

BVGer C-2890/2017 vom 3. Oktober 2017

Bundesverwaltungsgericht, 2017-10-03, IT

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bvger_C-2890_2017

FR: TAF C-2890/2017 du 3 octobre 2017

IT: TAF C-2890/2017 del 3 ottobre 2017

Regeste

Revisione della rendita

Erwägungen

E. 1.1

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

E. 1.2

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

E. 1.3

In concreto, il ricorso è ammissibile nella misura in cui è stato presentato tempestivamente e nel rispetto dei requisiti previsti dalla legge (art. 59 e 60 LPGA, nonché l'art. 52 cpv. 1 PA). L'anticipo delle spese processuali è stato inoltre tempestivamente saldato (doc. TAF 4).

E. 2.1

Giusta l'art. 40 cpv. 1 lett. b OAI (RS 831.201), nel tenore in vigore dal 1° gennaio 2012, l'Ufficio AI per gli assicurati residenti all'estero è competente, fatti salvi i capoversi 2 e 2bis, se gli assicurati sono domiciliati all'estero. Il cpv. 2 di tale norma stabilisce che per la ricezione e l'esame delle richieste dei frontalieri è competente l'Ufficio AI nel cui campo d'attività essi esercitano un'attività lucrativa; questa regola si applica anche ai vecchi frontalieri, a condizione che al momento della richiesta il loro domicilio abituale si trovi ancora nella zona di frontiera ed il danno alla salute risalga all'epoca della loro attività frontaliera. L'Ufficio AI per gli assicurati residenti all'estero notifica le decisioni.

E. 2.2

Nella specie, l'interessato risiede nella zona di confine e il danno alla salute si è manifestato durante lo svolgimento dell'attività quale frontaliere. L'Ufficio AI cantonale è dunque

competente per esaminare la domanda di rendita. L'UAIE è competente per emanare e notificare le decisioni relative.

E. 3.1.1

Dal profilo temporale si applicano le disposizioni in vigore al momento della realizzazione dello stato di fatto che deve essere valutato giuridicamente o che produce conseguenze giuridiche (DTF 136 V 24 consid. 4.3 e 130 V 445 consid. 1.2 con rinvii, nonché 129 V 1 consid. 1.2). Se le disposizioni legali si sono modificate nel corso del periodo sottoposto ad esame giudiziario, il diritto alle prestazioni si determina secondo le vecchie disposizioni per il periodo anteriore e secondo le nuove a partire della loro entrata in vigore (applicazione pro rata temporis; DTF 130 V 445).

E. 3.1.2

Contestata in via principale è l'assegnazione di una rendita intera di invalidità limitata nel tempo fino al 31 luglio 2015 giusta l'art. 88a cpv. 1 OAI, in ragione del miglioramento dello stato di salute di A. _____ a partire dal 1° aprile 2015. Ne consegue che sono applicabili le modifiche legislative di cui alla 6a revisione in vigore dal 1° gennaio 2012 (RU 2011 5659; FF 2010 1603), pur non comportanti cambiamenti rispetto al diritto precedente in merito alla valutazione dell'invalidità, così come eventuali modifiche entrate in vigore successivamente, ritenuto che il diritto alla rendita stesso è sorto il 1° ottobre 2013.

E. 3.2

Giova altresì rilevare che il potere cognitivo di questo Tribunale è delimitato dalla data della decisione impugnata, in concreto il 21 aprile 2017. 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 136 V 24 consid. 4.3). Tiene tuttavia conto dei fatti verificatisi posteriormente quando essi possono imporsi quali elementi d'accertamento retrospettivo della situazione anteriore alla decisione stessa (DTF 129 V 1 consid. 1.2 e 121 V 362 consid. 1b), in altri termini se gli stessi sono strettamente connessi all'oggetto litigioso e se sono suscettibili di influire sull'apprezzamento del giudice al momento in cui detta decisione litigiosa è stata resa (cfr. sentenze del TF 8C_278/2011 del 26 luglio 2011 consid. 5.5, nonché 9C_116/2010 del 20 aprile 2010 consid. 3.2.2; DTF 118 V 200 consid. 3a in fine).

E. 4.1

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

E. 4.2

L'allegato II è stato modificato con effetto dal 1° aprile 2012 (Decisione 1/2012 del Comitato misto del 31 marzo 2012; RU 2012 2345). Nella sua nuova versione esso prevede in particolare che le parti contraenti applicano tra di loro, nel campo del coordinamento dei sistemi di sicurezza sociale, gli atti giuridici di cui alla sezione A dello stesso allegato, comprese eventuali loro modifiche o altre regole equivalenti ad essi (art. 1 ch. 1) ed assimila la Svizzera, a questo scopo, ad uno Stato membro dell'Unione europea (art. 1 ch. 2).

E. 4.3

Gli atti giuridici riportati nella sezione A dell'allegato II sono, in particolare, il regolamento (CE) n. 883/2004 del Parlamento europeo e del Consiglio del 29 aprile 2004 (RS

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

E. 4.4

Secondo l'art. 4 del regolamento (CE) n. 883/2004, salvo quanto diversamente previsto dallo stesso, le persone ad esso soggette godono delle medesime prestazioni e sottostanno agli stessi obblighi di cui alla legislazione di ciascuno Stato membro, alle stesse condizioni dei cittadini di tale Stato. Ciò premesso, nella misura in cui l'ALC e, in particolare, il suo allegato II, non prevede disposizioni contrarie, l'organizzazione della procedura, come pure l'esame delle condizioni di ottenimento di una rendita d'invalidità svizzera, sono regolate dal diritto interno svizzero (DTF 130 V 253 consid. 2.4).

E. 5

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

E. 6.1

In base all'art. 8 cpv. 1 LPGA è considerata invalidità l'incapacità al guadagno totale o parziale presumibilmente permanente o di lunga durata. L'art. 4 cpv. 1 LAI precisa che l'invalidità può essere conseguente ad infermità congenita, malattia o infortunio; il cpv. 2 della stessa norma stabilisce che l'invalidità è considerata insorgere quando, per natura e gravità, motiva il diritto alla singola prestazione.

E. 6.2

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

E. 6.3

L'assicurato ha diritto ad una rendita intera se è invalido per almeno il 70%, a tre quarti di rendita se è invalido per almeno il 60%, ad una mezza rendita se è invalido per almeno la metà e ad un quarto di rendita se è invalido per almeno il 40% (art. 28 cpv. 2 LAI). In seguito all'entrata in vigore dell'Accordo bilaterale, la limitazione prevista dall'art. 29 cpv. 4 LAI, secondo il quale le rendite per un grado d'invalidità inferiore al 50% sono versate solo ad assicurati che sono domiciliati e dimorano abitualmente in Svizzera (art. 13 LPGGA), non è più applicabile quando l'assicurato è cittadino dell'UE (DTF 130 V 253 consid. 2.3). Dopo l'entrata in vigore dei nuovi regolamenti (CE) n. 883/2004 e n. 987/2009, i cittadini svizzeri e dell'Unione europea che presentano un grado d'invalidità del 40% almeno, hanno diritto ad un quarto di rendita in applicazione dell'art. 28 cpv. 1 LAI indipendentemente dal loro domicilio e residenza (art. 4 del regolamento [CE] n. 883/04).

E. 6.4

Per incapacità al lavoro s'intende qualsiasi incapacità, totale o parziale, derivante da un danno alla salute fisica, mentale o psichica di compiere un lavoro ragionevolmente esigibile nella professione o nel campo di attività abituale. In caso d'incapacità al lavoro di lunga durata possono essere prese in considerazione anche le mansioni esigibili in un'altra professione o campo d'attività (art. 6 LPGGA). L'incapacità al guadagno è definita all'art. 7 cpv. 1 LPGGA e consiste nella perdita, totale o parziale, della possibilità di guadagno sul mercato del lavoro equilibrato che entra in considerazione, provocata da un danno alla salute fisica, mentale o psichica e che perdura dopo aver sottoposto l'assicurato alle cure ed alle misure d'integrazione ragionevolmente esigibili. Per valutare la presenza di un'incapacità al guadagno sono considerate esclusivamente le conseguenze del danno alla salute; inoltre, sussiste un'incapacità al guadagno soltanto se essa non è obiettivamente superabile (art. 7 cpv. 2 LPGGA).

E. 6.5

La nozione d'invalidità di cui all'art. 4 LAI e 8 LPGGA è un concetto di carattere economico-giuridico e non medico (DTF 116 V 246 consid. 1b e 110 V 273; v. pure sentenze del TF 8C_636/2010 del 17 gennaio 2011 consid. 3 e 9C_529/2008 del 18 maggio 2009). In base all'art. 16 LPGGA, applicabile per il rinvio dell'art. 28a cpv. 1 LAI, per valutare il grado d'invalidità, il reddito che l'assicurato potrebbe conseguire esercitando l'attività ragionevolmente esigibile da lui dopo la cura medica e l'eventuale esecuzione di provvedimenti d'integrazione (reddito da invalido), tenuto conto di una situazione equilibrata del mercato del lavoro, è confrontato con il reddito che egli avrebbe potuto ottenere se non fosse diventato invalido (reddito da valido; metodo generale del raffronto dei redditi). In altri termini, l'assicurazione svizzera per l'invalidità risarcisce soltanto la perdita economica che deriva da un danno alla salute fisica o psichica dovuto a malattia o infortunio, non la malattia o la conseguente incapacità lavorativa.

E. 6.6

La nozione di invalidità in ambito AI coincide con quella vigente in ambito LAINF e nell'assicurazione militare (art. 16 LPGGA; 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).

E. 6.7

Se inoltre in DTF 126 V 288 il TF ha relativizzato il carattere vincolante di una valutazione dell'invalidità passata in giudicato nei confronti di un assicuratore contro gli infortuni nel senso che una determinazione differente del grado d'invalidità nell'ambito dell'assicurazione per l'invalidità entrava in linea di conto eccezionalmente e a condizione che sussistessero motivi pertinenti, in DTF 133 V 549 il Tribunale federale (TF) ha precisato la pro-pria 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).

E. 7.1

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 modificazione.

E. 7.2

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). Giusta l'art. 88a cpv. 2 OAI, se la capacità al guadagno o la capacità di svolgere le mansioni consuete peggiora, se la grande invalidità si aggrava o se il bisogno di assistenza o di aiuto dovuto all'invalidità aumenta, il cambiamento va tenuto in considerazione non appena è durato tre mesi senza interruzione notevole. L'articolo 29bis OAI è applicabile per analogia.

E. 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).

E. 8.1

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

E. 8.2

Assegnando retroattivamente una rendita d'invalidità decrescente/crescente e/o limitata nel tempo, l'autorità amministrativa disciplina un rapporto giuridico suscettibile, in caso di contestazione, di essere oggetto della lite e dell'impugnativa. Qualora sia contestata solo la riduzione o la soppressione delle prestazioni, il potere cognitivo del giudice non è limitato nel senso che egli debba astenersi dallo statuire circa i periodi per i quali il riconoscimento di prestazioni non è censurato (DTF 125 V 413 consid. 2.2 et 2.3 confermato in 131 V 164). Va ricordato che nel caso in cui la prestazione sia accordata con effetto retroattivo - ma limitata nel tempo, aumentata oppure ridotta - esiste un'unica relazione giuridica. Ciò vale anche se l'assegnazione della rendita d'invalidità graduata e/o limitata nel tempo è stata comunicata mediante più decisioni (DTF 131 V 164 consid. 2.2 e 2.3).

E. 9.1

Giusta il principio inquisitorio, che regge la procedura in materia di assicurazioni sociali (art. 43 LPG), l'amministrazione deve intraprendere d'ufficio gli accertamenti necessari e raccogliere le informazioni di cui ha bisogno. In particolare, deve ordinare una perizia allorquando è necessario per la valutazione medica del caso (DTF 117 V 282 consid. 4a).

E. 9.2

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

E. 9.3

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

E. 9.4

In particolare per quanto concerne le perizie giudiziarie la giurisprudenza ha statuito che il giudice non si scosta senza motivi imperativi dalla valutazione degli esperti, il cui compito è quello di mettere a disposizione del tribunale le proprie conoscenze specifiche e di valutare,

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

E. 9.5

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

E. 9.6

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

E. 9.7

L'avviso dei medici curanti va considerato con la necessaria prudenza, tendendo a pronunciarsi in favore del paziente a dipendenza del legame particolare (DTF 125 V 351 consid. 3b e relativi riferimenti).

E. 9.8

Non va infine dimenticato che se vi sono dei rapporti medici contraddittori il giudice non può evadere la vertenza senza valutare l'intero materiale e indicare i motivi per cui si fonda su un rapporto piuttosto che su un altro (sentenza del Tribunale federale delle assicurazioni I 673/00 dell'8 ottobre 2002). Al riguardo va tuttavia precisato che non si può pretendere dal

giudice che raffronti i diversi pareri medici e parimenti esponga correttamente da un punto di vista medico, come farebbe un perito, i punti in cui si evidenziano delle carenze e qual è l'opinione più adeguata (sentenza del Tribunale federale I 166/03 del 30 giugno 2004 consid. 3.3).

E. 10.1

In via preliminare va rilevato che, l'autorità inferiore ha rettammente ritenuto verosimile, sulla base degli accertamenti esperiti nell'ambito della procedura LAINF, nonché delle valutazioni univoche dei periti e medici di parte, che vi è stata un'incapacità lavorativa totale in qualsivoglia attività dal 10 ottobre 2012, giorno dell'infortunio all'occhio, al 31 marzo 2015 (cfr., fra gli altri, il certificato medico del 4 novembre 2013 del dr. F. _____, il rapporto del 11 luglio 2013 della dr.ssa H. _____, il rapporto SMR del 29 agosto 2016 del dr. I. _____).

E. 10.2

Sulla base di tali valutazioni mediche l'UAIE ha deciso di erogare in favore dell'interessato una rendita intera dal 1° ottobre 2013 (scaduto l'anno di attesa) al 31 luglio 2015 (in applicazione dell'art. 88a cpv. 1 OAI). Ora, che una rendita intera sia certamente dovuta all'insorgente perlomeno dal 1° ottobre 2013 al 31 luglio 2015 è pertanto comprovato, oltre che incontestato.

E. 11.1

Oggetto del contendere - anche dopo la risposta di causa con cui l'autorità inferiore ha chiesto l'annullamento della decisione impugnata e il rinvio dell'incarto al fine di indagare ulteriormente lo stato di salute dell'assicurato dal profilo oncologico (doc. TAF 6) - è dunque il riconoscimento della rendita intera di invalidità anche dopo il 31 luglio 2015, che l'amministrazione ha negato in ragione del graduale miglioramento dello stato intervenuto dal 1° aprile 2015 e che ha permesso di ritenere l'insorgente completamente abile al lavoro in attività adeguata a partire dal 1° ottobre 2016 (doc. TAF 9). In via subordinata tema è l'annullamento della decisione impugnata e il rinvio degli atti all'autorità inferiore al fine di esperire ulteriori accertamenti medici.

E. 11.2

A mente del ricorrente per contro, nulla agli atti permette di ritenere che vi sia stato un miglioramento dello stato di salute, non essendo una tale conclusione deducibile né dalla perizia neurologica del dr. M. _____ (doc. 54) né dagli accertamenti in ambito oftalmologico eseguiti nella procedura LAINF e in sede peritale dalla dr.ssa L. _____ (doc. 55). Oltretutto, egli ritiene che problematiche extra-infortunistiche incidenti sullo stato di salute, come il diabete, l'ipertensione e il tumore, non siano state sufficientemente indagate al fine di valutarne l'impatto sulla capacità lavorativa. Viene inoltre contestato l'importo ritenuto dall'autorità inferiore quale reddito da invalido, nonché la riduzione sociale del 10% (doc. TAF 1 e 9).

E. 11.3

Dal canto suo, l'amministrazione, eccezion fatta per la problematica di natura oncologica, si è riconfermata nella valutazione già esposta in punto all'abilità lavorativa, ritenendo gli accertamenti reumatologici e oftalmologici completi, conclusivi, nonché sufficienti per valutare lo stato di salute del ricorrente fino al mese di dicembre 2016, o fino al momento in cui le ulteriori indagini - per le quali è stato chiesto il rinvio degli atti - permetteranno di

situare l'insorgere della malattia tumorale. In modo analogo ha confermato la bontà del raffronto dei redditi eseguito (doc. TAF 6).

E. 12.1

Stando al rapporto finale del SMR del 29 agosto 2016 dall'istruttoria sono emerse le seguenti diagnosi aventi influsso sull'abilità lavorativa (doc. 58): - Contusione bulbare all'occhio destro, su/con: maculopatia traumatica; midriasi traumatica con reazione alla luce; glaucoma secondaria; cataratta traumatica iniziale (doc. 55). - Sindrome lombovertebrale sino a lombospondilogenica coronica su/con: moderate alterazioni degenerative con condrosi L3/L4 e L4/L5; insufficienza muscolare in rapporto al peso (doc. 54). Nonché le seguenti diagnosi senza influsso sulla capacità lavorativa (doc. 58): - Ipertensione arteriosa non trattata (doc. 54). - Adiposità (doc. 54). - Gonalgia in esiti da pregressa meniscectomia (doc. 30 e 54). - Diabete mellito di tipo II non insulino-ricorrente (doc. 44). - Stato dopo decompressione nervo mediano sinistro al canale carpale (insorta a seguito del trauma diretto alla mano sinistra dovuto al violento colpo di martello nella regione dorsale intermetacarpale fra i raggi I-II avvenuto il 21 febbraio 2007 - doc. LAINF 1-16)

E. 12.2

Oltre a ciò, a partire dal mese di dicembre 2016, almeno, è emersa una patologia tumorale al polmone sinistro, per la quale il 17 febbraio 2017 era stata proposta dal SMR una rivalutazione clinica dopo 6 mesi e formulata una prognosi incerta quo ad vitam (doc. 81).

E. 13.1

Da una parte vi sono dunque i disturbi relativi all'occhio destro insorti a seguito all'infortunio del 10 ottobre 2012.

E. 13.1.1

Fondandosi sui rapporti medici del dr. G. _____ (doc. LAINF 44) e della dr.ssa H. _____ (doc. LAINF 49), l'INSAI ha ritenuto che l'assicurato, pur essendo ormai impossibilitato a riprendere l'attività di muratore, fosse comunque abile a svolgere un'attività lavorativa adeguata al suo stato di salute a partire dal 1° aprile 2015 (doc. 73), inizialmente con una riduzione del rendimento del 15% per una durata di 18 mesi e, in seguito, con un rendimento pieno. Sulla base del raffronto dei redditi eseguito dall'assicuratore, all'insorgente è quindi stata riconosciuta una rendita del 30% dal 1° aprile 2015 al 30 settembre 2016 e del 17% a decorrere dal 1° ottobre 2016, nonché un'IMI dell'8%. La correttezza degli accertamenti svolti in sede dell'istruttoria amministrativa e la bontà delle conclusioni a cui è giunto l'INSAI, sono state confermate dapprima dal Tribunale cantonale delle assicurazioni del Cantone C. _____ (TCA), con sentenza del 18 novembre 2015 (doc. LAINF 114), in seguito dal Tribunale federale (TF), con decisione del 23 giugno 2016 (doc. LAINF 120). In particolare in sede giudiziaria cantonale è stato rilevato che, non figurando agli atti pareri medici specialistici concretamente divergenti, non sussisteva nessun valido motivo per scostarsi dalla valutazione della dr.ssa H. _____ (doc. LAINF 114, p. 11; doc. LAINF 120, p. 4), che aveva stimato l'iniziale riduzione del rendimento in un'attività sostitutiva del 10-20% per un periodo di 1-2 anni. Pure corretto, in quanto conforme alla giurisprudenza del Tribunale federale, è stato giudicato l'utilizzo da parte dell'INSAI dei dati mediani che hanno permesso di ritenere l'assicurato nuovamente abile al lavoro con una riduzione iniziale del 15% per un periodo di 18 mesi (doc. LAINF 114, p. 11). Infine è stata confermata la correttezza del raffronto dei redditi operato

dall'assicuratore (doc. LAINF 114, pp. 18-19).

E. 13.1.2

Così stando le cose, con istanza del 18 agosto 2016 l'insorgente ha chiesto all'INSAI di procedere a una revisione (doc. LAINF 122), fondandosi sul rapporto del dr. G._____ del 21 luglio 2016, stante il quale, rispetto al mese di aprile 2013, non risulta alcun miglioramento dell'acuità visiva dall'occhio destro, ma neppure la prospettata ingravescenza della cataratta. Precisando che nessun trattamento potrebbe migliorare la capacità lavorativa dell'assicurato, il medico ha dichiarato non più esigibile la ripresa dell'attività abituale, ritenendo inoltre sussistere una riduzione del rendimento in un'attività rispettosa delle limitazioni di cui l'assicurato è portatore (doc. LAINF 122). Dopo aver sottoposto il caso al proprio servizio medico, che nel rapporto del 17 ottobre 2016 ha sostanzialmente confermato la valutazione già espressa dalla dr.ssa H._____ considerando esigibile la ripresa lavorativa in attività adeguata con una riduzione del rendimento del 10-20% per la durata di 2 anni, a decorrere dal momento in cui il reinserimento è possibile (doc. LAINF 128), l'INSAI ha emesso la decisione del 6 gennaio 2017, mediante la quale, pur modificando il grado dell'IMI, ha mantenuto invariato il grado di invalidità determinante per il diritto alla rendita (doc. LAINF 137). Il 17 gennaio 2017 tale provvedimento è stato avvalorato con la decisione su opposizione (doc. LAINF 140, 143). A seguito del ricorso dell'assicurato, che postula per il riconoscimento di un grado di invalidità del 30% anche successivamente al 1° ottobre 2016 (per le sole conseguenze infortunistiche), la vertenza è stata nuovamente giudicata dal TCA, che con sentenza del 22 maggio 2017 (inc. 35.2017.12) ha respinto la richiesta dell'interessato e confermato il provvedimento dell'INSAI (cfr. allegato al doc. TAF 14). Stando a quanto riferito dal ricorrente e alla luce dell'avviso di ricezione del ricorso e della richiesta di versamento dell'anticipo spese (allegato al doc. TAF 14), la vertenza si trova attualmente pendente presso il TF (cfr. doc. TAF 9, doc. TAF 14).

E. 13.2

L'UAI cantonale, pur disponendo dell'intero incarto LAINF, ha predisposto degli accertamenti propri, in relazione alla problematica all'occhio destro, incaricando la dr.ssa L._____. Nel rapporto peritale dell'8 giugno 2016 quest'ultima ha considerato che, dal momento della visita, l'assicurato poteva essere ormai considerato interamente abile in un'attività sostitutiva a quella di muratore nella quale, a seguito dell'evoluzione del danno alla salute, poteva essere ritenuto abile soltanto all'80% (doc. 55 p. 3). Confermando la valutazione del dr. F._____ e del dr. G._____, essa ha infatti ritenuto che l'interessato conservava un'acuità visiva del 30% dall'occhio destro. Pur ritenendo non più esigibile l'esecuzione di lavori pericolosi richiedenti una funzionalità completa della tridimensionalità, essa non ha tuttavia riscontrato elementi che permettessero di oggettivare l'insorgere della problematica di diplopia lamentata dall'assicurato (doc. 55 p. 2). Circa l'obbligo di ridurre il danno, la dr.ssa L._____ ha indicato che "l'assicurato ha trascurato la terapia antiglaucomatosa prescritta all'occhio destro, soprattutto all'inizio del trattamento, in quanto ha ommesso le indicazioni del medico riguardo alla terapia".

E. 13.3

In concreto, i periti interrogati sia in ambito LAINF che in ambito AI sono concordi nel considerare la problematica all'occhio destro ormai stabilizzata e ritenere l'insorgente completamente abile in un'attività adeguata al suo stato di salute - sostanzialmente

assimilabile a quello di un monocolo - una volta trascorso un primo periodo di inserimento con un rendimento limitato. La bontà di tale conclusione, come detto è stata confermata in sede giudiziaria (doc. LAINF 114, 120) e non vi sono agli atti pareri divergenti, ad eccezione di quello del dr. G. _____ del 21 luglio 2016, che su questo specifico punto solo in parte e neppure in modo del tutto esplicito, contraddice i rapporti peritali (doc. LAINF 122). Contrariamente alla dr.ssa H. _____, egli parrebbe infatti ritenere che lo stato di salute post-infortunistico dell'assicurato sia tale per cui la riduzione di rendimento del 10-20% debba essere considerata ormai durevole. Circostanza che è precisamente oggetto di contesa nell'ambito della procedura di revisione (cfr. consid. 13.1.2) attualmente al vaglio del TF (allegato al doc. TAF 14). A tal proposito, giova rilevare che, pur non essendo ancora noto, l'esito di tale impugnativa va relativizzato ai fini del presente procedimento. Alla luce della richiesta avanzata in sede di revisione (doc. LAINF 140) e della prevedibile applicazione del raffronto dei redditi già verificato in precedenza (doc. LAINF 114, pp. 18-19) al fine di determinare il grado d'invalidità, l'accoglimento del ricorso da parte del Tribunale federale permetterebbe al ricorrente di ottenere, al più, la continuazione dell'erogazione di una rendita LAINF con grado di invalidità del 30% (versata dal 1° aprile 2015 - cfr. consid. 13.1.1) anche posteriormente al 1° ottobre 2016. Ciononostante, non essendo superata la soglia minima del 40%, non risulterebbe comunque sussistere alcun diritto ad una rendita AI.

E. 13.4

In definitiva occorre dunque riconoscere che la documentazione attualmente agli atti non permette di discostarsi dalla valutazione esposta dalla dr.ssa L. _____ nel rapporto dell'8 giugno 2016 riguardo allo stato di salute dell'assicurato e alla sua residua capacità lavorativa a seguito del danno alla salute patito all'occhio destro. La valutazione coincide del resto in buona sostanza con quella emersa nell'ambito della procedura LAINF (a tal proposito si veda anche il consid. 6.6).

E. 14.1

Dall'altra parte vi sono i disturbi extra-infortunistici di diversa natura emersi nell'ambito della procedura AI e per i quali l'assicurato rivendica il diritto alle prestazioni di invalidità. Sono state in particolare segnalate all'interno della perizia particolareggiata E213 del 13-19 maggio 2015 (doc. 30) delle problematiche di lombalgia ricorrente, per le quali è stato eseguito il 31 marzo 2009 un esame RM lombare dal quale è emersa la diagnosi di lombodiscoartrosi con formazioni erniarie e limitato impegno funzionale (codice ICD 722). In precedenza, il 31 ottobre 2017 l'assicurato era stato sottoposto a un esame neuroradiologico e ancor prima, il 15 novembre 2000 era stata eseguita una radiografia della colonna lombosacrale. A seguito dei vari accertamenti e nonostante la persistenza di disturbi ricorrenti non risulta, tuttavia, essere mai stato prescritto alcun periodo di inabilità lavorativa o particolari trattamenti (doc. 30). È stato inoltre segnalato dal ricorrente, l'insorgere di una problematica di diabete mellito di tipo II, riguardo alla quale è stato prodotto il certificato rilasciato l'8 febbraio 2016 dall'Assessorato alla sanità della Regione O. _____ unitamente ai trattamenti prescritti per il trattamento della malattia, nonché il rapporto medico dell'8 febbraio 2016 della dr.ssa P. _____ (doc. 44). Sono stati infine segnalati non meglio specificati problemi alle articolazioni (doc. 43), di cui tuttavia non vi è traccia nella documentazione medica agli atti.

E. 14.2

Nella perizia reumatologica del 27 aprile 2016 il dr. M._____, ha posto la diagnosi "di una sindrome lombo-vertebrale sino a lombo-spondilogeno su moderate alterazioni degenerative, in particolare a livello L3/L4 dove appare ora una condrosi, non presente nel 2000. Di fianco alle alterazioni gioca però un grosso ruolo l'adiposità e l'importante mancanza di muscolatura e decondizionamento, in paziente che da ormai vari anni non lavora, non fa fisioterapia né particolari esercizi" (doc. 54 p. 6). Egli ha poi indicato come esigibile dal giorno della visita, ossia il 19 aprile 2016, una ripresa al 70% nell'attività abituale, intesa come rendimento ridotto nell'arco di un'intera giornata di 8 ore. Ha per contro ritenuto che in un'attività adeguata ai limiti funzionali riscontrati, l'interessato potrebbe essere da sempre abile in misura completa (doc. 54 pp. 9-10). Il dr. M._____ ha concluso ritenendo che ulteriori trattamenti non avrebbero apportato alcun miglioramento funzionale. Ciononostante, ha indicato che l'adozione da parte dell'interessato di alcuni accorgimenti avrebbe permesso di limitare i disturbi derivanti dalla patologia lombare (doc. 54 p. 10). Anche il dr. M._____ ha espresso delle rimostranze quanto all'ossequio dell'obbligo incombente all'assicurato di ridurre il danno (doc. 54 p. 10).

E. 15.1

In estrema sintesi, si osserva che entrambi i periti incaricati dall'autorità inferiore si sono espressi favorevolmente quanto a un'immediata ripresa dell'attività lavorativa, in misura completa, in un'attività sostitutiva e rispettosa dei limiti funzionali di cui l'assicurato è portatore (doc. 54 p. 10; doc. 55 p. 4). Le conclusioni esposte dalla dr.ssa L._____, in punto all'abilità lavorativa, coincidono per altro anche con quelle esposte dalla dr.ssa H._____ (doc. LAINF 49), confermate anche dal dr. Q._____, specialista in oftalmologia e in oftalmochirurgia e dal dr. R._____, specialista in oftalmologia, nel rapporto del 17 ottobre 2016 (doc. LAINF 128). Né in relazione alla problematica oftalmologica, né tantomeno in relazione alla problematica reumatologica, sono stati prodotti dai ricorrenti rapporti medici dai quali emergano elementi suscettibili di mettere in discussione le conclusioni approfondite, complete e motivate e pertanto attendibili a cui sono giunti i periti incaricati dagli assicuratori LAINF e AI. Tantomeno sussistono indizi che consentano a questo collegio giudicante di censurare la scelta dell'autorità inferiore di non procedere all'allestimento di una perizia pluridisciplinare comprendente anche degli accertamenti ortopedici, neurologici e endocrinologici.

E. 15.2

Così stando le cose, al fine di definire lo stato di salute dell'assicurato al di là del 1° aprile 2015, occorre attenersi agli accertamenti figuranti agli atti, confluiti nel rapporto finale SMR del 29 agosto 2016, stante il quale, a partire da tale data è esigibile una ripresa del lavoro, in un'attività consona ai limiti funzionali (fra i quali figurano la limitazione nel sollevare ripetutamente pesi superiori ai 15 kg, nel lavorare anteflessione [doc. 54], svolgere attività pericolose o che richiedono la funzionalità completa della tridimensionalità [doc. 55], oltre alla necessità di alternare la postura e di eseguire pause supplementari [doc. 58]) per l'intera giornata, ma con un rendimento ridotto del 15% fino al 1° ottobre 2016, momento in cui è possibile attendersi un rendimento completo (doc. 58, 86).

E. 16

Per quanto invece riguarda la determinazione del grado di invalidità, questo Tribunale ritiene perlomeno discutibile la deduzione sociale applicata dall'autorità inferiore (pari al 10% per attività leggere e altri fattori di riduzione, presumibilmente limiti funzionali - cfr.

doc. 65-66), che sebbene equivale a quella confermata dal TCA e dal TF nell'ambito della procedura LAINF (cfr. consid. 13.1.1), non è conforme alla sua costante prassi dell'amministrazione, secondo cui in casi del genere, riguardanti assicurati che durante tutta la loro carriera lavorativa hanno svolto unicamente lavori pesanti, a titolo di deduzione per attività leggere è sistematicamente dedotto l'importo del 10%. In concreto la questione dell'adeguatezza della riduzione non va tuttavia risolta, ritenuto che non giova al ricorrente, essendo il grado di invalidità comunque inferiore alla soglia minima del 40%. Con una deduzione del 15% dal reddito statistico da invalido conseguibile dopo il 1° aprile 2015 (56'903.20 - 8'535.50 [cfr. doc. 66]) e da quello conseguibile dopo il 1° ottobre 2016 (66'945 - 10'041.75 [cfr. doc. 65]) si otterrebbe infatti una discapito economico, arrotondato, del 33% (= $[72'690.00 - 48'367.70] : 72'690.00 \times 100$) rispettivamente del 22% (= $[72'690.00 - 56'903.25] : 72'690.00 \times 100$).

E. 17

Per quanto concerne il danno alla salute derivante dalle patologie di cui sopra, la decisione impugnata, che ha limitato fino al 31 luglio 2015 la rendita intera AI riconosciuta al ricorrente a partire dal 1° ottobre 2013 con lo stesso provvedimento, appare dunque corretta e va confermata. La domanda formulata in via principale dal ricorrente tendente all'assegnazione di una rendita intera anche dopo il 31 luglio 2015 va pertanto respinta.

E. 18

Prima della pronuncia della decisione impugnata e meglio a far tempo dal mese di dicembre 2016, data della comparsa del tumore, il SMR ha ammesso un'incapacità lavorativa totale e l'UAI proposto il rinvio dell'incarto all'UAI per procedere ad ulteriori accertamenti. In virtù delle seguenti constatazioni il diritto alla rendita sorgerebbe al più presto dopo la pronuncia della decisione impugnata e pertanto esula dalla potestà cognitiva di questa Corte. Ne consegue che la richiesta di rinvio (recte trasmissione per competenza) dell'incarto per ulteriori accertamenti e nuova decisione va accolta (cfr. consid. 11.1).

E. 18.1.1

In via preliminare va rilevato che giusta l'art. 29bis OAI se una precedente rendita è stata soppressa a causa dell'abbassamento del grado d'invalidità e l'assicurato, nel susseguente periodo di tre anni, presenta di nuovo un grado d'invalidità suscettibile di far nascere il diritto alla rendita per incapacità al lavoro della stessa origine, il periodo precedente la prima erogazione verrà dedotto dal periodo d'attesa impostogli dall'art. 28 cpv. 1 lett. b LAI.

E. 18.1.2

Nel caso concreto è pacifico che la nuova incapacità lavorativa totale insorta a partire da (almeno) inizio dicembre 2016 (doc. 84), è causata da una nuova patologia, di natura oncologica. Non trova dunque applicazione l'art. 29bis OAI.

E. 18.2.1

Occorre pertanto ritenere che se - in ragione della nuova patologia oncologica - sussiste il diritto alla rendita d'invalidità, questo sorgerà al più presto dopo sei mesi dalla presentazione della richiesta formale di prestazioni (art. 29 cpv. 1 LPGA), Secondo il TF se l'invalidità rinasce per motivi diversi da quelli che avevano giustificato in passato l'erogazione di una rendita temporanea (nel frattempo soppressa) ci si trova in presenza di un nuovo evento assicurato. In tal caso il versamento della nuova rendita interviene al più presto dopo sei mesi dal nuovo annuncio all'AI (art. 29 cpv. 1 LAI). L'art. 88bis cpv. 1 lett.

a OAI non è applicabile, nemmeno per analogia (DTF 140 V 2, consid. 5). Trovandosi quindi in presenza di due diversi eventi assicurati (cfr. SVR 2009 IV n. 27 pag. 75, sentenza del TF 9C_93/2008 del 19 gennaio 2009 consid. 7.4; I 179/01 del 10 dicembre 2001 consid. 3a; Ulrich Meyer, Bundesgesetz über die Invalidenversicherung [IVG], 2 aed. 2010, pag. 366), per ognuno di essi il diritto alla rendita va subordinato al periodo di attesa dell'art. 28 cpv. 1 lett. b LAI. Del resto, come rilevato dal Tribunale federale in DTF 140 V 2 consid. 5.3, analogo al presente, se la legge fa nascere il diritto alla rendita al più presto dopo sei mesi dalla data in cui l'assicurato ha rivendicato il diritto alle prestazioni e se quest'ultimo le rivendica a dipendenza di un'inabilità causata da un nuovo (e decisivo) evento - perché l'inabilità residua relativa al primo (e diverso) è chiaramente insufficiente - non vi è motivo per non versare la rendita sei mesi dopo il nuovo annuncio all'AI. Il fatto che l'incapacità residua precedente permetta di anticipare - grazie alla media retrospettiva (cfr. ad esempio sentenza 9C_971/2009 del 14 giugno 2011 consid. 3.1) - la scadenza del termine annuo ai sensi dell'art. 28 cpv. 1 lett. b LAI non significa che in una simile situazione si possa per questo prescindere dall'applicazione del termine di attesa dell'art. 29 cpv. 1 LAI per il versamento della prestazione.

E. 18.2.2

Dagli atti emerge che la domanda formale di rendita è stata formulata il 19 maggio 2017 (doc. 92). Il diritto alla rendita dovrebbe quindi sorgere AI più presto il 1° novembre 2017. Tuttavia dagli atti risulta che l'assicurato ha fatto valere la nuova patologia ai fini dell'assegnazione di prestazioni AI (rendita intera) già nel dicembre 2016 (doc. 72) nell'ambito della procedura di preavviso. In simili condizioni alla luce del principio della buona fede, il diritto nascerebbe al più presto il 1° giugno 2017 e quindi posteriormente alla decisione impugnata.

E. 19

L'incarto va altresì trasmesso all'amministrazione per procedere ad ulteriori accertamenti medici in relazione al termine d'attesa - non essendo accertato se la capacità lavorativa per motivi oncologici risale ad un periodo precedente il dicembre 2016 - all'evoluzione dello stato di salute e alle sue conseguenze.

E. 19.1.1

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

un punto di vista medico (sentenza del TF 9C_542/2011 del 26 gennaio 2012 consid. 4.1). Per poter loro attribuire pieno valore probatorio, i rapporti dei servizi medici regionali devono essere redatti da medici che dispongono delle qualifiche specialistiche richieste nel singolo caso di specie. Se ciò non è il caso, il loro valore probatorio è affievolito (sentenza del TF 9C_826/2009 del 20 luglio 2010 consid. 4.2).

E. 19.1.2

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

E. 19.1.3

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

E. 19.2.1

Nell'evenienza concreta, il medico del SMR, sebbene abbia avuto modo di esaminare i rapporti prodotti dal rappresentante dell'assicurato a seguito della scoperta del tumore (doc. 72 e 75) si è espresso nelle annotazioni del 17 febbraio 2017 (doc. 81) e del 17 marzo 2017 (doc. 84) in maniera estremamente concisa e in relazione alla sola incapacità lavorativa, giudicata totale a partire dal mese di dicembre 2016 (ossia dalla data del ricovero in ospedale e della scoperta della patologia), proponendo una rivalutazione clinica dopo sei mesi. Concretamente né la problematica in sé, né le conseguenze che essa comporta, sono state oggetto di indagini approfondite e concludenti. Pure carente è una valutazione complessiva dello stato di salute.

E. 19.2.2

Questa Corte si trova pertanto sprovvista degli elementi fattuali necessari per potersi pronunciare in merito all'esistenza dei presupposti per il diritto a una rendita. Di tali elementi era priva pure l'amministrazione al momento dell'emissione della decisione impugnata.

E. 20

È dunque a giusto titolo che l'autorità inferiore, preso atto della valutazione oncologica del dr. N. _____ del 18 maggio 2017, prodotta in sede di ricorso dall'interessato (doc. TAF 1)

e constatando una carenza istruttoria in relazione alla patologia tumorale, ha chiesto la retrocessione (recte trasmissione) degli atti in modo da procedere alle necessarie indagini volte ad accertare lo stato di salute dell'assicurato dal profilo oncologico, nonché il momento in cui è effettivamente insorto il danno alla salute, la prognosi e le conseguenze sulla capacità lavorativa (doc. TAF 6).

E. 21.1

In conclusione il ricorso va respinto sia in via principale che in via subordinata, non essendo dato alcun diritto alla rendita da agosto 2015 al 21 aprile 2017, data della decisione impugnata.

E. 21.2

L'incarto va pertanto trasmesso per competenza all'UAIE per accertare un'eventuale diritto alla rendita riconducibile al nuovo evento assicurato di origine oncologica, al più presto decorrente dal 1° giugno 2017. L'incarto sarà sottoposto al servizio medico dell'Ufficio AI, il quale disporrà i necessari accertamenti clinici e strumentali e dandosene il caso, una perizia pluridisciplinare, secondo le regole procedurali stabilite dalla giurisprudenza (DTF 137 V 210) e nel rispetto del diritto di essere sentito. Alla luce delle nuove risultanze, l'autorità inferiore si pronuncerà nuovamente sul diritto dell'assicurato a percepire una rendita.

E. 22.1

Visto l'esito della procedura, le spese processuali di fr. 800.-, sono poste a carico del ricorrente (art. 63 cpv. 1 e cpv. 5 PA nonché art. 3 lett. b del regolamento del 21 febbraio 2008 sulle tasse e sulle spese ripetibili nelle cause dinanzi al Tribunale amministrativo federale [TS-TAF, RS 173.320.2]) e vengono compensate con l'anticipo spese di identico ammontare versato il 1° giugno 2017 (doc. TAF 4).

E. 22.2

Al ricorrente, soccombente, non spetta altresì alcuna indennità per spese ripetibili della sede federale (art. 64 PA in combinazione con l'art. 7 cpv. 1 e 2 TS-TAF a contrario).

E. 22.3

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

Export aus OpenCaseLaw (CC0). Verbindlich ist allein der vom erlassenden Gericht veröffentlichte Originaltext. Quellen-URL siehe oben.