



Corte III
C-4743/2019

Sentenza del 26 agosto 2020

Composizione

Giudici Michela Bürki Moreni (presidente del collegio),
Viktoria Helfenstein, Christoph Rohrer,
cancelliere Oliver Engel.

Parti

A. _____, (Italia)
patrocinato dall'avv. Sergio Sciuchetti,
ricorrente,

contro

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

Oggetto

assicurazione invalidità, diritto alla rendita
(decisione del 17 luglio 2019).

Fatti:**A.**

A.a A. _____, cittadino italiano, nato il (...) 1981, coniugato, con figli, dal luglio 2013 ha lavorato in Svizzera quale frontaliere, da ultimo in qualità di cuoco presso la B. _____ Sagl di (...) (C. _____), solvendo regolari contributi all'assicurazione svizzera per la vecchiaia, i superstiti e l'invalidità (doc. 11 e segg. dell'incarto dell'Ufficio dell'assicurazione per l'invalidità del Canton C. _____ [di seguito incarto A]).

A.b Il 25 agosto 2017 l'interessato si è scontrato con una vettura mentre circolava in sella alla propria motocicletta. Egli è stato trasportato al pronto soccorso dell'Ospedale Regionale di (...) dove è stata diagnosticata una frattura bifocale del femore destro, scomposta e pluriframmentaria ed è stato eseguito un intervento di osteosintesi in urgenza, per cui è stato dichiarato totalmente inabile al lavoro (cfr. doc. 23 e segg. e in particolare doc. 34 dell'incarto della D. _____, assicuratore infortuni [in seguito incarto B]). Le conseguenze dell'infortunio sono state assunte da D. _____ Assicurazioni SA, assicuratore infortuni (doc. B 23 e segg.).

B.

B.a In data 13 novembre 2017 l'assicurato ha trasmesso all'Ufficio per l'assicurazione per l'invalidità del Canton C. _____ (UAI-C. _____) il formulario relativo alla richiesta di prestazioni dell'assicurazione per l'invalidità (doc. A 1). Ai fini dell'istruttoria l'UAI-C. _____ ha acquisito agli atti l'incarto dell'assicuratore infortuni (cfr. in particolare doc. A 3, 33 e 40).

B.b Preso atto dell'ampia istruttoria specialistica esperita in ambito infortunistico, di cui si dirà in dettaglio nei considerandi in diritto, il dott. E. _____, specialista in chirurgia, con rapporto finale SMR del 14 settembre 2018 ha posto la diagnosi con ripercussioni sulla capacità lavorativa di "stato dopo osteosintesi con chiodo gamma lungo per frattura bifocale scomposta pluriframmentaria femore destro (26.08.2017)" con "lesione osteocondrale rotula destra" e "stato dopo dinamizzazione chiodo gamma lungo e rimozione vite bloccaggio statica (11.07.2018)". Inoltre, ha attestato "disestesie apicali dita IV e V mano destra su probabile neuropatia ripercussione sensitiva del nervo ulnare senza documentabili rallentamenti di conduzione all'ENG" senza ripercussione sulla capacità lavorativa. Per quel che concerne la capacità lavorativa, il medico SMR ha attestato nell'attività abituale un'incapacità lavorativa totale continua a partire dal 25

agosto 2017 e in attività adeguate dal 25 agosto 2017 al 21 agosto 2018, con successiva capacità lavorativa al 100% (doc. A 38).

B.c Con comunicazione del 28 maggio 2019 l'UAI-C. _____ ha informato l'assicurato che avrebbe assunto i costi per la parte scolastica del diploma cantonale di esercente nel periodo dal 26 agosto 2019 al 16 dicembre 2019 e che per la durata del provvedimento sarebbero state riconosciute indennità giornaliere. Per i mesi di maggio, giugno, luglio e agosto 2019 l'assicurato ha inoltre percepito indennità giornaliera d'attesa da parte dell'UAI-C. _____ (doc. A 86 e segg.).

B.d Con progetto di decisione del 29 maggio 2019 l'amministrazione ha prospettato il rigetto della domanda di prestazioni, constatando un'inabilità lavorativa totale nella precedente attività a decorrere dal 25 agosto 2017, un'incapacità lavorativa completa in attività adeguate dal 25 agosto 2017 al 20 agosto 2018, data in cui l'assicurato aveva ritrovato una piena capacità lavorativa in attività adeguate. Il grado di invalidità è risultato nullo, alla luce di un reddito da valido di CHF 54'000.- e di un reddito da invalido di CHF 63'790.- (doc. A 92).

B.e Con scritto del 28 giugno 2019 l'assicurato, rappresentato dall'avvocato Sciuchetti, ha chiesto il riesame e la modifica del progetto di decisione, contestando principalmente che fosse intervenuto un miglioramento dello stato di salute nella misura e nelle tempistiche ritenute dall'UAIE. Egli ha addotto in particolare che l'assicuratore infortuni lo aveva ritenuto inabile al lavoro in misura del 100% in attività adeguate sino al 6 gennaio 2019 e del 50% dal 7 gennaio 2019 al 31 gennaio 2019, chiedendo che gli venisse riconosciuta una rendita intera dal 1° agosto 2018 al 31 gennaio 2019 ed una mezza rendita dal 1° febbraio 2019 al 30 aprile 2019 (doc. A 102).

B.f Con annotazione SMR dell'8 luglio 2019 il dott. E. _____ ha rilevato che la nuova documentazione medica trasmessa in fase di osservazioni al progetto di decisione non permetteva di modificare le conclusioni di cui al rapporto finale del 14 settembre 2018, già confermate nelle precedenti prese di posizione (doc. A 105).

B.g Con decisione del 17 luglio 2019 l'UAIE ha pertanto confermato il progetto di decisione e respinto la domanda di prestazioni d'invalidità (doc. A 107).

B.h Nel frattempo la D. _____ ha confermato l'erogazione di indennità giornaliera LAINF del 100% dal 26 agosto 2017 al 6 gennaio 2019 e del

50% dal 7 gennaio 2019 al 30 aprile 2019, sopprimendole a partire dal 1° maggio 2019 (cfr. conferma delle prestazioni d'indennità LAINF del 13 agosto 2019, incarto D. _____). Inoltre, a seguito del ricovero per la rimozione dei mezzi di sintesi l'8 gennaio 2020, la D. _____ ha nuovamente versato indennità giornaliera del 100% dall'8 gennaio 2020 al 26 gennaio 2020 (Mail di F. _____ a Sergio Sciuchetti del 5 febbraio 2020 18:11, incarto D. _____).

C.

C.a Il 16 settembre 2019 l'interessato ha inoltrato ricorso contro la menzionata decisione dell'UAIE del 17 luglio 2019 dinanzi al Tribunale amministrativo federale (TAF), chiedendone l'accoglimento, l'annullamento del provvedimento impugnato ed il riconoscimento di una rendita intera dal 1° agosto 2018 al 30 aprile 2019. A sostegno delle proprie conclusioni il ricorrente ha prodotto documentazione medica in parte già agli atti e fatto valere che gli accertamenti in ambito infortunistico si erano protratti almeno fino a maggio 2019 compreso e che l'assicuratore infortuni ha riconosciuto l'assicurato inabile al lavoro al 100% fino al 6 gennaio 2019 ed in misura del 50% sino al 30 aprile 2019 (doc. TAF 1).

C.b Il 10 ottobre 2019, l'interessato ha versato l'anticipo di CHF 800.- a copertura delle presumibili spese processuali (doc. TAF 5).

C.c Con risposta di causa del 19 dicembre 2019 l'UAIE ha proposto la reiezione del gravame e la conferma del provvedimento impugnato. Rinviando al preavviso dell'Ufficio AI del Cantone C. _____ del 18 dicembre 2019, all'annotazione SMR del 16 dicembre 2019 e all'annotazione SMR del 25 ottobre 2019, l'autorità inferiore ha ribadito l'esigibilità al 100% di un'attività adeguata a partire dal 21 agosto 2018. In merito alla documentazione medica prodotta l'UAIE ha rilevato che da essa non si evincono dati clinici oggettivi per poter riconoscere l'insorgenza di nuove patologie o un peggioramento con influsso sulla capacità lavorativa. Degli ulteriori motivi si dirà, se necessario, nei considerandi di diritto (doc. TAF 8).

C.d Con scritto del 27 gennaio 2020 il rappresentante dell'assicurato ha modificato le proprie conclusioni ricorsuali, chiedendo l'accoglimento del ricorso, l'annullamento del provvedimento impugnato ed il riconoscimento di una rendita intera dal 1° agosto 2018 al 30 aprile 2019 ed una mezza rendita dal 1° maggio 2019 al 31 luglio 2019 (doc. TAF 11).

C.e Con replica del 4 febbraio 2020 il ricorrente ha ribadito le proprie tesi e conclusioni ricorsuali, precisando di non comprendere come il dott. E. _____ – prendendo posizione a posteriori e senza aver mai visitato il ricorrente – potesse non concordare con gli specialisti curanti e con l'assicuratore infortuni (doc. TAF 13).

C.f Con duplice del 27 febbraio 2020 l'UAIE ha mantenuto le proprie conclusioni, rinviando a quanto esposto nella decisione impugnata e nella risposta di causa (doc. TAF 16).

C.g Il 14 maggio 2020, il TAF ha assunto agli atti un aggiornamento dell'incarto dell'assicuratore infortuni (in seguito incarto D. _____) ed ha comunicato all'assicurato che gli atti sono consultabili presso la propria sede e che ne può richiedere la trasmissione di una copia (doc. TAF 19 – 21).

Diritto:

1.

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

1.2 Riservate le eccezioni – non realizzate nel caso di specie – di cui all'art. 32 LTAF, questo Tribunale giudica, in virtù dell'art. 31 LTAF in combinazione con l'art. 33 lett. d LTAF e l'art. 69 cpv. 1 lett. b LAI (RS 831.20), i ricorsi contro le decisioni, ai sensi dell'art. 5 PA, rese dall'Ufficio dell'assicurazione per l'invalidità per le persone residenti all'estero (UAIE).

1.3 In virtù dell'art. 3 lett. d^{bis} PA, la procedura in materia di assicurazioni sociali non è disciplinata dalla PA nella misura in cui è applicabile la LPGA (RS 830.1). Giusta l'art. 1 cpv. 1 LAI, le disposizioni della LPGA sono applicabili all'assicurazione per l'invalidità (art. 1a-26^{bis} e 28-70), sempre che la LAI non deroghi alla LPGA.

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

ammissibile. Peraltro, il ricorrente ha provveduto al richiesto versamento di un anticipo a copertura delle presumibili spese processuali.

2.

Litigiosa è la questione se il ricorrente abbia diritto ad una rendita d'inabilità a far tempo dal 1° agosto 2018, così come una mezza rendita dal 1° maggio 2019 al 31 luglio 2019 (consid. C), segnatamente l'aspetto parziale se dal 21 agosto 2018 la capacità lavorativa in attività adeguate va considerata totale (come indicato dal dott. E. _____ e dall'UAIE) oppure se è perdurata anche in tali attività un'incapacità lavorativa dapprima del 100% e poi del 50% a decorrere dal 7 gennaio 2019, come attestato dagli specialisti curanti, riconosciuto dall'assicuratore infortuni e altresì sostenuto dall'assicurato.

3.

Nell'ambito delle assicurazioni sociali, la procedura è retta dal principio inquisitorio (art. 43 cpv. 1 LPGGA). Il TAF applica il diritto d'ufficio, senza essere vincolato in nessun caso dai motivi del ricorso (art. 62 cpv. 4 PA). In virtù dell'art. 12 PA e dell'art. 19 PA in relazione con l'art. 40 della legge federale di procedura civile del 4 dicembre 1947 (PCF, RS 273), il Tribunale accerta i fatti determinanti per la soluzione della controversia, assume le prove necessarie e le valuta liberamente. Le parti sono tenute a cooperare all'accertamento dei fatti (art. 13 PA) ed a motivare il proprio ricorso (art. 52 PA). Ne consegue che l'autorità di ricorso adita si limita di principio ad esaminare le censure sollevate, mentre le questioni di diritto non invocate dalle parti solo nella misura in cui gli argomenti delle parti o l'esame dell'incartamento diano sufficiente motivo (sentenza del TAF C-3146/2015 dell'11 maggio 2018 consid. 4 con rinvii).

4.

4.1 Dal profilo temporale, riservate disposizioni 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).

4.2 Nel caso in esame – essendo contestato il diritto alla rendita da agosto 2018 al 30 aprile 2019 in seguito alla domanda del 13 novembre 2017 – si applicano di principio le disposizioni della 6a revisione della LAI entrate in vigore il 1° gennaio 2012 ed eventuali modifiche fino alla pronuncia della decisione impugnata.

5.

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).

5.1 Il ricorrente è cittadino di uno Stato membro della Comunità europea e risiede in Italia, 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).

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

Se inoltre in DTF 126 V 288 il Tribunale federale (TF) ha relativizzato il carattere vincolante di una valutazione dell'invalidità passata in giudicato

nei confronti di un assicuratore contro gli infortuni nel senso che una determinazione differente del grado d'invalidità nell'ambito dell'assicurazione per l'invalidità entrava in linea di conto eccezionalmente e a condizione che sussistessero motivi pertinenti, in DTF 133 V 549 il (TF) ha precisato la propria giurisprudenza concludendo che la valutazione dell'invalidità da parte dell'assicurazione infortuni non vincola l'assicurazione per l'invalidità ai sensi della precedente giurisprudenza (DTF 126 V 288) e, di conseguenza, l'Ufficio AI non è legittimato a interporre opposizione, rispettivamente ricorso, contro la decisione, rispettivamente contro la decisione su opposizione, dell'assicuratore infortuni sulla questione del diritto alla rendita in quanto tale o sul grado d'invalidità (DTF 133 V 549 consid. 6; sentenza del TF 9C_903/2011 del 25 gennaio 2013 consid. 10).

6.3 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 LPGA) almeno del 40% in media durante un anno senza notevole interruzione (lettera b) e al termine di questo anno è invalido (art. 8 LPGA) almeno al 40% (lettera c).

6.4 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%.

7.

7.1 Al fine di poter graduare l'invalidità, l'amministrazione (o al giudice in caso di ricorso) deve disporre di documenti che devono essere rassegnati dal medico o eventualmente da altri specialisti. Benché l'invalidità sia una nozione economico-giuridica, le certificazioni mediche possono costituire importanti elementi per apprezzare il danno invalidante e per determinare quali lavori siano ancora ragionevolmente esigibili dall'assicurato (DTF 132 V 93 consid. 4). Il compito del medico consiste nel porre un giudizio sullo stato di salute, nell'indicare in quale misura e in quali attività l'assicurato è incapace al lavoro come pure nel fornire un importante elemento di giudizio per determinare quali lavori siano ancora ragionevolmente esigibili dall'assicurato. Affinché un rapporto medico acquisti valore di prova rilevante è determinante che esso sia completo in merito ai temi sollevati, si fondi, in piena conoscenza della pregressa situazione valetudinaria (anamnesi), su

esami approfonditi, tenga conto di tutte le affezioni di cui si lamenta l'assicurato e sia chiaro nell'esposizione delle correlazioni mediche o nell'apprezzamento della situazione medica; le conclusioni dell'esperto devono inoltre essere motivate. Determinante quindi per stabilire se un rapporto medico ha valore di prova non è né la sua origine né la sua denominazione, ad esempio, quale perizia o rapporto, ma il suo contenuto (DTF 134 V 231 consid. 5.1; 125 V 351 consid. 3a). Il rapporto medico deve altresì essere redatto da medici che dispongono delle qualifiche specialistiche richieste nel singolo caso (sentenze del TF 9C_855/2017 del 22 novembre 2017 consid. 3.1 e 9C_826/2009 del 20 luglio 2010 consid. 4.2).

7.2 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 (DTF 125 V 351 consid. 3a). Il Tribunale federale ha però ritenuto conforme al principio del libero apprezzamento delle prove definire delle direttive in relazione alla valutazione di determinate forme di rapporti e perizie (DTF 125 V 351 consid. 3b). In particolare, le perizie affidate dagli organi dell'amministrazione a medici esterni oppure a un servizio specializzato indipendente, che fondano le proprie conclusioni su esami e osservazioni approfondite, dopo aver preso conoscenza dell'incarto, e che giungono a risultati concludenti, dispongono di forza probatoria piena, a meno che non vi siano indizi concreti atti a mettere in discussione la loro attendibilità (DTF 137 V 210 consid. 2.2.2; 135 V 465 consid. 4.4; 125 V 351 consid. 3b/bb). Per quel che riguarda le perizie di parte, esse contengono considerazioni specialistiche che possono contribuire ad accertare i fatti, da un punto di vista medico. Malgrado esse non abbiano lo stesso valore probatorio di una perizia giudiziaria, il giudice deve valutare se questi referti medici sono atti a mettere in discussione la perizia giudiziaria oppure quella ordinata dall'amministrazione. Giova altresì rilevare come debba essere considerato con la necessaria prudenza l'avviso dei medici curanti, anche se specialisti, i quali possono tendere a pronunciarsi in favore del proprio paziente a dipendenza dei particolari legami che essi hanno con gli stessi (sentenza del TF I 655/05 del 20 marzo 2006 consid. 5.4; DTF 125 V 351 consid. 3b/cc). Ai rapporti allestiti da medici alle dipendenze di un'assicurazione può essere attribuito pieno valore probatorio, a condizione che essi si rivelino concludenti, compiutamente motivati e privi di contraddizioni e che, inoltre, non sussistano degli indizi concreti suscettibili di far dubitare della loro attendibilità. Il solo fatto che il medico consultato si trovi in un rapporto di dipendenza con l'assicuratore non permette di metterne in dubbio l'oggettività e l'imparzialità. Devono piuttosto sussistere delle circostanze particolari che

permettono di ritenere come oggettivamente fondati i sospetti circa la parzialità dell'apprezzamento (DTF 135 V 465 consid. 4.4; 125 V 351 consid. 3b/ee).

7.3 Nell'ambito del libero apprezzamento delle prove è di principio consentito che il giudice delle assicurazioni sociali basi la propria decisione unicamente sui rapporti di un medico interno all'assicuratore. Per quanto riguarda l'imparzialità e l'attendibilità di tali rapporti, devono tuttavia essere poste esigenze severe. Nel caso in cui sussista anche il minimo dubbio sull'affidabilità e sulla concludenza dei pareri medici interni dell'assicurazione, non è possibile fondarsi su tali rapporti ed occorre effettuare un completamento dell'istruttoria (DTF 139 V 225 consid. 5.2; 135 V 465 consid. 4.4; 122 V 157 consid. 1d). I pareri del servizio medico regionale e del servizio medico dell'UAIE sono da considerare quali rapporti medici interni all'amministrazione (sentenze del TF 9C_159/2016 del 2 novembre 2016 consid. 2.2 e 8C_197/2014 del 3 ottobre 2014 consid. 4).

7.4 I rapporti del servizio medico regionale (SMR) hanno la funzione di effettuare una sintesi delle informazioni e degli esami medici di cui agli atti di causa e formulare delle raccomandazioni quanto al seguito da dare all'incarto da un punto di vista medico (sentenza del TF 9C_542/2011 del 26 gennaio 2012 consid. 4.1). I rapporti interni del SMR apprezzano sotto l'aspetto medico i referti esistenti. Il loro compito è di sintetizzare – a beneficio anche dell'amministrazione e dei tribunali che altrimenti non dispongono necessariamente di simili conoscenze specialistiche – la situazione medica. Non è dunque indispensabile che la persona assicurata venga visitata. Il SMR esegue direttamente esami medici solo se lo ritiene necessario. Negli altri casi rende la propria valutazione sulla base della documentazione esistente. L'assenza di propri esami medici non costituisce pertanto un motivo per mettere in dubbio la validità di un rapporto SMR se esso soddisfa altrimenti le esigenze di natura probatoria generalmente riconosciute (sentenza del TF 9C_294/2011 del 24 febbraio 2012 consid. 4.2). Se i documenti agli atti non permettono di pronunciarsi sulle pretese giuridiche litigiose, non è possibile decidere unicamente sui rapporti del SMR, ma occorre effettuare un completamento dell'istruttoria (sentenza del TF 9C_58/2011 del 25 marzo 2011 consid. 3.3).

8.

8.1 Il ricorrente censura in primo luogo un apprezzamento dei fatti contrario alle risultanze istruttorie, non avendo l'amministrazione a suo dire esperito alcun approfondimento medico autonomo, essa si è incomprensibilmente

scostata dagli accertamenti specialistici eseguiti in ambito infortunistico, tenuto conto che quest'ultimi attestano una totale inabilità al lavoro fino al 6 gennaio 2019 (doc. TAF 1 e allegati).

8.2 Nel caso in esame dagli atti emerge che, a seguito del ricovero d'urgenza del 25 agosto 2017 e conseguente intervento chirurgico di osteosintesi al femore destro, con lettera di uscita del 21 settembre 2017, i dott. G. _____ e H. _____ del Servizio di chirurgia dell'Ospedale Regionale di (...), hanno posto la diagnosi, da una parte, di "frattura bifocale del femore destro, scomposta e pluriframmentaria" e, dall'altra, di "lesione osteocondrale esterno rotula destra" (doc. B 34).

8.3 Con referto radiologico del 27 novembre 2017, il dott. I. _____, radiologo, ha riscontrato che "i monconi di frattura sintetizzati con chiodo Gamma lungo risultano ben affrontati ed allineati, anche se con moderata diastasi di un grossolano frammento corticale lungo la superficie posteriore mediodiafisaria. Ancora scarsi i segni di consolidazione ossea in particolare in sede diafisaria con rimedi interruzione tuttora ben visibili. Non mobilizzazioni del chiodo di Gamma di sintesi; rottura di una delle due viti di bloccaggio distale. Non evidenza di complicanze avascolari epifisarie. Porosi ossea maculare" (doc. A 8).

8.4 Il 14 dicembre 2017 il dott. L. _____, primario del servizio di chirurgia dell'Ospedale Regionale di (...), ha rilevato una buona mobilità attiva e passiva in ginocchio e anca destra, senza dolenzie evocabili e con cicatrici calme. Egli ha poi indicato di aver concordato una visita verso fine anno per valutare la ripresa almeno parziale del lavoro come cuoco, in quanto il paziente spingeva per ritornare al lavoro (doc. B 47).

8.5 Il 28 dicembre 2017 il dott. L. _____ ha preso atto che il paziente riferiva un peggioramento della situazione con persistenti dolori a livello del gluteo e della coscia destra. Dal profilo clinico egli ha constatato una buona mobilità dell'anca e del ginocchio destro con rotazione interna dolente dell'anca destra. Il medico ha concluso che si trattava possibilmente di uno scompenso posturale/algico che ritardava la riabilitazione, rinviando al prossimo controllo radiologico (doc. B 49). Il 2 febbraio 2018 il medesimo specialista ha riscontrato che la riabilitazione "si trascinava lentamente" ed il paziente restava assai sintomatico ai movimenti e al carico, precisando che la radiografia mostrava ancora rime di frattura con lenta progressione della guarigione ossea rispetto al controllo di due mesi prima (doc. B 55).

8.6 Con referto radiologico del 9 marzo 2018 la dott.ssa M._____, specialista in radiologia dell'Ospedale N._____ di (...), ha concluso che i "reperti descritti a carico dei focolai di frattura basicervicale e del III medio diafisario del femore sono compatibili con segni di pseudoartrosi in relazione all'assenza di guarigione dall'evento traumatico. I monconi ossei a carico dei focolai di frattura appaiono corticalizzati, è presente una minima presenza di callo osseo in corrispondenza del focolaio di frattura al terzo medio diafisario del femore" (doc. B 59).

8.7 Con valutazione specialistica in ortopedia delle anche del 25 aprile 2018, esperita su incarico dell'assicuratore infortuni, i dott.i O._____, specialista in ortopedia, e P._____, specialista in chirurgia ortopedica e traumatologia dell'apparato locomotore, della Clinica universitaria (...), hanno confermato le note diagnosi relative all'infortunio della circolazione stradale del 25 agosto 2017, e riscontrato un'andatura fortemente claudicante, proponendo ulteriori trattamenti volti a limitare i dolori e favorire il consolidamento della frattura (doc. B 65).

8.8 In seguito alla valutazione dei dott.i O._____ e P._____, con referto del 4 giugno 2018, il dott. L._____ ha proposto la dinamizzazione del chiodo Gamma tramite estrazione della vite di bloccaggio prossimale ed eventualmente in un secondo tempo anche della distale (doc. B 57).

8.9 In data 11 luglio 2018 il dott. L._____ ha posto la diagnosi di ritardo di consolidazione della frattura bifocale femorale destra in esiti di inchiodamento con gamma lungo bloccato in modo statico e rottura della prossimale delle due viti di bloccaggio distali e ha sottoposto l'assicurato ad un intervento di dinamizzazione del chiodo gamma lungo e rimozione vite di bloccaggio statica. Il medico ha inoltre attestato una totale incapacità lavorativa fino al 28 agosto 2018 (doc. B 71 – 77).

8.10 Con lettera ambulatoriale del 29 agosto 2018, indirizzata alla D._____, il dott. L._____ ha rilevato che ad un anno dal trauma e ad un mese e mezzo dalla post-dinamizzazione, il paziente riferiva ancora dolori al carico, si muoveva utilizzando una stampella e presentava una visibile atrofia muscolare della coscia destra, che la frattura al collo femorale appariva consolidata e la frattura diafisaria femorale in consolidazione progressiva. Il medico ha dunque proposto il proseguimento della fisio-chinesiterapia riabilitativa con intervento posturale correttivo, della tecar-terapia, degli ultrasuoni, della magnetoterapia e dell'idroterapia in piscina. Ha inoltre dichiarato che il prossimo controllo era fissato per inizio novembre 2018 e che si sarebbe trattato di definire un'eventuale ripresa lavorativa al 50%

come cuoco a partire da metà novembre (doc. B 89). Egli ha pure attestato un'incapacità lavorativa totale dal 28 agosto 2018 al 23 ottobre 2018 compreso (doc. B 88).

8.11 Con rapporto finale SMR del 14 settembre 2018, il dott. E. _____, specialista in chirurgia, redatto senza visitare l'interessato né contattare gli specialisti curanti, ha posto quali diagnosi con ripercussioni sulla capacità lavorativa uno "stato dopo osteosintesi con chiodo gamma lungo per frattura bifocale scomposta pluri-frammentaria femore destro (26.08.2017)" con "lesione osteocondrale rotula destra" e "stato dopo dinamizzazione chiodo gamma lungo e rimozione vite bloccaggio statica (11.07.2018)". Egli ha inoltre posto la diagnosi senza ripercussione sulla capacità lavorativa di "disestesie apicali dita IV e V mano destra su probabile neuropatia ripercussione sensitiva del nervo ulnare senza documentabili rallentamenti di conduzione all'ENG". Per quel che concerne la capacità lavorativa, il medico SMR ha attestato nell'attività abituale una totale incapacità lavorativa continua a partire dal 25 agosto 2017 e in attività adeguate un'inabilità completa dal 25 agosto 2017 al 21 agosto 2018 con successiva capacità lavorativa a tempo pieno.

A tal proposito egli ha precisato che appare "ragionevolmente proponibile e soprattutto esigibile (art. 21 cpv 4 LPG), dal lato medico-assicurativo nonché specialistico chirurgico dello scrivente, considerando che la situazione clinica e le cure mediche instaurate permettono di definire una consolidazione dello stato di salute, dopo l'ultimo intervento chirurgico di dinamizzazione del chiodo gamma lungo e rimozione della vite di bloccaggio statica (11.07.2018), in assenza di ulteriori argomenti clinici e/o elementi di giudizio tali da giustificare un'ulteriore prolungo dell'incapacità lavorativa per un'attività adeguata/confacente e dopo un congruo periodo di convalescenza (40gg), attestare una CL medico-assicurativa del 100% (intesa come presenza e rendimento completo sull'intero arco della giornata) per un'attività confacente/adequata e rispettosa delle indicazioni e dei limiti funzionali sopraccitati a partire dal 21.08.2018 continua e definitiva".

Il medico SMR ha indicato i seguenti limiti funzionali:

"Non può camminare su terreni accidentati

Deve evitare di salire/scendere da più rampe di scale e mai su

impalcature o scale a pioli

Non può lavorare accovacciato/inginocchiato

Può camminare su terreni piani in continuo oltre 50 metri con

brevi interruzioni al bisogno

Può sollevare e trasportare pesi fino a 10Kg all'altezza del tronco; sollevare pesi oltre il livello della testa: massimo 5 Kg e mai ripetitivamente.

Può lavorare in posizione seduta, inchinata in avanti, con il tronco in torsione

Indicata attività leggera, semi-sedentaria in cui sia imprescindibile il carico costante, continuativo o ripetitivo sull'arto inferiore destro

Detti limiti funzionali e di carico sono applicabili sia durante le ore lavorative, sia durante il tempo libero.

Vi sono dunque risorse fisiche che permettono una reintegrazione professionale.

Esempio di attività manuali come per lavori d'ufficio come aiuto, ad uno sportello, in un magazzino, in un negozio, in una fabbrica

Esempio di attività non manuale come per mestieri di sorveglianza, attività mentali (logistica, call center...)" (doc. A 38)

8.12 Con certificato medico del 23 ottobre 2018 il dott. L._____ ha attestato un'inabilità lavorativa totale dal 23 ottobre 2018 al 15 gennaio 2019 compreso (doc. B 99).

8.13 Con lettera ambulatoriale del 25 ottobre 2018 il dott. L._____ ha rilevato che la coscia destra è clinicamente accorciata di circa 1 cm rispetto alla sinistra e che sussiste una iposensibilità dei tessuti periarticolari del ginocchio destro. Inoltre, ha indicato che la radiografia documentava "una consolidazione quasi completamente terminata sia della frattura pertrocanterica che della frattura in più parti diasfisaria femorale destra" e che il chiodo era ben posizionato e senza segni di mobilizzazione". Il medico ha dunque proposto il proseguimento della fisio-chinesiterapia riabilitativa e rieducativa con anche agopuntura ed un test di ripresa lavorativa come cuoco nella misura del 50% a partire dal 7 gennaio 2019, con eventuale aumento al 100% a partire da fine febbraio 2019 (doc. B 101 e A 45).

8.14 Con certificato medico del 15 gennaio 2019 il dott. L. _____ ha attestato un'abilità lavorativa del 50% dal 7 gennaio 2019 al 28 febbraio 2019 e del 100% a partire dal 1° marzo 2019, unicamente per attività di tipo sedentario (doc. B 107).

8.15 Con lettera ambulatoriale del 22 gennaio 2019 il dott. L. _____ ha riferito che il tentativo di ripresa lavorativa nella precedente attività è stato abbandonato dopo tre ore a causa dei forti dolori all'arto inferiore destro. Egli ha poi evidenziato che la radiografia di controllo mostrava una consolidazione terminata delle fratture ed una posizione invariata dei mezzi di sintesi, concludendo che una ripresa lavorativa nella precedente attività a partire dal 1° marzo 2019 non sarebbe stata esigibile, ma che in un'attività sedentaria adeguata, senza grande carico dell'arto inferiore destro, il paziente poteva riprendere il lavoro nella misura del 100% da marzo 2019. Infine, egli ha chiesto una rivalutazione ortopedica in merito alla situazione menisco-legamentare del ginocchio destro (doc. A 59).

8.16 Con referto del 13 febbraio 2019 i dott. i Q. _____ e G. _____, rispettivamente viceprimario e capoclinica del Servizio di chirurgia ed ortopedia dell'Ospedale regionale di (...), hanno attestato che, per potersi determinare sull'evoluzione della lesione rotulea e dell'edema osseo a carico del condilo femorale esterno, poteva essere utile un'ulteriore risonanza magnetica (doc. A 67).

8.17 Con referto radiologico del 18 febbraio 2019, il dott. R. _____, specialista in radiologia, ha riscontrato al ginocchio destro una piccola fissurazione della cartilagine patellare sul versante esterno, stabile, e senza edema osseo (doc. A 73).

8.18 Con certificato medico del 13 marzo 2019 il dott. G. _____ ha attestato, a causa dell'infortunio subito, una capacità lavorativa del 50% dal 1° marzo 2019 al 14 aprile 2019 nella precedente attività di cuoco (doc. A 73 in combinazione con doc. A 77).

8.19 Con referto del 15 marzo 2019 i dott. i Q. _____ e G. _____ hanno precisato di rivedere il paziente dopo aver eseguito una risonanza magnetica del ginocchio destro al fine di indagare la persistente gonalgia. Essi hanno rilevato che il quadro di risonanza magnetica risulta più che buono e che la piccola fissurazione della cartilaginea non dovrebbe avere un chiaro corrispettivo clinico. I medici hanno inoltre praticato un'infiltrazione intra-articolare con rapidocaina e cortisone, dalla quale il paziente ha tratto immediato beneficio, concludendo che l'assicurato avrebbe assolutamente

dovuto intraprendere un percorso fisioterapico volto alla tonificazione muscolare e a scopo antalgico. Gli specialisti in parola hanno altresì chiesto al dott. L. _____ di rivedere il paziente fra circa due mesi per valutare un'eventuale rimozione dei mezzi di osteosintesi (doc. A 75).

8.20 Con annotazione SMR del 1° aprile 2019 il dott. E. _____ ha precisato che la nuova documentazione medica non permetteva di modificare le conclusioni di cui al rapporto finale del 14 settembre 2018, confermando un'inesigibilità durevole nella precedente attività di cuoco (doc. A 74).

8.21 Con scritto del 15 aprile 2019, il dott. G. _____ ha ricordato che, oltre alla frattura del femore destro (trattata dal dott. L. _____), l'incidente ha pure comportato un trauma al ginocchio destro (motivo per cui egli aveva recentemente visitato l'assicurato). Lo specialista ha dunque preso atto che il paziente riferiva gonalgia, soprattutto durante il carico, e che dalla risonanza del 18 febbraio 2019 risultava soltanto una piccola fissurazione della cartilagine patellare sul versante esterno, stabile e senza edema osseo. Il medico ha poi concluso che l'impedimento al carico non permetteva più di eseguire l'attività di cuoco, motivo per cui riteneva opportuna una rivalutazione e riconsiderazione AI della sua precedente attività (doc. A 76).

8.22 Con annotazione SMR del 10 maggio 2019 il dott. E. _____ ha dichiarato che il rapporto medico del dott. G. _____ datato 15 aprile 2019 non permetteva di modificare le conclusioni del rapporto finale del 14 settembre 2018 (doc. A 79).

8.23 Con scritti del 16 maggio 2019, il dott. L. _____ ha precisato di ritenere l'assicurato abile al 50% nella precedente attività di cuoco, fino ad avvenuta riqualifica professionale per un lavoro con minor carico dell'arto inferiore destro (doc. TAF 1).

8.24 Con lettera del 17 giugno 2019, il dott. L. _____ ha scritto all'assicuratore infortuni, ribadendo il suo disaccordo in relazione al fatto che l'assicurato sarebbe pienamente abile in attività adattate a partire dal 1° marzo 2019, precisando invece che "il signor A. _____ è in grado di lavorare, ma assolutamente NON con carico ripetitivo e pesante degli arti inferiori. Quindi, fino a non aver trovato una sistemazione adeguata, anche per un'attività cosiddetta semplice e ripetitiva riservata agli uomini, va mantenuto il 50% di inabilità, in quanto il signor A. _____ non sarà mai in grado di fare il magazziniere, muratore, manovale, operaio comunale o addetto ad un comando di una macchina in posizione eretta durante tutto il giorno.

Appello al vostro buon senso per ritornare sulla vostra decisione e applicarla con ragionevolezza” (doc. A 101).

8.25 Con annotazione SMR datata 8 luglio 2019 il dott. E. _____ ha rilevato che la nuova documentazione medica trasmessa in fase di osservazioni al progetto di decisione non permetteva di modificare il rapporto finale del 14 settembre 2018 e delle successive annotazioni SMR del 1° aprile 2019 e del 10 maggio 2019, in quanto priva di una plausibile oggettivazione clinica atta a documentare la modifica dello stato di salute dell'assicurato (doc. A 105).

8.26 Con lettera ambulatoriale del 25 ottobre 2019 il dott. L. _____ ha indicato che erano diminuiti i dolori all'arto inferiore destro ma che permanevano fastidi al ginocchio, soprattutto dopo attività in piedi e proposto la rimozione dei mezzi di sintesi a partire da gennaio 2020 (cfr. incarto D. _____).

8.27 In data 8 gennaio 2020, l'assicurato si è sottoposto ad un intervento di allontanamento del chiodo gamma lungo del femore destro e regolarizzazione osteofita grande trocantere femore destro, con conseguente inabilità lavorativa al 100% fino al 26 gennaio 2020 (cfr. incarto D. _____).

9.

9.1 Alla luce di quanto appena esposto e per i motivi indicati nei considerandi seguenti questa Corte non ha motivo di scostarsi dalle dettagliate, approfondite, motivate e concludenti valutazioni specialistiche esperite in ambito infortunistico, che vanno – almeno parzialmente – poste alla base della presente sentenza, mentre non può confermare l'apprezzamento discordante del medico SMR.

9.2 In primo luogo va ricordato che gli specialisti curanti hanno attestato una totale incapacità lavorativa in qualsiasi attività fino al 6 gennaio 2019. Tale conclusione risulta perfettamente condivisibile alla luce della documentazione medica succitata agli atti. A tal riguardo giova ricordare che l'11 luglio 2018 il dott. L. _____ ha constatato che vi era un ritardo nella consolidazione della frattura femorale e attestato un'incapacità lavorativa totale fino al 28 agosto 2018 (doc. B 71 e segg.) e con lettera ambulatoriale del 29 agosto 2018 ha evidenziato che la frattura al collo femorale appariva consolidata, ma che la frattura diafisaria femorale era ancora in consolidazione progressiva, proponendo svariate terapie di sostegno ed attestando peraltro un' incapacità lavorativa totale fino al 23 ottobre 2018 compreso

(doc. B 88). In seguito, il medico ha proposto un test di ripresa lavorativa come cuoco nella misura del 50% a partire dal 7 gennaio 2019 (doc. B 101 e A 45), egli ha pure attestato un'abilità lavorativa in attività adeguate del 50% dal 7 gennaio 2019 al 28 febbraio 2019 e del 100% a partire dal 1° marzo 2019 (doc. B 107). Il tentativo di ripresa lavorativa nella precedente attività è tuttavia stato abbandonato dopo tre ore a causa dei forti dolori all'arto inferiore destro e lo specialista ha indicato che una ripresa della precedente attività era da ritenersi non più esigibile, ma che in un'attività sedentaria adeguata, senza grande carico dell'arto inferiore destro, il paziente poteva riprendere il lavoro nella misura del 100% da marzo 2019 (doc. A 59). Da parte sua, l'interessato continuava a lamentare una persistente gonalgia, soprattutto durante il carico degli arti inferiori, motivo per cui è stato visitato a più riprese dai dott. i G. _____ e Q. _____ (cfr. consid. 9.14 e segg. del presente giudizio). A seguito di tali ulteriori approfondimenti, con lettera del 17 giugno 2019, indirizzata all'assicuratore infortuni, il dott. L. _____ ha rilevato che l'assicurato era in grado di lavorare ma non in attività comportanti carico ripetitivo e pesante degli arti inferiori, attestando dunque, fino a quando non avrà trovato una sistemazione adeguata, anche per un'attività cosiddetta semplice e ripetitiva riservata agli uomini, un'inabilità del 50% (doc. A 101).

9.3 D'altro canto, una piena capacità lavorativa in attività adeguate (intesa come presenza e rendimento completo sull'intero arco della giornata) a decorrere dal 21 agosto 2018 viene attestata unicamente dal dott. E. _____ del SMR. Tuttavia, senza che quest'ultimo abbia mai visitato il paziente, né tanto meno discusso il caso in questione con gli specialisti curanti. Inoltre, tale valutazione sembra poggiare essenzialmente su considerazioni generiche e astratte piuttosto che su un approfondimento della situazione valutataria nel caso concreto. Inoltre, le conclusioni del medico SMR risultano problematiche anche perché le premesse su cui fondano non trovano conferma nella documentazione medica agli atti: mentre il dott. E. _____ indicava che già ad agosto 2018 "la situazione clinica e le cure mediche instaurate permettono di definire una consolidazione dello stato di salute, dopo l'ultimo intervento chirurgico di dinamizzazione del chiodo gamma lungo e rimozione della vite di bloccaggio statica (11.07.2018)", da quanto esposto al considerando precedente risulta chiaro che nel caso concreto gli specialisti curanti nel mese di luglio 2018 hanno attestato un ritardo di consolidazione della frattura bifocale femorale destra (v. doc. B 71 – 77) e che il 29 agosto 2018 rilevavano ancora una frattura femorale in consolidazione progressiva (doc. B 89). Pure con lettera ambulatoriale del 25 ottobre 2018 il dott. L. _____ indicava che la radiografia più recente documentava unicamente "una consolidazione quasi completamente terminata

sia della frattura pertrocanterica che della frattura in più parti diafisaria femorale destra” (doc. B 101 e A 45). Infine, è solo il 15 gennaio 2019, che il dott. L. _____ ha riscontrato una consolidazione terminata delle fratture (doc. A 59). Di conseguenza, il rapporto finale SMR del 14 settembre 2018 del dott. E. _____ presenta un valore probatorio limitato, esprimendosi parzialmente in senso opposto a quanto emerge dagli atti dell’incarto e non è suscettibile di mettere in discussione le conclusioni degli specialisti che hanno avuto in cura l’assicurato in seguito all’incidente del mese di luglio 2017, in particolare per quel che concerne la stabilizzazione del suo stato di salute e le conseguenze sulla capacità lavorativa in attività adeguate. Peraltro agli atti non si vi è alcun referto medico in grado di corroborare la valutazione del medico SMR.

9.4 Di conseguenza, risulta in particolare appurato con il grado della verosimiglianza preponderante valido nelle assicurazioni sociali che, almeno fino al 6 gennaio 2019, a causa del ritardo di consolidazione della frattura femorale, di una perdurante gonalgia segnatamente sotto carico e di un’evidente atrofia muscolare della coscia destra, che ha necessitato svariati trattamenti medici e numerosi accertamenti specialistici, l’assicurato era totalmente inabile al lavoro in qualsiasi attività.

Pertanto, la censura secondo cui l’assicurato non poteva essere ritenuto abile al lavoro in attività adeguate prima del 6 gennaio 2019 deve essere accolta, non sussistendo per questa Corte alcun motivo di scostarsi dalle convincenti e motivate valutazioni di cui alle valutazioni specialistiche agli atti con riferimento alla residua capacità lavorativa del ricorrente. Al ricorrente spetta dunque perlomeno una rendita intera dal 1° agosto 2018 al 31 gennaio 2019 (cfr. art. 29 LAI e 17 LPGGA).

10.

10.1 Per quel che concerne il periodo posteriore al 6 gennaio 2019, a mente di questo Tribunale l’istruttoria svolta dall’autorità inferiore non permette di confermare, nel senso della probabilità preponderante, un miglioramento duraturo dello stato di salute dell’assicurato comportante dapprima una capacità lavorativa del 50% in attività adeguate fino a fine febbraio 2019 e poi del 100% nelle medesime attività.

10.2 Dalla documentazione medica raccolta risulta infatti che il dott. L. _____ ha in un primo tempo attestato una capacità lavorativa del 50% dal 7 gennaio 2019 al 28 febbraio 2019 e del 100% a partire dal 1° marzo 2019, unicamente per attività di tipo sedentario (doc. B 107). Tuttavia, in

seguito lo specialista citato sembrerebbe nondimeno aver attestato un'inabilità del 50% anche dopo il 1° marzo 2019, avendo comunicato all'assicuratore infortuni che "fino a non aver trovato una sistemazione adeguata, anche per un'attività cosiddetta semplice e ripetitiva riservata agli uomini, va mantenuto il 50% di inabilità (...)" (doc. A 101). Tale aspetto non è mai stato indagato con la necessaria chiarezza dal punto di vista medico, motivo per cui l'istruttoria risulta insufficiente e si impongono ulteriori accertamenti medici, che sono peraltro già previsti dall'assicuratore infortuni (cfr. inc. D. _____, in particolare scritto di D. _____ al dott. L. _____ del 6 marzo 2020 secondo cui sono previsti ulteriori controlli presso il dott. L. _____ ed una perizia presso il dott. S. _____, specialista in chirurgia e medicina interna).

10.3 In concreto deve dunque ancora essere appurata la capacità lavorativa in attività adeguate dopo il 6 gennaio 2019. In particolare se l'inabilità lavorativa del 50% in tali attività sia durata fino al 28 febbraio 2019 o anche in seguito.

11.

11.1 Da quanto esposto, discende che il ricorso è parzialmente accolto. La decisione del 17 luglio 2019 con cui l'UAIE ha respinto la richiesta di prestazioni va annullata. Il ricorrente ha diritto ad una rendita intera dal 1° agosto 2018 al 31 gennaio 2019.

11.2 Per il periodo a partire dal 1° febbraio 2019 gli atti di causa sono rinviati all'UAIE affinché proceda al completamento dell'istruttoria ed alla pronuncia di una nuova decisione ai sensi dei considerandi che precedono.

11.3 Quando il Tribunale amministrativo federale annulla una decisione, può sostituirsi all'autorità inferiore e giudicare direttamente nel merito o rinviare la causa, con istruzioni vincolanti, all'autorità inferiore per un nuovo giudizio (cfr. sentenza del TAF C-6273/2014 del 25 ottobre 2016 consid. 9.2). In particolare, esso si sostituirà all'autorità inferiore se gli atti sono completi e comunque sufficienti a statuire sull'applicazione del diritto federale (v. sentenza del TF 9C_162/2007 del 3 aprile 2008 consid. 2.3 e relativi riferimenti; DTF 126 II 43; 125 II 326). Tale non è il caso nella presente fattispecie per i motivi precedentemente indicati.

11.4 Gli atti di causa sono pertanto rinviati all'autorità inferiore affinché proceda a completare l'accertamento dei fatti giuridicamente rilevanti e ad emanare una nuova decisione. La cassazione si giustifica per il fatto che

dovrà essere determinata la capacità lavorativa in attività adeguate dopo il 31 gennaio 2019, nonché effettuato ogni ulteriore esame che pure l'evoluzione nel tempo dello stato di salute del ricorrente dovesse ancora rendere necessario.

11.5 Neppure infine la giurisprudenza del Tribunale federale di cui a DTF 137 V 210 (cfr. segnatamente il consid. 4.4.1.4) si oppone al rinvio della causa all'autorità inferiore per completamento dell'istruttoria. In particolare, un rinvio si giustifica, dal profilo delle garanzie procedurali (in particolare quello della doppia istanza con piena cognizione) nei casi in cui, come nella fattispecie, è richiesto un accertamento in ambiti che sono stati insufficientemente chiariti nella procedura di prima istanza – in particolare lo stato di salute e la capacità lavorativa dopo il 6 gennaio 2019 -, ma che lo avrebbero dovuto essere prima dell'emanazione della decisione litigiosa, gli elementi per agire in tal senso essendo già presenti agli atti di causa (DTF 137 V 210 consid. 4.4.1.4).

12.

12.1 Visto l'esito della causa, non sono prelevate delle spese processuali (art. 63 PA). L'anticipo equivalente alle presunte spese processuali di CHF 800.-, versato il 10 ottobre 2019, sarà restituito al ricorrente allorché la presente sentenza sarà cresciuta in giudicato.

12.2 Ritenuto che il ricorrente, vincente in causa, è rappresentato in questa sede da mandatario professionale, si giustifica l'attribuzione di un'indennità a titolo di spese ripetibili (art. 64 cpv. 1 PA in combinazione con gli art. 7 e segg. del regolamento del 21 febbraio 2008 sulle tasse e sulle spese ripetibili nelle cause dinanzi al Tribunale amministrativo federale [TS-TAF; RS 173.320.2; cfr. pure DTF 137 V 210 consid. 7.1 e 132 V 215 consid. 6 secondo cui la parte che ha presentato ricorso in materia d'assegnazione o rifiuto di prestazioni assicurative è reputata vincente, dal profilo delle ripetibili, anche se la causa è rinviata all'amministrazione per completamento istruttorio e nuova decisione).

12.3 Stando così le cose, in assenza di una nota dettagliata, il collegio giudicante determina un'indennità di CHF 2'800.-, posta a carico dell'UAIE.

(dispositivo alla pagina seguente)

Per questi motivi, il Tribunale amministrativo federale pronuncia:

1.

Il ricorso è parzialmente accolto.

2.

La decisione del 17 luglio 2019 è annullata.

3.

3.1

A. _____ ha diritto ad una rendita intera d'invalidità dal 1° agosto 2018 al 31 gennaio 2019.

3.2

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

4. Per quanto riguarda il periodo da febbraio 2019 l'incarto è rinviato all'autorità inferiore che procederà al completamento dell'istruttoria ed alla pronuncia di una nuova decisione ai sensi dei considerandi.

5.

Non si prelevano spese processuali. L'anticipo di CHF 800.- versato dal ricorrente gli verrà restituito al momento della crescita in giudicato della presente sentenza.

6.

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

7.

Comunicazione a:

- rappresentante del ricorrente (atto giudiziario; allegato: formulario "indirizzo per il pagamento"),
- autorità inferiore (n. di rif. [...]; raccomandata),
- Ufficio federale delle assicurazioni sociali (raccomandata).

(rimedi giuridici e firme alla pagina seguente)

La presidente del collegio:

Il cancelliere:

Michela Bürki Moreni

Oliver Engel

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: