



Corte III
C-6647/2017

Sentenza del 2 luglio 2019

Composizione

Giudici Vito Valenti (presidente del collegio),
Viktoria Helfenstein e Caroline Gehring,
cancelliera Marcella Lurà.

Parti

A. _____, (Italia),
rappresentato dall'UCM Associazione Utenti Sanità Pubblica,
ricorrente,

contro

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

Oggetto

Assicurazione per l'invalidità; seconda domanda di rendita
(decisione del 18 settembre 2017).

Fatti:**A.**

Con decisione del 2 luglio 2013, l'Ufficio dell'assicurazione per l'invalidità per gli assicurati residenti all'estero (UAIE) ha deciso di erogare in favore di A. _____ – cittadino italiano, nato il (...; doc. 2 dell'incarto dell'autorità inferiore [di seguito, doc. A 2] – una rendita intera d'invalidità svizzera dal 1° gennaio al 30 giugno 2012. Dalla motivazione della decisione risultava che, in virtù del rapporto del 13 febbraio 2013 del medico SMR, il quale si era fondato sugli atti dell'incarto dell'assicurazione B. _____, l'interessato (affetto da ferite complesse alle dita II-V mano sinistra [a seguito di infortunio] e sindrome ansioso-depressiva) presentava, fermo restando una completa incapacità lavorativa in una qualsiasi attività dal 10 gennaio 2011, una capacità al lavoro dell'80% sia nell'attività di muratore sia in un'attività sostitutiva adeguata dal 2 aprile 2012. Il grado d'invalidità era pari al 20%, ritenuto che l'interessato avrebbe sfruttato maggiormente la sua residua capacità di guadagno nell'esercizio dell'attività di muratore (doc. A 70). La decisione è cresciuta incontestata in giudicato.

B.

B.a Il 24 ottobre 2016, l'interessato ha formulato una seconda richiesta volta all'ottenimento di una rendita dell'assicurazione svizzera per l'invalidità, esibendo in particolare dei documenti medici (doc. A 90; v. anche doc. A 91 e A 96). Dalle carte processuali risulta che sono poi stati prodotti un rapporto del 3 aprile 2017 del medico curante e la perizia medica E 213 del 3 aprile 2017 (doc. A 108 e A 109).

B.b Nel rapporto dell'8 giugno 2017, il dott. C. _____, medico SMR, ha rilevato che, dal profilo somatico, non vi è stata, nel corso degli anni, alcuna modifica dello stato di salute. Dal profilo psichico, ha proposto l'effettuazione di una perizia (doc. A 117).

B.c Nella perizia psichiatrica del 18 luglio 2017, il dott. D. _____, specialista in psichiatria e psicoterapia, ha posto la diagnosi di disturbo dell'adattamento evoluto in un episodio depressivo di grado lieve ad andamento cronico (F 32.01). Secondo lo psichiatra, almeno negli ultimi due anni, la capacità lavorativa dell'interessato è ridotta, per motivi psichici, del 25% in una qualsiasi attività lucrativa (doc. A 121).

B.d Nel rapporto del 14 agosto 2017, il dott. C. _____ ha ritenuto, in virtù della menzionata perizia, che vi è stato un peggioramento dello stato di

salute psichico dell'interessato da diversi anni. Ha concluso per il medesimo ad un'incapacità al lavoro del 45% nell'attività di muratore e ad un'incapacità al lavoro del 25% in un'attività sostitutiva adeguata da gennaio del 2013 (doc. A 122).

B.e Con decisione del 18 settembre 2017 (doc. A 136), che ha fatto seguito ad un progetto di decisione del 30 agosto 2017 (doc. A 125) e ad uno scritto d'opposizione del 2 ottobre 2017 (doc. A 126), l'UAIE ha respinto la domanda di prestazioni dell'assicurazione svizzera per l'invalidità. Ha osservato che dalle carte processuali, in particolare dalla perizia psichiatrica del luglio 2017, risulta che, da gennaio del 2013, vi è stato un peggioramento dello stato di salute dell'interessato e che il medesimo presenta un'inabilità lavorativa del 45% nell'attività di muratore e del 25% in un'attività sostitutiva adeguata, ciò che conduce ad un grado d'invalidità del 29% (doc. A 123), che esclude il riconoscimento del diritto ad una rendita d'invalidità svizzera.

C.

C.a Il 23 novembre 2017, l'interessato ha interposto ricorso dinanzi al Tribunale amministrativo federale contro la decisione dell'UAIE del 18 settembre 2017 mediante il quale ha chiesto l'accoglimento del gravame, l'annullamento della decisione impugnata ed il riconoscimento di una rendita d'invalidità per un grado d'invalidità del 50%. Ha segnalato che vi è stato un peggioramento del suo stato di salute. In particolare, ha precisato che, secondo il certificato psichiatrico del 7 novembre 2016 del dott. E. _____, specialista neurologo, psichiatra e psicoterapeuta, e la relazione psichiatrica del 16 novembre 2017 del dott. F. _____, specialista in psichiatria e psicoterapia, allegati in copia, i disturbi alla mano sinistra di cui è affetto e la sindrome depressiva nonché la sindrome da disadattamento di cui soffre comportano una completa inabilità lavorativa nell'attività di muratore ed un'inabilità al lavoro del 50% in un'attività confacente allo stato di salute (doc. TAF 1). L'8 gennaio 2018, l'interessato ha versato l'anticipo spese (doc. TAF 2 a 4).

C.b Con risposta al ricorso del 22 febbraio 2018, l'UAIE ha proposto la reiezione del ricorso e la conferma della decisione impugnata. Ha rinviato al preavviso dell'Ufficio AI del Cantone G. _____ del 19 febbraio 2018, secondo il quale, in virtù del rapporto dell'agosto 2017 del medico SMR, che, a sua volta, si è fondato sulla perizia psichiatrica del luglio 2017 (come pure sul rapporto di visita medica del gennaio 2013 del dott. H. _____, specialista in chirurgia della mano [medico incaricato dall'assicurazione

B. _____]), l'interessato presenta una capacità al lavoro del 75% in un'attività sostitutiva adeguata da gennaio del 2013. Detto Ufficio ha poi precisato che il rapporto psichiatrico del 16 novembre 2017 esibito in sede di ricorso pone una diversa diagnosi, ma fa stato di un quadro clinico e di una terapia farmacologica invariati e non riferisce di alcuna sostanziale modifica dello stato di salute rispetto alla valutazione peritale del luglio 2017 (v. l'annotazione del 13 febbraio 2018 del medico SMR). Infine, l'Ufficio AI ha confermato che il grado d'invalidità è pari al 29%, ciò che esclude il riconoscimento del diritto ad una rendita d'invalidità svizzera (doc. TAF 6).

C.c Nella replica del 4 aprile 2018, l'interessato ha ribadito che, secondo il certificato psichiatrico del 26 marzo 2018 del dott. E. _____, allegato in copia, il suo stato di salute è peggiorato ed egli è inabile al lavoro almeno nella misura del 50% (doc. TAF 9).

C.d Nella duplice del 30 aprile 2018, l'UAIE ha nuovamente proposto la reiezione del ricorso e rinviato alla presa di posizione dell'Ufficio AI del Cantone G. _____ del 27 aprile 2018, secondo cui il certificato psichiatrico del 26 marzo 2018, sottoposto ad esame del proprio servizio medico (v. l'annotazione del 25 aprile 2018 del medico SMR), non apporta nuovi elementi clinici suscettibili di modificare la valutazione clinico-lavorativa dell'interessato (doc. TAF 11).

C.e In una presa di posizione dell'11 giugno 2018, l'interessato si è nuovamente riconfermato nelle argomentazioni in fatto e in diritto di cui al ricorso del 23 novembre 2017 ed alla replica del 4 aprile 2018 (doc. TAF 14), scritto di osservazioni che è poi stato trasmesso all'autorità inferiore per conoscenza con provvedimento del 19 giugno 2018 (doc. TAF 15).

Diritto:

1.

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

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 e art. 48 cpv. 1 PA), il ricorso è stato interposto tempestivamente (art. 60 LPGGA e art. 50 cpv. 1 PA) e rispetta i requisiti previsti dalla legge (art. 52 PA). Esso è pertanto ammissibile.

2.

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

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 (sentenza del TF 8C_580/2015 del 26 aprile 2016 consid. 4.2 e relativi riferimenti).

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 sono applicabili le disposizioni in vigore al momento della realizzazione dello stato di fatto che deve essere valutato giuridicamente o che produce conseguenze giuridiche (DTF 136 V 24 consid. 4.3; 130 V 445 consid. 1.2 e relativi riferimenti; 129 V 1 consid. 1.2). La domanda di una rendita AI essendo stata presentata il 24 ottobre 2016, al caso in esame si applicano di principio le disposizioni della 6a revisione della LAI (primo pacchetto) entrate in vigore il 1° gennaio 2012.

3.2 Il potere cognitivo di questo Tribunale è delimitato dalla data della decisione impugnata. Il giudice delle assicurazioni sociali esamina infatti la decisione impugnata sulla base della situazione di fatto esistente al momento in cui essa è stata resa (DTF 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; 121 V 362 consid. 1b), in altri termini se gli stessi sono strettamente connessi all'oggetto litigioso e se sono suscettibili di influire sull'apprezzamento del giudice al momento in cui detta decisione litigiosa è stata resa (sentenze del TF 8C_278/2011 del 26 luglio 2011 consid. 5.5 nonché 9C_116/2010 del 20 aprile 2010 consid. 3.2.2; DTF 118 V 200 consid. 3a in fine).

4.

4.1 L'invalidità ai sensi della LPGGA e della LAI è l'incapacità al guadagno totale o parziale presumibilmente permanente o di lunga durata che può essere conseguente ad infermità congenita, malattia o infortunio (art. 8 LPGGA e art. 4 cpv. 1 LAI).

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

4.3 Giusta l'art. 28 cpv. 2 LAI, l'assicurato ha diritto ad un quarto di rendita se è invalido per almeno il 40%, ad una mezza rendita se è invalido per almeno la metà, a tre quarti di rendita se è invalido per almeno il 60% e ad una rendita intera se è invalido per almeno il 70%.

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

4.5 La nozione d'invalidità di cui all'art. 4 LAI e 8 LPGGA è un concetto di carattere economico-giuridico e non medico (sentenze del TF 9C_318/2014 del 10 settembre 2014 consid. 3.1 e 8C_636/2010 del 17 gennaio 2011 consid. 3 e relativi riferimenti). In base all'art. 16 LPGGA, applicabile per il rinvio dell'art. 28 cpv. 2 LAI, per valutare il grado d'invalidità, il reddito che l'assicurato potrebbe conseguire esercitando l'attività ragionevolmente esigibile da lui dopo la cura medica e l'eventuale esecuzione di provvedimenti d'integrazione (reddito da invalido), tenuto conto di una situazione equilibrata del mercato del lavoro, è confrontato con il reddito che egli avrebbe potuto ottenere se non fosse diventato invalido (reddito da valido; metodo generale del raffronto dei redditi).

4.6 L'assicurazione svizzera per l'invalidità risarcisce pertanto, e di principio, soltanto la perdita economica che deriva da un danno alla salute fisica o psichica dovuto a malattia o infortunio, non la malattia o la conseguente incapacità lavorativa.

5.

5.1 Dal momento che è entrata nel merito della seconda domanda di rendita d'invalidità presentata dal ricorrente, all'autorità inferiore incombeva, in analogia ad una revisione ai sensi dell'art. 17 LPGa, di esaminare se tra la situazione esistente al momento dell'ultima decisione cresciuta in giudicato che è stata oggetto di un esame materiale del diritto alla rendita, nel caso concreto al 2 luglio 2013, e la situazione al momento della nuova decisione qui impugnata, in concreto al 18 settembre 2017, è intervenuta una modifica significativa del grado d'invalidità (sentenze del TF 9C_421/2014 del 21 luglio 2014 consid. 3 e 9C_418/2010 del 29 agosto 2011 consid. 4.2 e 4.3).

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

5.3 L'art. 88a cpv. 1 OAI prevede che se la capacità al guadagno dell'assicurato o la capacità di svolgere le mansioni consuete migliora oppure se la grande invalidità o il bisogno di assistenza o di aiuto dovuto all'invalidità si riduce, il cambiamento va considerato ai fini della riduzione o della soppressione del diritto a prestazioni dal momento in cui si può supporre che il miglioramento constatato perduri. Lo si deve in ogni caso tenere in considerazione allorché è durato tre mesi, senza interruzione notevole, e che presumibilmente continuerà a durare.

5.4 Costituisce motivo di revisione della rendita d'invalidità ogni modifica rilevante delle circostanze di fatto suscettibile d'influire sul grado di invalidità e, quindi, sul diritto alla rendita. Ne consegue che la rendita può essere soggetta a revisione non soltanto in caso di modifica significativa dello stato di salute, ma anche quando detto stato è rimasto invariato, ma le sue conseguenze sulla capacità di guadagno hanno subito un cambiamento significativo (DTF 130 V 343 consid. 3.5).

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 e relativi riferimenti; 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 Per quel che riguarda le perizie di parte, esse contengono considerazioni specialistiche che possono contribuire ad accertare i fatti, da un punto di vista medico. Malgrado esse non abbiano lo stesso valore probatorio di una perizia giudiziaria, il giudice deve valutare se questi referti medici sono atti a mettere in discussione la perizia giudiziaria oppure quella ordinata dall'amministrazione. Giova altresì rilevare come debba essere considerato con la necessaria prudenza l'avviso dei medici curanti, i quali possono tendere a pronunciarsi in favore del proprio paziente a dipendenza dei particolari legami che essi hanno con gli stessi (DTF 125 V 351 consid. 3b e relativi riferimenti).

6.4 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 e relativi riferimenti).

7.

Nel caso in esame, per quanto emerge dalle carte processuali al loro stato attuale e per i motivi indicati di seguito, non è possibile determinarsi con il necessario grado della verosimiglianza preponderante sulle affezioni di cui soffre il ricorrente rispettivamente sulla loro incidenza sulla residua capacità lavorativa.

7.1 Questo Tribunale rileva che, nel febbraio 2012, l'insorgente è stato sottoposto ad una visita medica da parte del dott. H._____, specialista in chirurgia della mano (medico incaricato dall'assicurazione B._____.). All'esame clinico, erano stati rilevati segnatamente dei movimenti delle articolazioni rimaste dalle dita da II a V soddisfacenti, ipersensibilità dorsale al dito II, ai monconi delle dita III e IV ed alla falange distale del dito V. Persistevano i dolori, specialmente all'esposizione al freddo, al dito V, ai monconi delle dita III e IV ed alla falange distale del dito II della mano sinistra. L'assicurato lamentava anche dolori alla spalla sinistra. Il medico aveva posto la diagnosi di ferite complesse alle dita II, III, IV e V della mano sinistra (a seguito di infortunio professionale) e ritenuto esigibile, dal 2 aprile 2012, l'esercizio dell'attività di muratore-carpentiere nella misura dell'80% (v. il rapporto di visita medica del 21 marzo 2012 [doc. 41 dell'incarto dell'assicurazione B._____] {di seguito, doc. B 41}). Dal profilo psichico, nel rapporto psichiatrico del 6 febbraio 2012 (doc. B 40), il dott. I._____, specialista in psichiatria e psicoterapia (medico incaricato dall'assicurazione B._____) ha indicato che l'assicurato era affetto da un disturbo dell'adattamento con lieve reazione ansiosa (F 43.22) in relazione con difficoltà socio-esistenziali e famigliari. I sentimenti e i disturbi lamentati (soggettivamente, egli si sentiva abbattuto, stanco e preoccupato per il suo futuro) corrispondevano a modalità reattive legate alla sua situazione socio-esistenziale-finanziaria. Non era ravvisabile alcun segno di un disturbo affettivo, alcun rallentamento psico-motorio, alcun segno di uno stato di ansia, alcuna affettività coartata, alcun segno di anedonia o ritiro sociale. Secondo il medico, l'assicurato non presentava un quadro psico-patologico di rilevanza clinica tale da impedirgli l'esercizio di un'attività lavorativa confacente ad eventuali limiti funzionali (riscontrati) a livello ortopedico.

7.2 Nell'ambito della nuova domanda di rendita in esame, nella perizia psichiatrica del 18 luglio 2017 (doc. A 121; perizia su cui è basata l'impugnata decisione del settembre 2017), il dott. D._____ ha segnalato che l'assicurato, pur avendo difficoltà nel rievocare l'evento dell'infortunio sul lavoro,

non presenta né evitamenti di attività correlate alla dinamica dell'infortunio né uno stato di allarme continuo. Questo permette di escludere la presenza di un disturbo postraumatico da stress, anche se si è sviluppata una sindrome da disadattamento che ha portato ad una presa a carico psichiatrica e psicofarmacologica. La farmacoterapia ha permesso di limitare la componente ansiosa e in parte neurovegetativa, ma non sembra aver influito sull'umore che progressivamente è apparso sempre più deflesso così come sulla sensazione di malessere generale che perdura ormai da molti anni. Nel tempo sembrano essersi aggiunte una componente abulica e alcuni sintomi cognitivi della depressione con circadianità, perdita della libido, infuturazione negativa ed una maggior passività depressiva che permettono di determinare, almeno negli ultimi due anni, la presenza di un episodio depressivo maggiore seppure di grado lieve. Il divorzio, la mancanza di un lavoro e di un'attività, il vivere da solo e la lontananza dalla famiglia di origine hanno contribuito alla cronicizzazione della sindrome da disadattamento e, nel tempo, allo sviluppo dell'episodio depressivo. L'assicurato continua a presentare sintomi depressivi con una farmacoterapia a dosaggi adeguati e non vi è mai stata remissione benché la terapia sia stata iniziata già alla fine del 2011. Esistono tuttavia ancora numerose risorse; la componente abulica non è pervasiva, i vissuti di vergogna favoriscono una spinta a tentare di riciclarsi in attività confacenti alla limitazione somatica, anche se flessibilità, capacità di adattamento e persistenza appaiono lievemente inficiate dalla patologia depressiva. L'assicurato presenta un rispetto delle regole, una capacità di organizzazione e di integrazione nel gruppo buoni ed anche l'assertività non appare compromessa in modo grave. Il dott. D._____ ha posto la diagnosi di disturbo dell'adattamento evoluto in un episodio depressivo di grado lieve ad andamento cronico (F 32.01). Secondo lo specialista, almeno negli ultimi due anni, la capacità lavorativa dell'assicurato, per motivi psichiatrici, è ridotta del 25% (diminuzione del rendimento) in ogni attività.

7.2.1 Ora, è incontestato in questa sede – anche dal medico SMR dott. C._____ (cfr. rapporto del 14 agosto 2017 [doc. A 122]) – che vi è certamente stato un peggioramento dello stato di salute del ricorrente dal profilo psichiatrico rispetto alla situazione esistente al momento della decisione del 2 luglio 2013 sulla prima domanda di rendita AI.

7.2.2 Sussiste tuttavia qualche dubbio sul momento in cui tale peggioramento è intervenuto rispettivamente sull'incidenza di tale peggioramento sulla residua capacità lavorativa del ricorrente.

7.2.2.1 Da un lato, il medico SMR ha reputato di poter ravvisare, in virtù della succitata perizia psichiatrica del dott. D. _____, un peggioramento significativo dello stato di salute del ricorrente a far tempo da gennaio del 2013. A tal proposito, va però rilevato che lo psichiatra dott. D. _____ non ha accennato ad alcun peggioramento dello stato di salute che sarebbe intervenuto nel gennaio del 2013. Il perito stesso ha infatti sottolineato che la limitazione della capacità lavorativa potrebbe essere stimata al massimo in un 25% a partire almeno da un paio di anni (dal giorno dell'effettuazione della perizia, che nel caso in esame è basata su due colloqui svolti il 13 e 18 luglio 2017), precisando altresì che la datazione del momento dell'intervenuto peggioramento risulta complessa poiché vi è stato, a partire dal 2012, uno scivolamento graduale nell'episodio depressivo maggiore.

7.2.2.2 Dall'altro lato, la valutazione del medico SMR dott. C. _____ non è altresì sufficientemente motivata sulle ragioni che lo spingono a ritenere un'incapacità al lavoro dell'insorgente a decorrere da gennaio 2013 del 45% nella precedente attività di muratore – che appare fondata sull'addizione fra l'incapacità al lavoro del 20% come accertata (nella precedente procedura), nel rapporto di visita in chirurgia della mano del 21 marzo 2012 (doc. B 41), e l'incapacità al lavoro del 25% come esposta nella perizia psichiatrica del dott. D. _____ – ma solamente del 25% in un'attività sostitutiva adeguata, allorquando, nel febbraio del 2013, un altro medico SMR, il dott. J. _____, aveva riconosciuto un'incapacità al lavoro del 20% anche nell'esercizio di un'attività sostitutiva adeguata per le sole conseguenze dell'infortunio alla mano (doc. A 60; v. anche doc. A 68), senza che sussistessero allora patologie psichiatriche aventi incidenza sulla residua capacità lavorativa (v. anche il rapporto psichiatrico del dott. I. _____ del 6 febbraio 2012 [doc. B 40]), come invece risulta infine dalla perizia psichiatrica del dott. D. _____ del 18 luglio 2017. Anche se un'addizione delle rispettive incapacità lavorative non costituisce chiaramente un automatismo, occorre non di meno che il medico che effettua una valutazione complessiva dell'incidenza sulla residua capacità lavorativa delle differenti affezioni del ricorrente spieghi in modo intelligibile e convincente per quale ragione ritiene giustificata un'addizione delle diverse incapacità lavorative per quanto attiene alla precedente attività, ma ingiustificata per un'attività sostitutiva adeguata, ciò che però il medico SMR dott. C. _____ non ha fatto nel caso concreto nel suo rapporto del 14 agosto 2017, senza che una tale motivazione risulti altrimenti dalla decisione impugnata.

7.3 Giova altresì rilevare che se i fatti determinanti per il diritto alla rendita si sono modificati a tal punto da lasciar apparire una notevole modifica dello stato di salute suscettibile di incidere in procedura di revisione sulla residua

capacità lavorativa – come nel caso di specie perlomeno dal profilo psichico – il grado d'invalidità deve essere stabilito nuovamente, e liberamente, sulla base di fatti accertati in maniera corretta e completa, dunque pure senza vincoli a precedenti valutazioni dell'invalidità (DTF 141 V 9 e relativi riferimenti). Da questo profilo, nell'ambito della nuova domanda di rendita qui in esame, una volta constatato il peggioramento (certo) dello stato di salute psichico del ricorrente, non era consentito all'autorità inferiore di decidere la pratica senza effettuare un nuovo esame d'insieme delle differenti patologie di cui soffre indubitabilmente l'insorgente medesimo. Da questo profilo non è sufficiente che il medico SMR dott. C. _____, nel suo rapporto dell'8 giugno 2017 (doc. A 117), si limiti a rilevare che "la questione somatica risulta di pertinenza B. _____ e non ha subito modifiche" nel corso degli anni. Al di là dell'incoerenza "interna" di queste due affermazioni fra loro, non è infatti dato sapere, in virtù delle risultanze processuali, per quale motivo il dott. C. _____ non abbia ritenuto necessaria l'effettuazione di una perizia interdisciplinare comprendente una valutazione reumatologica/ortopedica/neurologica, in relazione segnatamente all'infortunio alla mano, e psichiatrica. La necessità, a 4 anni di distanza dal momento in cui nel 2013 è stata accordata una rendita intera al ricorrente (per un periodo di 6 mesi) sulla base dell'infortunio con ferite complesse alle dita II, III, IV e V alla mano sinistra, di effettuare una perizia sullo stato di salute somatico appariva tanto più necessaria ove solo si rilevi che il rapporto neurologico dell'8 ottobre 2016 riferisce di algie e disestesie in corrispondenza delle dita amputate (doc. A 90) e che nella perizia E 213 del 3 aprile 2017 è evidenziata la presenza di parestesie a livello delle dita amputate, iperestesie dolorose e eccessiva sensibilità al freddo (alle dita amputate; doc. A 109). Peraltro, anche nel 2013, era stata effettuata una visita medica della mano sinistra, ove era stato appurato che persistevano i dolori da iperpatia in particolare ai monconi delle dita III e IV risalenti lungo il braccio fino alla spalla e che non era subentrata l'auspicata assuefazione (ai dolori; doc. B 42). Basti al proposito ancora rilevare che, secondo una costante giurisprudenza del Tribunale federale, non è sufficiente esaminare le affezioni di cui soffre un assicurato mediante perizie isolate (cfr. sentenza del TF 9C_235/2013 del 10 settembre 2013 consid. 3.2 con rinvii e sentenza del TAF C-15/2015 del 18 febbraio 2019 consid. 11.1), tanto meno, come è stato fatto nel caso concreto, basandosi su rapporti (sulle conseguenze delle patologie alla mano) risalenti ad una precedente procedura AI conclusasi con decisione del 2 luglio 2013.

8.

Da quanto esposto, discende che la decisione impugnata, fondata su un

insufficiente accertamento dei fatti giuridicamente rilevanti, viola il diritto federale ed incorre nell'annullamento.

9.

9.1 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 precedentemente indicati.

9.2 Gli atti di causa sono pertanto rinviati all'autorità inferiore affinché la stessa proceda a completare l'accertamento dei fatti giuridicamente e a emanare una nuova decisione. L'autorità inferiore dovrà in particolare far effettuare una perizia interdisciplinare in reumatologia-ortopedia-neurologia (chirurgia della mano) e psichiatria, da svolgersi in Svizzera, non essendo sufficiente, come già indicato, esaminare le affezioni di cui soffre un assicurato mediante perizie isolate (cfr. consid. 7.3 del presente giudizio con rinvii). Va altresì pure rilevato che secondo la più recente giurisprudenza, la capacità lavorativa esigibile da una persona che soffre di disturbi depressivi anche di grado da leggero a medio 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 143 V 409; 141 V 281). Giova in tale ambito ancora rilevare che l'insorgente soffre di una sindrome depressiva ricorrente di entità medio-grave (F 33.1/2 [cfr. certificato dello psichiatra dott. E. _____ del 7 novembre 2016 {allegato al doc. TAF 1}]) e che nel certificato psichiatrico del 26 marzo 2018, sempre del dott. E. _____ (allegato al doc. TAF 9), è indicato che l'insorgente non appare in grado di avere un benché minimo programma esistenziale futuro. Questi rapporti, certo redatti dopo che è stata effettuata la perizia psichiatrica del luglio 2017, forniscono degli indizi su una situazione medica (disturbo depressivo) che potrebbe essersi modificata ulteriormente nel tempo. Per il resto, e a seconda del risultato della citata perizia interdisciplinare, l'UAIE dovrà pure effettuare un confronto dei redditi determinanti sulla base delle possibili attività sostitutive adeguate ritenute.

9.3 Peraltro, stante le premesse, 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 dei citati accertamenti complementari non era, né è, possibile determinarsi con cognizione di causa, ed il necessario grado della verosimiglianza preponderante, sullo stato di salute del ricorrente e sull'incidenza delle affezioni di cui soffre sulla residua capacità lavorativa. 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 peritale interdisciplinare 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, anche il consid. 7.3 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).

9.4 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 18 settembre 2017 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.

10.

10.1 Visto l'esito della causa, non sono prelevate delle spese processuali (art. 63 PA). L'anticipo equivalente alle presunte spese processuali di fr. 800.-, versato l'8 gennaio 2018, sarà restituito al ricorrente allorquando la presente sentenza sarà cresciuta in giudicato.

10.2 Si giustifica altresì l'attribuzione di un'indennità a titolo di spese ripetibili (art. 64 PA in combinazione con gli art. 7 e segg. del regolamento del 21 febbraio 2008 sulle tasse e sulle spese ripetibili nelle cause dinanzi al Tribunale amministrativo federale [TS-TAF, RS 173.320.2]). La stessa, in assenza di una nota dettagliata, è fissata d'ufficio (art. 14 cpv. 2 TS-TAF) in fr. 1'000.-, tenuto conto del lavoro utile e necessario, limitato, svolto dal rappresentante del ricorrente. L'indennità per ripetibili è posta a carico dell'UAIE.

(dispositivo alla pagina seguente)

Per questi motivi, il Tribunale amministrativo federale pronuncia:

1.

Il ricorso è parzialmente accolto, nel senso che la decisione impugnata del 18 settembre 2017 è annullata e gli atti di causa sono rinviati all'UAIE affinché proceda al completamento dell'istruttoria ed emani una nuova decisione ai sensi dei considerandi.

2.

Non si prelevano spese processuali. L'anticipo di fr. 800.-, corrisposto l'8 gennaio 2018, sarà restituito al ricorrente allorquando il presente giudizio sarà cresciuto in giudicato.

3.

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

4.

Comunicazione a:

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

Il presidente del collegio:

La cancelliera:

Vito Valenti

Marcella Lurà

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: