



Corte III
C-1467/2016

Sentenza del 10 maggio 2017

Composizione

Giudici: Michela Bürki Moreni (presidente del collegio),
Caroline Bissegger, Madeleine Hirsig-Vouilloz;
Cancelliere: Luca Rossi.

Parti

A. _____,
patrocinato dall'avv. Leonilda A. Marzano,
ricorrente,

contro

**Ufficio dell'assicurazione per l'invalidità per gli
assicurati residenti all'estero (UAIE),**
Avenue Edmond-Vaucher 18, casella postale 3100,
1211 Ginevra 2,
autorità inferiore.

Oggetto

Assicurazione invalidità, nuova domanda di rendita
(decisione del 25 gennaio 2016).

Fatti:**A.**

A.a A._____, cittadino italiano, nato il (...), ha lavorato in Svizzera, nel settore edile, dal 1982 al 1998, solvendo regolari contributi all'assicurazione svizzera per la vecchiaia, i superstiti e l'invalidità (doc. 6, 10 dell'incarto dell'Ufficio dell'assicurazione per l'invalidità per gli assicurati residenti all'estero, detto in seguito UAIE, doc. TAF 18).

A.b Dal novembre 1996 al 30 settembre 1997 egli ha beneficiato di una mezza rendita dell'assicurazione svizzera per l'invalidità (doc. 13 pag. 10), in quanto era stato sottoposto ad operazione erniaria L4/L5 e soffriva di lombosciatalgia (doc. 11). Egli è poi rimpatriato in data non precisata.

B.

B.a In data 6 febbraio 2015 A._____ ha formulato all'UAIE una seconda domanda volta al conseguimento di prestazioni dell'assicurazione svizzera per l'invalidità (doc. 33, 34, 37).

B.b L'indagine economica ha posto in luce che l'assicurato, dopo il rimpatrio, aveva lavorato come operatore di macchine edili/autista, perlomeno a partire dal 2007 fino al luglio 2014, in ragione di 40 ore settimanali e per un salario adeguato alla sua qualifica (doc. 67). Ha cessato ufficialmente di lavorare il 10 luglio 2014 per fine contratto (doc. 67). In realtà aveva già interrotto il lavoro dal 28 agosto 2013 per ragioni di malattia. Dall'attestato concernente la carriera assicurativa in Italia (doc. 39 pag. 2 e 4) risulta comunque che, dall'ottobre 1998 in poi (fino a luglio 2014) A._____ è stato iscritto alle patrie assicurazioni sociali, sia come lavoratore dipendente, sia nella cassa disoccupazione, sia in cassa integrazione guadagno.

B.c Sono stati esibiti i seguenti atti medici:

- una RM del rachide lombosacrale del 28 agosto 2013 (doc. 15), un rapporto manoscritto di esame neurologico del 29 agosto 2013 (doc. 17); i risultati di un esame elettroencefalografico del 29 ottobre 2013 attestanti una poliradicolopatia L4-L5-S1 (doc. 21); i risultati di un esame ecodoppler degli arti inferiori del 16 dicembre 2013 (doc. 22); un estratto di cartella clinica inerente la degenza dal 13 al 15 febbraio 2014 per sciatalgia sinistra e la relativa documentazione oggettiva; una RM del rachide del 2 giugno 2014

(doc. 27) ed un breve rapporto d'esame neurologico del 22 luglio 2014 (doc. 28).

- la perizia medica particolareggiata allestita l'11 marzo 2015 dal medico dell'INPS di B._____, Dott.ssa C._____ (generalista), attestante un pregresso intervento di microdiscectomia (1995, 1996) ed artrodesi intersomatica per ernia discale L4-L5 plurirecidiva in obeso; il grado d'invalidità è stato fissato nel 50% in qualsiasi attività (doc. 30);

B.d L'incarto è stato sottoposto al Dott. D._____, generalista, medico di fiducia dell'UAIE, il quale, nel rapporto del 16 luglio 2015, ha chiesto ulteriore documentazione di carattere neurologico e internistico (doc. 62). Sono stati trasmessi:

- i risultati di una RMN lombare del 23 maggio 2015 ed i risultati di una Rx cervicale del 1° giugno 2015 (doc. 83, 84);

- un breve referto di visita specialistica in neurologia (Dott. E._____, doc. 85) ed un rapporto di visita ortopedico/reumatologica del 16 giugno 2015 (Dott. F._____, doc. 86);

- una nuova perizia medica particolareggiata (E 213) eseguita il 28 settembre 2015 attestante esiti di pregresso intervento di posizionamento di cage intersomatico L4/L5 per ernia discale recidiva e di recente (aprile 2015) intervento di microdiscectomia e stabilizzazione vertebrale con cage C6-C7 per stenosi canalare, obesità; il grado d'invalidità è stato fissato nel 67% in qualsiasi lavoro (doc. 92);

- una relazione medico legale del Dott. G._____, specialista in oncologia e malattie infettive, del 4 maggio 2015, secondo cui, per la diagnosi di grave obesità e complicazioni artrosiche, il paziente è invalido all'80% da aprile 2015 (doc. 93).

- la cartella clinica completa relativa alla degenza dal 20 al 22 aprile 2015 per microdiscectomia ed osteofitectomia per via anterolaterale destra a livello C 6/C7, artrodesi con cage PCB (doc. 94 in toto = doc. 82 in toto; 68 pagine);

- un referto RMN lombosacrale del 23 maggio 2015 ed un Rx del rachide cervicale del 1° giugno 2015 (doc. 95, 96).

B.e L'incarto è stato nuovamente sottoposto al Dott. D._____, il quale, nel rapporto del 3 ottobre 2015 (doc. 103) ha constatato l'insufficienza della

documentazione esibita; tuttavia ha proposto un'inabilità completa nella precedente attività di autista edile e del 20% in attività sostitutive (doc. 103). In un successivo rapporto del 23 ottobre 2015, il Dott. D. _____ si è riconfermato nelle precedenti considerazioni (doc. 105).

C.

Dal calcolo comparativo dei redditi, effettuato dall'amministrazione il 12 novembre 2015 (doc. 106), è risultato che, svolgendo attività alternative in misura dell'80%, l'assicurato avrebbe subito una perdita di guadagno del 36%. Il salario da invalido è stato ridotto del 10% per tenere conto della sua situazione personale e professionale dell'assicurato.

D.

Un progetto di decisione comportante il diniego di prestazioni è stato inviato al Patronato ENAPA di H. _____ (LE) il 24 novembre 2015 (doc. 107).

Non avendo ricevuto risposta alcuna, con decisione formale del 25 gennaio 2016 l'UAIE ha confermato il progetto (doc. 108).

E.

Con ricorso depositato il 2 marzo 2016 A. _____, rappresentato dall'avv. Leonilda Marzano, chiede l'annullamento del summenzionato provvedimento amministrativo e, di conseguenza, implicitamente, il riconoscimento di una rendita intera di invalidità. Produce, a suffragio delle sue conclusioni, documentazione medica recente, segnatamente la relazione del Dott. G. _____, già esibita (cfr. doc. 93), una relazione medica del Dott. I. _____ (specialista in igiene e medicina preventiva, nonché medicina del lavoro) del 27 febbraio 2016, che elenca le alterazioni oggettivamente riscontrate (a livello cervicale e lombare) tramite RMN e Rx e pone un grado d'invalidità del 50-55%, una TAC lombosacrale e cervicale dell'8 febbraio 2016, i risultati di una visita neurologica del 10 febbraio 2016 che attesta "esiti di pregressi interventi al rachide lombare e cervicale, paraipostenia agli arti inferiori, deficit della prensione bilaterale, parestesie distali ai quattro arti, sindrome ansioso-depressiva reattiva e i risultati di un esame elettromiografico (EMG) del 24 febbraio 2016 da cui emerge una poliradiocolopatia bilaterale cronica in C4-C5-C6 elettrofisiologicamente discreta con fulcro in C5.

F.

Il ricorrente ha versato l'anticipo corrispondente alle presunte spese processuali di fr. 800.- (doc. TAF 3-5, 9), con un saldo in suo favore di fr. 9,04.

G.

G.a Pendente causa l'amministrazione ha sottoposto gli atti al Dott. D. _____, il quale, con relazione del 24 maggio 2016, visti i nuovi accertamenti medici, ha proposto di ammettere un grado d'incapacità al lavoro in tutte le attività del 50% (anziché del 20%) ed un grado d'incapacità di lavoro superiore ai due terzi nel precedente lavoro (doc. TAF 12 C). L'amministrazione ha quindi effettuato un calcolo comparativo dei redditi, in sostituzione di quello del 12 novembre 2015, dal quale è risultato che, svolgendo attività alternative in misura del 50% (dal 10 dicembre 2013, doc. TAF 12 C) e tenendo conto di una riduzione del reddito da invalido del 5% (per gli stessi motivi indicati nel precedente calcolo, doc. 106), l'interessato subirebbe una perdita di guadagno del 57,66% dal 10 dicembre 2014 (doc. TAF 12 A e F).

G.b Con osservazioni del 14 giugno 2016 (doc. TAF 12 A) l'UAIE propone quindi l'accoglimento (parziale) del gravame, il rinvio dell'incanto all'amministrazione, affinché attribuisca al ricorrente una mezza rendita d'invalidità dal 1° agosto 2015, la domanda di prestazioni essendo stata presentata solo nel febbraio 2015.

H.

Con ordinanza del 24 giugno 2016 (doc. TAF 13) il TAF ha invitato la parte ricorrente a comunicare se fosse sua intenzione aderire alla proposta formulata dall'UAIE nella sua risposta di causa del 14 giugno 2016. L'interpellato non ha preso posizione in merito, limitandosi a sollecitare due volte l'evasione del ricorso (doc. TAF 16, 20).

Diritto:**1.**

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

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

1.3 Presentato da una parte direttamente toccata dalla decisione ed avente un interesse degno di protezione al suo annullamento o alla sua modifica (art. 59 LPGA), il ricorso - interposto tempestivamente e rispettoso dei requisiti previsti dalla legge (art. 60 LPGA, nonché art. 52 PA) - è pertanto ammissibile.

2.

2.1

2.1.1 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 e 130 V 445 consid. 1.2 con rinvii, nonché 129 V 1 consid. 1.2). Se è intervenuto un cambiamento delle norme legislative nel corso del periodo sottoposto ad esame giudiziario, il diritto eventuale alle prestazioni si determina secondo le vecchie disposizioni per il periodo anteriore e secondo le nuove a partire della loro entrata in vigore (applicazione pro rata temporis; DTF 130 V 445).

2.1.2 Contestato in concreto è il diritto di A. _____ di percepire una rendita di invalidità al più presto dal 1° agosto 2015 (sei mesi dopo la presentazione della domanda, art. 29 LAI). Ne consegue che sono applicabili le modifiche legislative di cui alla 6a revisione in vigore dal 1° gennaio 2012 (RU 2011 5659; FF 2010 1603), pur non comportanti cambiamenti rispetto al diritto precedente in merito alla valutazione dell'invalidità, e le eventuali modifiche entrate in vigore successivamente.

2.2 Giova altresì rilevare che il potere cognitivo di questo Tribunale è delimitato dalla data della decisione impugnata, in concreto il 25 gennaio 2016. 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. Tiene tuttavia conto dei fatti verificatisi posteriormente quando essi

possono 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. 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).

3.

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

3.1 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).

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

Gli atti giuridici elencati nella sezione B dell'allegato II rappresentano diverse decisioni della Commissione amministrativa per il coordinamento dei

sistemi di sicurezza sociale, mentre quelli esposti nella sezione C corrispondono a due raccomandazioni della stessa commissione.

3.3 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).

4.

Oggetto del contendere è il diritto del ricorrente di percepire una rendita intera d'invalidità.

4.1 Secondo l'insorgente, infatti, egli presenterebbe un'incapacità di lavoro del 50-55% almeno (cfr. referto del Dott. I. _____ del 27 febbraio 2013, allegato al doc. TAF 1 e di altri atti sanitari che riconoscono un grado d'incapacità al lavoro superiore ai due terzi).

4.2 Dal canto suo l'amministrazione, in sede d'istruttoria, ha negato il requisito dell'invalidità di livello pensionabile, mentre in sede di risposta al ricorso, esaminati gli atti prodotti in quella sede e dopo il calcolo della perdita di guadagno, ha proposto (risposta di causa del 14 giugno 2016, doc. TAF 12 A) di riconoscere il diritto ad una mezza rendita AI dal 10 dicembre 2014 (evento assicurato) con diritto al versamento dal 1° agosto 2015.

5.

Il TAF applica il diritto d'ufficio, senza essere vincolato in nessun caso dai motivi del ricorso (art. 62 cpv. 4 PA). In virtù dell'art. 12 PA e dell'art. 19 PA in relazione con l'art. 40 della legge federale di procedura civile del 4 dicembre 1947 (PCF, RS 273), il Tribunale accerta i fatti determinanti per la soluzione della controversia, assume le prove necessarie e le valuta liberamente. Le parti sono tenute a cooperare all'accertamento dei fatti (art. 13 PA) ed a motivare il proprio ricorso (art. 52 PA). Ne consegue che l'autorità di ricorso adita si limita di principio ad esaminare le censure sollevate, mentre le questioni di diritto non invocate dalle parti solo nella misura in cui queste emergono dagli argomenti delle parti o dall'incarto (DTF 122 V 157 consid. 1a; 121 V 204 consid. 6c e sentenza del TAF C-6034/2009 del 20 gennaio 2010 consid. 2).

6.

6.1 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.

6.2 Secondo l'art. 28 cpv. 1 LAI l'assicurato ha diritto ad una rendita d'invalidità alle seguenti condizioni: 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 LPGA) almeno del 40% in media durante un anno senza notevole interruzione; e c. al termine di questo anno è invalido almeno al 40%.

6.3 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 LPGA), 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).

6.4 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 LPGA). L'incapacità al guadagno è definita all'art. 7 cpv. 1 LPGA 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 oggettivamente superabile (art. 7 cpv. 2 LPGA).

6.5 La nozione d'invalidità di cui all'art. 4 LAI e 8 LPGA è un concetto economico-giuridico, non medico (DTF 116 V 246 consid. 1b e 110 V 273; v. pure sentenze del TF 8C_636/2010 del 17 gennaio 2011 consid. 3 e 9C_529/2008 del 18 maggio 2009). In base all'art. 16 LPGA, applicabile in virtù del rinvio di cui all' art. 28a cpv. 1 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). In altri termini, l'assicurazione svizzera per l'invalidità risarcisce 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.

7.

7.1 Per quanto attiene alle regole che reggono la procedura di nuova domanda di rendita, va rilevato che qualora, nell'ambito di una prima domanda, la rendita sia stata negata perché il grado d'invalidità era insufficiente, una nuova domanda è riesaminata soltanto se l'assicurato rende verosimile che il grado d'invalidità si è modificato in misura rilevante per il diritto alle prestazioni (art. 87 cpv. 2 e 3 OAI [RS 831.201]).

7.2 La verosimiglianza richiesta dall'art. 87 cpv. 2 OAI non è la verosimiglianza preponderante altrimenti valida nel diritto delle assicurazioni sociali. Il grado della prova dell'art. 87 cpv. 2 OAI è attenuato in quanto non è necessario che l'amministrazione raggiunga il convincimento, nel senso di una prova piena, che rispetto all'ultima decisione cresciuta in giudicato sia effettivamente subentrata una modifica rilevante. Basta piuttosto che sussistano almeno certi indizi a favore della circostanza invocata, fermo restando comunque la possibilità che la modifica invocata venga poi smentita da un più attento esame successivo (cfr. sentenza del TF 9C_68/2007 del 19 ottobre 2007 consid. 4.4 con riferimenti). Adita con una nuova domanda, l'amministrazione comincerà con l'esaminare se le allegazioni dell'assicurato sono, in maniera generale, plausibili. Se ciò non dovesse essere il caso, potrà di principio liquidare l'istanza senza ulteriori indagini con un

rifiuto di entrata nel merito. A tal proposito occorre precisare che quanto più breve è il tempo trascorso dalla decisione precedente, tanto più rigorosamente l'amministrazione apprezzerà la plausibilità delle allegazioni dell'assicurato. Su questo aspetto, l'amministrazione dispone di un certo potere d'apprezzamento che il giudice è di principio tenuto a rispettare (cfr. sentenza del TF 8C_947/2011 del 27 gennaio 2012 consid. 3.2; TF 9C_667/2010 del 28 aprile 2011 consid. 2.1 e 2.2 nonché relativi riferimenti; DTF 109 V 108 consid. 2b pag. 114; cfr. pure SVR 2003 IV no. 25 pag. 76 consid. 2.2).

7.3 Se l'amministrazione entra nel merito della domanda deve esaminare la fattispecie da un punto di vista materiale e, in particolare, verificare se la modifica del grado di invalidità si è effettivamente realizzata (DTF 109 V 115). Peraltro, nell'ipotesi in cui l'autorità inferiore è entrata nel merito di una domanda di rendita il giudice non deve esaminarne la legittimità (DTF 133 V 108 consid. 5.2 e 109 V 108 consid. 2b).

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

8.

8.1 Al fine di poter graduare l'invalidità, l'amministrazione (o il giudice in caso di ricorso) deve disporre di documenti rassegnati dal medico o eventualmente da altri specialisti, il compito del medico consistendo nel porre un giudizio sullo stato di salute, nell'indicare in quale misura e in quali attività l'assicurato è incapace al lavoro come pure nel fornire un importante elemento di giudizio per determinare quale sforzo si può ancora esigere da un assicurato, tenuto conto della sua situazione personale (DTF 125 V 256 consid. 4 pag. 261; 115 V 133 consid. 2 pag. 134; 404 consid. 2; 114 V 310 consid. 3c pag. 314; 105 V 156 consid. 1 pag. 158).

8.2 Spetta in seguito al consulente professionale, avuto riguardo alle indicazioni sanitarie, valutare quali attività professionali siano concretamente ipotizzabili (sentenza del TF 9C_13/2007 del 31 marzo 2008 consid. 3).

8.3 In particolare per quanto concerne le perizie giudiziarie la giurisprudenza ha stabilito che il giudice non si scosta senza motivi imperativi dalla valutazione degli esperti, il cui compito è quello di mettere a disposizione

del tribunale le proprie conoscenze specifiche e di valutare, da un punto di vista medico, una certa fattispecie. Ragioni che possono indurre il giudice a non fondarsi su un tale referto sono ad esempio la presenza di affermazioni contraddittorie nella perizia stessa oppure l'esistenza di altri rapporti in grado di inficiarne la concludenza. In tale evenienza, la Corte giudicante può disporre una superperizia oppure scostarsi, senza necessità di ulteriori complementi, dalle conclusioni del referto peritale giudiziario (DTF 125 V 351 consid. 3b/aa pag. 353 con rinvii).

8.4 Quanto alla valenza probatoria di un rapporto medico, determinante, secondo la giurisprudenza, è che i punti litigiosi importanti siano stati oggetto di uno studio approfondito, che il rapporto si fondi su esami completi, che consideri parimenti le censure espresse, che sia stato approntato in piena conoscenza dell'incarto (anamnesi), che la descrizione del contesto medico sia chiara e che le conclusioni del perito siano ben motivate. Determinante quindi per stabilire se un rapporto medico ha valore di prova non è tanto né l'origine del mezzo di prova, né la denominazione, ad esempio, quale perizia o rapporto (DTF consid. 6.2.4 pag. 270; 134 V 231 consid. 5.1 pag. 232; 125 V 351 consid. 3a pag. 352; 122 V 157 consid. 1c pag. 160; HANS-JAKOB MOSIMANN, Zum Stellenwert ärztlicher Beurteilungen, in: Aktuelles im Sozialversicherungsrecht, 2001, pag. 266). Nella sentenza pubblicata in VSI 2001 pag. 106 segg. questa Corte ha però ritenuto conforme al principio del libero apprezzamento delle prove (art. 40 PC e art. 19 PA, art. 95 cpv. 2, art. 113 e 132 OG) definire delle direttive in relazione alla valutazione di determinate forme di rapporti e perizie.

8.5 In presenza di rapporti medici contraddittori il giudice non può inoltre evadere la vertenza senza valutare l'intero materiale e indicare i motivi per cui si fonda su un rapporto piuttosto che su un altro (sentenza del Tribunale federale delle assicurazioni I 673/00 dell'8 ottobre 2002). Al riguardo va tuttavia precisato che non si può pretendere dal giudice che raffronti i diversi pareri medici e parimenti esponga correttamente da un punto di vista medico, come farebbe un perito, i punti in cui si evidenziano delle carenze e qual è l'opinione più adeguata (SVR 2000 UV no. 10 pag. 35 consid. 4b).

9.

9.1 Nel caso in esame il SMR ha dedotto le diagnosi dagli atti medici trasmessi dall'assicurato pendente causa amministrativa e di ricorso. Dall'E 213 del 28 settembre 2015 (doc. 92) risulta che l'assicurato soffre di esiti di pregresso intervento di posizionamento di cage intersomatico fra L4/L5

per ernia discale recidiva (1995/1996) e di recente intervento di microdiscectomia e stabilizzazione vertebrale con cage C6-C7 per stenosi canale eseguito nell'aprile 2015 (consid. B.c e B.d).

9.2 Per quanto riguarda i referti esibiti in sede di ricorso, dalla perizia del Dott. I. _____ (medico legale) del 27 febbraio 2016, risultano delle alterazioni oggettivamente constatate con TAC dell'8 febbraio 2016 ed elettromiografia del 24 febbraio 2016, che impongono uno stato invalidante del 50-55%. Dal canto suo il referto neurologico del 10 febbraio 2016 del Dott. J. _____ sottolinea l'esistenza di una paraipostenia agli arti inferiori (cioè difficoltà di deambulazione), deficit della prensione bilaterale e parestesie distali ai quattro arti, con sindrome ansio-depressiva reattiva. Inoltre, il referto elettromiografico menzionato attesta poliradicolopatia bilaterale cronica C4-C5-C6 elettrofisiologicamente discreta con fulcro in C5. La relazione del Dott. G. _____, perito del Tribunale del lavoro di K. _____, del 4 maggio 2015, giudica il paziente invalido in misura dell'80% da aprile 2015 (documenti allegati al doc. TAF 1).

Le diagnosi poste non sono contestate dal ricorrente.

10.

10.1 Per quanto riguarda le conseguenze del danno alla salute sulla capacità lavorativa, va rilevato che in un primo momento, ossia fino alla data della decisione impugnata, il servizio medico dell'UAIE, ha negato l'esistenza di un grado d'incapacità di lavoro di rilievo. Infatti, il Dott. D. _____ il 3 ottobre 2015 (doc. 103) ha dichiarato che: "come spesso capita non è disponibile la documentazione richiesta. Comunque si deve prendere atto che l'intervento alla colonna cervicale non è stato effettuato (recte lo è stato nell'aprile 2015, doc. 92) e l'assicurato segue una terapia ambulatoriale. Intanto rimane inabile al lavoro abituale, mentre ritengo esigibile all'80% un lavoro leggero".

Alla luce delle dichiarazioni succitate verosimilmente al Dott. D. _____ non erano ancora stati sottoposti i documenti relativi all'intervento alla colonna cervicale dell'aprile 2015, sebbene nella numerazione dell'incarto risultano registrati precedentemente.

Con il secondo rapporto (23 ottobre 2015, doc. 105) il medico prende presumibilmente atto di questa nuova documentazione, da cui si deduce l'esecuzione dell'intervento chirurgico cervicale dell'aprile 2015, ribadisce tuttavia il grado d'incapacità di lavoro del 20% in attività sostitutive.

10.2 E' solamente in sede ricorsuale che il medico dell'UAIE, alla luce della documentazione esibita e sopra menzionata (allegati al doc. TAF 1) modifica la propria opinione. Nel rapporto del 24 maggio 2016 (doc. TAF 12 C), il medico rileva in particolare che "la documentazione medica è completa. Comunque bisogna riconoscere che in questo caso è stato un puzzle in quanto nessun rapporto da solo riporta un quadro completo della situazione clinica. Come elemento clinico riportato nuovamente (dopo che l'E213 del 28 settembre 2015 non ne faceva cenno) è un deficit di prensione a livello delle mani, che è un impedimento funzionale importante per un lavoro leggero. Come ulteriore conferma viene dimostrata (attraverso l'elettromiografia n.d.r.) una radicolopatia polidistrettuale partendo dalla colonna cervicale". Il medico precisa che "bisogna riconoscere che il rapporto E 213 di settembre 2015 non ha preso sufficientemente atto dei disturbi neuromotori, specialmente degli arti superiori, per cui devo correggere l'incapacità lavorativa per un lavoro confacente, che è del 50% dal 10 dicembre 2013" (si confronti in tal senso il rapporto dettagliato del Dott. I. _____ del 27 febbraio 2016).

L'amministrazione ha condiviso il parere del Dott. D. _____.

10.3 Alla luce di quanto sopra esposto le conclusioni del medico SMR risultano motivate, comprensibili e convincenti. Egli ha in particolare spiegato per quali motivi l'incapacità lavorativa, alla luce della nuova documentazione, va considerata pari al 50% in attività adeguate e non all'80% come indicato in precedenza. Sulla base degli ultimi accertamenti consegnati ad atti, in particolare dei disturbi neuromotori degli arti superiori non riportati nell'E 213 del settembre 2015, è emerso che la patologia comporta un deficit di prensione a livello delle mani. Appare pertanto giustificato concludere che l'assicurato può svolgere attività di sostituzione soltanto al 50% come del resto sempre da lui sostenuto, tramite i suoi medici (doc. TA1, allegati).

10.4 Interpellato sulla proposta dell'UAIE formulata in sede di risposta del 14 giugno 2016 (doc. TAF 12 A) di riconoscere un grado d'incapacità di lavoro del 50% dal dicembre 2013 (con evento assicurato al 10 dicembre 2014, art. 28 cpv. 1 lett. b LAI) e dopo il calcolo economico, da cui risulta un grado d'invalidità del 57,66% (doc. TAF 12 F), una rendita di invalidità con effetto dal 1° agosto 2015 (sei mesi dopo la presentazione della domanda), non ha risposto.

10.5 Il collegio giudicante non dispone di eventuali argomentazioni posteriori alla nuova proposta dell'UAIE per rivedere o porre in dubbio il grado

d'incapacità di lavoro dell'interessato. Vero è che sia il Dott. G._____, autore della perizia del 4 maggio 2015 all'intenzione del Tribunale di K._____, Sezione del lavoro (doc. TAF 1), che il Dott. I._____, autore di una perizia del 27 febbraio 2016, sostengono l'esistenza di un'incapacità di lavoro (o invalidità secondo il diritto italiano) di oltre i due terzi. Detti medici, tuttavia procedono a delle valutazioni non conosciute dal diritto svizzero. In particolare il Dott. G._____ parla di invalidità dell'80% facendo la somma con una non meglio precisata formula scalare. Parimenti, il Dott. I._____ riprende tale metodo. Il concetto d'invalidità non essendo il medesimo in vigore nei due Stati, è opportuno e necessario aderire alla valutazione globale espressa dal Dott. D._____, medico tenuto ad applicare le basi valutative dell'invalidità in vigore nel diritto svizzero e solo nella specie applicabili (cfr. consid. 3).

11.

Come da proposta dell'UAIE del 14 giugno 2016 (doc. TAF 12 A), l'inizio della incapacità di lavoro deve essere fatto risalire al 10 dicembre 2013 (rapporto neurochirurgico, doc. 21 da cui è emersa una recidiva di ernia discale L4-L5, poi operata nel febbraio 2014, rapporti del Dott. D._____, doc. TAF 12 C, doc. 103, 105). L'evento assicurato è sorto un anno dopo (art. 28 cpv. 2 LAI), ossia nel dicembre 2014. Tuttavia, la data di presentazione della domanda di rendita determina l'inizio del diritto alla prestazione nel senso che esso avviene, al più presto, dopo sei mesi dal suo deposito (art. 29 cpv. 1 LAI). La domanda è stata formulata il 6 febbraio 2015 (doc. 32, 33); il diritto alla rendita dell'assicurazione svizzera per l'invalidità (versamento) sorge quindi il 1° agosto 2015 (cfr. anche art. 29 cpv. 3 LAI).

12.

12.1 L'invalidità è un concetto economico e non medico. Il Tribunale deve quindi analizzare se il calcolo comparativo dei redditi, nella nuova versione di cui al doc. TAF 12 F del 6 giugno 2016, è corretto.

12.2 L'invalidità è determinata stabilendo il rapporto fra il reddito del lavoro che l'assicurato conseguirebbe dopo la manifestazione dell'invalidità e dopo l'esecuzione di eventuali provvedimenti d'integrazione nell'esercizio di un'attività lucrativa ragionevolmente esigibile da lui in condizioni normali del mercato del lavoro e il reddito che potrebbe conseguire se non fosse diventato invalido (art. 16 LPG).

12.3 Per determinare il reddito ipotetico conseguibile dalla persona assicurata senza il danno alla salute (reddito da valido), occorre stabilire

quanto la stessa, nel momento determinante (corrispondente alla decorrenza dell'eventuale diritto alla rendita), guadagnerebbe secondo il grado di verosimiglianza preponderante quale persona sana, tenuto conto delle sue capacità professionali e delle circostanze personali. Tale reddito dev'essere determinato il più concretamente possibile. Di regola ci si fonderà sull'ultimo reddito che la persona assicurata ha conseguito prima del danno alla salute, se del caso adeguandolo all'evoluzione dei salari. Soltanto in presenza di circostanze particolari ci si potrà scostare da questo valore e ricorrere ai dati statistici risultanti dall'ISS (v. DTF 134 V 322 consid. 4.1 pag. 325; 129 V 222 consid. 4.3.1 pag. 224 con riferimenti). Questo sarà in particolare il caso qualora dovessero mancare indicazioni riguardanti l'ultima attività professionale dell'assicurato o se l'ultimo salario da lui percepito non corrispondesse manifestamente a quello che egli sarebbe stato in grado di conseguire con ogni verosimiglianza in qualità di persona valida; per esempio se l'assicurato, prima di essere riconosciuto definitivamente incapace al lavoro, si trovava in disoccupazione o aveva già delle difficoltà professionali a causa del deterioramento progressivo del suo stato di salute o ancora percepiva una remunerazione inferiore alle usuali norme salariali. Entra ugualmente in linea di conto la situazione in cui il posto di lavoro della persona assicurata prima dell'insorgenza del danno alla salute non esiste più al momento determinante della valutazione dell'invalidità (DTF 134 V 322 consid. 4.1 pag. 325; cfr. sentenza del TF 9C_416/2010 del 26 gennaio 2011 consid. 3.2).

12.4 Nel caso in esame andrebbe di principio tenuto conto del reddito da valido percepito dall'assicurato nell'ultima attività svolta in Italia (consid. B.b). Tuttavia l'UAIE, nel calcolo comparativo dei redditi effettuato il 13 giugno 2016 (doc. TAF 12 F) ed anche in quello eseguito il 12 novembre 2015 (doc. 106), ha precisato di essersi fondata sui dati emanati dall'Ufficio federale di statistica (UFS), in quanto metodologia nota. Quindi, eccezionalmente, l'amministrazione ha effettuato il calcolo comparativo dei redditi sia per quanto concerne il salario precedente l'invalidità, che per quello successivo l'invalidità, sulla scorta delle statistiche svizzere. A questo modo di procedere si può aderire in considerazione soprattutto delle difficoltà di potersi appoggiare su statistiche incomplete e non attualizzate concernenti le retribuzioni in Italia.

12.5 L'interessato, in Svizzera, era capo squadra del settore edile nel ramo delle costruzioni di strade (doc. 10). In Italia, era attivo come autista di mezzi di cantiere per conto di terzi (doc. 67). Egli può quindi essere considerato quale operaio specializzato. Considerando quindi le statistiche (ISS)

del 2012 in Svizzera per accertare il salario che l'interessato avrebbe potuto conseguire senza il danno invalidante, risulta un introito, per un'attività del settore edile specializzata di fr. 5'874.- (inchiesta sulla struttura dei salari 2012 edita dall'Ufficio federale di statistica; Tab. TA1, salario mensile lordo –valore centrale- secondo il ramo economico e il livello di competenze, livello 2, uomini, pag. 35). Per l'orario usuale di lavoro in tale settore (41,5 ore settimanali) si ottiene un reddito mensile di fr. 6'094.28. Il tutto deve essere comunque riportato al 2015, anno d'insorgenza del diritto alla rendita d'invalidità (DTF 128 V 174 e 129 V 222). Sulla scorta dell'indice dei salari nominali valido per gli uomini fra il 2011-2015 (tav. T1.1.10, edita dall'UFS), categoria costruzioni (41-43), ne consegue un reddito mensile da valido indicizzato al 2015 di fr. 6'459.43 ($6'094.28 \times 102.3\% \times 102.8\% \times 102.5\% / 101.7\%$).

Per stabilire il salario da invalido vanno considerate le statistiche riguardanti le retribuzioni per attività leggere, semplici (non richiedenti una particolare formazione). Nel 2012 tali attività comportavano un introito mensile di fr. 5'210.-, riportato ad un tempo di lavoro ordinario di 41,7 ore settimanali, comporta un guadagno di fr. 5'431,43. Per il 2015 applicando la medesima tavola, ma senza riferirsi a una categoria particolare (tav. T1.1.10, uomini, 2011-2015, categoria totale [05-96]) si attinge il livello di fr. 5'847.05 ($5'431.43 \times 102.5\% \times 103.2\% \times 103.5\% / 101.7\%$). Svolta al 50%, questa attività comporta un reddito mensile di fr. 2'923.53.

12.6 Questo introito teorico può essere ridotto per tenere conto dei fattori personali dell'assicurato (DTF 126 V 75). In ossequio alla giurisprudenza federale, occorre esaminare le circostanze specifiche del caso concreto, segnatamente le limitazioni addebitabili al danno alla salute, età, anni di servizio, nazionalità e tipo di permesso di dimora, grado d'occupazione, cfr. DTF 126 V 75 consid. 5b/bb in fine e sentenza del TF 9C_751/2011 del 30 aprile 2012 consid. 4.2.1) e, se del caso, procedere ad una riduzione percentuale del salario statistico medio, tenendo presente che occorre applicare dei multipli di 5 fino ad un massimo del 25% (sentenza del TF 9C_179/2013 del 26 agosto 2013; l'applicazione di tassi più frazionati si rivelerebbe problematica; cfr. ULRICH MEYER, Bundesgesetz über die Invalidenversicherung [IVG] in: MURER/STAUFFER [ed.], Rechtsprechung des Bundesgerichts zum Sozial-versicherungsrecht, 2a ed., 2010, pag. 314).

Nell'ambito dell'applicazione di tale riduzione per fattori personali, l'amministrazione gode di un'ampia autonomia di giudizio che il giudice può rivedere solo in casi particolari. Il giudice delle assicurazioni sociali non può,

senza motivo pertinente, sostituire il proprio apprezzamento a quello dell'amministrazione. Se lo fa, deve motivare in modo appropriato che una diversa valutazione s'impone. Inoltre, la deduzione non va effettuata automaticamente, ma solo se nel singolo caso sussistono elementi che lascino presagire che la persona assicurata, a causa di una o più di queste circostanze, ben difficilmente riuscirà a sfruttare la sua capacità di lavoro (DTF 137 V 71 consid. 5.2).

12.6.1 Nel caso in esame l'amministrazione nel calcolo del 13 giugno 2016 ha operato una deduzione complessiva del 5%. L'UAIE nella risposta di causa adduce quali motivi l'età e i limiti fisici. Nel raffronto dei redditi allegato viene aggiunto che "fissando l'esigibilità delle attività alternative leggere al 50% il servizio medico ha già preso in conto gli effetti limitanti" (doc. TAF 12A, 12 F).

12.6.2 Nel calcolo precedentemente svolto il 13 novembre 2015 (doc. 106) l'amministrazione aveva per contro applicato una riduzione del 10% (doc. 106/1), adducendo la medesima motivazione. In simili condizioni la deduzione operata dall'amministrazione non può essere ripresa automaticamente nel nuovo calcolo.

Al riguardo va rilevato che conformemente alla giurisprudenza sopracitata (DTF 126 V 75) la deduzione del salario statistico da invalido deve permettere di avvicinarsi il più possibile al salario che l'interessato potrebbe effettivamente percepire da invalido: quindi è necessario procedere a una nuova valutazione della riduzione del salario da invalido ogni qualvolta che si procede ad un raffronto dei redditi.

12.6.3 In concreto, la deduzione apportata nel calcolo del 13 giugno 2016 (doc. TAF 12 F) non appare adeguata, così come non lo è quella del 2015 (doc. 106). In primo luogo non è stato spiegato il motivo per cui dal 10% la deduzione è passata al 5%. La deduzione per età non è inoltre giustificata, in quanto al momento della decisione impugnata l'assicurato aveva soltanto 51 anni. Vero è che non sono sempre ammesse riduzioni per motivi legati a limitazioni funzionali e riduzione del rendimento, se tali elementi sono già ampiamente considerati nell'analisi medica, come nel caso di specie. Tuttavia una deduzione del 10% è ammessa dalla giurisprudenza in quei casi in cui la persona assicurata svolge da sempre attività pesanti e a causa del danno alla salute è in grado di svolgere soltanto attività leggere in assenza di una formazione professionale particolare (le attività a cui fa riferimento il dato statistico inoltre si riferiscono non solo ad attività leggere ma anche ad attività pesanti, di regola meglio remunerate, si confronti in

proposito sentenza del TF 9C_179/2013 del 26 agosto 2013 consid. 5.7). Inoltre una riduzione è ammessa anche nel caso in cui non sia più possibile esercitare un'attività a tempo pieno (sentenza del TF 8C_709/2008 del 3.4.2009 consid. 9.2). In simili condizioni una deduzione del 15% dev'essere ammessa in concreto (si confronti per un caso analogo sentenza del TF 9C_179/2013 del 26 agosto 2013).

12.7 Ne consegue che, riducendo il salario statistico da invalido di fr. 2'923.53 del 15%, si ottiene un importo di fr. 2'485.00.

12.8 Il confronto fra il reddito privo d'invalidità di fr. 6'459.43 ed un introito teorico dopo l'insorgenza dell'invalidità di fr. 2'485.00, causa una perdita di guadagno del 61.53% (arrotondato al 62%; DTF 130 V 121, consid. 3.2 e seg., ribadita in un caso analogo anche nella DTF 133 V 545 consid. 6.1), tasso che comporta il riconoscimento del diritto a tre quarti di rendita dell'assicurazione svizzera per l'invalidità.

13.

13.1 In queste circostanze, il ricorso dev'essere parzialmente accolto e la decisione impugnata annullata. A._____ ha diritto al versamento di tre quarti di rendita dell'assicurazione svizzera per l'invalidità a decorrere dal 1° agosto 2015.

13.2 Visto l'esito del ricorso, non si prelevano spese processuali. L'anticipo spese di fr. 809,04 versato dal ricorrente in due riprese (doc. TAF 4 e 9) gli viene restituito una volta che la presente sentenza sarà cresciuta in giudicato.

14.

In base all'art. 64 PA, l'autorità di ricorso, se ammette il ricorso in tutto o in parte, può assegnare al ricorrente un'indennità per le spese indispensabili e relativamente elevate che ha sopportato. Nel caso in esame, visti gli art. 7 cpv. 1, 8, 9 cpv. 1, 10 cpv. 1 e 2, 14 cpv. 1 e 2 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), vista la memoria di ricorso, si giustifica riconoscere alla parte ricorrente un'indennità forfettaria di fr. 2'000.-, che viene posta a carico dell'UAIE intimato.

Per questi motivi, il Tribunale amministrativo federale pronuncia:

1.

Il ricorso è parzialmente accolto e la decisione impugnata annullata. A._____ ha diritto a tre quarti di rendita d'invalidità dell'assicurazione svizzera per l'invalidità a decorrere dal 1° agosto 2015.

2.

L'incarto è trasmesso all'amministrazione per stabilire l'ammontare della rendita.

3.

Non si prelevano spese processuali. L'anticipo di fr. 809,04 versato dal ricorrente gli viene restituito al momento della crescita in giudicato della presente sentenza.

4.

Alla parte ricorrente viene riconosciuta un'indennità per spese ripetibili di fr. 2'000.-, la quale è posta a carico dell'Ufficio AI intimato.

5.

Comunicazione a:

- rappresentante del ricorrente (raccomandata con avviso di ricevimento)
- autorità inferiore (n. di rif. [...]); raccomandata)
- Ufficio federale delle assicurazioni sociali, Berna (raccomandata)

La presidente del collegio:

Il cancelliere:

Michela Bürki Moreni

Luca Rossi

Rimedi giuridici:

Contro la presente decisione può essere interposto ricorso in materia di diritto pubblico al Tribunale federale, Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerna, entro un termine di 30 giorni dalla sua notificazione (art. 82 e segg., 90 e segg. e 100 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: