, il ricorrente si è sottoposto ad un intervento di legamentoplastica al polso destro, volta a stabilizzare il tendine estensore ulnare del carpo secondo Spinner Kaplan (doc. B 116).

**8.1.6** Con certificato del 19 maggio 2014, il dott. B.\_\_\_\_\_ ha attestato un'incapacità lavorativa minima di tre mesi in qualità di operaio a partire dalla data dell'intervento (doc. B 134). Il 23 maggio 2014 ha invece indicato come esigibile una ripresa lavorativa al 50% a partire dal 16 giugno 2014 (doc. B 139).

**8.1.7** In data 30 giugno 2014, il ricorrente ha ripreso l'attività lavorativa di operaio in prova ed a partire dal 18 agosto 2014 è stato assunto al 50% dalla H.\_\_\_\_\_ (doc. B 151 e segg.).

**8.1.8** Il 23 settembre 2014, il dott. B.\_\_\_\_\_ ha attestato una capacità lavorativa del 50% fino a fine settembre 2014 ed una capacità lavorativa piena a decorrere dal 1° novembre 2014. Il ricorrente ha ripreso l'attività

lavorativa ed in seguito al fallimento del datore di lavoro è passato alle dipendenze della I. \_\_\_\_\_ SA di (...) (doc. B 165 e segg., segnatamente doc. B 169).

## **8.2 Infortunio al polso sinistro**

**8.2.1** Il 20 novembre 2015, il ricorrente ha subito una nuova caduta sul luogo di lavoro, infortunandosi ad entrambi i polsi e principalmente al polso sinistro (doc. B 172).

**8.2.2** Con lettera ambulatoriale del 15 marzo 2016, il dott. E. \_\_\_\_\_ ha posto la diagnosi di lussazione dell'estensore ulnare del carpo al polso sinistro in seguito a trauma, indicando di ritenere opportuno un intervento chirurgico di stabilizzazione del tendine, come già eseguito anche al polso destro (doc. C 21).

**8.2.3** Il 4 aprile 2016, il ricorrente si è dunque sottoposto ad un intervento di stabilizzazione dell'estensore ulnare del carpo al polso sinistro (doc. C 28) ed in seguito è stato dichiarato completamente inabile al lavoro fino al 15 settembre 2016 e nuovamente abile a tempo pieno in qualsiasi attività a partire dal 16 settembre 2016 (doc. C 42, 49 e 50).

## **8.3 Nuove visite concernenti il polso destro**

**8.3.1** Con lettera ambulatoriale del 27 dicembre 2016 il dott. E. \_\_\_\_\_ ha posto la diagnosi di tenosinovite degli estensori e sublussazione cronica dell'estensore ulnare del carpo al polso destro. Inoltre, egli ha ordinato una nuova risonanza magnetica (doc. B 177). Il 25 gennaio 2017, lo specialista ha indicato che la risonanza magnetica ha confermato la presenza della sinovite degli estensori e che il paziente ha chiesto un nuovo trattamento chirurgico (doc. B 185). Pertanto, il 13 febbraio 2017 l'interessato si è sottoposto, presso l'Ospedale Regionale di (...), ad un intervento di sinovialectomia degli estensori e stabilizzazione dell'estensore ulnare del carpo. Egli è poi stato dichiarato inabile al lavoro fino al 7 maggio 2017 (doc. B 198 - 202). Con lettera ambulatoriale del 4 maggio 2017, il dott. E. \_\_\_\_\_ ha rilevato che la guarigione sembrava lentamente procedere bene, pur essendovi dei postumi della sinovialectomia che sembrava potessero influenzare la velocità del recupero. Egli ha inoltre indicato che il paziente sarebbe rimasto completamente inabile al lavoro almeno fino al 9 luglio 2017 (doc. B 207). Il 29 agosto 2017, il dott. E. \_\_\_\_\_ ha constatato che

la guarigione locale era stata raggiunta, che il paziente non sembrava presentare recidive dei disturbi precedenti e che non vi erano più indicazioni per un ulteriore trattamento (doc. B 216).

**8.3.2** Con referto medico del 21 febbraio 2018, il dott. F. \_\_\_\_\_ ha posto le diagnosi di instabilità mediocarpica al polso destro su probabile trauma contusivo/distorsivo nel 2013 ed escissione ganglio dorsale a cielo aperto e plastica dell'estensore ulnare del carpo e tenosinovectomia degli estensori comuni delle dita nel marzo 2017. Egli ha inoltre indicato di sospettare un'instabilità mediocarpica e di aver richiesto come approfondimento diagnostico un esame TAC (doc. B 227).

**8.3.3** Con annotazione del 20 luglio 2018, il dott. G. \_\_\_\_\_, specialista in medicina interna generale del SMR, ha preso posizione in merito al referto del 21 febbraio 2018 del dott. F. \_\_\_\_\_, concludendo che si trattava "della medesima affezione (attualmente peggiorata) che ha portato alla decisione di rifiuto nel 2014 (doc. A 56).

**8.3.4** Dal canto suo, con decisione del 9 novembre 2018, la SUVA ha indicato di ritenere che gli ulteriori disturbi al polso destro non potevano essere messi in relazione causale probabile con l'infortunio del 19 luglio 2013 e, per conseguenza, di non poter prendere a carico gli accertamenti necessari ed eventuali controlli futuri. La SUVA ha inoltre ribadito di considerare l'assicurato, da un lato, abile in misura completa per i soli postumi infortunistici a decorrere dal 10 luglio 2017 e, e dall'altro lato, la pratica terminata a decorrere dal 29 agosto 2017 (doc. B 241).

**8.3.5** Il ricorrente ha poi inoltrato opposizione contro tale decisione della SUVA e con annotazione del 17 dicembre 2018, il dott. L. \_\_\_\_\_, specialista in chirurgia della SUVA, ha indicato che dalla valutazione agli atti risulta che durante tutto il periodo di malattia il ricorrente non è mai stato visitato e di non avere inoltre a disposizione la valutazione radiologica TAC, né la valutazione della stessa da parte del dott. F. \_\_\_\_\_. Motivo per cui ha pregato la SUVA di reperire tale esame e di far rivalutare il ricorrente dal dott. F. \_\_\_\_\_, seguito da un'eventuale visita medica circondariale SUVA (doc. B 243).

## **9.**

**9.1** Nel provvedimento impugnato, l'autorità inferiore ha ritenuto – senza peraltro aver approfondito l'aspetto medico – che i perduranti disturbi al

polso destro rappresentano un peggioramento degli esiti del primo infortunio del luglio 2013 e che, non si era dunque in presenza di un nuovo evento assicurato. Pertanto, il ricorrente continuava a non adempiere alle condizioni assicurative per aver diritto ad una rendita (cfr. doc. A 65). Tuttavia, così facendo l'UAIE ha limitato la propria cognizione all'affezione al polso destro ed ha totalmente sorvolato l'infortunio del 20 novembre 2015, così come le sue conseguenze in ambito medico e di capacità lavorativa (cfr. in particolare consid. A.c e 8.2 del presente giudizio). Questo Tribunale rileva al riguardo che l'infortunio del 20 novembre 2015 al polso sinistro ha reso necessario un intervento chirurgico ed appare avere giustificato una totale inabilità lavorativa dal 21 novembre 2015 al 15 settembre 2016. Si tratta all'evidenza di un nuovo infortunio, di principio suscettibile di fondare un nuovo evento assicurato e per il quale incombeva all'autorità inferiore di verificare le condizioni assicurative. Di questa affezione e della conseguente incapacità lavorativa – peraltro debitamente indicata dal ricorrente già nella richiesta di prestazioni del 14 agosto 2017 (v. doc. A 39) – a torto l'autorità inferiore non ha minimamente tenuto conto, peraltro senza fornire alcuna motivazione in merito. Per conseguenza, si imponeva, e si impone, a non averne dubbio, una più approfondita e precisa verifica della condizione assicurativa del ricorrente, segnatamente una dettagliata istruttoria in merito ai requisiti assicurativi al momento del secondo infortunio professionale del 20 novembre 2015, ed eventualmente – qualora quest'ultimi risultassero adempiuti – delle conseguenze mediche e lavorative, in particolare dei conseguenti periodi di incapacità lavorativa, così come dell'attuale stato di salute del ricorrente e dell'incidenza delle diverse patologie – rispettivamente del loro eventuale effetto congiunto – sulla sua residua capacità lavorativa. Pertanto, la decisione impugnata, che viola il diritto federale (insufficiente accertamento dei fatti giuridicamente rilevanti), incorre nell'annullamento.

**9.2** Per quanto attiene ai periodi contributivi del ricorrente, questo Tribunale rileva che dagli atti all'incarto risulta plausibile che quest'ultimo, al momento in cui ha subito il secondo infortunio lavorativo il 20 novembre 2015, avesse versato i contributi in Svizzera per un periodo superiore ad un anno (3 mesi nel 2013 [da maggio a luglio], 4 mesi nel 2014 [da agosto a dicembre] e 9 mesi nel 2015 [da gennaio ad aprile e nuovamente da agosto a novembre]) ed in precedenza avesse lavorato per diversi anni pure in Italia, avendovi svolto un'attività per la società M. \_\_\_\_\_ dal 1° gennaio 2010 al 30 aprile 2013 (cfr. doc. B 146 sezione 5.4). Tuttavia, dalla documentazione agli atti non figurano esaustive indicazioni in merito a quest'ultimo aspetto. Pertanto, all'autorità inferiore incombe dapprima di procedere ad un completamento dell'inchiesta per l'attività professionale pregressa, in

particolare i periodi in cui ha versato i contributi in Italia e Svizzera e prendere nuovamente posizione in merito alla richiesta di prestazioni formulata dall'insorgente, segnatamente anche per quel che riguarda i requisiti posti dall'art. 36 cpv. 1 LAI.

**9.3** Nella misura in cui dovesse essere adempita la condizioni dei tre anni di contribuzione, di cui uno almeno in Svizzera, all'autorità inferiore incomberà d'approfondire l'aspetto medico, come rettamente evidenziato dal ricorrente nel suo gravame e come indicato pure dal medico SMR con annotazione del 20 luglio 2018 rispettivamente dal dott. L. \_\_\_\_\_ per conto della SUVA (doc. A 56 e B 243). Trattasi, allo stato attuale degli atti di causa, sicuramente di un approfondimento peritale in ambito ortopedico-reumatologico, eventualmente anche in ambito neurologico.

**9.4** Inoltre, e a titolo meramente abbondanziale, questo Tribunale rileva che il ricorso merita di essere accolto anche tenendo conto esclusivamente dell'infortunio al polso destro. A tal proposito giova precisare che, nel caso concreto, può restare indeciso se la problematica lamentata dal ricorrente a partire da settembre 2016 rappresenti un peggioramento riconducibile al primo infortunio del luglio 2013 – come sostenuto dall'autorità inferiore – oppure rappresenti un peggioramento indipendente (come sembra ritenere la SUVA), e se tale peggioramento sia imputabile, almeno in parte, al menzionato ulteriore infortunio professionale del 20 novembre 2015. Difatti, alla luce della più recente giurisprudenza del Tribunale federale secondo cui – laddove l'invalidità subisce delle interruzioni notevoli un'unica causa d'invalidità è suscettibile di giustificare molteplici eventi assicurati nel corso del tempo (cfr. sentenza del TF 9C\_692/2018 del 19 dicembre 2018, consid. 4.2 e consid. 4.3 del presente giudizio) – la ritrovata, ed almeno parzialmente sfruttata, piena capacità lavorativa del ricorrente a partire dal 1° novembre 2014 e durata oltre un anno, corrisponde ad un'interruzione notevole dell'invalidità. Dagli atti si evince, in effetti, che in seguito all'infortunio lavorativo del 19 luglio 2013, il ricorrente è stato totalmente incapace al lavoro fino al 15 giugno 2014, ma che a partire dal 16 giugno 2014, il dott. B. \_\_\_\_\_ ha nuovamente attestato una capacità lavorativa del 50% nella sua precedente attività, poi incrementata ad un'abilità del 100% a decorrere dal 1° novembre 2014. Da parte sua, l'insorgente ha effettivamente ripreso un'attività a tempo pieno e dal punto di vista medico la situazione è rimasta stabile fino al 20 novembre 2015. Pertanto, la menzionata ricaduta e le conseguenti complicazioni rappresentano un nuovo evento assicurato, indipendentemente se sia riconducibile all'infortunio del luglio 2013 o meno. Ne discende che l'UAIE deve esaminare la richiesta di prestazioni

del 16 luglio 2018 – a cominciare dalla durata dei contributi versati dall'insorgente in Svizzera rispettivamente in Italia, anche per questo motivo. Per conseguenza l'autorità inferiore dovrà ad ogni modo rivalutare se sono adempiute le condizioni per aver diritto a prestazioni dell'assicurazione per l'invalidità.

**9.5** Da quanto esposto, discende che la decisione impugnata del 10 ottobre 2018, fondata su un accertamento insufficiente dei fatti giuridicamente rilevanti, viola il diritto federale ed incorre nell'annullamento. Gli atti vanno pertanto rinviati all'autorità inferiore per il completamento dell'istruttoria e, in caso di avvenuto versamento dei contributi richiesti dalla legge in Svizzera rispettivamente in Italia, procedere all'indicato e ancora necessario completamento degli accertamenti dal profilo medico ed all'emanazione di una nuova decisione.

## **10.**

**10.1** Quando il TAF 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-1446/2013 del 16 ottobre 2014 consid. 8.1). In particolare, esso si sostituirà all'autorità inferiore se gli atti sono completi e comunque sufficienti a statuire sull'applicazione del diritto federale. Tale non è il caso nella presente fattispecie per i motivi precedentemente indicati. Gli atti di causa sono pertanto rinviati all'autorità inferiore affinché la stessa proceda a completare l'accertamento dei fatti giuridicamente rilevanti con riferimento ai periodi di contribuzione e, se del caso, allo stato di salute del ricorrente, segnatamente con una perizia specialistica che tenga conto in particolare anche delle risultanze degli ulteriori accertamenti medici predisposti dalla SUVA.

**10.2** Infine, l'UAIE dovrà procedere con ogni ulteriore esame che l'evoluzione nel tempo dello stato di salute del ricorrente dovesse ancora rendere necessario, nonché a pronunciare una nuova decisione. In tale ambito, l'autorità inferiore dovrà – qualora risultasse nuovamente una residua capacità lavorativa medico-teorica sul mercato equilibrato del lavoro (in particolare in attività sostitutive adeguate) – pure pronunciarsi sulla sfruttabilità effettiva di tale residua capacità lavorativa in un mercato equilibrato del lavoro.

**10.3** Peraltro, e in siffatte circostanze, nulla – neppure la più recente 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 di tali accertamenti complementari non era, né è, possibile determinarsi con cognizione di causa, ed il necessario grado della verosimiglianza preponderante, sull'eventuale diritto ad una rendita dell'assicurazione per l'invalidità, sull'incidenza effettiva, delle affezioni di cui soffre il ricorrente, sulla residua capacità lavorativa. In particolare, un rinvio all'autorità inferiore si giustifica, dal profilo delle garanzie procedurali (segnatamente quello della doppia istanza con piena cognizione) nei casi in cui, come nella fattispecie, è richiesto l'esperimento di ulteriori accertamenti sull'adempimento delle condizioni assicurativa, rispettivamente, se adempite le condizioni in tale ambito, sullo stato di salute dell'insorgente (necessari esami specialisti non ancora effettuati) per poi potersi determinare nel caso in esame con cognizione di causa (DTF 137 V 2010 consid. 4.4.1.4), accertamenti che peraltro l'autorità inferiore avrebbe già dovuto richiedere prima di emanare la decisione impugnata, gli elementi per dover agire in tal senso essendo già presenti agli atti di causa prima dell'emanazione della decisione impugnata (cfr. i considerandi 8 e 9 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, sia rinviare la causa all'amministrazione per completamento dell'istruzione (non senza qualche limitazione: cfr. DTF 137 V 210) sia procedere lui medesimo a tale istruzione complementare. Un rinvio all'amministrazione che ha per scopo di completare l'accertamento dei fatti non viola né i principi della semplicità e della celerità né il principio inquisitorio. In particolare, un siffatto rinvio appare in generale siccome giustificato se l'amministrazione ha proceduto ad una constatazione dei fatti sommaria nella speranza che in caso di ricorso sarebbe poi stato il Tribunale ad effettuare i necessari accertamenti fattuali (cfr. sentenza del TF 9C\_162/2007 del 3 aprile 2008 consid. 2.3 con rinvii [cfr. anche sentenza del TAF C-1722/2015 del 16 gennaio 2019 consid. 11.2 con rinvii]).

## 11.

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 10 ottobre 2018 l'autorità inferiore ha considerato che l'insorgente non adempiva ai requisiti assicurativi per aver diritto ad una rendita ordinaria in quanto al momento dell'insorgere del danno alla salute non poteva far valere tre anni di contributi in Svizzera. Non era pertanto necessario conferire al ricorrente la facoltà di ritirare il proprio gravame.

## **12.**

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

**12.2** 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. 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 completamento 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 2'800.- tenuto conto del lavoro utile e necessario svolto dal rappresentante del ricorrente. L'indennità per ripetibili è posta a carico dell'UAIE.

**12.3** La domanda di assistenza giudiziaria e gratuito patrocinio 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 impugnata del 10 ottobre 2018 è annullata e gli atti di causa sono rinviati all'UAIE affinché proceda al completamento dell'istruttoria e alla pronuncia di una nuova decisione ai sensi dei considerandi.

**2.**

Non si prelevano spese processuali.

**3.**

L'UAIE rifonderà al ricorrente CHF 2'800.- a titolo di spese ripetibili.

**4.**

La domanda di assistenza giudiziaria e gratuito patrocinio è pertanto divenuta priva d'oggetto.

**5.**

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 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: