



Corte III
C-3063/2022

Sentenza del 22 marzo 2023

Composizione

Giudici Michela Bürki Moreni (presidente del collegio),
Caroline Gehring, Regina Derrer,
cancelliere Graziano Mordasini.

A. _____,
patrocinato dall'avv. Flavia Marone,
ricorrente,
contro

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

Oggetto

assicurazione invalidità, rendita limitata nel tempo
e rifiuto di concedere provvedimenti professionali
(decisione del 9 giugno 2022).

Fatti:**A.**

A.a A._____, cittadino italiano, nato il (...) 1990, celibe, senza figli, residente in Italia, frontaliere, ha lavorato in Svizzera dal 19 aprile 2010 in qualità di assemblatore di macchine a elettroerosione presso lo stesso datore di lavoro (doc. 3 pag. 3-11, 9 pag. 28-37, 11 pag. 42-45, 12 pag. 46-49 dell'incarto dell'Ufficio dell'assicurazione per l'invalità per gli assicurati residenti all'estero [UAIE]).

A.b Egli ha interrotto definitivamente l'attività lavorativa in seguito alle conseguenze di un infortunio non professionale al piede sinistro verificatosi il 5 dicembre 2019 (doc. 1 dell'incarto della SUVA). L'infortunio è stato assunto dall'assicuratore infortuni che ha erogato indennità giornaliera intere dal 6 dicembre 2019 al 13 giugno 2021 (doc. SUVA 169). Il datore di lavoro ha disdetto il contratto con effetto al 30 aprile 2021 (doc. SUVA 117).

B.

B.a In data 13/15 maggio 2020 l'assicurato ha formulato all'Ufficio dell'assicurazione invalidità del Cantone B._____ (Ufficio AI) una domanda volta al conseguimento di prestazioni dell'assicurazione svizzera per l'invalità, prevalendosi di un'incapacità lavorativa totale dal 5 dicembre 2019 (doc. UAIE 3).

B.b Ai fini istruttori l'amministrazione ha assunto agli atti l'incarto della SUVA (atti relativi al periodo da giugno 2020 a ottobre 2021), segnatamente i rapporti, all'attenzione dell'assicuratore infortuni, del dott. C._____, specialista in chirurgia ortopedica ed ortopedia presso la clinica D._____ di E._____, relativi al periodo giugno 2020-settembre 2021 (doc. SUVA 54, 60, 68, 76, 85, 93, 107, 129, 150, 159, 173), quelli del dott. F._____, medico SUVA, specialista in chirurgia ortopedica, di data intercorrente tra il luglio 2020 e il novembre 2020 (doc. SUVA 61, 72, 88), il rapporto del 19 agosto 2020 della dott.ssa G._____, specialista in medicina interna generale e in terapia interventistica del dolore (doc. SUVA 71), quello del dott. H._____, specialista in reumatologia e medicina interna, del 19 ottobre 2020 (doc. SUVA 89), i rapporti di visita medica circondariale SUVA del dott. I._____, specialista in chirurgia ortopedica e traumatologica dell'apparato locomotore, relativi al periodo febbraio-ottobre 2021 (doc. SUVA 109, 120, 149, 151, 175), nonché il referto radiologico del 23 giugno 2020 (doc. SUVA 58).

B.c L'amministrazione si è inoltre fondata, oltre che sul questionario per il datore di lavoro del 25 maggio 2020 (doc. UAIE 9), sui numerosi rapporti del dott. L. _____, medico chirurgo (medico di famiglia), su quello della dott.ssa M. _____, la cui specializzazione non è nota, del 5 dicembre 2019 (doc. UAIE 51 pag. 130-131), sui rapporti dei dott.ri N. _____ del 23 gennaio 2020 (doc. UAIE 72 pag. 165) e O. _____ del 29 aprile 2020 (doc. UAIE 2 pag. 2), entrambi specialisti in ortopedia, su quello del 17 luglio 2020 del dott. P. _____, specialista in fisiatria (doc. UAIE 69 pag. 402), sui rapporti del dott. Q. _____, specialista in ortopedia e traumatologia, del 17 gennaio 2022 (doc. UAIE 32 pag. 76-77) e 25 gennaio 2022 (doc. UAIE 30 pag. 72-74), nonché sui referti radiologici del 5 dicembre 2019 (doc. UAIE 50 pag. 129) e del 21 gennaio 2020 (doc. UAIE 71 pag. 166).

B.d Con rapporto finale del 10 febbraio 2022 (doc. UAIE 35 pag. 81-84) la dott.ssa R. _____, medico del servizio medico regionale (SMR), specialista in medicina del lavoro, fondandosi in particolare sul rapporto di visita medica circondariale SUVA del 7 giugno 2021 del dott. I. _____ (doc. SUVA 151), ha attestato un'incapacità lavorativa totale dal 5 dicembre 2019 al 1° giugno 2021, mentre dal giorno successivo una capacità lavorativa del 100%, in entrambi i casi in ogni attività.

B.e

B.e.a Nel frattempo, con decisione del 5 agosto 2021 (doc. SUVA 165) la SUVA ha ritenuto ripristinata la capacità lavorativa nella misura del 100% a partire dal 14 giugno 2021. Esso ha pertanto sospeso l'erogazione delle indennità giornaliere con effetto da tale data. Il 10 novembre 2021 (doc. SUVA 190) l'assicuratore infortuni ha inoltre rifiutato il riconoscimento di un'indennità per menomazione dell'integrità (IMI). Non si è infine espresso su un eventuale diritto alla rendita.

B.e.b Mediante decisione su opposizione del 6 dicembre 2021 (doc. SUVA 201), passata incontestata in giudicato (doc. UAIE 36 pag. 85), la SUVA ha respinto le opposizioni dell'assicurato del 10 settembre e 22 novembre 2021 (doc. SUVA 171 e 194) e confermato le succitate decisioni.

C.

C.a Mediante progetto di decisione dell'11 marzo 2022 l'Ufficio AI ha ripreso le conclusioni del SMR quo alla capacità lavorativa dell'assicurato e

prospettato il riconoscimento di una rendita intera di invalidità dal 1° dicembre 2020 al 30 giugno 2021, fissando un grado di invalidità del 100%, mentre ha respinto la domanda dal 1° luglio 2021, alla luce di un grado di invalidità dello 0%. L'Ufficio AI ha inoltre ritenuto non adempiuti i presupposti per il riconoscimento del diritto a provvedimenti professionali (doc. UAIE 40 pag. 89-95).

C.b Il 13 aprile 2022, per il tramite dell'avv. Flavia Marone, l'assicurato ha contestato il progetto di decisione prevalendosi di un peggioramento dello stato di salute. Egli ha altresì postulato un completamento istruttorio tramite l'esperimento di una nuova valutazione medica da parte di un perito di fiducia dell'Ufficio AI (doc. UAIE 42 pag. 97-98).

C.c Con decisione del 9 giugno 2022 (doc. UAIE 45 pag. 110-122) l'UAIE, riprendendo le argomentazioni e le conclusioni del progetto di decisione dell'11 marzo 2022 (consid. C.a), ha attribuito una rendita intera di invalidità dal 1° dicembre 2020 al 30 giugno 2021 e respinto la domanda dal 1° luglio 2021. L'amministrazione ha poi ribadito che non erano previsti provvedimenti d'ordine professionale.

D.

D.a Il 13 luglio 2022, sempre per il tramite dell'avv. Flavia Marone, A. _____ ha interposto ricorso dinanzi al Tribunale amministrativo federale contro la suddetta decisione, chiedendo di essere posto al beneficio di provvedimenti di integrazione professionale. Egli ha inoltre postulato il riconoscimento di una rendita intera d'invalidità a decorrere dal 15 maggio 2020 almeno fino al termine del percorso di riqualifica professionale e in ogni caso fino al raggiungimento della totale capacità lavorativa. A sostegno delle proprie allegazioni l'insorgente ha prodotto segnatamente documentazione medica già agli atti (doc. TAF 1 e allegati). Delle motivazioni si dirà nei considerandi di diritto (consid. 6.3.1).

D.b Con decisione incidentale del 25 agosto 2022 la giudice dell'istruzione ha respinto la domanda di assistenza giudiziaria e di gratuito patrocinio formulata dal ricorrente nel gravame (doc. TAF 8).

D.c In data 29 settembre 2022 l'assicurato ha versato l'anticipo spese di fr. 800.- (doc. TAF 12).

E.

Mediante risposta del 22 novembre 2022 (doc. TAF 16) l'UAIE, richiamata

la presa di posizione dell'Ufficio AI del 17 novembre precedente (allegato al doc. TAF 16), ha proposto la reiezione del ricorso e la conferma della decisione impugnata. Del contenuto del memoriale si dirà, se necessario, nei considerandi di diritto (consid. 6.3.2).

F.

Con replica del 13 gennaio 2023 (doc. TAF 19) l'insorgente si è riconfermato nelle argomentazioni esposte nel ricorso, producendo documentazione relativa ad una ricerca di impiego (allegato al doc. TAF 19).

G.

Invitata il 19 gennaio 2023 a prendere posizione in merito alla vertenza (doc. TAF 21), con scritto del 26 gennaio 2023 (doc. TAF 23) – trasmesso alle parti il 2 febbraio seguente (doc. TAF 24) – con riferimento al regolamento la Cassa Pensione S._____ ha precisato di essere tenuta a versare una rendita di invalidità dal momento del riconoscimento di tale diritto da parte dell'assicurazione invalidità. Essa ha altresì precisato di non aver versato alcuna rendita al ricorrente, in quanto la SUVA ha erogato indennità giornaliera fino a fine giugno 2021 (recte: fino al 13 giugno 2021).

H.

Tramite duplice del 14 febbraio 2023 (doc. TAF 25), notificata all'assicurato il 22 febbraio seguente (doc. TAF 26), l'UAIE, richiamata la presa di posizione dell'Ufficio AI del 9 febbraio 2023 (allegato al doc. TAF 25), ha proposto la reiezione del ricorso e la conferma della decisione impugnata.

Diritto:

1.

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

1.2 Secondo l'art. 3 lett. d^{bis} PA, a cui rinvia l'art. 37 LTAF, la procedura in materia di assicurazioni sociali non è disciplinata dalla PA, nella misura in cui è applicabile la 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 In concreto, il ricorso è ammissibile nella misura in cui è stato presentato tempestivamente e nel rispetto dei requisiti previsti dalla legge e l'acconto spese è stato pagato (art. 59 e 60 LPGA, nonché l'art. 52 cpv. 1 e l'art. 63 cpv. 4 PA).

2.

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

3.

3.1 Il 1° gennaio 2022, sono entrate in vigore le modifiche del 19 giugno 2020 della LAI e della LPGA (Ulteriore sviluppo dell'AI; RU 2021 705; FF 2017 2191) e le modifiche del 3 novembre 2021 dell'OAI (RU 2021 706). Dal profilo temporale, con riserva di disposizioni particolari di diritto transitorio, sono applicabili le disposizioni in vigore al momento della realizzazione dello stato di fatto che deve essere valutato giuridicamente o che produce conseguenze giuridiche (DTF 146 V 364 consid. 7.1; 144 V 210 consid. 4.3.1; 143 V 446 consid. 3.3; 139 V 335 consid. 6.2; 138 V 475

consid. 3.1). 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 dalla loro entrata in vigore (applicazione pro rata temporis; DTF 130 V 445).

3.2 Nel caso in esame essendo contestato il diritto ad una rendita intera dopo il 30 giugno 2021, salvo indicazione contraria, si applicano di principio le modifiche legislative di cui alla 6^a revisione della LAI entrate in vigore il 1° gennaio 2012 e le successive modifiche (RU 2011 5659; FF 2010 1603), entrate in vigore fino alla data della decisione impugnata (si confronti tuttavia in proposito il tenore delle disposizioni transitorie della modifica revisione summenzionata [RU 2021 705; FF 2017 2191], entrata in vigore il 1° gennaio 2022, in particolare per gli assicurati che a questa data non avevano ancora compiuto 55 anni, segnatamente la lett. b secondo cui i beneficiari di rendita il cui diritto è nato prima dell'entrata in vigore della suddetta modifica continuano a beneficiare della rendita precedente fintantoché il loro grado di invalidità non subisce una modificazione secondo l'art. 17 cpv. 1 LPGa).

4.

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 pronunciata e quindi il 9 giugno 2022 (DTF 132 V 215 consid. 3.1.1; 130 V 445 consid. 1.2). Tiene tuttavia conto dei fatti verificatisi dopo tale data quando essi possano imporsi quali elementi d'accertamento retrospettivo della situazione anteriore alla decisione stessa (DTF 129 V 1 consid. 1.2 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 pronunciata (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 consid. 3a in fine).

5.

Il ricorrente è cittadino di uno Stato membro della Comunità europea e risiede in Italia, vi è inoltre un elemento transfrontaliero, avendo l'interessato lavorato in Svizzera (DTF 143 V 81 consid. 8.3 con rinvii, 143 II 57 e 141 V 521 consid. 4.3.2 nonché, tra le altre, le sentenze della CGUE del 5 maggio 2011 C-434/09 McCarthy, punto 45, e dell'11 ottobre 2001 C-95/99 a

98/99 e C-180/99 Khalil et aliud, punto 69), per cui è applicabile, di principio, l'ALC (RS 0.142.112.681) ed il relativo Allegato II che regola il coordinamento dei sistemi di sicurezza sociale. L'allegato II ALC prevede in particolare che le parti contraenti applicano tra di loro, dal 1° aprile 2012, il regolamento (CE) n. 883/2004 del Parlamento europeo e del Consiglio del 29 aprile 2004 (RS 0.831.109.268.1) relativo al coordinamento dei sistemi di sicurezza sociale, con le relative modifiche, e il regolamento (CE) n. 987/2009 del Parlamento europeo e del Consiglio del 16 settembre 2009 (RS 0.831.109.268.11) che stabilisce le modalità di applicazione del regolamento (CE) n. 883/2004 (art. 1 cpv. 1 Allegato II ALC in relazione con la Sezione A dell'Allegato II ALC). Il Regolamento (CE) n. 883/2004 è stato ulteriormente modificato dai regolamenti (UE) n. 1244/2010 (RU 2015 343), n. 465/2012 (RU 2015 345) e n. 1224/2012 (RU 2015 353), applicabili nelle relazioni tra la Svizzera e gli Stati membri dell'Unione europea a decorrere dal 1° gennaio 2015. Tuttavia, anche in seguito all'entrata in vigore dell'ALC, l'organizzazione della procedura come pure l'esame delle condizioni di ottenimento di una rendita d'invalidità svizzera, sono regolate dal diritto interno svizzero (art. 46 cpv. 3 del Regolamento n. 883/2004 in relazione con l'Allegato II del regolamento medesimo; DTF 130 V 253 consid. 2.4).

6.

6.1 Oggetto impugnato è la decisione del 9 giugno 2022 con cui è stata attribuita, da un lato, una rendita intera dal 1° dicembre 2020 al 30 giugno 2021, dall'altro, con cui sono stati rifiutati provvedimenti professionali.

Litigioso è in particolare il diritto di A. _____ di percepire una rendita – in particolare una rendita intera – anche per il periodo dal 15 maggio 2020 al 30 novembre 2020, nonché dopo il 30 giugno 2021. In concreto va quindi esaminato da un lato se la situazione di salute, rispettivamente la capacità lavorativa dell'assicurato sono migliorate in misura tale, a far tempo dal 2 giugno 2021 (consid. B.d), da giustificare la soppressione della rendita dal 1° luglio 2021. Dall'altro va esaminato se è dato un diritto alla rendita prima del 1° dicembre 2020 e meglio dal 15 maggio al 30 novembre 2020 (consid. 7). Pure contestato è il rifiuto di concedere provvedimenti professionali.

6.2

6.2.1 L'insorgente contesta gli accertamenti medici su cui si è basata l'autorità inferiore, considerandoli incompleti. Fondandosi sui rapporti del dott.

C._____ del 16 giugno 2021 (doc. SUVA 159) e 27 settembre 2021 (doc. SUVA 173) e del dott. Q._____ del 17 gennaio 2022 (doc. UAIE 32) e 25 gennaio 2022 (doc. UAIE 30) egli sostiene che non sarebbe intervenuto un miglioramento dello stato di salute ma, al contrario, la patologia di cui soffre si sarebbe cronicizzata, senza possibilità di progressi. L'assicurato evidenzia altresì la necessità di una riqualifica professionale e sottolinea la difficoltà di reperire una nuova occupazione.

6.2.2 Secondo l'amministrazione per contro il rapporto SMR del 10 febbraio 2022 della dott.ssa R._____ (doc. UAIE 35), che si fonda in particolare sul rapporto di visita medica circondariale SUVA del dott. I._____ del 7 giugno 2021 (doc. SUVA 151), è fedefacente, privo di contraddizioni e tiene conto di tutte le affezioni di cui soffre l'assicurato.

7.

In via preliminare occorre evidenziare la correttezza della decorrenza del diritto alla rendita fissata dall'UAIE al 1° dicembre 2020, vale a dire alla scadenza dell'anno di attesa di cui all'art. 28 cpv. 1 lett. b LAI (l'incapacità lavorativa in seguito all'infortunio decorre infatti dal 5 dicembre 2019, consid. A.b), in relazione con il termine di attesa di sei mesi dell'art. 29 cpv. 1 LAI (che in concreto scade nel novembre 2020, essendo la domanda di rendita stata presentata il 13/15 maggio 2020, consid. B.a).

La richiesta del ricorrente tendente al riconoscimento di una rendita intera di invalidità dal 15 maggio 2020 (data della presentazione della domanda di rendita) al 30 novembre 2020 va pertanto respinta.

8.

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

8.2 L'art. 28 cpv. 1 LAI stabilisce che l'assicurato ha diritto ad una rendita 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 al 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%.

8.3 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 se è invalido per almeno il 40% (art. 28 cpv. 2 vLAI).

8.4 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 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 oggettivamente superabile.

9.

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

9.2 L'art. 88a cpv. 1 dell'ordinanza del 17 gennaio 1961 sull'assicurazione per l'invalidità (OAI; RS 831.201) prevede che se la capacità al guadagno dell'assicurato o la capacità di svolgere le mansioni consuete migliora oppure se la grande invalidità o il bisogno di assistenza o di aiuto dovuto all'invalidità si riduce, il cambiamento va considerato ai fini della riduzione o della soppressione del diritto a prestazioni dal momento in cui si può supporre che il miglioramento constatato perduri. Lo si deve in ogni caso

tenere in considerazione allorché è durato tre mesi, senza interruzione notevole, e che presumibilmente continuerà a durare. Detta norma si applica anche in caso di assegnazione retroattiva di una rendita scalare (sentenze del TF 9C_837/2009 del 23 giugno 2010 consid. 2, 9C_443/2009 del 19 agosto 2009 consid. 5, I 727/02 del 21 luglio 2005 consid. 5 nonché I 297/03 del 3 maggio 2005 consid. 1 e relativi riferimenti; cfr. pure sentenza del TAF C-1446/2011 del 27 giugno 2013 consid. 6.5 e relativi riferimenti).

9.3 Giusta l'art. 88^{bis} cpv. 2 OAI, la riduzione o la soppressione della rendita, dell'assegno per grandi invalidi o del contributo per l'assistenza è messa in atto: a) il più presto, il primo giorno del secondo mese che segue la notifica della decisione; b) retroattivamente dalla data in cui avvenne la modificazione determinante se l'erogazione indebita è dovuta all'ottenimento illecito di una prestazione da parte dell'assicurato o se quest'ultimo ha violato l'obbligo di informare, impostogli ragionevolmente dall'art. 77 OAI.

9.4 Secondo la giurisprudenza del Tribunale federale, 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 (sentenza del TF I 870/05 del 2 maggio 2007; DTF 130 V 343 consid. 3.5).

10.

10.1 In caso d'assegnazione retroattiva di una rendita scalare la data di modifica del diritto deve essere stabilita conformemente all'art. 88a OAI (RS 831.201; sentenze del TF 9C_837/2009 del 23 giugno 2010 consid. 2, 9C_443/2009 del 19 agosto 2009 consid. 5, I 727/02 del 21 luglio 2005 consid. 5 nonché I 297/03 del 3 maggio 2005 consid. 1 e relativi riferimenti; cfr. pure sentenza del TAF C-1446/2011 del 27 giugno 2013 consid. 6.5 e relativi riferimenti). Inoltre, il termine di attesa di tre mesi dell'art. 88a OAI non può iniziare a decorrere prima della nascita del diritto ad una rendita (cfr. sentenza del TF 9C_110/2014 del 13 giugno 2014).

10.2 Assegnando retroattivamente una rendita d'invalidità decrescente/crescente e/o limitata nel tempo, l'autorità amministrativa disciplina un rapporto giuridico suscettibile, in caso di contestazione, di essere oggetto della lite e dell'impugnativa. Qualora sia contestata solo la riduzione

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

11.

11.1 La nozione d'invalidità di cui all'art. 4 LAI e 8 LPGA è di carattere giuridico economico e non medico (DTF 116 V 249 consid. 1b). In base all'art. 16 LPGA, applicabile per il rinvio dell'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). 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 (metodo generale del raffronto dei redditi).

11.2 La nozione di invalidità in ambito AI coincide con quella vigente in ambito LAINF e nell'assicurazione militare (art. 16 LPGA; DTF 127 V 129 consid. 4d; 133 V 549 consid. 6). Se il danno alla salute è il medesimo, la valutazione dell'invalidità in ambito AI, LAINF e assicurazione militare dovrebbe condurre al medesimo grado di invalidità (DTF 133 V 549 consid. 6; 126 V 288 consid. 2a con rinvii). Un assicuratore non è tuttavia vincolato ad una decisione emessa da un altro ente per esempio nel caso in cui il grado di invalidità risulta da un accordo intercorso tra le parti (DTF 127 V 129 consid. 4d; 126 V 288 consid. 2a) rispettivamente si fonda su un errore di diritto (DTF 126 V 288 consid. 2a).

Se inoltre in DTF 126 V 288 il TF ha relativizzato il carattere vincolante di una valutazione dell'invalidità passata in giudicato nei confronti di un assicuratore contro gli infortuni nel senso che una determinazione differente del grado d'invalidità nell'ambito dell'assicurazione per l'invalidità entrava in linea di conto eccezionalmente e a condizione che sussistessero motivi

pertinenti, in DTF 133 V 549 il Tribunale federale (TF) ha precisato la propria giurisprudenza concludendo che la valutazione dell'invalidità da parte dell'assicurazione infortuni non vincola l'assicurazione per l'invalidità ai sensi della precedente giurisprudenza (DTF 126 V 288) e, di conseguenza, l'Ufficio AI non è legittimato a interporre opposizione, rispettivamente ricorso, contro la decisione, rispettivamente contro la decisione su opposizione, dell'assicuratore infortuni sulla questione del diritto alla rendita in quanto tale o sul grado d'invalidità (DTF 133 V 549 consid. 6; sentenza del TF 9C_903/2011 del 25 gennaio 2013 consid. 10).

11.3 In assenza di documentazione economica, la documentazione medica costituisce un importante elemento di giudizio per determinare quali lavori siano ancora esigibili dall'assicurato, ma non spetta al medico graduare il grado d'invalidità dell'assicurato (DTF 114 V 314). Infatti, per costante giurisprudenza le certificazioni mediche possono costituire importanti elementi d'apprezzamento del danno invalidante, allorché permettono di valutare l'incapacità lavorativa e di guadagno dell'interessato in un'attività da lui ragionevolmente esigibile (DTF 115 V 134 consid. 2, 114 V 314 consid. 3c).

11.4 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 134 V 231 consid. 5.1, 125 V 351 consid. 3a; HANS-JAKOB MOSIMANN, Zum Stellenwert ärztlicher Beurteilungen, in: Aktuelles im Sozialversicherungsrecht, 2001, pag. 266). Nella sentenza pubblicata in VSI 2001 pag. 106 segg. la 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 vOG) definire delle direttive in relazione alla valutazione di determinate forme di rapporti e perizie.

11.5 Infine giova ricordare che di principio deve essere considerato con la necessaria prudenza l'avviso dei medici curanti a causa dei particolari legami che intrattengono con il paziente (cfr. DTF 125 V 351 consid. 3b/cc), per cui, secondo l'esperienza comune, essi tendono generalmente, in caso

di dubbio, a pronunciarsi in favore del proprio paziente in ragione del rapporto di fiducia che lo unisce a quest'ultimo (sentenza del TF 8C_168/2018 del 6 giugno 2018).

11.6 Una valutazione medica completa, comprensibile e concludente che, considerata a sé stante in occasione di un'unica (prima) valutazione del diritto alla rendita, andrebbe ritenuta probante, non assurge a prova attendibile in caso di revisione, se non attesta in modo sufficiente in che modo rispettivamente in che misura ha avuto luogo un effettivo cambiamento nello stato di salute. Sono tuttavia riservati i casi evidenti (SVR 2012 IV n. 18 pag. 81 consid. 4.2). Dalla perizia deve quindi emergere chiaramente che i fatti con cui viene motivata la modifica sono nuovi o che i fatti preesistenti si sono modificati sostanzialmente per quanto riguarda la loro natura rispettivamente la loro entità. L'accertamento di una modifica dei fatti è in particolare sufficientemente comprovata se i periti descrivono quali aspetti concreti nell'evoluzione della malattia e nell'andamento dell'incapacità lavorativa hanno condotto alla nuova valutazione diagnostica e alla stima dell'entità dei disturbi. Le summenzionate esigenze devono trovare riscontro nel tenore delle domande poste al perito (sentenza del TF 9C_158/2012 del 5 aprile 2013; SVR 2012 IV pag. 81 consid. 4.3).

11.7

11.7.1 Per l'art. 59 cpv. 2^{bis} LAI i servizi medici regionali sono a disposizione degli uffici AI per valutare le condizioni mediche del diritto alle prestazioni, stabiliscono la capacità funzionale dell'assicurato – determinante per l'AI secondo l'art. 6 LPGa – di esercitare un'attività lucrativa o di svolgere le mansioni consuete in una misura ragionevolmente esigibile e sono indipendenti per quanto concerne le decisioni in ambito medico nei singoli casi. Scopo e senso dell'art. 59 cpv. 2^{bis} LAI, come pure dell'art. 49 OAI risiedono nella possibilità, per gli uffici AI, di fare capo ai propri medici per la valutazione degli aspetti sanitari del diritto alla rendita. Questi ultimi, grazie alle loro specifiche conoscenze medico-assicurative, sono quindi chiamati a valutare la capacità funzionale della persona assicurata. In questo modo è stata creata una chiara separazione di competenze tra medici curanti e assicurazione sociale. Sulla base delle indicazioni del SMR, l'UAI deve così decidere cosa si può ragionevolmente pretendere da un assicurato e cosa invece no (sentenza del TF 9C_9/2010 del 29 settembre 2010 consid. 2). Peraltro, i rapporti SMR hanno la funzione di effettuare una sintesi delle informazioni e degli esami medici di cui agli atti di causa e formulare delle raccomandazioni quanto al seguito da dare all'incarto da un punto di vista medico (sentenza del TF 9C_542/2011 del 26 gennaio 2012

consid. 4.1). Per poter loro attribuire pieno valore probatorio, i rapporti dei servizi medici regionali devono essere redatti da medici che dispongono delle qualifiche specialistiche richieste nel singolo caso di specie. Se ciò non è il caso, il loro valore probatorio è affievolito (sentenza del TF 9C_826/2009 del 20 luglio 2010 consid. 4.2).

11.7.2 I rapporti interni del SMR ai sensi dell'art. 49 cpv. 3 OAI non pongono autonomamente delle diagnosi, bensì apprezzano sotto l'aspetto medico i reperti esistenti. Il loro compito è di sintetizzare – a beneficio anche dell'amministrazione e dei tribunali che altrimenti non dispongono necessariamente di simili conoscenze specialistiche – la situazione medica. Non è dunque indispensabile che la persona assicurata venga visitata. Il SMR esegue direttamente esami medici solo se lo ritiene necessario. Negli altri casi rende la propria valutazione sulla base della documentazione esistente. L'assenza di propri esami diretti non costituisce, per invalsa giurisprudenza, un motivo per mettere in dubbio la validità di un rapporto SMR se esso soddisfa altrimenti le esigenze di natura probatoria generalmente riconosciute (SVR 2009 IV n. 56 pag. 174 [9C_323/2009] consid. 4.3.1 con riferimenti; cfr. pure sentenza 9C_294/2011 del 24 febbraio 2012 consid. 4.2; cfr. anche sentenza 9C_787/2012 del 20 dicembre 2012 consid. 4.2.1).

11.7.3 Al riguardo va in particolare rilevato che se è vero che nelle procedure concernenti l'assegnazione o il rifiuto di prestazioni di assicurazioni sociali non sussiste un diritto formale di essere sottoposto a perizia medica esterna da parte dell'ente assicuratore, un tale provvedimento (o perlomeno accertamenti complementari) deve tuttavia essere ordinato qualora sussistano anche solo dubbi minimi riguardo l'attendibilità e la conclusione delle attestazioni mediche interne dell'assicurazione (DTF 135 V 465 consid. 4).

12.

Alfine di stabilire il diritto a prestazioni dell'assicurato l'amministrazione ha assunto agli atti:

12.1 Diversi referti radiologici susseguenti all'infortunio del 5 dicembre 2019, e meglio:

12.1.1 Le risultanze delle radiografie (RX) alla caviglia sinistra antero-posteriore e laterale e piede sinistro antero-posteriore e obliquo del 5 dicem-

bre 2019 che documenta “ (...) frattura alla base del V metatarso (...). Modesta tumefazione dei tessuti molli a tale livello. Conservati i rapporti articolari tibio-astragalici. Non lesioni ossee focali “ (doc. UAIE 50 pag. 129).

12.1.2 Il referto dell'esame radiografico del piede sinistro del 21 gennaio 2020 che evidenzia “ (...) esiti di frattura obliqua della testa del V raggio metatarsale con persistenza della visualizzazione della rima di frattura con interruzione del contorno corticale lungo il versante esterno. Discreta disomogeneità strutturale anche del versante articolare contrapposto del cuboide senza attuale riscontro di segni di frattura. Sclerosi dei versanti articolari contrapposti fra scafoide e I° cuneiforme. Netta riduzione della radiopacità di tutti i segmenti scheletrici del piede visualizzati con aspetto riferibile a osteoporosi di tipo Sudek in sindrome algodistrofica. In particolare netta riduzione di trasparenza con aspetto rarefattivo disomogeneo a livello delle teste dei raggi metatarsali, del cuboide, del navicolare e del cuneiforme “ (doc. UAIE 71 pag. 166).

12.1.3 Le risultanze delle RX al piede sinistro e alla caviglia sinistra del 23 giugno 2020 (doc. SUVA 58) da cui emerge “ demineralizzazione diffusa, più importante in sede giusta articolare e a livello delle metafisi tibiale e fibulare. Non erosioni ossee. Spazi articolari conservati. Non tumefazioni o calcificazioni dei tessuti molli periarticolari “.

12.2 Diversi rapporti medici, in particolare:

12.2.1 Il rapporto del 5 dicembre 2019 in cui la dott.ssa M._____ ha posto la diagnosi di “ trauma da schiacciamento del piede sinistro con frattura della base del V dito “, prescritto una terapia antidolorifica e il porto di calzature con suola rigida (doc. UAIE 51 pag. 130-131).

12.2.2 Il referto ambulatoriale del 23 gennaio 2020 in cui il dott. N._____ indica “ (...) il controllo evidenzia frattura della base del 5 metatarsale del piede sinistro. Non segni di consolidazione “ e consigliato tutore walker con carico completo da portare per un mese, controllo rx dopo un mese e nessuna ripresa dell'attività lavorativa prima della consolidazione della frattura (doc. UAIE 72 pag. 165).

12.2.3 Il referto ambulatoriale del 29 aprile 2020 in cui il dott. O._____ ha indicato “ (...) evoluzione riparativa della frattura della base del 5 Mts, quadro di algodistrofia “ e proposto l'abbandono del tutore, ginnastica in piscina, carico progressivo, ginnastica e controllo rx dopo circa due mesi (doc. UAIE 2 pag. 2).

12.2.4 Il rapporto del 15 giugno 2020 (doc. SUVA 54), commissionato dalla SUVA, in cui il dott. C._____ dopo aver posto le diagnosi di “ sospetto morbo Sudeck piede sinistro in esiti dopo frattura base MT5 e dito 5, dopo schiacciamento piede sinistro sul lavoro in data 5 dicembre 2019 “, ha evidenziato un “ mal funzionamento del piede sinistro. Il paziente non muove più le dita e fatica a muovere tutto il piede in estensione dorsale e flessione plantare. Passivamente lascia il piede in flessione plantare mentre attivamente riesce ad attivare il tendine tibiale anteriore. Asse e mobilità del retpiede sono buoni passivamente. Si può toccare l'avampiede, dove sono presenti lividità e gonfiore. Segni distrofici che partono dall'avampiede e arrivano fino al mesopiede “.

Nei rapporti del 24 luglio 2020 (doc. SUVA 68), 3 settembre 2020 (doc. SUVA 76), 26 ottobre 2020 (doc. SUVA 85), 30 novembre 2020 (doc. SUVA 93) e 19 gennaio 2021 (doc. SUVA 107) il medico ha evidenziato un'evoluzione favorevole della patologia con riduzione del dolore.

12.2.5 Il referto ambulatoriale del 17 luglio 2020 (doc. UAIE 69 pag. 402) in cui il dott. P._____ ha posto la diagnosi di “ postumi di frattura V° MTS piede sinistro (dicembre 2019) complicatosi con sindrome algodistrofica “ e rilevato “ al controllo attuale marcata zoppia di fuga per dolore sotto carico ma soprattutto marcata limitazione articolare della TT sx con ripercussioni sfavorevole sul cammino. Marcata ipotrofia del TS e del QF sx da non uso “. Egli ha raccomandato la prosecuzione della kinesoterapia e dell'attività motoria (nuoto, cammino e corsa in acque profonda, cyclette/spinning).

12.2.6 Il rapporto del 19 agosto 2020, all'attenzione del dott. C._____, in cui la dott.ssa G._____, capoclinica presso il T._____ dell'U._____, ha posto la diagnosi di “ CRPS (Complex Regional Pain Syndrome; sindrome dolorosa regionale complessa) tipo I piede sinistro; stato dopo frattura del V metatarso dopo trauma da schiacciamento in data 5 dicembre 2019; RX 23 giugno: demineralizzazione diffusa maggiore in sede giusta articolare “. Il medico ha precisato che “ attualmente il paziente non assume più alcun antidolorifico. Al fine di poter trarre il massimo beneficio delle indispensabili misure riabilitative (...) consigliamo la ripresa della terapia impostata e l'assunzione anche preventiva del preparato prima della seduta. (...) in presenza di una situazione di demineralizzazione ossea è indicato un trattamento con bisfosfonati. Si propone la somministrazione endovenosa di 3-4x 6 mg di acido ibandronico a intervallo di 3 settimane “ (doc. SUVA 71).

12.2.7 Il rapporto del 19 ottobre 2020 (doc. SUVA 89), all'attenzione del dott. C._____, in cui il dott. H._____, incaricato di eseguire una valutazione reumatologica, ha posto la diagnosi di " malattia di Sudeck al piede sinistro; frattura della base del V° metatarso il 5.12.2019; buona consolidazione 23.6.2020; importante demineralizzazione a chiazze di tutto il piede e della caviglia; clinicamente importante raccorciamento del gastrocnemio e della muscolatura intrinseca del piede, persistente lieve aumento della vascolarizzazione con lieve surriscaldamento, importante atrofia muscolare diffusa a tutto l'arto inferiore sinistro; infusioni con bifosfonati (...) 9.9.2020, 29.9.2020 e 20.10.2020; attualmente: graduale miglioramento del dolore e della mobilità ".

Lo specialista ha precisato che " senza dubbio questo paziente presenta una malattia di Sudeck che è ancora clinicamente in fase infiammatoria ma sta evolvendo parallelamente in una fase di retrazione con una perdita della mobilità all'avampiede e alla caviglia associata anche a un'importante atrofia muscolare. Il diametro della coscia sinistra è 3 cm in meno rispetto alla destra e il diametro del polpaccio a sinistra 4 cm in meno rispetto alla destra " e aggiunto che " la terapia farmacologica attuale è senz'altro molto indicata e il paziente nota già un miglioramento riguardo ai dolori e riguardo alla mobilità ".

Il medico ha inoltre precisato che " in questa fase bisogna lavorare ora con la fisioterapia per normalizzare la mobilità del piede e della caviglia e per recuperare la perdita di muscolatura ancora molto importante " e concluso " l'ideale sarebbe continuare con la fisioterapia 3 volte alla settimana ambulatoriale. Introdurrei anche il training eccentrico su uno scalino. Molto utile anche la bicicletta. Sono molto ottimista riguardo alla buona evoluzione di questa malattia di Sudeck. Penso stia andando tutto verso la guarigione e che tutto tornerà a posto ".

12.2.8 Il rapporto dell'11 febbraio 2021 relativo alla visita medica circondariale del 10 febbraio 2021 (doc. SUVA 120) in cui il dott. I._____ ha posto le diagnosi di " stato dopo trauma da schiacciamento del piede sinistro il 5.12.2019 con minima frattura prossimale MT 5 in zona inserzionale del tendine peroneo breve. Sviluppo di una algodistrofia " (doc. SUVA 120 pag. 5).

Lo specialista ha evidenziato che l'assicurato " (...) spiega di sentirsi abbastanza bene. Nota sempre dei piccoli miglioramenti, ma non riesce ancora a lavorare. Non riesce a scendere le scale, riesce per contro a salirle. Non è in grado di appoggiare il piede in discesa avvertendo un senso di insicu-

rezza; deve sempre attaccarsi alla ringhiera. Durante la fisioterapia è riuscito a portare 3 kg con le mani (in piedi) ma se solleva un peso di 4 kg sente un aumento dei dolori al piede sinistro. Il dolore sotto carico inizia lungo il metatarsale V fino al V dito. La mattina quando si alza avverte delle stilette in tale zona che passano attorno a mezzogiorno. A causa di queste stilette, camminando, perde l'equilibrio. Con la terapia dei bisfosfonati ha avvertito un importante miglioramento con riduzione dei dolori. Riesce a camminare circa 15-20 minuti, ma poi deve fare una pausa a causa di un inizio di dolori con ridotta mobilità. Non è ancora in grado di stare sulla gamba sinistra, nota una importante riduzione della flessione dorsale come anche della mobilità delle dita. Ha notato un recupero della muscolatura almeno parziale " (doc. SUVA 120 pag. 4).

Il medico ha attestato " deambulazione con leggera zoppia con il piede sinistro, l'assicurato utilizza scarpe sportive con suola non rigida. Il piede non mostra nessun arrossamento o gonfiore. Nessun edema. Termotatto nella norma. Sudorazione della pianta del piede simmetrica bilateralmente. Nessuna marmorizzazione. Sensibilità e perfusione conservate. (...). Nessun dolore alla palpazione attorno ai malleoli o attorno ai metatarsali, in particolare non lungo il MT 5 fino al dito V. L'assicurato riesce a stare sulle gambe e anche sulle punte dei piedi alzandosi solo per pochi centimetri con i talloni. Afferma di avere difficoltà ad eseguire questo movimento maggiormente a sinistra. Alzando l'avampiede riesce anche per pochi centimetri (1-2) ad eseguire una flessione dorsale con mobilità delle dita normale a destra e ridotta a sinistra (circa 10-15°). Flessione plantare delle dita bilateralmente simmetrica. Estensione dorsale e flessione plantare a destra 24-0-48°, a sinistra 10-0-42°. Pro/supinazione bilateralmente 5-0-15°. L'assicurato è in grado di eseguire una contro resistenza da sdraiato, ridotta a sinistra rispetto a destra. L'abduzione è possibile ma ridotta, questo è probabilmente legato al fatto che la muscolatura dell'assicurato è globalmente fine. Flessione dorsale in 90° di flessione del ginocchio aumentata a sinistra a 15°, a destra a 28°. Eseguendo i movimenti attivi sotto carico ho notato una minima differenza sopra il metatarsale I-II nel senso di un leggero arrossamento rispetto a destra. Altrimenti il colore del piede rimane normale durante questi esercizi. Sensibilità e perfusione conservate " (doc. SUVA 120 pag. 4-5)

Egli ha precisato che " oggettivamente si nota un'importante atrofia della muscolatura del polpaccio sinistro rispetto a destra (differenza di 3 cm). A 13 cm distalmente alla rima articolare mediale a destra 29 cm, a sinistra 26 cm. Ridotta mobilità dell'estensione dorsale, meno per la flessione plantare a sinistra con mobilità delle dita normale a destra. Clinicamente nessun segno per una algodistrofia/CRPS a parte gli oggettivi limiti funzionali

a oltre 14 mesi dopo contusione del meta piede sinistro con minima frattura nel punto prossimale della base del metatarsale V. Nelle radiografie del 23.06.2020 si nota una diffusa demineralizzazione a causa del risparmio di carico. In data odierna nessuna dolorabilità alla palpazione di tutto il piede. Nessun segno di CRPS clinicamente a parte ridotta mobilità e importanti dolori soggettivi durante il carico completo ” (doc. SUVA 120 pag. 5-6). Egli ha inoltre proposto la continuazione della terapia con la vitamina C, la fisioterapia (almeno due volte alla settimana), lo svolgimento di esercizi a domicilio nonché l'aumento del carico e l'attività secondo il dolore (doc. SUVA 120 pag. 6).

Il dott. I. _____ ha infine rilevato che “ l'assicurato ha subito una minima lesione assiale nel punto prossimale del MT 5 che in data 23.06.2020 era guarita (valutando/visualizzando) le radiografie. Clinicamente e anamnesticamente si era sviluppata una CRPS con residui (dolori e limitazione funzionale) soggettivi mostrati dall'assicurato “ (doc. SUVA 120 pag. 6).

12.2.9 Il rapporto del 31 marzo 2021 (doc. SUVA 129), commissionato dall'assicuratore infortuni, in cui il dott. C. _____ ha posto le diagnosi di “sospetto morbo di Sudeck al piede sinistro in esiti dopo frattura base MT5 dito 5 (consolidata) dopo schiacciamento piede sul lavoro in data 5 dicembre 2019 con miglioramento nel frattempo. Radiografia piede sinistro del 23 giugno 2020 con osteopenia visibile e possibile esito dopo frattura nell'articolazione navicolo-cuneiforme media “.

Egli ha evidenziato che “ l'evoluzione è favorevole e il paziente lamenta meno dolore. Ha diminuito la fisioterapia ma fa gli esercizi da solo a casa. Assume Tilur retard solo ancora al bisogno. Ha ricevuto i plantari che però lo infastidiscono nella zona del metatarso. Assume ogni tanto Dafalgan e regolarmente vitamina C e D. L'esame clinico mette sempre ancora in evidenza un'estensione dorsale della caviglia inferiore a quella del piede controlaterale “.

12.2.10 Il rapporto del 2 giugno 2021 in cui il dott. C. _____, dopo aver visitato l'interessato, ha sostenuto che “ l'evoluzione è favorevole e il paziente ha potuto riprendere le attività fisioterapeutiche, che hanno migliorato di molto la situazione. Il paziente può ora deambulare per un'ora e i fastidi iniziano solo dopo 40 minuti sulla parte laterale dell'avampiede. Di tanto in tanto subisce scosse al retro piede laterale. Ha lasciato adattare i plantari che ora funzionano bene. Assume Tilur retard solo al bisogno, ogni tanto Dafalgan e regolarmente la vitamina C e D. L'esame clinico mette in evidenza un'estensione dorsale della caviglia inferiore a quella del piede

destro. Ora il paziente riesce a mettersi sui talloni. Non vi sono segni distrofici. Il paziente muove bene in flessione dorsale e plantare " (doc. SUVA 150).

A mente dello specialista il paziente deve insistere con la fisioterapia riabilitativa per poter riprendere le attività più pesanti precisando che lo avrebbero rivisto fra tre mesi per valutare il decorso.

12.2.11 Il rapporto del 7 giugno 2021 relativo alla visita medica circondariale del 1° giugno 2021 (doc. SUVA 151) in cui il dott. I._____ ha ripreso le diagnosi note, evidenziando la guarigione dall'algodistrofia post-contusione (doc. SUVA 151 pag. 5).

Lo specialista ha dichiarato che l'insorgente " (...) spiega di non sentire più dolore lungo il metatarsale I e II e sentire un residuo fastidio lungo la parte esterna del piede sinistro. Riesce anche a camminare molto di più. Mesi fa riusciva a camminare solo circa 15 minuti, adesso può camminare circa un'ora e dopo deve fare una pausa. Sta lavorando con pesi. Non ha problemi ad afferrare 5 kg con le mani e ad alzarli. Portando più di 6 kg con entrambe le mani ha poi difficoltà per camminare. Ha notato ugualmente un importante miglioramento confronto ad inizio anno (doc. SUVA 151 pag. 5). Il perito ha poi indicato che l'assicurato " (...) cammina in modo fluido. Riesce a camminare sulle punte dei piedi, ma con fatica con il piede sinistro. Nessun problema nel camminare sui talloni. Invariabilmente si nota una differenza del polpaccio a sinistra confronto a destra. Come nella precedente visita anche in data odierna non c'è nessun segno secondo i criteri di Budapest concernente un'algo-distrofia o CRPS. Termotatto nella norma. Nessun edema o gonfiore, né arrossamenti. Sensibilità e perfusione conservate. Nessun dolore alla palpazione del piede. Ancora ridotta la dorsi-flessione, non la plantar-flessione del piede sinistro confronto a destra. La pro-supinazione è conservata e simmetrica confronto a destra. (...). Nessuna marmorizzazione, né dopo ripetute attività camminando sulle punte dei piedi e talloni. Altezza 173 cm, peso 50 kg (assicurato vestito). Circonferenze: polpaccio, 13 cm distalmente alla rima articolare 27 cm a sinistra e 30 cm a destra. Circonferenza del femore 15 cm sopra la rima articolare mediale a sinistra 33 cm, a destra 35 cm. Dorsal-estensione e plantar-flessione a destra 20-0-48°, a sinistra 17-0-48°. Pro-supinazione bilaterale simmetrica e nella norma. Sensibilità e perfusione conservate. Callosità dei piedi bilateralmente simmetrica " (doc. SUVA 151 pag. 5).

Lo specialista ha precisato che " oggettivamente si nota un piede guarito, sano e privo di irritazione. Nessun CRPS come già valutato in febbraio di

quest'anno. Si nota un miglioramento confronto all'ultima visita, più di tre mesi fa con un aumento della circonferenza di circa 1 cm del polpaccio a destra e a sinistra. Invariata la notevole differenza del polpaccio sinistro confronto a destra. Lo stesso per quanto riguarda la muscolatura del femore, in una persona molto snella di natura “.

Egli ha altresì proposto di continuare con il rinforzo muscolare in piscina, aumentare il più possibile l'attività (ad es. fare le scale più frequentemente) e curare la nutrizione (doc. SUVA 151 pag. 6).

Il dott. I._____ – constata la guarigione della frattura da oltre un anno, l'assenza di CRPS/algodistrofia da oltre mezz'anno e l'importante miglioramento dei dolori – ha pertanto ritenuto A._____ abile al 100% nell'attività abituale di assemblatore di macchine a elettroerosione (professione leggera fino a medio-pesante) dal 2 giugno 2021 (doc. SUVA 151 pag. 6).

12.2.12 Il rapporto del 16 giugno 2021 (doc. SUVA 159), all'attenzione della SUVA, in cui il dott. C._____ ha affermato che i sintomi sono ancora presenti e che l'interruzione delle terapie potrebbe comportare un'eventuale ricaduta. Egli ha in particolare ritenuto che il ricorrente soffre di dolori se deambula più di un'ora, non riesce ad abbassarsi sui talloni, calzare scarpe infortunistiche ed esercitare un'accelerazione, non può correre, non è in grado di fare i gradini sostenendo un peso tra le braccia ed evita di guidare l'automobile perché gli duole il piede premendo i pedali. Il medico ha postulato una rivalutazione del caso, la continuazione delle cure fino a scomparsa dei sintomi e ritenuto l'assicurato totalmente abile in un lavoro da svolgere da seduto.

12.2.13 Mediante ulteriore referto del 27 settembre 2021 (doc. SUVA 173) il dott. C._____ ha evidenziato che l'insorgente “ non riesce a stare in piedi per più di un'ora, non riesce a esercitare un'accelerazione, non riesce a calzare le scarpe per più di un'ora, ha un blocco della caviglia che sente discendendo le scale. Sotto sforzo duole il lato del piede: gli vengono stiletate. Non riesce a camminare in salita, zoppica dopo pochi metri e non riesce a guidare l'automobile con cambio meccanico “. Il medico ha affermato che “ l'esame obiettivo mette in evidenza un'estensione dorsale della caviglia di molto inferiore alla contro laterale. Non vi sono più segni distrofici e il paziente riesce a muovere il piede in flessione dorsale e plantare. E' riuscito a mettersi sul tallone “ e consigliato di insistere con la fisioterapia allo scopo di riprendere attività più pesanti.

12.2.14 Il rapporto del 13 ottobre 2021 (doc. SUVA 175) in cui il dott. I._____ – chiamato ad esprimersi sulle suddette valutazioni del dott. C._____ – in assenza di nuovi argomenti o valutazioni oggettivamente tali

da giustificare un'inabilità lavorativa riconducibile all'infortunio del 5 dicembre 2019 ha ribadito la valutazione espressa il 7 giugno 2021 (consid. 12.2.11). Lo specialista ha in particolare evidenziato che " è stato ripetitivamente escluso un CRPS, come anche descritto nella mia visita. Tutti i sintomi soggettivamente lamentati dall'assicurato non sono spiegabili con la patologia/frattura che l'assicurato ha riportato. Il suo corpo, nelle diverse visite, non ha mostrato nessun danno o segni oggettivabili di tipo infiammatorio, reazione del tessuto e nemmeno radiologicamente e tramite RM sono state evidenziate delle ragioni che possono spiegare il fatto di avere un risparmio dell'arto inferiore e piede sinistro. Si ricorda che l'assicurato ha riportato solo una piccola frattura che ha mostrato solo passeggeri e parziali segni di una possibile algodistrofia (...) a fine febbraio 2021. Nel rapporto redatto dal dr. med. C. _____ vedo una conferma della mia valutazione non essendo in presenza di un'algodistrofia che avrebbe potuto essere in grado di spiegare il comportamento del signor A. _____. L'assenza di un'algodistrofia o di un CRPS (...) è proprio la ragione per cui una mobilità è possibile come è anche stato dimostrato nelle visite da me eseguite nel mese di febbraio e maggio 2021. Confermo quindi la mia precedente valutazione di non essere in presenza di nuovi argomenti o valutazioni oggettivabili che possono giustificare un'inabilità lavorativa. Il comportamento ed i sintomi soggettivamente lamentati dall'assicurato non trovano una patologia oggettivabile che li possa spiegare ".

12.2.15

12.2.15.1 Il rapporto del 17 gennaio 2022 (doc. UAIE 32 pag. 76-77) in cui il dott. Q. _____ ha posto la diagnosi di " algia con impotenza funzionale alla caviglia sinistra in esiti di frattura alla base del V° metatarso al piede sinistro (dicembre 2019) ". Il medico ha attestato che " il paziente presenta una difficoltà alla deambulazione soprattutto sulla punta dei piedi che provoca dolore sul versante laterale del V° raggio. (...) Caviglia e piede sinistro: dorsi-flessione con una limitazione di escursione di circa 15° rispetto al contro-laterale. Flessione plantare limitata di 10°. Presenza di dolore alla presso-palpazione a livello della diafisi del V° metatarso, non dolore a livello della base del V°. Presenza di dimagrimento per quanto riguarda le strutture muscolari del dorso del piede. Incapacità a dorsi-flettere tutte e cinque le dita del piede. Sensibilità conservata, presenza di ipo-tonotrofia della componente muscolare gemellare.

Egli ha infine consigliato di eseguire una RMN (risonanza magnetica nucleare) del piede al fine di escludere la presenza di problematiche in esito di frattura della base del V° delle strutture ossee del piede sinistro.

12.2.15.2 Le risultanze della RMN al piede sinistro del 20 gennaio 2022 che evidenzia “ esiti di frattura in corrispondenza della base del V° metatarso senza attuali aspetti edemigeni ossei. Possibile leggera entesite inserzionale del peroneo breve senza segni per disinserzione. Minimo edema dei tessuti periossei adiacenti al profilo laterale della V metatarso. Leggera componente fluida dell'articolazione tra cuboide IV° V° metatarso con qualche minuscolo ganglio sul versante dorsale. Leggero quadro di fluida articolare tibio-tarsica e a livello della sottoastraglica senza tuttavia significative alterazioni osteocondrali ispessimento sinoviali. Sostanziale regolarità dei restanti rilievi “ (doc. UAIE 30 pag. 73).

12.2.15.3 Il rapporto del 25 gennaio 2022 (doc. UAIE 30 pag. 72-74) in cui il dott. Q. _____, riferendosi alle risultanze del succitato esame, ha affermato che “ alla visione delle immagini strumentali si evidenziano quindi gli esiti di frattura in corrispondenza della base del V° metatarso senza aspetti di edema osseo in tal senso. Vi potrebbe essere una entesite sull'inserzione del peroneo breve a livello del V° metatarso. Non vi sono problematiche di carattere osseo di rarefazione né di ipototrofia muscolare o problematiche da ascrivere alle articolazioni tarsali, metatarsali delle falangi “.

Lo specialista ha pertanto ritenuto l'insorgente totalmente inabile nell'attività abituale (comportante la necessità di mantenere sempre la posizione eretta) e consigliato una riqualifica professionale in un'attività che possa prendere in considerazione un cambio di posizione da seduto a in piedi in modo da gestire i momenti di eventuale deficit dolorosi.

13.

Sulla base della documentazione agli atti con rapporto finale del 10 febbraio 2022 (doc. UAIE 35 pag. 81-84) la dott.ssa R. _____ ha posto la diagnosi con ripercussione sulla capacità lavorativa di “ stato dopo trauma da schiacciamento del piede sinistro il 05.12.2019 con minima frattura prossimale MT 5 in zona inserzionale del tendine peroneo breve. Sviluppo di una algodistrofia post-contusione guarita come documentato nella visita medico-circondariale del 10.02.2021 “. Il medico SMR ha reputato il ricorrente atto ad esercitare un'attività lavorativa senza alcuna limitazione funzionale. La dott.ssa R. _____ ha quindi considerato A. _____ totalmente inabile al lavoro dal 5 dicembre 2019 al 1° giugno 2021, mentre abile al 100% dal 2 giugno 2021, in entrambi i casi in ogni attività. Essa ha infine ritenuto non prevedibile una variazione della capacità lavorativa con l'adozione di provvedimenti sanitari e/o terapie.

14.

In ambito ricorsuale l'insorgente non ha prodotto nuovi atti medici.

15.

Nel merito va in primo luogo rilevato che il diritto ad una rendita intera dal 1° dicembre 2020 al 30 giugno 2021 non è contestato dalle parti. L'incapacità lavorativa totale in ogni attività dal 5 dicembre 2019 al 1° giugno 2021 non è infatti in discussione ed è comprovata dagli atti dell'incarto (si confronti in particolare i rapporti del dott. I. _____ dell'11 febbraio 2021 [consid. 12.2.8] e 7 giugno 2021 [consid. 12.2.11] da cui emerge una situazione non ancora stabilizzata a causa delle conseguenze dell'infortunio fino al giugno 2021 e la decisione su opposizione della SUVA del 6 dicembre 2021 (doc. SUVA 201) che conferma le esigibilità lavorative definite con decisione del 5 agosto 2021 (consid. B.e.a), in cui la SUVA ha attribuito indennità giornaliera intera (riconosciute dal 6 dicembre 2019) fino al 13 giugno 2021 (consid. A.b). Gli ulteriori atti medici dell'incarto si sovrappongono agli atti della SUVA. Non è infatti stato attestato alcun miglioramento della capacità lavorativa precedentemente al giugno 2021.

La rendita intera va pertanto senz'altro confermata in questa sede.

16.

16.1 In secondo luogo va valutato se a giusto titolo l'amministrazione ha soppresso la rendita intera di invalidità riconosciuta ad A. _____ con effetto dal 1° luglio 2021 oppure se è giustificata l'attribuzione di una rendita (intera) anche dopo tale data, come preteso dal ricorrente. A tal fine occorre determinare se, alla luce della documentazione agli atti, la capacità lavorativa dell'assicurato è migliorata in modo tale da giustificare una capacità lavorativa totale in ogni attività dal 2 giugno 2021, senza limitazioni funzionali, oppure se l'amministrazione non ha accertato in maniera completa i fatti rilevanti.

16.2 In concreto va quindi esaminato se la documentazione agli atti – segnatamente i rapporti di visita medica circondariale SUVA dell'11 febbraio 2021 (doc. SUVA 120) e 7 giugno 2021 (doc. SUVA 151) redatti dal dott. I. _____, il quale ha visitato l'assicurato e consultato i rapporti medici assunti dalla SUVA, nonché il suo apprezzamento medico del 13 ottobre 2021 (doc. SUVA 175), – su cui si è fondato il SMR nel suo rapporto finale del 10 febbraio 2022 (consid. 13), e, a sua volta l'UAIE, giustifica la succitata conclusione.

17.

17.1

17.1.1 Nel caso in esame dagli atti di causa (si confrontino segnatamente le risultanze della RX al piede sinistro del 21 gennaio 2020 [consid. 12.1.2], i referti dei dott.ri N._____ del 29 aprile 2020 [consid. 12.2.3] e P._____ del 17 luglio 2020 [consid. 12.2.5], nonché i rapporti dei dott.ri C._____ del 15 giugno 2020 [consid. 12.2.4], G._____ del 19 agosto 2020 [consid. 12.2.6], H._____ del 19 ottobre 2020 [consid. 12.2.7] e I._____ dell'11 febbraio 2021 [consid. 12.2.8]) dal gennaio 2020 si riscontra da un lato un peggioramento delle condizioni di salute di A._____ conseguente all'infortunio del 5 dicembre 2019. In particolare gli atti evidenziano lo sviluppo del morbo di Sudeck al piede sinistro, e meglio una sindrome da dolore regionale complesso (CRPS, detta anche algodistrofia) caratterizzata da dolore cronico (persistente, di lunga durata) che colpisce piedi, gambe, braccia e mani. Si tratta di un dolore neuropatico che nasce in seguito ad una lesione (di varia natura, come ad esempio un infortunio, un intervento chirurgico, un ictus o un infarto), caratterizzato da una sensazione di bruciore con disturbi alla pelle, rigidità, infiammazione e cambiamento di colore dell'arto interessato (cfr. <https://healthy.thewom.it/salute/algodistrofia/>, <https://www.topdoctors.it/dizionario-medico/morbo-di-sudeck>; consultati il 4 gennaio 2023).

Lo sviluppo di un'algodistrofia all'arto inferiore sinistro è stato pure attestato dalla dott.ssa R._____ con rapporto del 10 febbraio 2022 (consid. 13).

17.1.2 D'altro lato risulta in modo univoco una situazione soddisfacente da un punto di vista ortopedico/reumatologico, caratterizzata da un miglioramento dello stato di salute a far tempo dal febbraio 2021.

Al riguardo va rilevato che con rapporti relativi al periodo luglio 2020-gennaio 2021 (doc. SUVA 68, 76, 85, 93, 107) il dott. C._____ aveva (già) evidenziato un'evoluzione favorevole della situazione valetudinaria con diminuzione del dolore e miglioramento della mobilità del piede sinistro.

Anche il dott. H._____ (cfr. rapporto del 19 ottobre 2020; doc. SUVA 89) – pur confermando la presenza della malattia di Sudeck ancora in fase infiammatoria – aveva attestato un graduale miglioramento del dolore e della mobilità e formulato una prognosi favorevole (consid. 12.2.7).

Mediante rapporti del 2 giugno, rispettivamente 7 giugno 2021 (consid. 12.2.10-12.2.11) i dott.ri C._____ e I._____ hanno confermato il

miglioramento dello stato di salute già attestato con rapporti dell'11 febbraio 2021 (dott. I. _____, consid. 12.2.8) e 31 marzo 2021 (dott. C. _____, consid. 12.2.9; in particolare progressiva diminuzione del dolore, deambulazione 15/20 minuti vs 60 minuti, trasporto con le mani di 3 kg vs 5 kg).

Del resto, con decisione su opposizione del 6 dicembre 2021 (doc. SUVA 201), passata incontestata in giudicato (doc. UAIE 36 pag. 85), in cui sono stati presi in considerazione anche i rapporti del dott. C. _____ del 16 giugno e 27 settembre 2021 (consid. 12.2.12-12.2.13), anche la SUVA ha riconosciuto un miglioramento dello stato di salute tale da indurlo a sopprimere le indennità giornaliere. In considerazione di quanto sopra esposto, non sussistono dubbi sull'attendibilità delle conclusioni del medico interno all'amministrazione, che si è a sua volta fondato sugli atti medici della SUVA e parzialmente del curante e quindi sul miglioramento e stabilizzazione dello stato di salute a far tempo dal 1° giugno 2021.

17.2

17.2.1 Gli specialisti non concordano tuttavia sull'incidenza del suddetto miglioramento sulla capacità lavorativa. Secondo il dott. I. _____ e la dott.ssa R. _____ infatti, A. _____ può effettivamente svolgere a tempo pieno l'attività abituale di assemblatore di macchine a elettroerosione, e pertanto dispone di una capacità lavorativa piena in ogni attività, mentre il dott. C. _____ e il dott. Q. _____ ritengono che l'abilità lavorativa sussista soltanto in un'attività adeguata.

17.2.2 Al riguardo va rilevato che dalle informazioni fornite dall'ex datore di lavoro emerge che il ricorrente esercitava un'attività da svolgere al 100% (8 ore al giorno) in piedi, comportante degli spostamenti (salire/scendere le scale), l'adozione di posizione contorta, inginocchiata o accovacciata, lavori oltre l'altezza della testa/delle spalle ed il sollevamento di pesi superiori ai 5 kg (doc. SUVA 66).

17.2.3 Con rapporti del 16 giugno e 27 settembre 2021 (consid. 12.2.12-12.2.13), rispettivamente del 17 e 25 gennaio 2022 (cfr. pure il referto della RMN al piede sinistro del 20 gennaio 2022 [consid. 12.2.15]), i dott. C. _____ e Q. _____ – pur confermando sostanzialmente il quadro diagnostico e radiologico espresso dal dott. I. _____ – sono giunti a conclusioni differenti rispetto a quest'ultimo in merito ai limiti funzionali ed alla capacità lavorativa nell'attività abituale. Secondo il dott. C. _____ l'assicurato presenta una capacità lavorativa totale in un lavoro da svolgere da

seduto. Dal canto suo, il dott. Q. _____ ha considerato l'insorgente totalmente inabile nell'attività abituale (comportante la necessità di mantenere sempre la posizione eretta) e consigliato una riqualifica professionale in un'occupazione che possa prendere in considerazione un cambio di posizione da seduto a eretto in modo da gestire i momenti di eventuale deficit dolorosi.

Il dott. I. _____ dal canto suo (consid. 12.2.11), pur non ponendo espressamente delle limitazioni funzionali, ha affermato che il ricorrente " non ha problemi ad afferrare 5 kg con le mani e ad alzarli. Portando più di 6 kg con entrambe le mani ha difficoltà a camminare. (...) Ancora ridotta la dorsoflessione. (...) Invariata la notevole differenza del polpaccio a sinistra confronto a destra. Lo stesso vale per quanto riguarda la muscolatura del femore ". La dott.ssa R. _____ ha indicato espressamente non esservi limitazioni funzionali.

17.2.4 Alla luce di quanto sopra esposto e meglio in particolare con riferimento al tipo di attività svolta in precedenza dal ricorrente da eseguire in posizione eretta e ai disturbi ancora lamentati al piede sinistro, secondo questa Corte non risulta provato con il grado della verosimiglianza preponderante valido nelle assicurazioni sociali che egli possa svolgere la precedente attività di assemblatore di macchine a elettroerosione, perlomeno non a tempo pieno. Più plausibile risulta essere esigibile un'attività che preveda un cambio di posizione oppure sedentaria, tale circostanza va tuttavia approfondita dall'amministrazione. Al riguardo va rilevato che a inizio giugno 2021 il dott. C. _____ aveva già espressamente dichiarato che il ricorrente non era (ancora) in grado di svolgere attività pesanti, tuttavia il dott. I. _____ ha attestato che l'interessato era abile anche nella precedente attività senza addurre alcuna motivazione in proposito. In seguito nel mese di settembre il dott. C. _____ ha indicato l'impossibilità per l'insorgente di rimanere in posizione eretta più di un'ora. Confrontato ancora una volta con le dichiarazioni del dott. C. _____ il dott. I. _____ si è limitato a dichiarare che si tratterebbe di disturbi soggettivi senza prendere posizione sulle limitazioni funzionali indicate dallo specialista. Lo stesso ha fatto la dott.ssa R. _____ che, riprendendo implicitamente le conclusioni del dott. I. _____ non si è confrontata con i limiti funzionali parzialmente concordanti indicati dal dott. C. _____ e dal dott. Q. _____.

In simili circostanze si deve concludere che gli atti medici su cui si è fondato l'UAIE per stabilire il diritto alla rendita del ricorrente non risultano convincenti in quanto non si confrontano con le opinioni parzialmente concordanti

esposte da altri specialisti, fondate su circostanze concrete quali la tipologia di lavoro svolto dal ricorrente poco compatibile con la sua situazione valetudinaria e quindi sufficientemente motivati. Ne consegue che la decisione impugnata si fonda su un accertamento incompleto per quanto riguarda la capacità lavorativa residua dell'assicurato nella precedente attività e in attività adeguate. Su questo punto l'incarto va pertanto completato tramite l'esperimento di una nuova perizia specialistica in ambito ortopedico/reumatologico che attesti, alla luce dello stato di salute dell'assicurato, la capacità lavorativa residua nella precedente attività e in attività adeguate a far tempo da luglio 2021 e meglio dall'intervenuto, comprovato, miglioramento dello stato di salute.

18.

18.1 L'autorità inferiore procederà poi a calcolare il grado di invalidità e si pronuncerà anche sul diritto dell'insorgente di beneficiare di eventuali provvedimenti d'ordine professionale.

18.2 In relazione alla fissazione del grado di invalidità è infine necessario evidenziare quanto segue.

18.2.1 In concreto il momento determinante per procedere al raffronto dei redditi è il 2021, vale a dire quello in cui il diritto alla rendita subisce una modifica (sentenza del TAF C-4032/2018 del 1° ottobre 2019 consid. 17.2 e MARGIT-MOSER-SZELES, in: Commentaire romand, Loi sur la partie générale des assurances sociales, 2018, ad art. 16 LPG A N 41). I redditi andranno pertanto adattati al 2021.

18.2.2 Ai fini della determinazione del reddito da invalido giova evidenziare che al momento della decisione litigiosa, il 9 giugno 2022, erano già a disposizione i dati del 2020 ritenuto che sono stati pubblicati il 28 marzo 2022 (cfr. sito internet: <https://www.bfs.admin.ch/bfs/it/home/attualita/novita-sul-portale.assetdetail.21245726.html>). Per stabilire il reddito da invalido va di conseguenza fatto riferimento alla pertinente tabella dell'ISS 2020.

19.

19.1 Alla luce di quanto esposto discende che il ricorso dev'essere accolto, nel senso che la decisione impugnata, fondandosi su un accertamento incompleto dei fatti rilevanti va annullata e gli atti di causa ritornati all'amministrazione, affinché proceda al completamento dell'istruttoria e si pronunci nuovamente sul diritto ad una rendita di invalidità da luglio 2021, fermo

restando il diritto alla rendita intera dell'interessato fino al 30 giugno 2021 (consid. 15).

19.2 Al riguardo va tra l'altro rilevato che posto che il miglioramento della capacità al guadagno dell'assicurato deve essere preso in considerazione allorché è durato tre mesi (art. 88a cpv. 1 OAI) la rendita avrebbe dovuto essere concessa fino al 31 agosto 2021. Al momento di statuire nuovamente l'amministrazione terrà conto di tale circostanza nella misura che, dopo l'esecuzione dei nuovi accertamenti e del calcolo dell'invalidità, fosse ancora rilevante.

20.

20.1 Visto l'esito della procedura (art. 63 cpv. 1 PA) non si prelevano spese processuali. L'anticipo spese, di fr. 800.-, versato dall'insorgente il 29 settembre 2022 (doc. TAF 12) verrà restituito al ricorrente, una volta passata in giudicato la sentenza.

20.2 Ritenuto che l'insorgente è rappresentato in questa sede 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]; cfr. pure DTF 132 V 215 consid. 6.2 secondo cui la parte che ha presentato ricorso in materia di 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). Giusta l'art. 14 cpv. 1 TS-TAF, le parti che chiedono la rifusione di spese ripetibili devono presentare al Tribunale, prima della pronuncia della decisione, una nota particolareggiata delle spese. Se non viene prodotta una nota spese particolareggiata, come nel caso concreto, il giudice fisserà un'indennità sulla base degli atti (art. 14 cpv. 2 TS-TAF).

20.2.1 Secondo giurisprudenza, nell'ambito del suo potere d'apprezzamento, il Tribunale di prima istanza determina l'onorario dell'avvocato in funzione dell'importanza e delle difficoltà della lite nonché dell'ampiezza del lavoro e del dispendio orario (cfr. sentenza del Tribunale federale C_284/2012 del 18 maggio 2012 consid. 6).

20.2.2 Per valutare l'importanza del lavoro e del tempo consacrato, occorre tenere conto del fatto che la procedura in materia di assicurazioni sociali è retta dalla massima inquisitoria, ciò che, di solito, facilita il compito del

mandatario. Quanto all'attività di quest'ultimo suscettibile di essere considerata, essa non può comprendere le azioni inutili o superflue. Inoltre, le iniziative intraprese prima della promozione della fase processuale non possono essere ritenute (cfr. sentenza del Tribunale federale I 452/05 del 27 novembre 2006 consid. 5.5 e relativi riferimenti).

20.2.3 Il caso in esame non è complesso dal punto di vista dei fatti, seppure gli incarti agli atti siano piuttosto voluminosi. La fattispecie non pone inoltre questioni in diritto di particolare difficoltà. L'attività dell'avvocato si è peraltro limitata alla stesura del ricorso (sei pagine) e della replica (cinque pagine).

Stando così le cose, in assenza di una nota dettagliata, il collegio giudicante determina un'indennità (comprensiva di onorario e spese vive) di fr. 2'800.-.

L'indennità per ripetibili è posta a carico dell'UAIE.

(dispositivo alla pagina seguente)

Per questi motivi, il Tribunale amministrativo federale pronuncia:

1.

1.1 Il ricorrente ha diritto ad una rendita intera di invalidità dal 1° dicembre 2020 al 30 giugno 2021.

1.2 In accoglimento del ricorso gli atti di causa sono rinviati all'UAIE affinché proceda al completamento dell'istruttoria e si pronunci h sul diritto di A. _____ ad una rendita di invalidità a far tempo dal 1° luglio 2021 e sul diritto di beneficiare di misure di reintegrazione professionale ai sensi dei considerandi.

2.

Non si prelevano spese processuali. L'anticipo di fr. 800.-, versato il 29 settembre 2022, sarà restituito al ricorrente allorquando la presente sentenza sarà passata in giudicato.

3.

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

4.

Questa sentenza è comunicata al ricorrente, all'autorità inferiore, all'UFAS e all'istituto di previdenza.

I rimedi giuridici sono menzionati alla pagina seguente.

La presidente del collegio:

Il cancelliere:

Michela Bürki Moreni

Graziano Mordasini

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 degli 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: