



Corte III
C-3139/2021

Sentenza del 28 novembre 2022

Composizione

Giudici Michela Bürki Moreni (presidente del collegio),
Regina Derrer, Madeleine Hirsig-Vouilloz,
cancelliere Luca Rossi.

Parti

A. _____, (Italia)
ricorrente,

contro

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

Oggetto

assicurazione invalidità, rendita limitata nel tempo
(decisione del 3 maggio 2021).

Fatti:**A.**

A._____, cittadino italiano, nato il (...) 1966, residente a (...) (IT), ha lavorato in Svizzera in virtù di un permesso quale frontaliere per diversi datori di lavoro a far tempo dal mese di luglio 2001, solvendo regolari contributi all'assicurazione svizzera per la vecchiaia, i superstiti e l'invalidità (AVS/AI, doc. 5, 60, 68, 90, 127 dell'incarto dell'Ufficio dell'assicurazione per l'invalidità per gli assicurati residenti all'estero [in seguito UAIE]).

A.a

A.a.a In data 27 luglio 2004 l'interessato, all'epoca attivo quale posatore di pavimenti a (...), ha formulato all'Ufficio AI del Cantone B._____ (in seguito UAI-B._____) una prima domanda volta al conseguimento di prestazioni dell'assicurazione svizzera per l'invalidità (doc. 5, 7) in ragione dell'inabilità lavorativa persistente dall'8 gennaio 2004 riconducibile a una sindrome lombovertebrale (doc. 2, 11, 18; 213, 464).

A.a.b Alla luce della perizia pluridisciplinare dell'11 aprile 2005 ordinata dall'UAI-B._____, da settembre 2004 l'assicurato è stato considerato in grado di esercitare l'attività abituale al 50 % e un'attività adeguata al 75-80% (doc. 27). Nell'impossibilità di proporre un provvedimento professionale suscettibile d'incrementare la capacità di guadagno, l'UAIE ha determinato un discapito economico del 42.19% (doc. 28-41) e, con decisione del 13 marzo 2007, ha attribuito $\frac{1}{4}$ di rendita AI a decorrere dal 1° gennaio 2005 (doc. 51).

A.b Da una prima procedura di revisione avviata dall'amministrazione in novembre 2008, è emerso che dall'11 novembre 2008 l'assicurato aveva iniziato a lavorare al 50% in qualità di "tecnico" per una ditta del C._____ (60). Essendo il quadro clinico stazionario e l'esigibilità lavorativa invariata (doc. 64, 68), l'amministrazione ha confermato il diritto a $\frac{1}{4}$ di rendita (doc. 67).

A.c

A.c.a Una nuova procedura di revisione è stata avviata d'ufficio il 30 luglio 2012 ed ha condotto alla soppressione della rendita con decisione del 4 dicembre 2012. In violazione del proprio obbligo di informare e di collaborare all'istruttoria l'assicurato non aveva trasmesso la documentazione richiesta (doc. 72-78).

A.c.b Il ricorso interposto il 18 gennaio 2013 contro la suddetta decisione è stato dichiarato inammissibile dal TAF (sentenza del TAF C-270/2013 del 29 aprile 2013).

A.d A partire dall'11 febbraio 2013 l'assicurato ha iniziato a lavorare a tempo pieno in qualità di tappezziere / posatore di pavimenti in marmo-granito per la ditta D. _____ di (...), società costituita in gennaio 2012 e di cui egli stesso era amministratore unico (doc. 90, 98, 99, 100).

B.

B.a In data 10 novembre 2015, per il tramite di E. _____ (di seguito: E. _____), assicurazione perdita di guadagno per malattia, A. _____ ha presentato all'UAI-B. _____, tramite formulario ufficiale una domanda di rilevamento tempestivo a causa della presumibile incapacità lavorativa di lunga durata insorta da settembre 2015 per ragioni di malattia, trasmettendo la documentazione medica in suo possesso (doc. 89-90, 95, 473).

B.b Con scritto del 17 novembre 2015 l'UAI-B. _____ ha preso atto del nuovo periodo d'incapacità lavorativa e, omettendo di pronunciarsi sui provvedimenti di rilevamento tempestivo, ha chiesto al ricorrente di produrre un formulario ufficiale e la documentazione medica al fine esaminare se erano dati i presupposti per entrare in materia della nuova domanda di prestazioni (doc. 91).

C.

C.a Il 14 marzo 2017 A. _____ ha quindi presentato una nuova domanda di prestazioni (doc. 98, 101) in ragione dell'incapacità lavorativa persistente a far tempo dal 19 aprile 2015, per ragioni infortunistiche (caviglia sinistra – caso annunciato alla F. _____) e da settembre 2015 per ragioni di malattia (schiena, stomaco, muscolatura del collo e spalla destra).

C.b L'UAIE ha avviato l'istruttoria raccogliendo la documentazione economica relativa all'attività svolta dall'assicurato in seno alla propria azienda (doc. 116-124) – dichiarata in fallimento nel dicembre 2016 (doc. 100) – e la perizia E213 del 26 settembre 2017 (doc. 126).

C.c

C.c.a L'amministrazione ha quindi richiamato l'incarto F._____, da cui è emerso che il 15 aprile 2015 l'assicurato aveva subito un trauma alla caviglia sinistra, trattata dapprima conservativamente e che aveva causato un breve periodo d'incapacità lavorativa (doc. 254 p. 3). Essendosi i disturbi alla caviglia sinistra acutizzati da dicembre 2015, il 13 aprile 2016 è stata annunciata alla F._____ la ricaduta (doc. 254, p. 3, 268).

C.c.b Il 16 agosto 2016 l'assicurato è stato visitato dal dott. G._____, specialista FMH in chirurgia ortopedica e traumatologia dell'apparato locomotore, che, constatando lesioni tendinee e ossee, ha proposto ed eseguito il 19 ottobre 2016 un intervento di ricostruzione dei due tendini mediale e laterale del piede sinistro (doc. 245-246, 265). Non avendo l'intervento sortito l'esito sperato (doc. 275), l'assicurato si è rivolto al reparto di ortopedia e traumatologia dell'apparato locomotore dell'ospedale cantonale di H._____ dove è stato eseguito un intervento di stabilizzazione, poi eseguito il 31 ottobre 2017 (doc. 302, 316, 330). Anche il secondo intervento non è risultato risolutivo, persistendo la problematica algica e funzionale (doc. 342, 359, 365, 375, 389, 393, 394, 400, 402).

C.c.c In occasione della visita medico-circondariale di chiusura del 18 luglio 2019 il dott. I._____, specialista FMH in chirurgia ortopedica e traumatologia dell'apparato locomotore, ha considerato l'assicurato non più abile nella precedente professione, ma completamente abile in un'attività sostitutiva rispettosa dei limiti funzionali elencati e in cui venga effettuata una pausa compensativa ogni ora a partire dal giorno della visita (doc. 403, 415). Indennità giornaliere sono state concesse (doc. 461) per poco più di un mese in aprile/maggio 2015, per cinque giorni in gennaio 2016, poi ininterrottamente dal 16 agosto 2016 al 30 settembre 2019 (per il momento lasciamo).

C.c.d Con decisione del 17 febbraio 2020 la F._____ ha accordato per le conseguenze dell'infortunio del 19 aprile 2015 una rendita d'invalidità del 20% dal 1° ottobre 2019 (doc. 436). Il provvedimento è passato in giudicato (doc. 436; allegato al doc. TAF 1, doc. 453-455).

C.d

C.d.a L'amministrazione ha inoltre richiamato agli atti l'incarto della E._____, da cui è emerso che da giugno 2015 l'assicurato era in cura per malesseri epigastrici (doc. 466), dolori toracali (doc. 468-471) e per le sequele di un non meglio specificato incidente della circolazione per cui

soffriva di dolori cervicali e alla spalla destra (doc. 467, 474), ed era stata attestata incapacità lavorativa per settembre 2015 (doc. 475).

C.d.b Con provvedimento del 29 marzo 2016 la E._____ ha chiuso il caso, ritenendo esigibile da subito la ripresa di un'attività lavorativa confacente nella misura dell'80% (intesa come rendimento ridotto) e interrompendo l'erogazione dell'indennità giornaliera al 50% (doc. 472 e 475 erogata dapprima al 100% fino presumibilmente al 24 settembre 2015) a partire dal 1° giugno 2016, onde concedere all'assicurato un lasso di tempo per sistemare la propria situazione professionale (doc. 479).

C.e Alla luce delle numerose patologie riscontrate l'UAIE ha quindi ordinato l'allestimento di una perizia pluridisciplinare in ambito internistico, reumatologico, pneumologico, psichiatrico, endocrinologico e neurologico presso il Servizio di accertamento medico (SAM). Nel rapporto del 27 gennaio 2021 sono state riscontrate limitazioni unicamente dal profilo reumatologico per quanto riguarda il carico sul piede e sulla caviglia sinistra, che determinano un'incapacità lavorativa totale nell'attività abituale di posatore di pavimenti dal 16 agosto 2016. In un'attività rispettosa delle limitazioni funzionali riscontrate nelle differenti specialità, l'assicurato è stato considerato abile all'80%, (riduzione del rendimento sull'arco di un'intera giornata), a partire dal 24 gennaio 2016, ossia dalla visita reumatologica ordinata dalla E._____ (doc. 194 p. 48).

C.f Con rapporto finale del 29 gennaio 2021 il SMR ha interamente ripreso le conclusioni peritali, precisando unicamente che l'incapacità lavorativa stabilita per un'attività lavorativa adeguata vale a decorrere dal 18 luglio 2019, ossia dalla data della visita medica di chiusura della F._____ (doc. 197).

C.g Con progetto di decisione del 1° febbraio 2021 l'UAI-B._____ ha prospettato il riconoscimento di una rendita intera d'invalidità dal 1° agosto 2017 (allo scadere dell'anno di attesa) al 31 ottobre 2019 (ossia dopo tre mesi dal miglioramento dello stato di salute intervenuto il 18 luglio 2019). Poiché la domanda, presentata il 14 marzo 2017, risultava tardiva, il versamento della rendita è stato fissato al 1° settembre 2017 (ossia sei mesi dopo l'inoltro della richiesta). Le condizioni per concedere provvedimenti d'integrazione non sono invece stati considerati adempiuti (doc. 199).

C.h Preso atto delle osservazioni formulate il 10 febbraio 2021 dall'assicurato, non supportate da nuova documentazione medica (doc. 201), con decisione del 3 maggio 2021 (notificata il 5 giugno 2021 [doc. TAF 3]) l'UAIE ha confermato il progetto di decisione (doc. 207).

D.

D.a Con ricorso del 1° luglio 2021 (data del timbro postale) A._____ è insorto dinnanzi al Tribunale amministrativo federale (TAF), chiedendo l'annullamento della decisione dell'UAIE del 3 maggio 2021 e il riconoscimento di un'incapacità lavorativa totale persistente con conseguente riconoscimento del diritto ad una rendita d'invalidità anche dopo il 31 ottobre 2019. A suffragio delle conclusioni ricorsuali sono stati tra l'altro prodotti alcuni referti inediti, di cui si dirà, se del caso, nei considerandi in diritto (doc. TAF 1).

D.b Con decisione incidentale del 20 luglio 2021 il ricorrente è stato invitato a versare un acconto di fr. 800.- corrispondente alle presumibili spese processuali (doc. TAF 4), versato il 1° settembre 2021 (doc. TAF 6, 7).

D.c Con risposta del 3 novembre 2021 l'UAIE, facendo riferimento al preavviso dell'UAI-B._____ del 27 ottobre 2021, a sua volta fondato sull'annotazione SMR del 16 settembre 2021 che ha confermato la correttezza delle conclusioni mediche, ha proposto la reiezione del gravame e la conferma della decisione impugnata (doc. TAF 9).

D.d Con replica del 18 dicembre 2021 (data del timbro postale) il ricorrente ha contestato la tesi dell'autorità inferiore, reiterando le argomentazioni già esposte in sede di ricorso (doc. TAF 12).

D.e Con duplica del 28 gennaio 2022 l'autorità inferiore ha ribadito la propria posizione (doc. TAF 14).

D.f L'8 novembre 2022 il ricorrente ha trasmesso una serie di referti medici relativi a un'ulteriore distorsione alla caviglia sinistra occorsa il 6 febbraio 2022 (doc. TAF 16), di cui si dirà se del caso nei considerandi in diritto (consid. 15).

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 LPGGA (RS 830.1). In conformità con l'art. 2 LPGGA, 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 LPGGA sono applicabili all'assicurazione per l'invalidità (art. 1a-26^{bis} e 28-70), sempreché la LAI non deroghi alla LPGGA.

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 LPGGA, nonché l'art. 52 cpv. 1 PA).

2.**2.1**

2.1.1 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 143 V 446 consid. 3.3; 139 V 335 consid. 6.2; 138 V 475 consid. 3.1).

2.1.2 Nel caso in esame essendo contestato il diritto ad una rendita intera dopo il 31 ottobre 2019, salvo indicazione contraria, si applicano di principio le disposizioni della 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 anche il tenore delle disposizioni transitorie della modifica intitolata "ulteriore sviluppo dell'AI", entrate in vigore il 1° gennaio 2022, in particolare per gli assicurati

che a questa data avevano già compiuto 55 anni, in particolare lett. c, a cui si applica il diritto precedente).

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

3.

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 quale frontaliere (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 alud, punto 69), per cui è applicabile, di principio, l'Accordo del 21 giugno 1999 tra la Confederazione svizzera e la Comunità europea ed i suoi Stati membri sulla libera circolazione delle persone (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).

4.

4.1 Oggetto impugnato è in concreto la decisione con cui è stata disposta l'attribuzione di una rendita limitata nel tempo dal 1° settembre 2017 al 31 ottobre 2019, così come il rifiuto di attribuire provvedimenti integrativi.

4.2 Oggetto del contendere per contro è l'interruzione del versamento della rendita intera d'invalidità a partire dal 31 ottobre 2019. Il diritto alla rendita intera ed il rifiuto di attribuire provvedimenti professionali d'integrazione infatti non sono contestati. Il rapporto giuridico relativo al rifiuto di provvedimenti integrativi è pertanto passato in giudicato.

4.3 Nella misura in cui il ricorrente chiede di fare chiarezza per quanto riguarda le responsabilità a cui ricondurre il suo stato di salute (interventi chirurgici al ginocchio di esito dubbio e altro) ed un eventuale risarcimento dei danni subiti il ricorso va dichiarato irricevibile. In relazione a eventuali responsabilità mediche l'assicurato deve agire per via civile, tale vertenza non essendo di competenza del TAF, che come detto si limita a stabilire l'eventuale diritto alla rendita dopo il 31 ottobre 2019.

4.4

4.4.1 Infine dagli atti risulta che il ricorrente è separato (dal 2016), che ha una figlia nata nel 2013 e che la moglie ha a sua volta due figli nati da una precedente relazione (doc. 194, 449, 477, 478). Per l'art. 35 cpv. 1 LAI le persone legittimate alla rendita d'invalidità hanno diritto a una rendita completa per ogni figlio che, qualora esse fossero morte, avrebbe diritto a una rendita per orfani dell'assicurazione per la vecchiaia e i superstiti. La rendita completa per i figli è versata come la rendita cui è connessa (cpv. 4 prima frase). Si tratta di un diritto accessorio alla rendita principale che compete all'avente diritto della rendita principale non ai figli (DTF 134 V 15 consid. 2.3.3).

4.4.2 Al riguardo va rilevato che oggetto impugnato è rappresentato, dal profilo formale, da una decisione, mentre, da quello sostanziale, dai rapporti giuridici in essa disciplinati. L'oggetto litigioso configura per contro il rapporto giuridico che, sulla base delle conclusioni ricorsuali, viene effettivamente impugnato e portato, quale tema processuale, dinanzi al giudice

(di prima o seconda istanza). Stando a tale definizione, l'oggetto impugnato come pure quello litigioso si riferiscono ad uno o più rapporti giuridici. Se pertanto il ricorso è diretto solo contro alcuni dei rapporti giuridici disciplinati dalla decisione querelata, gli altri fanno sì parte dell'oggetto impugnato, ma non di quello litigioso. L'oggetto della lite viene quindi definito alla luce delle censure sollevate con il ricorso, le quali vengono considerate validamente presentate se dal tenore o perlomeno dal senso di quest'ultimo risultano con sufficiente chiarezza (sentenza del TF 8C_16/2010 del 3 maggio 2010 consid. 1.2 con rinvii). È tuttavia possibile estendere l'esame all'oggetto impugnato quando vi è un legame intrinseco tra i punti non contestati e l'oggetto della lite (DTF 122 V 36 consid. 2a).

Se non vi è una decisione quindi, vi è carenza dell'oggetto impugnato e pertanto di un presupposto per procedere all'esame materiale (DTF 131 V 164 consid. 2.1). È tuttavia possibile estendere, a determinate condizioni (DTF 130 V 138 consid. 2.1), l'esame all'oggetto impugnato quando vi è un legame intrinseco tra i punti non contestati e l'oggetto della lite (DTF 122 V 36 consid. 2a).

4.4.3 Malgrado dagli atti emerga che il ricorrente ha una figlia, nata nel 2013, l'amministrazione non ha espressamente statuito nella decisione impugnata sull'eventuale diritto alla rendita per i figli del ricorrente, che malgrado sia accessoria alla rendita principale, configura un diritto a sé stante. Mancando l'oggetto impugnato questa Corte non può pertanto esprimersi sulla menzionata pretesa. Non risulta neppure adeguato estendere l'oggetto della lite ritenuto che sono carenti agli atti i documenti ufficiali da porre alla base della decisione e che in ogni caso l'incarto va rinviato all'amministrazione per altri motivi.

L'incarto va pertanto va trasmesso per competenza all'UAI (art. 8 cpv. 1 PA) affinché esamini la questione e si pronunci di conseguenza.

5.

5.1 Nell'ambito dell'esame della nuova domanda di prestazioni, l'autorità inferiore ha constatato un peggioramento dello stato di salute dell'assicurato a partire dal 16 agosto 2016 (visita presso il dottor G. _____), giungendo alla conclusione che il danno alla salute aveva avuto conseguenze invalidanti limitate al 18 luglio 2019, momento a partire dal quale gli esiti infortunistici permettevano la ripresa di un'attività sostitutiva adeguata a tempo pieno, con riduzione del rendimento del 20%.

Al ricorrente è stato quindi riconosciuto il diritto a una rendita intera limitata nel tempo dal 1° settembre 2017 (domanda tardiva) al 31 ottobre 2019.

5.2 L'insorgente, dal canto suo, ha contestato genericamente gli accertamenti medici su cui si è fondata l'autorità inferiore, considerando gli stessi incompleti e inconcludenti. A suo dire, alla luce degli atti medici da lui trasmessi, sarebbe ancora completamente inabile al lavoro in qualsiasi attività a causa dell'infortunio e degli errori commessi in occasione degli interventi chirurgici a cui si è sottoposto alla caviglia sinistra.

5.3 In concreto va pertanto esaminato se da luglio 2019 è intervenuto un miglioramento tale dello stato di salute e della capacità lavorativa da giustificare la soppressione della rendita a far tempo dal 1 novembre 2019 oppure se, come sostiene l'assicurato la situazione è rimasta invariata.

6.

6.1 L'invalidità ai sensi della LPGA e della LAI è l'incapacità al guadagno totale o parziale presumibilmente permanente o di lunga durata che può essere conseguente a infermità congenita, malattia o infortunio (art. 8 LPGA e art. 4 cpv. 1 LAI). L'invalidità è considerata insorgere quando, per natura e gravità, motiva il diritto alla singola prestazione (art. 4 cpv. 2 LAI). Ai sensi dell'art. 8 cpv. 3 LPGA, gli assicurati maggiorenni che prima di subire un danno alla salute fisica, mentale o psichica non esercitavano un'attività lucrativa e dai quali non si può ragionevolmente esigere che l'esercitino sono considerati invalidi se tale danno impedisce loro di svolgere le proprie mansioni consuete.

La nozione d'invalidità di cui all'art. 4 LAI e 8 LPGA è un concetto di carattere economico-giuridico e non medico (DTF 116 V 246 consid. 1b; sentenze del TF 8C_636/2010 del 17 gennaio 2011 consid. 3 e 9C_529/2008 del 18 maggio 2009).

Secondo l'art. 7 cpv. 1 LPGA, è considerata incapacità al guadagno la perdita, totale o parziale, della possibilità di guadagno sul mercato del lavoro equilibrato che entra in considerazione, provocata da un danno alla salute fisica, mentale o psichica e che perdura dopo aver sottoposto l'assicurato alle cure e alle misure d'integrazione ragionevolmente esigibili. Per valutare la presenza di un'incapacità al guadagno sono considerate esclusivamente le conseguenze del danno alla salute. Inoltre, sussiste un'incapacità al guadagno soltanto se essa non è obiettivamente superabile (art. 7 cpv. 2 LPGA). Secondo l'art. 6 LPGA, è considerata incapacità al lavoro 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 d'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.

L'assicurazione svizzera per l'invalidità risarcisce pertanto, e di principio, soltanto la perdita economica che deriva da un danno alla salute fisica o psichica dovuto a malattia o infortunio, non la malattia o la conseguente incapacità lavorativa (DTF 116 V 246 consid. 1b).

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

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

6.4 L'art. 29 cpv. 1 LAI prevede che il diritto alla rendita nasce al più presto dopo sei mesi dalla data in cui l'assicurato ha rivendicato il diritto alle prestazioni conformemente all'art. 29 cpv. 1 LPGGA (riservate altresì le condizioni dell'art. 28 cpv. 1 LAI; DTF 142 V 547 consid. 3.2), ma al più presto a partire dal mese seguente il compimento dei 18 anni. L'art. 29 cpv. 3 LAI precisa altresì che la rendita è versata all'inizio del mese in cui nasce il diritto.

7.

7.1 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.

7.2 L'art. 88a cpv. 1 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).

7.3 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).

7.4 Secondo il principio dell'onere probatorio materiale, 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).

7.5 In caso d'assegnazione retroattiva di una rendita scalare la data di modifica del diritto deve essere stabilita conformemente all'art. 88a OAI (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).

7.6 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).

8.

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).

9.

9.1 Il giudice delle assicurazioni sociali deve esaminare in maniera obiettiva tutti i mezzi di prova, indipendentemente dalla loro provenienza, e poi decidere se i documenti messi a disposizione permettono di giungere ad un giudizio attendibile sulle pretese giuridiche litigiose.

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 me-

dico 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 140 V 356 consid. 3.1, 134 V 231 consid. 5.1; DTF 125 V 351 consid. 3a; 122 V 157 consid. 1c).

9.2 Per quanto concerne le perizie giudiziarie la giurisprudenza ha statuito 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 oppure l'esistenza di altri rapporti in grado di inficiarne la conclusione. 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).

9.3 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).

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

9.5

9.5.1 Con la sentenza 9C_492/2014 del 3 giugno 2015, pubblicata in DTF 141 V 281, il Tribunale federale ha stabilito degli indicatori per la valutazione del carattere invalidante delle affezioni psicosomatiche (DTF 141 V 281 consid. 4.1.3).

9.5.2 In seguito, nelle DTF 143 V 409 e DTF 143 V 418, il Tribunale federale ha ritenuto che la procedura sviluppata nell'ambito dei disturbi da dolore somatoforme deve essere applicata in presenza di qualsiasi malattia psichica, in particolare anche ai disturbi depressivi di grado da leggero a medio, che devono quindi, di principio, essere valutati sulla base di una procedura d'accertamento dei fatti strutturata, ai sensi della DTF 141 V 281 (DTF 143 V 418 consid. 6 e 7), al fine di stabilire l'esistenza di un'incapacità al lavoro e di un'incapacità al guadagno.

9.5.3 Si può tuttavia rinunciare ad effettuare la valutazione della capacità al lavoro di una persona nell'ambito di una procedura d'accertamento dei fatti strutturata fondata su indicatori, allorquando questo esame non appaia necessario od appropriato. Tale è il caso, in particolare, quando dei rapporti medici chiari e ben motivati escludono la presenza di una qualsiasi incapacità al lavoro e quando, per mancanza di specializzazione da parte del medico che si pronuncia o per altri motivi, i pareri medici che esprimono un'opinione contraddittoria non appaiono sufficientemente fondati (DTF 143 V 418 consid. 7.1). Vi si può rinunciare pure allorquando le limitazioni all'esercizio di un'attività risultano da un'esagerazione dei sintomi, o costellazioni simili, ciò che esclude l'esistenza di un danno alla salute suscettibile di cagionare un'invalidità (DTF 141 V 281 consid. 2.2 nonché sentenze del Tribunale federale 9C_534/2015 del 1° marzo 2016 consid. 2.2.2 con rinvii e 8C_562/2014 del 29 settembre 2015 consid. 8.4). Una valutazione della capacità al lavoro tramite il catalogo di indicatori non sarà altresì necessaria neppure quando i documenti medici agli atti certificano, secondo il grado della verosimiglianza preponderante, la presenza di una depressione leggera, che non può essere considerata cronica e che non è associata ad alcuna comorbidità psichica (DTF 143 V 409 consid. 4.5.3).

9.6 Non va infine dimenticato che se vi sono dei rapporti medici contraddittori il giudice non può 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 (sentenza del Tribunale federale I 166/03 del 30 giugno 2004 consid. 3.3).

10.

10.1

10.1.1 Nel caso concreto il ricorrente ha fatto valere un peggioramento dello stato di salute a partire dal 19 aprile 2015, allorquando, camminando tra le pietre levigate sull'alveo del fiume (...), si è procurato una distorsione della caviglia sinistra.

Non figurano agli atti documenti medici relativi ai primi accertamenti condotti il giorno stesso presso il pronto soccorso dell'Ospedale L. _____ di (...), né i risultati della radiografia di controllo o l'eventuale rapporto del dott. M. _____, specialista in medicina interna generale, relativo alla visita del giorno seguente. Dalle dichiarazioni fornite dal ricorrente alla F. _____, risulta che la patologia alla caviglia è stata considerata una distorsione semplice, curata conservativamente fino all'11 giugno 2015 (data dell'ultima visita del dott. M. _____) e per la quale è stato prescritto un breve periodo d'incapacità lavorativa fino al 25 maggio 2015 (doc. 254 p. 3).

10.1.2 Neppure figurano agli atti il rapporto della visita al Pronto soccorso dell'Ospedale L. _____ del 27 gennaio 2016, a seguito del riacutizzarsi dei dolori alla caviglia persistenti da dicembre 2015, né il referto della visita ortopedica eseguita il 4 febbraio 2016 dal dott. N. _____, specialista in chirurgia ortopedica e traumatologia dell'apparato locomotore, il quale non ha suggerito terapie specifiche, né prescritto incapacità lavorativa (doc. 254 p. 4, 260).

Alla luce di quanto verrà esposto ai considerandi seguenti (in particolare consid. 11, 12), ai fini dell'esito del ricorso, l'assunzione di tali atti, non risulta tuttavia necessario, conformemente al principio della valutazione anticipata delle prove (cfr. DTF 140 I 60 consid. 3.3).

10.2 Nel corso del 2015 il dott. M. _____ ha pure attestato dei periodi d'incapacità lavorativa per ragione di malattia al 100% dal 7 al 23 settembre 2015 e al 50% dal 24 settembre 2015 in poi (doc. 475), in cui la E. _____ ha assegnato le relative indennità giornaliere e approfondito le patologie tramite assunzione dei seguenti referti:

10.2.1 Il rapporto dell'11 gennaio 2016 del dott. O._____, specialista in medicina interna e cardiologia, che in esito all'esame cardiologico ha riscontrato un "ventricolo sinistro di dimensioni e FE normali con un'ipertrofia del setto" senza nessun segno di ischemia significativa dal punto di vista clinico e elettrico. Egli ha constatato un miglioramento della situazione, rispetto agli episodi che nel corso dell'anno avevano condotto l'assicurato a chiedere accertamenti cardiologici e valutazioni d'urgenza al pronto soccorso, che l'hanno indotto a ritenere ulteriori indagini superflue e a consigliare all'assicurato un calo ponderale (doc. 476).

10.2.2 Il rapporto peritale del 24 gennaio 2016 del dott. P._____, specialista in reumatologia, nel quale ha posto le seguenti diagnosi (doc. 477):

- Sindrome panvertebrale cronica con componente spondilogenica prevalentemente a destra, in
 - o Discopatie anamnestiche C4-C7
 - o Osteocondrosi L4/L5 e L5/S1 con piccola ernia discale paramediana sinistra L5/S1, spondilartrosi plurisegmentali
 - o Noto canale spinale lombare stretto L3/L4
 - o Disturbi statici del rachide (ipercifosi della dorsale alta con protrazione del capo, scoliosi sinistroconvessa dorsale, destroconvessa lombare)
 - o Decondizionamento e sbilancio muscolare
 - o Obesità (peso 102.2 kg / statura 162.5 cm)
- Periartrite omeroscapolare anamnestica a destra
- Probabile gonartrosi instabile in valgo a sinistra, in
 - o Esiti da intervento chirurgico per rottura del legamento collaterale mediale 11 settembre 1990
 - o Obesità (peso 102.2 kg / statura 162.5 cm)
- Gonalgia a destra, in
 - o Valgismo
 - o Obesità (peso 102.2 kg / statura 162.5 cm)
- Esiti da trauma distorsivo della caviglia sinistra nell'aprile 2015

Riguardo alle limitazioni funzionali il dott. P._____ ha riferito che l'assicurato "può molto spesso sollevare e portare pesi fino a 5 kg fino all'altezza dei fianchi, talvolta pesi tra 5-10 kg fino all'altezza dei fianchi, di rado pesi tra i 10-25 kg fino all'altezza dei fianchi, mai pesi oltre i 25 kg fino all'altezza dei fianchi; l'assicurato può talvolta sollevare pesi fino a 5 kg sopra l'altezza del petto, di rado pesi oltrepassanti i 5 kg sopra l'altezza del petto. L'assicurato può molto spesso maneggiare attrezzi di precisione, spesso maneg-

giare attrezzi di media entità, di rado attrezzi pesanti, mai maneggiare attrezzi molto pesanti. La rotazione manuale è normale. L'assicurato può di rado effettuare lavori al di sopra della testa, di rado effettuare la rotazione del tronco, molto spesso assumere la posizione seduta ed inclinata in avanti, talvolta la posizione in piedi ed inclinata in avanti, talvolta assumere la posizione inginocchiata, talvolta assumere la posizione accovacciata, molto spesso effettuare la flessione delle ginocchia. L'assicurato può assumere talvolta la posizione seduta di lunga durata, talvolta la posizione in piedi di lunga durata. L'assicurato può molto spesso camminare fino a 50 metri, molto spesso oltre 50 metri, talvolta camminare per lunghi tragitti, come pure spesso camminare su terreno accidentato, può talvolta salire le scale, di rado salire su scale a pioli".

Il perito ha quindi concluso che a partire dal 7 settembre 2015, in un lavoro adatto allo stato di salute che tiene pienamente conto di tutti i limiti funzionali e di carico indicati, l'insorgente può essere considerato abile al lavoro sull'arco di una normale giornata lavorativa con rendimento ridotto del 20%. Nella professione abituale di posatore di pavimenti in marmo e granito, per contro, ha ritenuto l'assicurato inabile al lavoro nella misura del 75%, da intendersi come diminuzione del rendimento sull'arco di una giornata lavorativa normale dalla stessa data (doc. 477).

10.2.3 Il rapporto peritale dell'11 marzo 2016 della dott.ssa Q. _____, specialista in psichiatria e psicoterapia, che passando in rassegna l'anamnesi ha riferito di un assicurato affetto da problemi di carattere reumatologico, in particolare dolori alla caviglia sinistra da aprile 2015 e a livello della colonna e della spalla destra da gennaio 2016, ma per il quale non era possibile porre alcuna diagnosi sotto il profilo psichiatrico. Pur dimostrando sentimenti di apprensione, demoralizzazione, sfiducia, inadeguatezza, incertezza e preoccupazione per il proprio stato di salute e futuro lavorativo, secondo la perita non vi sono elementi clinici attestanti un disturbo dell'umore, d'ansia o di personalità (doc. 478).

10.3 Per quanto riguarda la problematica alla caviglia sinistra (consid. 10.1), dopo l'annuncio, in data il 13 aprile 2016, della ricaduta del 20 dicembre 2015 (doc. 268), la F. _____ ha assunto agli atti i seguenti referti:

10.3.1 Il rapporto operatorio del 19 ottobre 2016 del dott. G. _____, relativo all'intervento di resezione tibiale posteriore e plastica di sostituzione, osteofitectomia e sinovialectomia parziale del talus mediale, ricostruzione del legamento calcaneo-navicolare plantare, plastica con trapianto lungo del fibularis brevis (doc. 265). Tale intervento era giustificato dalla diagnosi

di lesione tendinea estesa del tendine tibiale posteriore, del tendine fibularis brevis a sinistra e frattura osteo-cartilaginea del talus mediale (doc. 260), posta il 22 agosto 2016 dallo stesso dott. G. _____ sulla base dell'esame clinico del 16 agosto 2016 e dell'esame RM del 22 agosto 2016 (cfr. doc. 275, degli ultimi due referti citati non vi è traccia agli atti).

10.3.2 I rapporti del reparto di ortopedia e traumatologia dell'apparato locomotore del Kantonspital H. _____ di (...), segnatamente il rapporto operatorio del 31 ottobre 2017 relativo all'intervento di ricostruzione dell'apparato legamentoso laterale mediante un innesto plantare e la stabilizzazione della sindesmosi con sistema tipo Tight Rope eseguito dalla dott.ssa R. _____ (doc. 330) alla luce della diagnosi di "instabilità della caviglia sinistra dopo distorsione del 19 aprile 2015 con lesione capsulo-legamentosa, in stato dopo primo intervento di ricostruzione del legamento" (doc. 302).

10.3.3 La valutazione medico-circondariale di chiusura del 18 luglio 2019, nella quale il dott. I. _____, riferisce le seguenti diagnosi (doc. 415):

Stato dopo trauma distorsivo del 19 aprile 2015 caviglia sinistra con lesione apparato capsulo-legamentoso laterale.

Stato dopo ricostruzione chirurgica del tendine tibiale posteriore e tendine fibularis brevis del piede sinistro e débridement tibiotarsica superiore (fecit dott. med. G. _____ il 19 ottobre 2016).

Stato dopo intervento di stabilizzazione della sindesmosi tibio-peroneale distale con Tight Rope e ricostruzione capsulo-legamentosa laterale eseguita il 31 ottobre 2017 dalla dr.ssa med. R. _____ al Kantonsspital H. _____.

Alla luce del mancato calo ponderale e della reticenza dell'assicurato a sottoporsi ad un bypass gastrico, il dott. I. _____ ha escluso la possibilità di una ripresa chirurgica – per altro priva di garanzie di risultato soddisfacente – ed ha ritenuto non sussistere altre proposte volte a migliorare ulteriormente la situazione.

Ritenendo non più esigibile la ripresa della professione abituale di posatore di pavimenti, il dott. I. _____ si è espresso in merito all'esigibilità lavorativa in un'attività sostitutiva, elencando le seguenti limitazioni funzionali: "Sollevare e portare: l'assicurato è in grado di sollevare pesi molto leggeri fino a 5 kg con due braccia fino all'altezza dei fianchi molto spesso, pesi leggeri da 5 a 10 kg talvolta, pesi medi da 10 a 25 kg di rado, pesanti oltre i 25 kg mai. È inoltre in grado di sollevare oltre l'altezza del petto pesi fino

a 5 kg, molto spesso e superiori ai 5 kg con le limitazioni sopra esposte. Maneggio di attrezzi: l'assicurato è in grado di maneggiare attrezzi leggeri di precisione molto spesso, medi spesso, pesanti di rado, molto pesanti mai. La rotazione della mano è possibile molto spesso. Posizione e mobilità: l'assicurato è in grado di eseguire lavori sopra la testa talvolta, di eseguire la rotazione del busto molto spesso, la posizione seduta e inclinata in avanti molto spesso, la posizione in piedi e inclinata in avanti talvolta. La posizione inginocchiata con flessione delle ginocchia mai. Posizione di lunga durata: l'assicurato è in grado di mantenere la posizione seduta molto spesso, la posizione in piedi di rado, è possibile la posizione a libera scelta, alternando la posizione seduta a quella in piedi. Spostamento: l'assicurato è in grado di camminare fino a 50 metri molto spesso, per tratti superiori ai 50 metri di rado, per lunghi tratti mai e su terreno accidentato mai. È in grado di salire le scale di rado, salire scale a pioli mai. L'uso delle due mani è possibile, equilibrio e stare in equilibrio possibile.”

Nel rispetto di tali limitazioni ed osservando delle pause compensative di 10 minuti ogni ora lavorata, l'assicurato è stato ritenuto completamente abile al lavoro (doc. 415 p. 5).

10.3.4 Nella valutazione delle capacità funzionale (VCF) del 14 maggio 2020, volta a valutare il carico di lavoro fisicamente esigibile, oltre alle conseguenze infortunistiche, sono state considerate anche le ulteriori patologie di cui soffre l'assicurato. Sono quindi state poste le seguenti diagnosi (doc. 449):

- Dolore cronico alla caviglia sinistra dopo trauma in pronazione 19.4.2015
 - rottura cronica legamentare e tendinea estesa del tendine tibiale posteriore sinistro, del tendine fibularis brevis a sinistra e del legamento calcaneo-navicolare plantare
 - 19.10.2016: resezione del tendine tibiale posteriore e plastica di sostituzione con trapianto del flexor digitorum longus su 1° cuneiforme, osteofitectomia e sinovialectomia parziale del talus mediale, ricostruzione del legamento calcaneo-navicolare plantare, plastica con trapianto lungo del fibularis brevis su longus e fissazione gessata
 - 31.10.2017: transfissazione della sindesmosi e plastica laterale
 - piede piano-valgo con insufficienza del tibiale posteriore
- Sindrome lombospondilogenica cronica
 - anamnesi di ernia discale L5/S1 nel 2004

- attualmente clinicamente nessuna neurocompressione
- Sindrome cervicospondilogenica cronica
 - anamnesticamente ernie discali cervicali note da 10/2019
 - formicolii diffusi agli arti superiori, aspecifici
 - clinicamente nessuna neurocompressione
- Severa obesità
- Ipertensione arteriosa
- Iniziale diabete mellito anamnestico

Valutando il caso, il dott. S. _____, specialista FMH in reumatologia e il sig. T. _____, fisioterapista responsabile hanno riferito di un assicurato che “dopo plurimi interventi al piede sinistro ha sviluppato una sindrome da dolore cronico che rende conto di un dolore costante con un’intensità eccessiva per un problema unicamente meccanico”. Sindrome verso cui orienta anche la “presenza di dolori panvertebrali cronici e di formicolii diffusi agli arti superiori”. Anche secondo gli estensori del VCF la miglior soluzione sarebbe l’esecuzione di un intervento di artrodesi mirato a togliere il dolore, pur persistendo la limitazione dovuta all’obesità.

A fronte dei test funzionali eseguiti gli specialisti hanno valutato non più esigibile la ripresa dell’attività di posatore di marmo e granito, mentre hanno considerato un’esigibilità piena con rendimento normale in un’attività leggera prevalentemente sedentaria (doc. 449 p. 8).

10.4 Nell’ambito della procedura AI l’assicurato ha prodotto una serie di documenti (doc. 126, 163, 172, 174), di cui si dirà, se del caso, nei considerandi che seguono.

10.5 L’UAI-B. _____ ha quindi ordinato l’esecuzione di una perizia pluridisciplinare in ambito internistico, reumatologico, pneumologico, psichiatrico, endocrinologico e neurologico redatta dal SAM il 27 gennaio 2021 (doc. 194), su cui ha fondato le proprie conclusioni.

10.5.1 Il SAM ha in particolare posto le seguenti diagnosi con influsso sulla capacità lavorativa (doc. 194 pp. 30-31):

Diagnosi reumatologiche

Dolori residui con impotenza funzionale alla caviglia sinistra in stato dopo trauma distorsivo il 19 aprile 2015 nonché primo intervento chirurgico il 19 ottobre 2016 e secondo intervento chirurgico il 31 ottobre 2017.

10.5.2 Il SAM ha inoltre posto le seguenti diagnosi senza influenza sulla capacità di lavoro:

Diagnosi reumatologiche

- Sindrome cervicovertebrale su minime alterazioni degenerative in particolar modo una protrusione erniaria paramediana sinistra in corrispondenza del disco C4-C5;
- Sindrome lombovertebrale su protrusione circonferenziale discale L3-L4 e L4-L5;
- Fibromialgia di tipo primario
- Stato dopo trauma distorsivo al ginocchio sinistro nel 1990 con lesione del legamento collaterale mediale e intervento chirurgico di ricostruzione;

Diagnosi neurologiche

- Sindrome lombovertebrale cronica senza deficit neurologici radicolari associati;
- Sindrome cervicale cronica senza deficit neurologici radicolari associati;
- Cefalee verosimilmente tensive (DD cervicogene);
- Dolori alla caviglia sinistra non spiegati da patologia neurologica;

Diagnosi pneumologiche

- Sindrome delle apnee da sonno ostruttiva severa (AHI 44) attualmente in ventiloterapia con apparecchiatura Bi-PAP;

Diagnosi endocrinologiche-diabetologiche

- Diabete mellito NIDDMZ, noto dal 2019, trattato con antidiabetici orali;
- Assenza completa di complicanze diabetiche note;

Diagnosi psichiatriche

- Sindrome ansioso-depressiva su disturbo dell'adattamento cronico (ICD-10 F43.2);

Altre diagnosi internistiche

- Obesità con BMI 50.2 kg/m²;
- Nota ipertensione arteriosa in trattamento farmacologico;
- Nota dislipidemia in trattamento farmacologico;
- Nota ernia iatale e reflusso gastroesofageo in trattamento con Omeprazolo.

10.5.3

10.5.3.1 Dal punto di vista internistico il dott. U._____, specialista FMH in medicina interna generale, ha ritenuto non sussistere alcuna limitazione della capacità lavorativa, valutando possibile la ripresa immediata dell'attività abituale come pure di una sostitutiva al 100% (doc. 194 p. 37).

10.5.3.2 Alla medesima conclusione sono giunti, anche il dott. V._____, specialista FMH in endocrinologia nel rapporto del 25 agosto 2020 (doc. 194 pp. 70-74), il dott. Z._____, specialista FMH in neurologia nel rapporto del 26 agosto 2020 (doc. 194 pp. 75-82), il dott. Aa._____, specialista FMH in medicina interna e malattie polmonari nel rapporto del 4 settembre 2020 (doc. 194 pp. 83-98) e il dott. Bb._____, specialista FMH in psichiatria e psicoterapia nel rapporto del 16 settembre 2020 (doc. 194 pp. 99-112). I periti hanno in particolare segnalato che, nelle rispettive aree di competenza, non vi è mai stata alcuna incapacità lavorativa.

I periti neppure hanno segnalato la necessità di una particolare terapia, ritenendo quelle attuali (come ad esempio l'utilizzo dell'apparecchiatura Bi-BAP per migliorare il sonno o la terapia antidiabetica) efficaci e adeguate, né hanno ritenuto necessario mettere in atto delle misure di ordine professionale.

10.5.3.3 Dal punto di vista reumatologico, per contro, il dott. Cc._____, specialista FMH in reumatologia e riabilitazione, ha descritto un assicurato in buone condizioni generali, adiposo, la cui deambulazione, caratterizzata da zoppia alla gamba sinistra, è possibile per brevi tratti anche senza la stampella. Sulla base dell'esame clinico e dei risultati degli esami strumentali eseguiti nell'ottobre 2019 (TAC lombo-sacrale, TAC rachide cervicale, TAC colonna lombare, RM caviglia sinistra, RX piede sinistro in carico) il perito ha indicato che "attualmente i disturbi dell'assicurato sono da riferire soprattutto a una problematica di dolore cronico a carattere polidistrettuale con una sindrome fibromialgica di tipo primario associata a degli anamnestici attacchi di panico. I disturbi alla colonna vertebrale sia cervicale che lombare vanno interpretati soprattutto in questa problematica e non tanto nelle modiche alterazioni degenerative evidenziate alle ultime indagini radiologiche. In particolar modo segnalo come alle indagini radiologiche di TAC della colonna lombare non si evidenzia più un canale spinale stretto, non vi siano ernie discali significative, in particolar modo non vi è più un'ernia discale L5-S1. Vi sono dei bulging discali L3-L4 e L4-L5 con protrusioni circonferenziali. Anche alla colonna cervicale vi sono delle limitazioni della

mobilità determinate soprattutto dai dolori risentiti. Vi è una sindrome cervico-vertebrale ma le alterazioni degenerative evidenziate alla colonna cervicale con una TAC del 24.10.2019 sono particolarmente limitate e riconducibili a una piccola protrusione erniaria paramediana sinistra a livello C4-C5. Ancora attualmente determinanti sono gli esiti post-traumatici alla caviglia sinistra". Il perito ha nondimeno considerato la situazione stabilizzata, non essendovi segni di aggravazione delle varie problematiche (doc. 194 pp. 122, 127).

Il dott. Cc. _____ ha quindi considerato l'assicurato limitato per quanto riguarda il carico sul piede e sulla caviglia sinistra, nel camminare in maniera prolungata con una stampella e per breve tempo senza la stampella. Limitato nel mantenere posizioni statiche prolungate sulla gamba sinistra, nel salire e scendere le scale, nel camminare su terreni sconnessi e nell'inginocchiarsi. Per quanto riguarda la sindrome fibromialgica il perito ha precisato di non ritenere esservi delle limitazioni significative. Neppure per la colonna vertebrale ha riscontrato limitazioni funzionali (doc. 194 p. 128).

Allineandosi alla valutazione esposta dai medici incaricati dalla F. _____, il dott. Cc. _____ ha ritenuto l'assicurato completamente inabile al lavoro nella professione abituale di posatore di pavimenti in marmo-granito. In un'attività di tipo sedentario, rispettosa delle limitazioni funzionali riscontrate, ha considerato che l'assicurato, al più tardi dalla visita reumatologica del dott. P. _____ per l'assicurazione E. _____ il 24 gennaio 2016, fosse in grado di lavorare all'80%, da intendere quale riduzione del rendimento in ragione della necessità di prendere delle prolungate e ripetute pause (doc. 194 p. 128).

10.5.4 Complessivamente i periti hanno concluso che non vi sono aspetti della personalità rilevanti, né segnali di riduzione delle risorse a disposizione o indicanti una riduzione della tolleranza allo stress, sebbene circostanze famigliari, sociali, fisiche ed economiche costituiscano dei fattori di stress importanti con cui l'assicurato è confrontato. La grave obesità, in particolare ha influenzato negativamente, a mente dei periti, sia i disturbi generali accusati dall'assicurato che quelli di tipo reumatologico. Precisando che l'incapacità lavorativa è determinata unicamente dalle patologie descritte in ambito reumatologico, a partire dal 16 agosto 2016 essi hanno considerato l'assicurato completamente inabile nell'attività abituale. Dal 24 gennaio 2016, essi hanno per contro ritenuto l'interessato abile a svolgere un'attività sostitutiva adeguata nella misura dell'80%, con delle brevi interruzioni nei tre mesi successivi all'intervento del 19 ottobre 2016 e a quello

del 31 ottobre 2017, come pure durante le degenze presso l'istituto Auxologico di (...) dal 24 settembre al 1° ottobre 2019 e dal 9 ottobre al 3 novembre 2019 in cui è nuovamente giustificata un'incapacità lavorativa totale (doc. 194 pp. 46-48).

10.6 Le conclusioni a cui sono giunti i periti del SAM, riguardo alle diagnosi, alla capacità lavorativa e alle limitazioni funzionali, sono state fatte proprie dal dott. Dd._____, specialista FMH in medicina interna generale che nel rapporto finale SMR del 29 gennaio 2021 ha riferito di una situazione stazionaria precisando i periodi di incapacità lavorativa nell'attività abituale (100% definitiva dal 16 agosto 2016) e in un'attività sostitutiva (100% dal 16 agosto 2016 al 17 luglio 2019, 20% dal 18 luglio al 23 settembre 2019, 100% dal 24 settembre al 1° ottobre 2019 e infine 20% continua dal 2 ottobre 2019, e le limitazioni funzionali, in particolare il carico massimo di 9 kg (doc. 197).

10.7 Pendente ricorso con annotazione SMR del 16 settembre 2021, il dott. Dd._____, dopo aver preso visione delle certificazioni mediche inedite (segnatamente gli esami TC del 4 giugno 2020, il rapporto del 3 settembre 2020 del dott. G._____, il rapporto del 15 settembre 2020 del dott. Ee._____, la cui specializzazione non è nota e il breve rapporto del 3 marzo 2021 del dott. Ff._____, di cui anche non si conosce la specializzazione [allegati al doc. TAF 1]) ha ritenuto che la situazione non si scostava da quella accertata dalla perizia pluridisciplinare del SAM (allegato al doc. TAF 9).

11.

11.1 Alla luce di quanto sopra esposto, risulta senz'altro pacifico che, a partire dal 16 agosto 2016 (data dell'esecuzione dell'esame clinico da parte del dr. G._____) l'assicurato risulta completamente inabile in qualsiasi attività lavorativa consecutiva all'infortunio del 19 aprile 2015, per il quale era stato inizialmente attestato solo un breve periodo d'incapacità (100% dal 20 al 29 aprile 2015, 50% dal 30 aprile al 25 maggio 2015). Su tale circostanza sono concordi tutti i medici consultati.

Ciononostante, l'assicurato aveva segnalato la ricaduta alla F._____ il 13 aprile 2016, in ragione del peggioramento della situazione alla caviglia subentrato a far tempo da dicembre 2015 (doc. 254, p. 3 e 4, 268; consid. 10.3). Tale peggioramento aveva condotto l'assicurato a consultare il pronto soccorso dove era stata attestata dal 27 al 31 gennaio 2016 un'in-

capacità lavorativa totale. Agli atti non figura alcuna protrazione dell'incapacità lavorativa oltre a tale data. Soltanto nel certificato del 15 marzo 2017 viene attestata dal dott. G. _____ un'incapacità lavorativa totale retroattiva fino alla data dell'infortunio (doc. 260). Orbene, come rettamente rilevato dal dott. I. _____ nell'apprezzamento medico del 3 luglio 2017 (doc. 308), una tale valutazione retroattiva della capacità lavorativa, ossia precedente la prima visita del dott. G. _____ (avvenuta il 16 agosto 2016), non è possibile dal momento che non vi è alcun certificato rilasciato dai medici che hanno avuto in cura l'assicurato (dott. N. _____ e dott. M. _____) o altro indizio, che la confermi. Anche se probabile, ritenuto che le patologie alla caviglia sinistra sono in ogni caso riconducibili all'infortunio, non essendo dimostrato con il grado della verosimiglianza preponderante, valido nell'ambito delle assicurazioni sociali, questo Tribunale non può concludere che a partire da dicembre 2015 sia intervenuto un peggioramento dello stato della caviglia sinistra, suscettibile di influire sulla capacità lavorativa

11.2 Del resto, alla luce di quanto verrà esposto al considerando seguente, la questione se l'incapacità lavorativa totale andrebbe ricondotta già al momento del peggioramento dello stato della caviglia, nel dicembre 2015 rispettivamente all'aprile 2016, data della notifica della ricaduta oppure ad agosto 2016 come indicato dall'amministrazione, momento della visita del dottor G. _____ per conto della F. _____, può comunque restare irrisolta.

Questo Tribunale rileva infatti che, nell'ambito della procedura condotta dalla E. _____, l'assicurato era stato considerato, per ragioni morbose, inabile al lavoro nella misura del 75% nella precedente professione a partire dal 7 settembre 2015 (si cfr. a tal proposito anche i certificati d'incapacità lavorativa del dott. M. _____ [doc. 475]). Orbene, tale valutazione concludente e affidabile esposta dal dott. P. _____ nella perizia reumatologica 24 gennaio 2016 (doc. 477 p. 15) non è stata messa in discussione da nessuno dei periti che hanno successivamente visitato l'assicurato nel quadro della procedura AI. Del resto la E. _____ ha erogato dal 7 settembre 2015 indennità giornaliera intere e dal 24 settembre 2015 al 50% (consid. c.d.b). Di tale incapacità lavorativa, senz'altro suscettibile di influire sul diritto alla rendita dell'assicurato, l'autorità inferiore non ha tuttavia affatto tenuto conto.

Tale omissione è presumibilmente riconducibile al fatto che l'amministrazione ha considerato irrilevante tale periodo, dal momento che il diritto alla rendita, giusta l'art. 29 cpv. 1 LAI, avrebbe potuto insorgere, dal suo punto

di vista, al più presto da settembre 2017, ossia a sei mesi dalla domanda di prestazioni del 14 marzo 2017 (doc. 98, 101).

Alla luce degli atti dell'incarto tale conclusione non è tuttavia condivisibile e va modificata.

12.

12.1 Prima della domanda di prestazioni del 14 marzo 2017, infatti, l'assicurato, per il tramite della E. _____, aveva già correttamente depositato, in data 10 novembre 2015, domanda formale di rilevamento tempestivo (doc. 89), che non è mai stata evasa dall'amministrazione (se non con la decisione impugnata), la quale ha preteso – a torto – la presentazione di una nuova domanda.

12.2

12.2.1 Si rammenta al riguardo che le prestazioni dell'assicurazione sociale vengono assegnate, su domanda specifica dell'assicurato. In altre parole, chi omette di annunciare la propria pretesa all'assicuratore preposto, nelle modalità e nelle forme prescritte (art. 29 LPGA), non potrà beneficiare delle prestazioni a cui avrebbe di per sé diritto per legge (cfr. MICHEL VALTERIO, *Droit de l'assurance-vieillesse et survivants [AVS] et de l'assurance-invalidité [AI]*, Schulthess 2011, N. 2812 p. 771 e riferimenti giurisprudenziali ivi citati).

Scopo della disposizione (art. 29 cpv. 1 LAI) è principalmente quello di incentivare gli assicurati ad annunciarsi il più presto possibile all'AI per permettere, da un lato, di preservare il loro diritto alla rendita e, dall'altro, all'amministrazione di attuare provvedimenti d'integrazione nel momento in cui potevano ancora esplicare tutta la loro efficacia (FF 2005 3989 segg., 4065 e 4098; cfr. pure DTF 137 V 351 consid. 4.2 pag. 357).

12.2.2 La procedura, avviata dall'assicurato al momento del deposito della domanda con cui rivendica il diritto alle prestazioni d'invalidità (art. 29 cpv. 1 LPGA, art. 29 cpv. 1 LAI, art. 65 OAI), si conclude al termine dell'istruttoria e della procedura di preavviso (art. 73 OAI), mediante una decisione con cui l'autorità inferiore si pronuncia sulla richiesta di prestazioni (art. 74 cpv. 1 OAI).

Per l'art. 1^{septies} OAI la fase d'intervento tempestivo si conclude con:

- a. la decisione relativa all'esecuzione di provvedimenti d'integrazione secondo l'articolo 8 capoverso 3 lettere a^{bis} e b LAI;

- b. la comunicazione che nessun provvedimento d'integrazione può essere attuato con successo e che sarà esaminato il diritto alla rendita; oppure
- c. la decisione secondo cui l'assicurato non ha alcun diritto né a provvedimenti d'integrazione secondo l'articolo 8 capoverso 3 lettere a^{bis} e b LAI né a una rendita.

12.2.3 Va infine precisato che la data del deposito della domanda è determinante per stabilire la decorrenza del diritto alla rendita (art. 29 cpv. 1 e 3 LAI). È soltanto quando la domanda di prestazioni è evasa con decisione passata in giudicato, che la domanda (e la data del suo deposito) non esplicano più alcun effetto (cfr. sentenza del TAF C-4576/2019 del 13 maggio 2020 consid. 4). In tale evenienza per avvalersi di un ulteriore diritto a prestazioni, l'interessato dovrà pertanto introdurre una nuova domanda di prestazioni (cfr. sentenza del TF 9C_302/2015 del 18 settembre 2015, consid. 5.3; VALTERIO, op. cit., N. 2847 p. 780).

12.2.4 Come qualsiasi altra prestazione infine anche le misure d'intervento tempestivo possono essere concesse unicamente a quegli assicurati che sono annunciati all' AI (UAI) conformemente all'art 29 LPGA (art. 1^{sexies} OAI). Benché il deposito della stessa, anche in presenza di un'accertata incapacità al lavoro, non conferisca al richiedente alcun diritto a provvedimenti d'intervento tempestivo (art. 7d cpv. 3 LAI), l'istanza costituisce una formale domanda di prestazioni ai sensi dell'art. 29 LPGA (VALTERIO, op. cit., N. 1312 p. 363).

Ricevuta la domanda l'UAI organizza un colloquio di valutazione allo scopo di raccogliere le informazioni necessarie per determinare se e in caso di risposta affermativa quale misura d'intervento tempestivo o di reinserimento è indicata. L'assicurato deve essere convocato al colloquio anche nel caso in cui la domanda di prestazione è tendente all'attribuzione di una rendita. L'UAI può soprassedere a tale colloquio solo nel caso appaia da subito evidente che l'AI non è competente, che un reinserimento non è possibile o che la domanda non riguardi l'attribuzione di una rendita o provvedimenti integrativi, bensì l'attribuzione di mezzi ausiliari o un assegno per grandi invalidi (VALTERIO, op. cit., N. 1313 p. 363).

12.3

12.3.1 Nel caso di specie l'amministrazione una volta ricevuta dalla E._____ la domanda di intervento tempestivo del 10 novembre 2015, corredata della relativa documentazione medica atta a dimostrare la nuova

abilità lavorativa, non ha né convocato l'assicurato, né affidato il mandato di intervento tempestivo al consulente in integrazione professionale, al fine di accertare l'attuabilità di provvedimenti integrativi ai sensi del citato art. 1^{septies} OAI. Per contro, con scritto del 17 novembre 2015, in cui prendeva atto della nuova inabilità lavorativa, ha chiesto all'assicurato di trasmettere il formulario per la domanda di rendita e la relativa documentazione medica (inviati poi l'8 marzo 2017) precisando che sarebbe entrata nel merito della richiesta solo se le condizioni erano adempiute (doc. 91). Non risulta inoltre dagli atti che l'amministrazione abbia (aperto) ma nemmeno mai formalmente chiuso la fase d'intervento tempestivo conformemente all'art. 1^{septies} lett. b OAI, precisando che avrebbe esaminato il diritto alla rendita.

12.3.2 In simili condizioni la "domanda di prestazioni" formulata dall'assicurato l'8 marzo 2017 su espressa richiesta dell'UAIE non può esplicare alcun effetto non essendo stata evasa la domanda del 10 novembre 2015. In simili condizioni la decisione impugnata con cui l'amministrazione ha assegnato all'assicurato una rendita limitata nel tempo ha evaso ai sensi dell'art. 1^{septies} OAI (ed era autorizzata a evadere) la domanda di intervento tempestivo correttamente inoltrata del 10 novembre 2015, trattandosi di una domanda di prestazioni ai sensi dell'art. 29 LPGGA (Valterio, op. cit, pag. 363 N 1313).

12.3.3 Ne consegue che è pertanto la data dell'istanza tendente al rilevamento tempestivo, che deve essere presa in considerazione ai fini della fissazione della decorrenza della rendita ai sensi dell'art. 29 cpv. 1 LAI. Un'eventuale rendita potrà essere versata al più presto a partire da maggio 2016 (ossia a sei mesi dalla domanda del 10 novembre 2015) e non solo da settembre 2017, nella misura in cui le condizioni poste dall'art. 28 cpv. 1 LAI sono adempiute.

12.4 Orbene, come indicato al consid. 11.2, dal 7 settembre 2015 e a tempo indeterminato senza interruzioni, l'assicurato è stato considerato dal dott. P._____ (e dalla E._____) inabile al lavoro nella misura del 75% per ragioni morbose nell'attività lavorativa abituale. Al termine dell'anno di incapacità lavorativa previsto dall'art. 28 cpv. 1 let. b LAI, ossia al 7 settembre 2016, l'inabilità lavorativa dell'assicurato era nel frattempo divenuta totale per ragioni infortunistiche. È pertanto a partire dal 1° settembre 2016 (art. 29 cpv. 3 LAI) e non dal 1° settembre 2017 che va riconosciuto all'assicurato il diritto a una rendita intera d'invalidità.

Su questo punto la decisione impugnata va quindi riformata, in quanto viola il diritto federale.

13.

13.1 Risulta per contro senz'altro corretta l'attribuzione di una rendita intera fino al 31 ottobre 2019, ossia tre mesi dopo la supposta stabilizzazione/miglioramento dello stato di salute, ritenuto che almeno fino a luglio 2019 tutti i medici coinvolti nelle varie procedure (infortunistica e AI) sono concordi nel ritenere l'assicurato totalmente inabile in qualsiasi attività (cfr. consid. 9). In tal senso si sono infatti espressi il dott. I. _____ nei rapporti del 14 aprile 2017, del 16 novembre 2017 e del 19 luglio 2019 (doc. 275, 331, 415), la dott.ssa Gg. _____ nelle certificazioni d'infortunio per la F. _____ (cfr. fra i vari doc. 433), nonché nel rapporto dell'11 gennaio 2019 (doc. 174), il dott. S. _____ nella valutazione della capacità funzionale del 14 maggio 2020, nella quale è stata sostanzialmente riconfermata l'indicazione del dott. I. _____ (doc. 449, 450), il dott. Hh. _____ nel referto del 4 dicembre 2019 (doc. 172), nonché il dott. Dd. _____ nel rapporto finale SMR del 29 gennaio 2021, confermato dalla successiva annotazione del 16 settembre 2021 (doc. 197, e allegata al doc. TAF 9). Di opinione contraria su questo punto è il dott. Cc. _____, che nella perizia reumatologica 14 settembre 2020 considera già a partire da gennaio 2016 l'assicurato abile in misura completa con una riduzione del 20% in una professione sostitutiva adeguata (doc. 194 p. 113 ss.). Per le ragioni che verranno esposte più avanti (consid. 14.4.6.2), tale valutazione, presumibilmente frutto di una svista, non può essere seguita.

Su questo punto la decisione impugnata merita di essere confermata.

14.

14.1 Resta quindi da esaminare se a giusto titolo l'autorità inferiore ha soppresso il diritto alla rendita intera d'invalidità a decorrere dal 31 ottobre 2019. Occorre dunque valutare se una stabilizzazione rispettivamente un miglioramento rilevante (e che perduri) dello stato di salute e della capacità lavorativa del ricorrente possa effettivamente essere riconosciuto, dal mese di luglio 2019 alla luce degli accertamenti svolti oppure se quest'ultima, prima dell'emanazione della decisione impugnata avrebbe dovuto svolgere ulteriori accertamenti dei fatti giuridicamente rilevanti.

14.2 Come detto la decisione impugnata – pur tenendo conto degli accertamenti clinici e strumentali condotti dalla F._____ e dall'assicuratore malattia, oltre che dei referti prodotti dall'assicurato – si fonda sostanzialmente sulla perizia pluridisciplinare del SAM del 27 gennaio 2021 (doc. 194), interamente ripresa e avallata dal SMR nel rapporto finale del 29 gennaio 2021, con la sola eccezione della decorrenza dell'esigibilità dello svolgimento di un'attività sostitutiva (doc. 197).

14.3 A titolo preliminare va rilevato che la perizia in esame si basa sulle informazioni fornite dalla persona esaminata e dai medici curanti, sull'esame del quadro clinico e del comportamento del ricorrente, sulle risultanze della visita di quest'ultimo da parte dei sei periti e sulla documentazione medica agli atti. Il rapporto è comprensivo dell'anamnesi, delle informazioni tratte dall'incarto, delle diagnosi, delle indicazioni degli stessi periti, nonché della discussione e delle conclusioni concomitanti alle quali questi sono giunti in punto alle limitazioni e all'influsso delle stesse sulla capacità lavorativa dell'assicurato. Tale rapporto può pertanto essere considerato, per lo meno formalmente, un mezzo probatorio idoneo alla valutazione dello stato di salute e della capacità lavorativa del ricorrente.

14.4 Dal punto di vista sostanziale si osserva che il caso è stato indagato approfonditamente, tenendo conto dei differenti ambiti della medicina toccati, al fine di valutare l'impatto delle numerose affezioni diagnosticate sullo stato di salute e sulla capacità lavorativa del ricorrente.

14.4.1 Per i periti che hanno esaminato il ricorrente dal profilo internistico, endocrinologico e pneumologico non vi sono diagnosi con influsso sulla capacità lavorativa. Del resto neppure il medico curante ha fornito alcun'indicazione riguardo a una particolare terapia suscettibile di migliorare ulteriormente la situazione dal profilo internistico.

14.4.2 Anche dal punto di vista neurologico non vi sono indicazioni che contraddicono quelle del dott. Z._____ che nel contesto della valutazione peritale del 26 agosto 2020 non ha rilevato alcuna diagnosi con influsso sulla capacità lavorativa. Dal rapporto del 19 luglio 2018 del dott. li._____ non emergono infatti particolari deficit oggettivi e l'esame elettroencefalografico è stato condotto solo parzialmente non essendo tollerato dall'assicurato. Quest'ultimo, per altro, neppure si è espresso in punto all'abilità lavorativa.

14.4.3 Dal profilo psichiatrico, sia la dott.ssa Q._____, nel rapporto dell'11 marzo 2016, che il dott. Bb._____ nel rapporto del 16 settembre

2016 sono concordi nel ritenere che non è possibile diagnosticare alcun disturbo di origine psichica suscettibile di influire sulla capacità lavorativa dell'assicurato. A ben vedere, né al momento della prima valutazione peritale, né della seconda l'assicurato era in cura presso uno specialista o seguiva un trattamento volto a curare delle patologie psichiatriche. Il dott. Bb._____ al riguardo rileva che l'assicurato, pur vivendo una condizione di malessere esistenziale dall'infortunio del 2015 che ha cambiato drasticamente la sua vita, non è mai stato seguito a livello specialistico. Contrariamente alla dott.ssa Q._____, il dott. Bb._____ ha segnalato una sindrome ansioso depressiva su disturbo dell'adattamento cronico (ICD 10-F43.2) senza tuttavia influire sulla capacità lavorativa. In tal senso, si era pure espresso in termini vaghi anche il dott. Hh._____ riferendo di un paziente con "un tono dell'umore fortemente depresso", nonché la dott.ssa Gg._____ che ha segnalato delle "crisi ansiose con attacchi di panico" (doc. 174). Ad ogni buon conto è doveroso rimarcare che entrambi i medici citati, specialisti in psichiatria, oltre a non descrivere né i sintomi, né l'origine, gli sviluppi o le conseguenze delle affezioni esposte, neppure danno un'indicazione precisa di quello che potrebbe essere l'influsso delle stesse sulla capacità lavorativa dell'assicurato. Altre affezioni o limitazioni connesse a problematiche di natura psichica non considerate dai periti, non sono d'altro canto reperibili agli atti.

14.4.4 Riguardo alla valenza probatoria della perizia psichiatrica su cui si è fondata l'amministrazione è utile rilevare che, non essendovi alcuna diagnosi con influire sulla capacità lavorativa, né avendo mai subito un'incapacità lavorativa per motivi psichiatrici, nulla osta a rinunciare, come fatto dal dott. Bb._____, a una procedura di accertamento dei fatti strutturata fondata su indicatori (si cfr. al riguardo il consid. 8.4.3).

14.4.5 In ambito reumatologico si rileva che i periti che si sono espressi nel corso degli anni sono giunti a conclusioni analoghe sotto il profilo diagnostico con la sola eccezione del dottor Cc._____ il quale ha posto la diagnosi di fibromialgia primaria senza influire sulla capacità lavorativa. Al riguardo giova precisare quanto segue.

14.4.5.1 Fino a poco tempo fa la fibromialgia era considerata una forma particolare di reumatismo dei tessuti molli. Tuttavia, sotto l'influenza dell'International Association for the Study of Pain (IASP), l'OMS ha creato una nuova categoria per le sindromi da dolore cronico primario e ha riclassificato la sindrome fibromialgica in questa categoria. La fibromialgia non fa pertanto più parte delle malattie reumatiche (vedi www.rheumatologia.ch > altre malattie reumatiche > maggiori informazioni > sui singoli quadri clinici >

Fibromialgia; ultima visita il 23 novembre 2022). Il dolore cronico primario è definito come "dolore in una o più regioni anatomiche che si manifesta per un periodo superiore a tre mesi e che è associato a un significativo disagio emotivo e a una compromissione funzionale (cioè limitazioni nelle attività della vita quotidiana o nei ruoli sociali) e non è meglio spiegato da nessun'altra diagnosi" (si cfr. sentenza del TAF C-2219/2021 del consid. 4.7.4.2 e riferimenti ivi citati).

14.4.5.2 Nel caso concreto, il dott. Cc._____, ha diagnosticato una sindrome fibromialgica di tipo primario senza indicazione del numero ICD e senza fornire alcun dettaglio riguardo all'esame dei tender points o alle motivazioni che lo hanno indotto a tale conclusione. Riguardo a tale patologia, il perito si è limitato a ritenere la stessa non limitante sotto il profilo funzionale, né inabilitante non influenzando sulla capacità lavorativa.

È bene precisare che, al di fuori del dott. Cc._____, che per altro non ha prescritto alcuno specifico trattamento, nessun altro medico consultato dall'assicurato ha mai riferito di disturbi da dolore somatoforme, posto la diagnosi di fibromialgia – o esternato dei dubbi riguardo alla possibile insorgenza della stessa – né tantomeno ha mai ritenuto opportuno procedere ad approfondimenti specialistici per indagare maggiormente tali aspetti.

14.4.5.3 Ad ogni buon conto, al fine di poter validamente porre una diagnosi di fibromialgia, la sola valutazione da parte di un reumatologo non sarebbe sufficiente. A tale scopo, secondo il Tribunale federale, è infatti necessario l'intervento di uno specialista in psichiatria, in quanto i fattori psicosomatici hanno un influsso decisivo sullo sviluppo di questa malattia (DTF 132 V 65 consid. 4.3). Gli effetti sulla salute devono infatti essere valutati da uno psichiatra, mediante un esame degli indicatori standard, così come previsto dalla giurisprudenza sul dolore somatoforme ai sensi della DTF 141 V 281 (si cfr. anche sentenza del TAF C-2219/2021 del consid. 4.7.4.3).

Nel caso concreto, si osserva che fra le diagnosi poste dal dott. Bb._____, nella perizia psichiatrica, non viene fatto alcun riferimento alla possibile insorgenza di una tale patologia, né tantomeno posta una diagnosi di sindrome somatoforme da dolore persistente (ICD-10 F45.4), suscettibile di avvalorare la diagnosi di fibromialgia primaria posta dal dott. Cc._____. Non essendo neppure emerso in corso di discussione congiunta da parte dei periti la necessità di procedere a un accertamento complementare e a fronte delle perplessità espresse riguardo alla validità di tale diagnosi, non riscontrata da nessun altro medico, su tale aspetto si può

sopraspedere senza che vi sia la necessità di svolgere ulteriori accertamenti medici. Del resto non avendo influenza sulla capacità lavorativa del ricorrente non è neppure rilevante.

14.4.6 In concreto tutti i periti e i medici interrogati sono concordi nel ritenere che le uniche patologie con influsso sulla capacità lavorativa, sono quelle di natura reumatologica e ortopedica.

14.4.6.1 In tali discipline agli atti figura innanzitutto la valutazione ortopedica del dott. I._____, che limitando il proprio esame alle conseguenze dell'infortunio alla caviglia sinistra, nel rapporto del 18 luglio 2019 ha esposto in maniera chiara e concludente le diagnosi, le limitazioni funzionali e l'esigibilità lavorativa nella professione abituale (0%) e in una sostitutiva adeguata (100%, tenuto conto delle limitazioni indicate al consid. 10.3.3). L'apprezzamento del medico fiduciario della F._____ tiene conto dell'opinione degli specialisti del reparto di ortopedia e traumatologia dell'apparato locomotore dell'ospedale cantonale di H._____, dove l'assicurato è stato operato il 31 ottobre 2017 e dove si è recato per molteplici esami e visite di controllo (cfr. doc. 302, 316, 330, 342, 359, 365, 375, 389, 393, 394, 400, 402). Con la sola eccezione della decorrenza dell'incapacità lavorativa (di cui si è già detto in precedenza [consid. 11.1]), le opinioni esposte dagli specialisti di (...) e dal Dott. I._____ sono state pure condivise dal dott. G._____, primo ortopedico curante.

14.4.6.2 Dal profilo reumatologico l'assicurato è stato visitato dapprima nell'ambito della procedura condotta dalla E._____, dal dott. P._____ che, nel referto del 24 gennaio 2016, si era concentrato soprattutto sulle affezioni alla schiena e alle articolazioni periferiche, non essendo all'epoca dell'esame ancora così marcato il disturbo e la sintomatologia algica alla caviglia sinistra. Il dott. P._____ riferisce di un assicurato che lamenta "dolori dorsolombari e sacrali a fine corsa", oltre che laterali e che manifesta spesso sofferenza durante l'esame clinico. Egli osserva tuttavia – senza trarre particolari conclusioni – che quest'ultimo è rimasto seduto per circa 30 minuti senza cercare posizioni antalgiche, alzandosi e sedendosi, anche da posizione sdraiata, rapidamente e senza difficoltà, come pure senza disagio si è svestito e rivestito autonomamente restando anche in equilibrio su una gamba sola (destra e sinistra) per infilarsi le calze.

Nell'ambito della procedura infortunistica e in quella AI, l'assicurato è stato visitato a breve distanza dal dott. S._____ e dal dott. Cc._____. Pur essendo stata commissionata dalla F._____, la valutazione del 14 mag-

gio 2020 del dott. S. _____ non si limita alle sole conseguenze dell'infortunio del 19 aprile 2015, ma tiene conto di tutte le affezioni rilevanti dal punto di vista reumatologico. Quest'ultimo ha riferito che nei test ergonomici l'assicurato ha mostrato un'amplificazione di sintomi di grado elevato, considerando la collaborazione durante i test insufficiente, anche nell'eseguire gli esercizi senza relazione con la caviglia malata. Egli ha ritenuto che "il sollevamento di soli 2,5 kg non può essere spiegato se non con un impegno insufficiente indipendentemente dalle diverse patologie legate o meno all'infortunio in questione". In merito all'esigibilità lavorativa, dovendo essere valutato unicamente l'impatto del sinistro del 2015, la valutazione del reumatologo si è allineata a quella dell'ortopedico, ritenendo l'assicurato abile in misura completa e con rendimento completo in un'attività leggera prevalentemente sedentaria.

La valutazione del dott. Cc. _____, pur concordando con limitazioni funzionali e esigibilità nulla nell'attuale professione di piastrellista riscontrate dal reumatologo, risulta essere più favorevole all'assicurato per quanto concerne la capacità lavorativa in un'attività sostitutiva adeguata riconoscendo una riduzione del rendimento del 20% a partire da gennaio 2016, ossia dalla visita del dott. P. _____, che aveva espresso un parere analogo.

In punto alla decorrenza dell'esigibilità, la valutazione del dott. Cc. _____ non può tuttavia essere seguita, non essendo coerente con le constatazioni da lui stesso esposte nel rapporto peritale. A partire dal mese di agosto 2016 (cfr. consid. 10) è stato inequivocabilmente accertato un peggioramento dello stato della caviglia sinistra tale da richiedere un duplice intervento chirurgico e un prolungato periodo di incapacità lavorativa. A ben vedere nella valutazione complessiva i periti hanno effettivamente tenuto conto del periodo di convalescenza seguito ai due interventi nel corso del quale per tre mesi è stata attestata un'incapacità lavorativa totale (cfr. consid. 9.5.4). È pur vero, però, che viste le complicazioni che sono scaturite dai due interventi, non era in quel momento possibile considerare la situazione stabilizzata. Di conseguenza, l'esigibilità lavorativa attestata dal dott. Cc. _____ e riportata nella valutazione complessiva, pur condivisibile nella quantificazione, non può ritenersi tale se non a partire dal 18 luglio 2019, ossia da quando il dott. I. _____ ha ritenuto non sussistere altre proposte terapeutiche suscettibili di migliorare la capacità lavorativa dell'assicurato. Tale data è stata per altro correttamente ripresa dal dott. Dd. _____ nel rapporto finale SMR del 29 gennaio 2021 per stabilire il momento a partire dal quale l'assicurato era in grado di svolgere una professione sostitutiva adeguata.

14.4.7 A ben vedere al di fuori dei rapporti ortopedici e reumatologici appena citati, non vi è nessun altro referto specialistico recente che abbia posto una valutazione attuale e concludente riguardo alla capacità lavorativa residua, che abbia rivelato elementi oggettivi nuovi o non considerati dai periti, né che abbia esposto una valutazione differente della medesima fattispecie o una critica mirata avverso le valutazioni peritali.

14.5 Alla luce di quanto precede, è pertanto a giusto titolo che il dott. Dd. _____ – e di conseguenza l'autorità inferiore – ha interamente aderito alla valutazione pluridisciplinare del SAM (e in particolare a quella reumatologica del dott. Cc. _____), pur facendo slittare al 18 luglio 2019, anziché al 24 gennaio 2016 il momento a partire dal quale lo stato di salute poteva considerarsi stabilizzato e l'assicurato poteva considerarsi abile al lavoro in un'attività sostitutiva adeguata nella misura dell'80% (inteso come riduzione del rendimento).

14.6 A fronte degli atti medici citati, questo Tribunale non ha pertanto alcun fondato motivo per scostarsi dall'apprezzamento medico dell'autorità inferiore, che va confermata.

15.

Abbondanzialmente si rileva che i referti medici prodotti dal ricorrente l'8 novembre 2022 (doc. TAF 16) non sono suscettibili di influire sull'esito della presente vertenza, essendo stati redatti dopo la pronuncia della decisione impugnata (consid. 2.2) e altresì riguardando un nuovo sinistro rispettivamente un preteso aggravamento dello stato di salute intervenuto dal mese di febbraio 2022, sul quale l'amministrazione non si è ancora espressa (consid. 4.2).

La nuova documentazione medica (doc. TAF 16) va pertanto trasmessa all'amministrazione per competenza (art. 8 cpv.1 PA).

16.

16.1 Pur non essendo oggetto di contestazione il TAF rileva che non vi è motivo di scostarsi neppure dal tasso d'invalidità calcolato dall'autorità inferiore, secondo la quale, per il periodo oggetto di contestazione, ossia dal 1° novembre 2019, corrisponde al 29%.

16.2 Benché l'amministrazione si sia fondata erroneamente sui dati del 2017, anziché su quelli del 2019 – momento determinante per il raffronto dei redditi, corrispondente a quello della riduzione o soppressione della

rendita limitata nel tempo tenendo conto delle costellazioni previste dagli articoli 88a e 88^{bis} OAI (cfr. sentenza del TF 9C_664/2013 del 15 gennaio 2014 consid. 4.4.1 e 4.4.2; sentenza del TAF C-2453/2019 del 14 settembre 2022 consid. 10.2.1, C-4032/2018 del 1° ottobre 2019 consid. 17.2 e riferimenti citati; CR LPGA- MARGIT MOSER-SZELESS, art. 16 LPGA, N 41) – indicizzando i salari da valido e da invalido all'anno di riferimento, non si ottiene infatti alcuna modifica nel grado d'invalidità, che resta sempre a 29%.

16.3 Non vi è inoltre nulla da obiettare quanto alla scelta del reddito da valido, più favorevole all'assicurato rispetto a quello risultante dalle dichiarazioni salariali riguardanti l'attività indipendente liquidata in via di fallimento (per altro incomplete, mancando i dati per il 2016 [doc. 121]) e quello da invalido, considerato che l'assicurato al momento dell'interruzione del diritto alla rendita non svolgeva alcuna attività nota all'amministrazione. Né tantomeno riguardo alla riduzione del 10% (per attività leggera e altri fattori di riduzione, doc.196) applicata dall'amministrazione sul salario statistico da invalido, conto tenuto dell'ampio potere d'apprezzamento che quest'ultima dispone su questo aspetto e della prudenza che il Tribunale deve dimostrare nel valutare l'estensione della riduzione evitando di sostituire il proprio apprezzamento a quello dell'autorità inferiore (DTF 137 V 71 consid. 5.2; sentenze del TF 9C_273/2011 del 27 gennaio 2012 consid. 1.3, 9C_280/2010 del 12 aprile 2011 consid. 5.2 in fine).

17.

Da quanto esposto, ne consegue che il ricorso, nella misura in cui è ricevibile, è parzialmente accolto, nel senso che la decisione impugnata viene riformata nel senso che all'assicurato viene riconosciuto il diritto a una rendita intera d'invalidità a partire dal 1° settembre 2016 fino al 31 ottobre 2019. Per il resto il ricorso è respinto.

17.1 Visto l'esito della procedura, le spese processuali di fr. 800.-, sono poste a carico del ricorrente nella misura di $\frac{1}{2}$, per un importo di fr. 400.- (art. 63 cpv. 1 e cpv. 5 PA nonché art. 3 lett. b 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]), che viene compensato con l'anticipo spese versato dall'insorgente il 1° settembre 2021 (doc. TAF 6, 7). L'importo residuo di fr. 400.- verrà restituito al ricorrente successivamente alla crescita in giudicato della presente sentenza (cfr. sentenza del TAF C-3300/2016 del 18 marzo 2019 consid. 10.1).

17.2 Al ricorrente, parzialmente vincente, non spetta altresì alcuna indennità per spese ripetibili della sede federale, non essendo rappresentato da alcun mandatario professionale e non avendo dimostrato di aver dovuto sostenere disborsi o particolari spese per la conduzione della causa (art. 64 PA in combinazione con gli art. 7 e segg. TS-TAF a contrario).

Le autorità federali, quand'anche vincenti, non hanno di principio diritto a un'indennità a titolo di ripetibili (art. 7 cpv. 3 TS-TAF), salvo eccezioni non ravvisabili nel caso concreto (cfr. fra l'altro, DTF 127 V 205).

Per questi motivi, il Tribunale amministrativo federale pronuncia:

1.

1.1 Nella misura in cui è ricevibile il ricorso è parzialmente accolto.

1.2 La decisione del 3 maggio 2021 è riformata nel senso che a A. _____ è attribuita una rendita intera di invalidità dal 1° settembre 2016 fino al 31 ottobre 2019.

1.3 Per il resto il ricorso è respinto.

1.4 L'incarto è trasmesso all'UAIE affinché stabilisca l'ammontare della rendita dal 1° settembre 2016 al 31 agosto 2017.

1.5 L'incarto è trasmesso all'UAIE al fine di pronunciarsi sul diritto del ricorrente a rendite per figli.

1.6 Il doc. TAF 16 è trasmesso all'UAIE per competenza.

2.

Le spese processuali di fr. 400 sono poste a carico del ricorrente e vengono compensate con l'acconto di fr. 800.- già versato. L'importo residuo di fr. 400.-, gli sarà restituito allorquando la presente sentenza sarà passata in giudicato.

3.

Non si attribuiscono indennità per spese ripetibili.

4.

Questa sentenza è comunicata al ricorrente e all'autorità inferiore.

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). 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: