



Corte III
C-4847/2018

Sentenza del 11 marzo 2020

Composizione

Giudici Michela Bürki Moreni (presidente del collegio),
Madeleine Hirsig-Vouilloz, Christoph Rohrer,
cancelliere Oliver Engel.

Parti

A. _____, (Italia)
rappresentato dall'Istituto Nazionale Confederale di
Assistenza
ricorrente,

contro

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

Oggetto

assicurazione invalidità, rendite limitate nel tempo,
provvedimenti integrativi (decisioni del 22 giugno 2018).

Fatti:**A.**

A.a A._____, cittadino italiano, nato il (...) 1968, da gennaio 1989 ha lavorato in Svizzera quale frontaliere, da ultimo in qualità di posatore di serramenti-falegname presso B._____ di (...) (C._____), solvendo regolari contributi all'assicurazione svizzera per la vecchiaia, i superstiti e l'invalidità (doc. 14 dell'incarto dell'Istituto nazionale svizzero di assicurazione contro gli infortuni [in seguito incarto INSAI] e doc. 16 dell'incarto dell'Ufficio dell'assicurazione per l'invalidità del Canton D._____ [in seguito UAI-D._____]).

A.b In data 17 luglio 2014, durante lo svolgimento dell'attività lavorativa, l'assicurato era intento a scaricare una vetrata con l'apposito carrellino, quando quest'ultima si è accidentalmente frantumata, colpendolo e tagliandolo agli arti superiori ed inferiori. A seguito dell'impatto, egli è stato trasportato, svenuto, all'Ospedale E._____ di (...), da cui è stato dimesso in data 6 agosto 2014 con diagnosi di:

- “1. Ferita profonda pretibiale, III distale, gamba sinistra su trauma da taglio del 17.07.2014 con sezione completa dei tendini tibiale anteriore, estensore lungo dell'alluce ed estensore comune delle dita + arteria tibiale anteriore + lesione parziale nervo peroneo profondo
2. Ferita con perdita di sostanza sul versante ulnare del V dito mano sinistra con sezione parziale del tendine estensore a livello di F1
3. Ferita da taglio estesa al sottocute a livello dell'eminenza ipotenar mano sinistra” (cfr. doc. 5 INSAI).

Le conseguenze dell'infortunio sono state assunte dall'INSAI (vedi annuncio infortunio del 18 luglio 2014 [doc. 2 INSAI]).

A.c In data 24 ottobre 2014, l'assicurato si è dovuto sottoporre ad un nuovo intervento di sutura del tendine tibiale anteriore (doc. 9 e segg. INSAI).

B.

B.a Il 26 febbraio 2015 l'interessato ha trasmesso all'Ufficio per l'assicurazione per l'invalidità del Canton D._____ (UAI-D._____) il formulario relativo alla richiesta di prestazioni dell'assicurazione per l'invalidità (doc.

3 – 6 UAI-D. _____). Nel corso dell'istruttoria l'UAI-D. _____ ha acquisito agli atti l'incarto dell'INSAI e dell'assicuratore malattia F. _____ (cfr. doc. 66 e 90 UAI-D. _____), di cui si dirà in dettaglio nei considerandi in diritto.

B.b Fondandosi sostanzialmente sugli accertamenti medici fatti esperire dagli assicuratori infortuni e malattia, con progetto di decisione del 2 giugno 2016, l'UAI-D. _____ ha prospettato all'assicurato l'assegnazione di una rendita intera d'invalidità dal 1° agosto 2015 fino al 31 agosto 2016 (doc. 37 UAI-D. _____).

B.c

B.c.a Con decisione del 9 giugno 2016 l'INSAI ha accertato che, nonostante i postumi infortunistici, un'attività leggera a tempo pieno era esigibile e riconosciuto all'interessato una riduzione della capacità lucrativa (recte di guadagno) del 23%, accordandogli dal 1° luglio 2016 la corrispondente rendita d'invalidità, oltre a un'indennità per menomazione dell'integrità del 30% (doc. 152 INSAI).

B.c.b Con decisione su opposizione dell'8 febbraio 2017 tale provvedimento è stato parzialmente confermato: l'indennità per menomazione dell'integrità è stata aumentata al 32.5% (doc. 199 INSAI).

B.d Al progetto di decisione dell'UAI-D. _____ del 2 giugno 2016 l'assicurato si è opposto con scritto dell'Istituto Nazionale Confederale di Assistenza dell'11 luglio 2016. Egli ha in primo luogo indicato che i disturbi da cui è afflitto sono di entità tale da non permettere il reinserimento completo neppure in attività adeguate. Egli ha inoltre precisato che un'eventuale reintegrazione nel mondo del lavoro dovrebbe essere preceduto da una riqualifica professionale (doc. 45 UAI-D. _____).

B.e Il 20 ottobre 2016 l'UAI-D. _____ ha comunicato all'assicurato che a seguito delle sue osservazioni ed in considerazione dell'ulteriore procedere dell'INSAI, il progetto di decisione del 2 giugno 2016 era da considerarsi annullato (doc. 59 UAI-D. _____)

B.f Con rapporto finale del 7 agosto 2017 il dott. G. _____, specialista in medicina interna del Servizio Medico Regionale (SMR) ha confermato gli esiti dell'infortunio professionale del luglio 2014. Egli ha poi posto le seguenti ulteriori diagnosi con influsso sulla capacità lavorativa: sindrome

cervicovertebrale cronica, sindrome lombovertebrale parzialmente lombospondilogenica cronica, periartropia omeroscapolare con sintomatologia di attrito bilaterale, periartropia ai gomiti bilaterali, coxartrosi bilaterale, gonartrosi bilaterale, episodio depressivo di media entità (ICD10 F32.1) e sindrome da disadattamento lieve (ICD10 F43.2). Il medico ha inoltre attestato un'inabilità lavorativa totale nella precedente attività dal 17 luglio 2014 al 10 febbraio 2017 ed in seguito del 67%. In attività adeguate, ha attestato una totale incapacità lavorativa dal 17 luglio 2014 al 24 gennaio 2017, un'abilità del 50% dal 25 gennaio 2017 al 30 aprile 2017 ed in seguito una piena capacità (doc. 77 UAI-D._____).

B.g Con scritto del 5 ottobre 2017, l'assicurato ha trasmesso un aggiornamento della propria situazione valetudinaria (doc. 82 e segg. UAI-D._____).

B.h Nel rapporto finale SMR del 7 novembre 2017 il dott. G._____ ha confermato le conclusioni della precedente valutazione SMR del 7 agosto 2017 (doc. 93)

B.i Con nuovo progetto di decisione del 24 novembre 2017 l'UAI-D._____ ha dunque prospettato all'assicurato l'assegnazione di una rendita intera d'invalidità dal 1° agosto 2015 al 30 aprile 2017, così come mezza rendita dal 1° maggio 2017 al 31 luglio 2017 (doc. 96 UAI-D._____).

B.j Con osservazioni dell'11 gennaio 2018 l'insorgente ha ribadito che i disturbi da cui è afflitto, che sarebbero nel frattempo peggiorati, sono di natura tale da non permettere il reinserimento completo neppure in attività adeguate (doc. 100 UAI-D._____).

B.k In data 30 gennaio 2018 l'assicurato ha trasmesso ulteriore documentazione medica – di cui si dirà in seguito – ed ha chiesto, da un lato, ulteriori accertamenti medici da parte dell'UAIE e, dall'altro, che venga messo al beneficio di almeno mezza rendita d'invalidità anche dopo il 31 luglio 2017 (doc. 104 UAI-D._____).

B.l

B.l.a A seguito dei referti medici trasmessi dall'assicurato in data 1° febbraio 2018 il medico SMR ha precisato che le problematiche somatiche, extrainfortunistiche e non, erano state sufficientemente acclarate ma che

riteneva opportuna un'ulteriore esame peritale psichiatrico (doc. 106 UAI-D._____).

B.I.b Nella perizia psichiatrica del 28 marzo 2018, esperita dal centro peritale per le assicurazioni sociali (CPAS) su incarico dell'UAI-D._____, i dott.i H._____ e I._____, specialisti in psichiatria e psicoterapia, hanno posto la diagnosi di sindrome ansiosa (ICD10 F41.9), precisando che, al più tardi dal 1° settembre 2017, essa non esplicava effetti sulla capacità lavorativa e che in precedenza l'inabilità non era superiore al 20% in attività adeguate (doc. 111 UAI-D._____).

C.

C.a Con rapporto finale del 30 aprile 2018 il dott. G._____ ha confermato le sue precedenti valutazioni, tenendo conto di un'ulteriore periodo di incapacità lavorativa del 20% dal 1° maggio 2017 al 30 agosto 2017, come attestato dai periti del CPAS (doc. 112 UAI-D._____).

C.b Pertanto, con due decisioni del 22 giugno 2018, l'UAIE ha assegnato all'assicurato una rendita intera d'invalidità dal 1° agosto 2015 al 30 aprile 2017 (nr. 201807031263), così come mezza rendita dal 1° maggio 2017 al 31 luglio 2017 (nr. 201807031280 [cfr. doc. 116 UAI-D._____]).

D.

D.a Il 23 agosto 2018 l'interessato ha inoltrato ricorso contro la summenzionata decisione dinanzi al Tribunale amministrativo federale (TAF), mediante il quale ha chiesto di esser posto al beneficio di una mezza rendita anche dopo il 31 luglio 2017. Il ricorrente ha censurato un errato accertamento dell'aspetto medico ed in particolare una mancata considerazione dei disturbi fisici e psichici che lo affliggono e che a suo dire comportano numerosi limiti funzionali anche in attività medio leggere. Egli ha inoltre richiesto di venir messo a beneficio di "veri e propri" provvedimenti professionali (doc. TAF 1).

D.b Il 13 settembre 2018, l'interessato ha versato l'anticipo di CHF 800.- a copertura delle presumibili spese processuali (doc. TAF 2 – 4).

D.c Nella risposta al ricorso del 26 novembre 2018 l'UAIE ha proposto la reiezione del gravame e la conferma del provvedimento impugnato. Rinviando al preavviso dell'UAI-D._____ del 22 novembre 2018, l'autorità inferiore ha osservato che le decisioni del 22 giugno 2018 poggiano sugli

approfonditi esami specialistici esperiti dall'INSAI, dall'assicuratore malattia e dall'UAI-D. _____ stesso, nei quali sono state debitamente considerate le patologie infortunistiche ed extra-infortunistiche. Inoltre, l'autorità inferiore ha indicato che l'assicurato risulta ricollocabile in attività leggere e ripetitive senza la necessità di seguire un percorso di riqualifica professionale (doc. TAF 6).

D.d Con replica del 18 gennaio 2019 il ricorrente si è in sostanza riconfermato nel proprio gravame ed ha precisato che, a causa delle note patologiche, è stato messo a beneficio di un assegno INPS in Italia (doc. TAF 8).

D.e In data 8 febbraio 2019, l'assicurato ha trasmesso un aggiornamento medico datato 8 febbraio 2019 stilato dal dott. L. _____ (doc. TAF 10).

D.f Con duplice del 8 marzo 2019, l'UAIE, con riferimento alla presa di posizione dell'UAI-D. _____ del 1° marzo 2019 e del medico SMR del 27 febbraio 2019, ha mantenuto le proprie conclusioni (doc. TAF 12).

Diritto:

1.

1.1 Il Tribunale amministrativo federale esamina d'ufficio e con piena cognizione la sua competenza rispettivamente l'ammissibilità dei gravami che gli vengono sottoposti (art. 7 cpv. 1 PA; DTAF 2016/15 consid. 1; 2014/4 consid. 1.2).

Il Tribunale amministrativo federale 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).

1.2 La procedura dinanzi al Tribunale amministrativo federale è retta dalla PA, in quanto la LTAF non disponga altrimenti (art. 37 LTAF). In virtù dell'art. 3 lett. d^{bis} PA, la procedura in materia di assicurazioni sociali non è disciplinata dalla PA nella misura in cui è applicabile la LPGGA (RS 830.1). Secondo l'art. 2 LPGGA, le disposizioni della legge stessa 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), sempre che la LAI non deroghi alla LPGGA. Secondo le regole generali del diritto intertemporale, si applicano le norme

procedurali in vigore al momento dell'esame del ricorso (DTF 130 V 1 consid. 3.2).

1.3 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 e art. 48 cpv. 1 PA), il ricorso è stato interposto tempestivamente (art. 60 LPGA e art. 50 cpv. 1 PA) e rispetta i requisiti previsti dalla legge (art. 52 cpv. 1 PA). L'anticipo spese è stato corrisposto entro il termine impartito (art. 63 cpv. 4 PA). Il ricorso è pertanto ammissibile.

2.

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

3.

3.1 L'oggetto impugnato è rappresentato, dal profilo formale, da una decisione, mentre, da quello sostanziale, dai rapporti giuridici in essa regolati. 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).

3.2

3.2.1 Nel caso in esame l'oggetto impugnato è rappresentato dalle decisioni dell'UAIE del 22 giugno 2018, mediante le quali l'autorità inferiore ha riconosciuto al ricorrente una rendita d'invalidità intera dal 1° agosto 2015 al 30 aprile 2017 ed una mezza rendita dal 1° maggio 2017 al 31 luglio 2017 (doc. 116 UAI-D._____).

3.2.2 L'oggetto litigioso è invece la questione se il ricorrente abbia diritto ad una rendita superiore alla mezza rendita accordata dal 1° maggio 2017 al 31 luglio 2017 e se abbia diritto ad una rendita d'invalidità anche dopo il 31 luglio 2017, segnatamente l'aspetto parziale se dal 25 gennaio 2017 l'incapacità lavorativa in attività adeguate sia dapprima del 50%, dal maggio 2017 del 20% ed in seguito, da settembre 2017, dello 0%, e quindi sia intervenuto un miglioramento rilevante dello stato di salute e delle conseguenze sulla capacità lavorativa come ritenuto dall'amministrazione, oppure se l'assicurato presentati dalla medesima data un'incapacità lavorativa del 60% in attività adeguate, così come sostenuto da quest'ultimo.

3.3 Va peraltro precisato che sono oggetto del litigio entrambe le decisioni dell'UAIE del 22 giugno 2018 (doc. 116 UAI-D._____). In effetti, secondo costante giurisprudenza, assegnando retroattivamente una rendita degressiva e/o limitata nel tempo, l'autorità amministrativa disciplina un rapporto giuridico suscettibile di essere in caso di contestazione 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 contestato, e ciò indipendentemente dal fatto che la rendita degressiva e/o limitata nel tempo sia stata accordata da parte dell'amministrazione mediante una sola decisione o più decisioni separate (cfr. su questo punto DTF 131 V 164 consid. 2, segnatamente 2.3.2, con rinvii; v. pure sentenze del TAF C-3859/2016 del 22 maggio 2017 consid. 7 e C-6248/2011 del 25 luglio 2012 consid. 10 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). Nel caso in esame – essendo contestato il grado di invalidità da maggio 2017 – salvo indicazione contraria, 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.

4.2 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).

5.

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).

5.2

5.2.1 Giusta l'art. 8 cpv. 1 LAI, gli assicurati invalidi o minacciati da un'invalidità hanno diritto ai provvedimenti d'integrazione per quanto essi siano necessari e idonei per ripristinare, conservare o migliorare la loro capacità al guadagno o la loro capacità di svolgere le mansioni consuete, e le condizioni per il diritto ai diversi provvedimenti siano adempiute. Il diritto ai provvedimenti d'integrazione non dipende dall'esercizio di un'attività lucrativa prima dell'invalidità. Per determinare questi provvedimenti occorre tenere conto della durata probabile della vita professionale rimanente (art. 8 cpv. 1bis LAI). I provvedimenti d'integrazione sono, segnatamente, i provvedimenti di reinserimento per preparare all'integrazione professionale e i provvedimenti professionali (art. 8 cpv. 3 LAI).

5.2.2 L'art. 14a cpv. 1 LAI prevede che gli assicurati che da almeno sei mesi presentano un'incapacità al lavoro (art. 6 LPGGA) almeno del 50 per cento hanno diritto a provvedimenti di reinserimento per preparare all'integrazione professionale (provvedimenti di reinserimento), purché questi ultimi permettano di porre le condizioni per attuare provvedimenti professionali. Conformemente all'art. 14a cpv. 2 LAI, sono considerati provvedimenti di reinserimento i seguenti provvedimenti mirati per favorire l'integrazione professionale: lett. a) provvedimenti di riabilitazione socioprofessionale; lett. b) provvedimenti d'occupazione.

5.2.3 Secondo l'art. 8 cpv. 3 lett. b LAI, i provvedimenti professionali sono l'orientamento (art. 15 LAI), la prima formazione professionale (art. 16 LAI), la riformazione professionale (art. 17 LAI), il collocamento (art. 18 LAI) e l'aiuto in capitale (art. 18d LAI). Va peraltro rammentato che la soglia minima di diminuzione di capacità di guadagno conferente un diritto alla riformazione professionale (art. 17 LAI) è del 20% (DTF 139 V 399 consid. 5.3). La perdita di guadagno è determinata secondo i medesimi principi applicati per la determinazione del grado d'invalidità nel caso di una domanda di rendita (cfr. sentenza del TAF 6350/2014 del 30 luglio 2018 consid. 4.2 con rinvio). Fanno parte dei provvedimenti professionali necessari e idonei tutte

le misure direttamente necessarie all'integrazione nella vita professionale. La loro estensione non è definibile in maniera astratta; occorre piuttosto tenere conto delle circostanze concrete del singolo caso, e in particolare delle capacità soggettive e oggettive d'integrazione, che variano da persona a persona (stato di salute, capacità di rendimento, idoneità all'istruzione, motivazione). Di principio, la persona assicurata ha diritto unicamente ai provvedimenti idonei e necessari al raggiungimento del singolo scopo integrativo prefisso, ma non ai migliori provvedimenti nel caso di specie. Questo perché l'integrazione deve essere garantita solo nella misura necessaria, ma anche sufficiente (DTF 139 V 399 consid. 5.5). La necessità di una riforma non è pertanto data allorché – in un mercato del lavoro cosiddetto equilibrato – sussiste un ventaglio sufficiente di attività, rispettose dei limiti funzionali dell'assicurato, ragionevolmente esigibili, conto tenuto della formazione e dell'esperienza professionale dell'assicurato medesimo, suscettibili di assicurargli, in media, possibilità di guadagno non inferiori a quella dell'ultima attività esercitata (cfr. sentenza del TF 9C_511/2015 del 15 ottobre 2015 consid. 3 con rinvii). In altri termini, la riforma professionale non è necessaria in particolare allorché l'assicurato è sufficientemente riadattato, ossia che gli è possibile d'esercitare un'altra attività compatibile con le sue attitudini, senza formazione supplementare (DTF 130 V 488 consid. 4,2; sentenza del TAF C-6337/2013 del 16 luglio 2015 consid. 5.4 con rinvii).

5.2.4 Il diritto a determinati provvedimenti d'integrazione dell'assicurazione invalidità presuppone che siano appropriati allo scopo d'integrazione perseguito dall'assicurazione invalidità rispettivamente che gli stessi siano obiettivamente, per quanto attiene al provvedimento da adottare, e soggettivamente, in rapporto alla persona assicurata, necessari. In effetti, i provvedimenti d'integrazione non possono essere efficaci che se la persona alla quale è destinata è suscettibile di trarne, almeno parzialmente, beneficio per quanto attiene all'integrazione (sentenza del TAF C-6337/2013 del 16 luglio 2015 consid. 5.2 con rinvio). Pertanto, se l'attitudine soggettiva di (re)integrazione dell'assicurato fa difetto, l'amministrazione può rifiutare di mettere in atto dei provvedimenti di (re)integrazione o porvi fine.

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 Per costante giurisprudenza, quando l'amministrazione con un'unica decisione attribuisce una rendita per un certo periodo e, contemporaneamente, la riduce o la sopprime per un periodo successivo, devono essere applicate per analogia le regole sulla revisione di decisioni amministrative ex art. 17 LPGa (DTF 131 V 164, 131 V 120, 125 V 143; SVR 2006 IV Nr. 13; STFA I 597/04 del 10 gennaio 2006; I 689/04 del 27 dicembre 2005; I 38/05 del 19 ottobre 2005; I 12/04 del 14 aprile 2005; I 528/04 del 24 febbraio 2005 e I 299/03 del 29 giugno 2004).

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

7.3 Secondo la giurisprudenza del Tribunale federale, costituisce motivo di revisione della rendita d'invalidità ogni modifica rilevante delle circostanze di fatto suscettibile d'influire sul grado di invalidità e, quindi, sul diritto alla rendita. Ne consegue che la rendita può essere soggetta a revisione non soltanto in caso di modifica significativa dello stato di salute, ma anche quando detto stato è rimasto invariato, ma le sue conseguenze sulla capacità di guadagno hanno subito un cambiamento significativo (sentenza del TF I 870/05 del 2 maggio 2007; DTF 130 V 343 consid. 3.5).

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

8.

8.1 Al fine di poter graduare l'invalidità, all'amministrazione (o al giudice in caso di ricorso) è necessario 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).

8.2 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 conclusivi, 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 conclusivi, 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).

8.3 In ambito psichiatrico, la diagnosi deve essere espressa da uno specialista in psichiatria e fondata sui criteri posti da un sistema di classificazione riconosciuto scientificamente (DTF 141 V 281 consid. 2.1; 130 V 396 consid. 6.3; sentenza del TF 9C_815/2012 del 12 dicembre 2012 consid. 3). In presenza di disturbi psichici, in particolare di disturbi da dolore somatoforme, di disturbi derivanti da affezioni psicosomatiche assimilate a questi ultimi (DTF 140 V 8 consid. 2.2.1.3) oppure di disturbi depressivi di grado da leggero a medio (DTF 143 V 409), la capacità lavorativa esigibile di una persona che soffre di tali disturbi deve essere valutata sulla base di una visione d'insieme, nell'ambito di una procedura d'accertamento dei fatti strutturata fondata su indicatori atti a stabilire, da un lato, i fattori invalidanti e, dall'altro, le risorse della persona (DTF 141 V 281 consid. 2, 3.4-3.6 e 4.1 nonché 143 V 418 consid. 6 segg.). Il Tribunale federale ha suddiviso gli indicatori per la valutazione della capacità lavorativa in due categorie (DTF 141 V 281 consid. 4.1.3), segnatamente categoria "gravità funzionale" (consid. 4.3) con i complessi "danno alla salute" (consid. 4.3.1; risultati e sintomi rilevanti per la diagnosi; successo od insuccesso del trattamento e della reintegrazione; comorbidità), "personalità" (sviluppo e struttura della personalità, funzioni psichiche [consid. 4.3.2] e contesto sociale [consid. 4.3.3]) nonché categoria "coerenza" (aspetti del comportamento [consid. 4.4] in rapporto alla limitazione uniforme dei livelli di attività in tutti gli ambiti della vita paragonabili [consid. 4.4.1] ed alla sofferenza dimostrata secondo l'anamnesi in vista di un trattamento o di una reintegrazione [consid. 4.4.2]).

9.

9.1 Alla luce dell'infortunio del 17 luglio 2014 e dei due interventi chirurgici a cui è stato sottoposto l'assicurato nel 2014 (cfr. consid. A e B), così come degli ulteriori trattamenti specialistici, segnatamente di ergoterapia, con visita medico-circondariale di chiusura del 3 maggio 2016, il dott. T. _____, specialista in chirurgia ortopedica e traumatologia dell'apparato locomotore, ha posto le diagnosi di:

"Stato dopo ferita pretibiale terzo distale gamba sinistra con sezione completa tendine tibiale anteriore, estensore lungo dell'alluce, estensore comune delle dita e arteria tibiale anteriore più lesione parziale del nervo peroneo profondo (17.07.2014).

Stato del versante ulnare del V dito mano destra con perdita di sostanza e sezione parziale tendine estensore a livello F1 (17.07. 2014).

Stato dopo ferita da taglio estesa alla sottocute a livello dell'eminanza ipotenare mano sinistra (17.07.2014).

Stato dopo sutura ferita pretibiale e tendine tibiale anteriore, sutura arteria tibiale anteriore, sutura tendine estensore lungo dell'alluce ed estensore comune delle dita (17.07.2014).

Stato dopo sutura ferita al V dito mano destra e tenorrafia estensore (17.07.2014).

Stato dopo sutura ferita ipotenare mano sinistra (17.07.2014).

Stato dopo innesto con tendine semi-tendinoso su perdita di sostanza del tendine tibiale anteriore (24.10.2014)".

Lo specialista ha inoltre confermato una problematica di iperpatia a livello del III distale della tibia e del piede sinistro, la limitazione funzionale al ginocchio ed alla caviglia con calo della forza soprattutto nell'estensione dorsale della caviglia, la presenza di parestesie in zona cicatriziale e laterale del V dito della mano destra con minima limitazione funzionale e la presenza di un'epicondilite radiale e un dito IV a scatto alla mano destra.

Alla luce delle diagnosi poste ha considerato l'assicurato abile al lavoro nella misura massima possibile (e meglio in misura completa) in attività che tengono conto dei seguenti limiti funzionali:

"l'assicurato può molto spesso sollevare fino all'altezza dei fianchi pesi fino a 10 kg. Di rado fino a 25 kg ma mai superiori ai 25 kg.

Può molto spesso sollevare pesi anche oltre i 5 kg oltre l'altezza del petto.

Può molto spesso eseguire lavori di precisione. Spesso lavori medi ma mai lavori pesanti e molto pesanti. Molto spesso può effettuare lavori che comportano la rotazione della mano. Molto spesso può effettuare lavori sopra l'altezza della testa e lavori che comportano la rotazione del busto. Molto spesso può mantenere la posizione seduta e inclinata in avanti e di rado la posizione in piedi e inclinata in avanti. L'assicurato non può mai assumere la posizione inginocchiata e accovacciata. Molto spesso può mantenere la posizione seduta e di rado la posizione in piedi.

Molto spesso può spostarsi fino a 50 m ma con l'uso di una stampella. Di rado può superare tragitti di 50 m ma non può più spostarsi per lunghi tragitti. Di rado può camminare su terreni sconnessi. Talvolta può salire le scale ma mai scale a pioli" (doc. 112 INSAI).

9.2 Nella relazione peritale medico legale del 10 agosto 2016, esperita su incarico dell'assicurato dal dott. R. _____, medico chirurgo, specialista in malattie cardiovascolari e in medicina legale e delle assicurazioni, quest'ultimo ha rilevato che, oltre ai postumi infortunistici, il paziente soffre in particolare anche di disturbi alla colonna vertebrale (imputabili almeno in parte a patologia neurologica a partenza dalla colonna vertebrale), disturbi psichiatrici, coxalgia e gonalgia. Il perito ha poi concluso che alla luce dei citati problemi la capacità lavorativa globale era ridotta del 75%, limitatamente ai lavori superleggeri e comunque non impicanti capacità di precisione e di grande attenzione (doc. 159 INSAI).

9.3 In data 28 settembre 2016, vista l'opposizione interposta dall'assicurato, il dott. T. _____ lo ha nuovamente visitato al fine di rivalutare la precedente visita di chiusura. In tale occasione l'assicurato ha dichiarato una situazione invariata alla gamba sinistra e alla mano destra, riferendo di un problema alla schiena e all'anca che riteneva in relazione con l'infortunio e di problemi psichici non indifferenti (doc. 168 INSAI pag. 7).

Dal canto suo, il dott. T. _____ ha constatato una situazione identica rispetto alla visita di chiusura del 3 maggio 2016. Vista tuttavia l'opposizione dell'assicurato e la discrepanza tra quanto riferiva quest'ultimo e la propria valutazione, il perito ha proposto un'ulteriore approfondimento presso la Clinica V. _____ (doc. 168 INSAI).

9.3.1 Con valutazione della capacità funzionale del 28 ottobre 2016 la terapeuta in ergonomia Z. _____ ed il dott. U. _____, specialista in medicina interna e reumatologia, entrambi attivi presso la Clinica (...) V. _____, hanno attestato che il paziente soffriva degli esiti dell'infortunio professionale (con persistente iperestesia nell'ambito di un sospetto neuroma cicatriziale del nervo collaterale ulnare), di un'epicondilita radiale a sinistra e di una sindrome lombospondilogenica cronica con periartropatia dell'anca. Essi hanno rilevato che gli esami eseguiti mostravano un'importante amplificazione dei sintomi con autolimitazione e che il paziente poteva verosimilmente fare di più di quanto dimostrato durante i test. Essi hanno dunque concluso per una capacità lavorativa dell' 80% nella precedente attività ed una piena abilità in attività leggera a medio pesante, che eviti spostamenti a piedi ripetuti, spostamenti su terreni accidentati, lavori su impalcature o in equilibrio precario, salire e scendere regolarmente scale a pioli e la posizione eretta statica per oltre un'ora (doc. 179 INSAI).

9.3.2 Con rapporto del 1° febbraio 2017 relativo all'esame psichiatrico dell'11 gennaio 2017, la dott.ssa P._____, psichiatra, su incarico dell'INSAI, in un approfondimento incentrato principalmente sulla valutazione del nesso di causalità tra i disturbi psichici e l'infortunio professionale del 2014, ha posto la diagnosi di sindrome da disadattamento (ICD-10 F43.2) e precisato che la stessa non comportava un'incapacità lavorativa (doc. 192 INSAI).

9.4

9.4.1 Su incarico della Cassa malati, la dott.ssa M._____, specialista in psichiatria e psicoterapia, con rapporto del 26 gennaio 2017, ha posto la diagnosi di episodio depressivo di media entità (ICD10 F32.1), precisando di poter ipotizzare che tale episodio abbia raggiunto il suo acme nel mese di luglio 2016, quando è iniziata la presa a carico psichiatrica. Essa ha poi rilevato che le condizioni dell'assicurato sarebbero gradualmente migliorate – ciò che sarebbe stato confermato sia dal dott. Q._____ in qualità di psichiatra curante, sia dall'assicurato stesso – e che la prognosi risultava favorevole. Infine, la perita ha attestato una totale incapacità lavorativa dal luglio 2016 al 25 gennaio 2017 seguita da un'abilità del 50% ma che risultava ipotizzabile un completo recupero dell'esigibilità nell'arco di 8-10 settimane (doc. 3 dell'incarto dell'assicuratore malattia [in seguito Cassa Malati]).

9.4.2 Con perizia reumatologica del 12 febbraio 2017 (doc. 4 Cassa malati), il dott. S._____, reumatologo incaricato dalla Cassa malati, oltre alle note diagnosi riconducibili all'incidente professionale del luglio 2014, ha posto le seguenti diagnosi con influenza sulla capacità lavorativa:

“Sindrome cervicovertebrale cronica (...)

”Sindrome lombovertebrale parzialmente lombospondilogenica cronica (...)

Periartropatia omeroscapolare con sintomatologia di attrito bilaterale

Periartropatia dei gomiti bilaterali

Contrattura postraumatica del dito mignolo alla mano destra

Tenovaginite stenotizzante del tendine flessore del dito IV alla mano destra

Coxartrosi bilaterale

Gonartrosi bilaterale”.

In merito ai limiti funzionali, il dott. S._____ ha rilevato che “l’assicurato può talvolta sollevare e portare pesi fino a 5 kg fino all’altezza dei fianchi, di rado tra 5 - 10 kg fino all’altezza dei fianchi, mai pesi oltre i 10 kg fino all’altezza dei fianchi, l’assicurato può talvolta sollevare pesi fino a 3 kg sopra l’altezza del petto, di rado pesi oltrepassanti i 3 kg sopra l’altezza del petto. L’assicurato può di rado maneggiare attrezzi di precisione, molto spesso maneggiare attrezzi di media entità, di rado attrezzi pesanti, mai maneggiare attrezzi molto pesanti. Può talvolta eseguire una rotazione manuale. L’assicurato può di rado effettuare lavori al di sopra della testa, talvolta effettuale la rotazione del tronco, talvolta assumere la posizione seduta ed inclinata in avanti, talvolta la posizione in piedi ed inclinata in avanti, può talvolta assumere la posizione inginocchiata, di rado assumere la posizione accovacciata, può molto spesso effettuare la flessione delle ginocchia. L’assicurato può assumere spesso la posizione seduta di lunga durata, di rado la posizione in piedi di lunga durata, dovendo tuttavia avere la possibilità di alternare le posizioni corporee all’occorrenza. L’assicurato può molto spesso camminare fino a 50 metri, talvolta oltre i 50 metri, di rado camminare per lunghi tragitti, come pure di rado camminare su terreno accidentato, può talvolta salire le scale, mai salire su scale a pioli”.

Il perito ha concluso che “in un lavoro adatto allo stato di salute, tenente dunque pienamente conto di tutti i limiti funzionali e di carico sopramenzionati, giudico l’assicurato, nel rispetto della riduzione della capacità di guadagno del 23% stabilita dall’INSAI, abile al lavoro sull’arco di una giornata lavorativa normale di 8-9 ore, al più tardi a partire dal giorno successivo all’attuale valutazione peritale del 10.2.2017, quindi a decorrere dall’11.2.2017” (doc. 4, p. 12 Cassa malati).

Inoltre egli ha più volte precisato di ritenere necessaria, alla luce dei dolori neuropatici accusati all’arto superiore destro e all’arto inferiore sinistro con riflesso achilleo non evocabile, lieve paresi dei muscoli estensori del piede sinistro, in riferita lesione parziale del nervo peroneo profondo a sinistra, una perizia aggiuntiva presso uno specialista in neurologia (doc. 4, p. 11, 12 e 16 Cassa Malati).

9.4.3 Nella perizia psichiatrica del 23 ottobre 2017 il dott. N._____, specialista in psichiatria e psicoterapia, incaricato dalla Cassa malati, ha atte-

stato che l'assicurato non manifestava sintomi di una psicopatologia maggiore o limitazioni di origine psichica ma che lo stesso amplificava i disturbi somatici. Egli ha dunque concluso che dal lato psichiatrico erano assenti limitazioni al più tardi dal 1° maggio 2017, come da perizia della dott.ssa M._____ (doc. 7 Cassa Malati).

9.5 Nella relazione sul danno alla persona dell'assicurato del 22 gennaio 2018 esperita per conto dell'assicurato, il dott. L._____, specialista in medicina legale, delle assicurazioni sociali ed in medicina del lavoro, ha confermato le note affezioni di cui soffre l'assicurato ed ha concluso che, sotto il profilo medico teorico, quest'ultimo era globalmente invalido (recte: incapace al lavoro) in misura superiore al 60% anche in attività alternative di tipo medio-leggero, con diritto dunque a tre quarti di rendita AI. Il medico ha inoltre segnalato di ritenere necessaria una nuova verifica della situazione medica, così come l'adozione di provvedimenti reintegrativi (doc. 105 UAI-D._____).

9.6 Con perizia psichiatrica del CPAS del 28 marzo 2018 i dott. i H._____ e I._____ hanno posto la diagnosi senza ripercussioni sulla capacità lavorativa di sindrome ansiosa (ICD10-F41.9). Gli specialisti hanno indicato di ritenere che da luglio 2016 ad agosto 2017 l'assicurato abbia presentato un'incapacità lavorativa per motivi psichiatrici non superiore a 20% (cumulabile all'eventuale incapacità lavorativa somatica) e che da settembre 2017, il disturbo diagnosticato non esplicava più effetti sulla capacità lavorativa in attività adattate ai limiti somatici (doc. 111 UAI-D._____).

9.7 Con rapporto finale SMR del 30 aprile 2018 il dott. G._____ ha attestato una perdurante totale incapacità nella precedente attività. In attività adeguate, egli ha indicato che, alla luce della documentazione medica agli atti, in particolare della perizia psichiatrica del CPAS del 28 marzo 2018, l'assicurato risulta abile al 100% a partire da settembre 2017. Per i periodi precedenti, in attività adeguate, egli ha ritenuto una totale incapacità dal 17 luglio 2014 al 24 gennaio 2017, del 50% dal 25 gennaio 2017 (data della perizia psichiatrica della dott.ssa M._____) al 30 aprile 2017 (sulla base della prognosi della dott.ssa M._____, confermata dal dott. N._____) e del 20% dal 1° maggio 2017 al 30 agosto 2017, sulla base della valutazione del CPAS (doc. 112 UAI-D._____).

10.

10.1 Con esame elettroencefalografico del 16 gennaio 2018 il dott. O. _____ ha rilevato una severa sofferenza del nervo peroneo superficiale sensitivo a sinistra con associati segni di cronicizzazione nel territorio di innervazione distale del n.SPE sinistro (doc. 104 UAI-D. _____).

10.2 Con aggiornamento medico dell'8 febbraio 2019 il dott. L. _____ ha tra l'altro messo in evidenza l'obesità e la sofferenza radicolare lombare di cui soffre l'assicurato, concludendo che egli risultava incapace al lavoro in misura superiore al 50% anche in attività di tipo medio-leggero (doc. TAF 10).

11.

11.1 Alla luce di quanto precede e per i motivi indicati nei considerandi seguenti questa Corte non ha motivo di scostarsi dagli accertamenti in ambito psichiatrico e ortopedico/reumatologico esperiti dall'assicuratore infortuni e malattia, così come dall'autorità inferiore. Tuttavia, questa Corte rileva che l'incarto difetta di una completa e concludente valutazione neurologica visto in particolare che l'infortunio professionale del 17 luglio 2014 ha comportato una lesione parziale del nervo peroneo profondo e che sussiste la possibilità che i problemi dolori dall'assicurato siano di natura neurologica, come verrà precisato nei considerandi seguenti.

11.2 Per quel che attiene in primo luogo alla problematica psichiatrica, va rilevato che dai numerosi accertamenti specialistici agli atti è emerso che, al più tardi a partire dal 1° settembre 2017, la una sindrome ansiosa (ICD10-F41.9) diagnosticata non aveva più influsso sulla capacità lavorativa. Gli specialisti consultati concordano nel ritenere che, da luglio 2016, l'assicurato aveva sviluppato una patologia psichiatrica che in un primo tempo ha inciso sulla capacità lavorativa ma che, una volta impostata la cura farmacologica ed un sostegno psicologico, è gradualmente migliorata. In data 25 gennaio 2017, la dott.ssa M. _____ ha diagnosticato un episodio depressivo di media entità (ICD10 F32.1) e constatato che a partire dalla data della visita l'assicurato risultava abile al 50% e che salvo complicazioni si poteva ipotizzare un pieno recupero della capacità lavorativa dal punto di vista psichiatrico entro otto/dieci settimane (doc. 2 Cassa Malati). Con rapporto del 1° febbraio 2017 relativo all'esame psichiatrico dell'11 gennaio 2017 in relazione ad un eventuale nesso di causalità naturale tra infortunio e disturbo psichico, pure la dott.ssa P. _____ ha atte-

stato che la sindrome da disadattamento (ICD-10 F43.2) di cui soffriva l'assicurato non comportava un'incapacità lavorativa. Il dott. N. _____, il 23 ottobre 2017, ha poi indicato di confermare quanto esposto dalla dott.ssa M. _____ e che dal lato psichiatrico l'assicurato non presentava limitazioni al più tardi dal 1° maggio 2017 (doc. 7 Cassa Malati). Infine i periti del CPAS hanno attestato che all'epoca dell'esame, meglio in data 22/28 marzo 2018, l'assicurato presentava una sindrome ansiosa (ICD10 F41.9) senza ripercussioni sulla capacità lavorativa al più tardi da settembre 2017; in precedenza l'incapacità lavorativa per motivi psichiatrici non sarebbe stata superiore al 20% (doc. 111 UAI-D. _____).

11.3

Al riguardo questo Tribunale rileva che si tratta di perizie e accertamenti che si fondano su informazioni fornite dalla persona esaminata, sull'esame del quadro clinico e sulle risultanze delle visite dell'insorgente nonché sulla documentazione medica agli atti. I referti in questione contengono un'introduzione, l'anamnesi, informazioni tratte dall'incarto, indicazioni del peritando, la diagnosi nonché la discussione. Inoltre, segnatamente la più recente perizia psichiatrica del CPAS è senz'altro conforme alla giurisprudenza del Tribunale federale relativa procedura struttura fondata su indicatori di cui alla DTF 141 V 281. I medici hanno difatti posto una diagnosi con codice ICD e segnalato che neppure in passato era insorto un episodio depressivo maggiore. In merito alla cura farmacologica essi hanno rilevato che è stato possibile diminuirla (da settembre 2017 non assume più Lexotan ed ha ridotto il dosaggio del Trazodone) e che la sintomatologia ansiosa tuttora presente appare ben controllata con la farmacoterapia ancora in atto. In merito alle categorie "personalità" e "contesto sociale", hanno segnalato l'assenza di disturbi cognitivi e di tentativi di amplificazione della sintomatologia, così come il mantenimento della vita familiare (rapporti stretti con la madre e la sorella) e del contesto sociale (contatti regolari con amici e conoscenti). In merito alla categoria "coerenza", i periti hanno indicato che non erano presenti reperti oggettivi suscettibili di limitare l'assicurato nell'esercizio di un'attività lavorativa confacente, in particolare secondo lo schema MINI ICF – APP risultava che le risorse dell'assicurato erano pienamente conservate.

11.3.1 Da quanto precede, risulta che gli esiti delle menzionate perizie possono senz'altro essere considerate un mezzo probatorio idoneo e concludente per la valutazione e l'evoluzione dello stato di salute psichico del ricorrente e della relativa esigibilità dell'esercizio di un'attività lavorativa. Tali conclusioni sono peraltro state confermate pure dal medico SMR (cfr. doc. 112 UAI-D. _____).

11.3.2 Dal canto suo, l'assicurato ha trasmesso diversi brevi certificati medici in cui veniva unicamente indicato che beneficiava di un supporto specialistico e di una cura farmacologica, essendo tuttavia assenti sia una diagnosi, sia una valutazione della capacità lavorativa (cfr. doc. 68, 82, 100 e 104 UAI-D._____). Peraltro, già nel gennaio 2017, anche lo psichiatra curante, dott. Q._____, aveva confermato un'evoluzione favorevole del caso (doc. 3, p. 4 Cassa Malati). A tal riguardo non hanno apportato ulteriori precisazioni neppure i dott. i R._____ e L._____, che peraltro non sono specialisti in materia e si sono limitati ad una diversa valutazione della situazione rispetto ai periti coinvolti, esprimendosi oltretutto principalmente in merito al periodo anteriore al miglioramento constatato dagli specialisti in psichiatria in Svizzera. All'evidenza, a tali referti non può dunque venir riconosciuto un elevato valore probatorio.

11.3.3 In conclusione, da quanto precede risulta che il ricorrente non ha trasmesso alcun referto consistente e convincente che offra indizi atti a mettere in discussione le motivate, concordanti e concludenti valutazioni degli assicuratori infortuni, malattia e invalidità. Di conseguenza, risulta che – in ambito psichiatrico – il ricorrente può esercitare un'attività adattata a tempo pieno da settembre 2017 e che dal 1° maggio 2017 la capacità lavorativa per motivi psichiatrici era ridotta del 20%.

11.4

11.4.1 In ambito ortopedico-reumatologico, la più recente valutazione del dott. S._____ attesta una capacità lavorativa piena in attività adeguate, al più tardi dall'11 febbraio 2017, ossia dal giorno seguente il consulto. Tali conclusioni coincidono sostanzialmente con quanto appurato dai precedenti specialisti, in particolare i dott. i T._____ e U._____ e sono in seguito anche state confermate dal medico SMR (cfr. doc. 112 UAI-D._____).

11.4.2 Per il resto, neppure i referti medici trasmessi dal ricorrente a tal riguardo attestano un'incapacità lavorativa imputabile alle affezioni lombari, cervicali, delle anche o delle ginocchia (cfr. doc. 68 e 104 UAI-D._____). Le valutazioni dei dott. i R._____ e L._____ non attestano un peggioramento della situazione valetudinaria dal profilo ortopedico-reumatologico, inoltre essi non motivano in alcun modo le conclusioni divergenti a cui giungono, ma si limitano ad una differente valutazione di uno stato di salute sostanzialmente invariato, non essendo peraltro specialisti dei settori medici in questione. Pertanto, anche sotto questo profilo, non si tratta di referti medici dal pieno valore probatorio.

11.4.3 Di conseguenza, dal profilo reumatologico/ortopedico, alla luce della documentazione medica agli atti, il ricorrente risulta sostanzialmente inabile nella precedente attività di posatore di serramenti-falegname ma tuttavia totalmente abile in attività adeguate a decorrere al più tardi dal giorno seguente all'esame del dott. S. _____ del 10 febbraio 2017.

11.5 In ambito neurologico, questa Corte deve invece constatare che, a fronte di una lesione del nervo peroneo e di ulteriori problematiche algiche di sospetta natura neurologica, l'autorità inferiore ha ommesso di ordinare un approfondimento specialistico in tal senso, e ciò nonostante il dott. S. _____, ancora nel febbraio 2017, abbia a più riprese indicato di ritenere indispensabile un tale esame (cfr. doc. 4, p. 11, 12 e 16 Cassa Malati) e malgrado il ricorrente abbia trasmesso la relazione del dott. R. _____, in cui veniva ipotizzata una patologia neurologica con origine nella colonna vertebrale, così come il referto elettroencefalografico del 16 gennaio 2018 del dott. O. _____, con cui veniva evidenziata una severa sofferenza del nervo peroneo superficiale sensitivo a sinistra ed associati segni di cronicizzazione nel territorio di innervazione distale (doc. 104 UAI-D. _____). Di conseguenza, nel caso concreto, in assenza di una valutazione specialistica in neurologia volta a determinare la precisa eziologia dei dolori lamentati dall'assicurato e l'eventuale portata della problematica legata alla sezione del nervo peroneo, la natura e le conseguenze di tale disturbo, non sono state indagate a sufficienza da uno specialista competente.

11.6 Questo Tribunale condivide dunque – sulla base dell'insieme delle risultanze processuali, in particolare dell'assenza di una valutazione specialistica in neurologia – la censura ricorsuale secondo cui l'istruttoria dell'autorità inferiore era insufficiente per poter ritenere, nel senso della probabilità preponderante, un miglioramento duraturo dello stato di salute dell'insorgente tale da giustificare una capacità lavorativa del 50% dal 25 gennaio 2017, dell' 80% dal 1° maggio 2017 e del 100% a decorrere da settembre 2017 con conseguente riduzione della rendita intera a mezza rendita a partire dal 1° maggio 2017 e successiva soppressione di qualsiasi prestazione a partire dal 1° agosto 2017.

11.7 Ne consegue che vanno eseguiti i menzionati accertamenti in neurologia al fine di determinare lo stato di salute, la sua evoluzione e quella della capacità lavorativa e quindi stabilire il grado di invalidità.

12.

12.1 Nel proprio gravame, il ricorrente ha inoltre chiesto di essere messo al beneficio “di veri e propri provvedimenti professionali” e non unicamente di un aiuto al collocamento come proposto dall’UAIE (doc. TAF 1).

12.2 A tal proposito, i dott.i H. _____ e I. _____ – nella perizia del 28 marzo 2018 – avevano indicato di ritenere “medicalmente utili interventi di integrazione professionale ai quali credo che l’assicurato parteciperebbe con entusiasmo e dedizione”, segnatamente un aiuto al collocamento in un’attività confacente (doc. 111 UAI-D. _____). Il dott. S. _____ aveva invece rilevato che l’assicurato presentava risorse fisiche tali da permettere una reintegrazione professionale (doc. 4, p. 12 Cassa Malati). Infine, anche il medico SMR aveva indicato che non erano dati i presupposti per la messa in atto di provvedimenti professionali sotto forma di riqualifica, ritenendo per contro adeguato un aiuto al collocamento (doc. 94 UAI-D. _____).

12.3 Dal canto suo, nelle decisioni impugnate l’autorità inferiore ha ritenuto che non fossero date le premesse per mettere in atto misure di riforma-zione professionale e confermato tuttavia di restare a disposizione per valutare la possibilità di attivare il proprio servizio di collocamento. Nella risposta di causa l’UAIE ha poi precisato che l’assicurato, che peraltro non è in possesso di un diploma, sarebbe abile in misura completa in attività che non richiedono una preparazione professionale specifica ma che possono essere esercitate dopo una semplice introduzione sul posto di lavoro e un breve periodo d’adeguamento (cfr. doc. 116 UAI-D. _____ e doc. TAF 6).

12.4 Ora, alla luce degli indispensabili ulteriori accertamenti medici, starà all’autorità inferiore esprimersi nuovamente in merito all’eventuale diritto del ricorrente a provvedimenti professionali, fermo restando che le conclusioni a cui è giunta nelle decisioni impugnate non paiono a priori destituite di fondamento, avendo anche i periti psichiatri ed il medico SMR ritenuto come opportuno unicamente un aiuto al collocamento e non avendo per contro il ricorrente indicato in sede ricorsuale quali specifici provvedimenti di reinserimento e professionali sarebbero necessari e per quale motivo, senza che la necessità di tali provvedimenti risulti chiara ad un esame d’ufficio degli atti di causa. Inoltre l’UAIE dovrà esaminare tale aspetto anche a fronte della recente giurisprudenza del Tribunale federale pubblicata nella DTF 145 V 266.

12.5

12.5.1 Da quanto esposto, discende che il ricorso è parzialmente accolto. Il diritto ad una rendita intera d'invalidità, limitata nel tempo, dal 1° agosto 2015 al 30 aprile 2017 (decisione del 22 giugno 2018 nr. 201807031263) va confermato, in quanto incontestato e suffragato dagli atti dell'incarto.

12.5.2 In quanto fondata su un accertamento incompleto dei fatti la decisione nr. 201807031280 del 22 giugno 2018 con cui l'autorità inferiore ha assegnato al ricorrente mezza rendita a decorrere dal 1° maggio 2017 al 31 luglio 2017 va per contro annullata.

12.6 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.

12.7 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 eseguita una perizia in neurologia, un aggiornamento delle perizie in reumatologia da parte del dott. S. _____ ed in psichiatria da parte dei periti del CPAS, nonché effettuato ogni ulteriore esame che pure l'evoluzione nel tempo dello stato di salute del ricorrente dovesse ancora rendere necessario.

La capacità lavorativa residua in attività adeguate e la sua evoluzione andrà poi stabilita alla luce di un consulto interdisciplinare. Per il resto, e a seconda del risultato di tale esame, l'UAIE dovrà effettuare nuovamente un confronto dei redditi determinanti, sulla base delle possibili attività sostitutive adeguate ritenute.

12.8 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 non sono stati (o comunque insufficientemente) chiariti nella procedura di prima istanza, ma

che lo avrebbero dovuto essere prima dell'emanazione della decisione litigiosa, gli elementi per agire in tal senso essendo già presenti agli atti di causa (DTF 137 V 210 consid. 4.4.1.4 [cfr., in particolare, in concreto la totale assenza di una perizia neurologica e di un consulto pluridisciplinare).

12.9 Occorre peraltro rilevare che nel caso concreto non sussiste l'eventualità di una nuova decisione dell'UAIE a detrimento dell'insorgente (cfr., sulla questione, DTF 137 V 314 consid. 3.2.4). In altri termini, e nell'ambito della nuova procedura dinnanzi all'autorità inferiore, la mezza rendita accordata dal 1° maggio 2017 al 31 luglio 2017 riconducibile alle conseguenze dell'incidente del 17 luglio 2014 ed alle problematiche psichiche insorte, va ritenuta già acquisita, essendo comprovata (consid. 11.2) e riconosciuta sia dall'amministrazione e dal SMR e non risultando elementi che possano mettere in dubbio le ripercussioni sulla capacità lavorativa, eccettuata la necessità di un complemento peritale in neurologia per acclarare la situazione valetudinaria, un'attualizzazione delle perizie reumatologico/ortopedica e psichiatrica e l'esecuzione di un consulto interdisciplinare.

Alla luce dei referti medici di natura psichiatrica agli atti che si completano tra loro è possibile dedurre un'evoluzione positiva dello stato di salute e della capacità lavorativa che la dott.ssa M. _____ ha attestato a partire dalla data della visita il 25 gennaio 2017 al 50%, passiva di miglioramento in 8/10 settimane, miglioramento poi confermato dal dott. N. _____ con effetto dal 1° maggio 2017 e ripreso dal SMR.

A seguito della presente sentenza, va risolta solo la questione di sapere se gli ulteriori accertamenti sullo stato di salute del ricorrente ancora da esperire giustificano, contrariamente a quanto ritenuto nella decisione impugnata, l'attribuzione di una rendita anche dopo il 31 luglio 2017 oppure una rendita superiore alla mezza rendita accordata dal 1° maggio 2017 al 31 luglio 2017 (cfr. al riguardo, sentenze del TAF C-5080/2017 del 16 novembre 2018 consid. 11.5, C-1316/2014 del 13 marzo 2018 consid. 12.3 e C-2736/2014 dell'8 dicembre 2017 consid. 14.3).

13.

13.1 Visto l'esito del ricorso, non sono prelevate delle spese processuali (art. 63 PA). L'anticipo equivalente alle presunte spese processuali di CHF 800.-, versato il 13 settembre 2018 (doc. TAF 4), sarà restituito al ricorrente allorquando la presente sentenza sarà cresciuta in giudicato.

13.2 Ritenuto che l'insorgente è rappresentato in questa sede da mandatario professionale, si giustifica altresì l'attribuzione di spese ripetibili (art. 64 PA in combinazione con l'art. 7 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 57 consid. 2 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 complemento istruttorio e nuova decisione). L'ammontare di quest'ultime, in assenza di una nota dettagliata, è fissata d'ufficio (art. 14 cpv. 2 TS-TAF) in CHF 1'000.- tenuto conto del lavoro utile e necessario svolto dal rappresentante del ricorrente. L'indennità per ripetibili è posta a carico dell'UAIE.

(dispositivo alla pagina seguente)

Per questi motivi, il Tribunale amministrativo federale pronuncia:

1.

Il ricorso è parzialmente accolto, nel senso che la decisione nr. 201807031280 del 22 giugno 2018 con cui l'autorità inferiore ha assegnato a A. _____ mezza rendita dal 1° maggio 2017 al 31 luglio 2017 è annullata e 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.

2.

La rendita intera limitata nel tempo, dal 1° agosto 2015 al 30 aprile 2017, accordata con decisione nr. 201807031263 del 22 giugno 2018 è confermata.

3.

Non si prelevano spese processuali. L'anticipo di CHF 800.-, corrisposto il 13 settembre 2018, sarà restituito al ricorrente dopo la crescita in giudicato della presente sentenza.

4.

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

5.

Comunicazione a:

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

(firme e rimedi giuridici 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, nella misura in cui sono adempiute le condizioni di cui agli art. 82 segg. e 100 LTF). Il termine è reputato osservato se gli atti scritti sono consegnati al Tribunale federale oppure, all'indirizzo di questo, alla posta svizzera o a una rappresentanza diplomatica o consolare svizzera al più tardi l'ultimo giorno del termine (art. 48 cpv. 1 LTF). Gli atti scritti devono contenere le conclusioni, i motivi e l'indicazione dei mezzi di prova ed essere firmati. La decisione impugnata e – se in possesso della parte ricorrente – i documenti indicati come mezzi di prova devono essere allegati (art. 42 LTF).

Data di spedizione: