

BVGer C-5617/2018 vom 21. September 2019

Bundesverwaltungsgericht, 2019-09-21, IT

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bvger_C-5617_2018

FR: TAF C-5617/2018 du 21 septembre 2019

IT: TAF C-5617/2018 del 21 settembre 2019

Regeste

Valutazione dell'invalidità

Erwägungen

E. 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).

E. 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. dbis PA, la procedura in materia di assicurazioni sociali non è disciplinata dalla PA nella misura in cui è applicabile la LPGA (RS 830.1). Secondo l'art. 2 LPGA, 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 LPGA sono applicabili all'assicurazione per l'invalidità (art. 1a-26bis e 28-70), sempre che la LAI non deroghi alla LPGA. 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).

E. 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.

E. 2

L'oggetto impugnato è rappresentato dalla decisione dell'UAIE del 28 agosto 2018, mediante la quale l'autorità inferiore in accoglimento della domanda di prestazioni del ricorrente, gli ha riconosciuto a partire dal 1° marzo 2014 il diritto a $\frac{3}{4}$ di rendita d'invalidità, fondato su un grado di invalidità del 62%. L'oggetto litigioso è costituito dalla questione se A. _____ abbia diritto, o meno, a una rendita intera d'invalidità nell'ambito di una prima domanda di prestazioni dell'assicurazione svizzera per l'invalidità. Il ricorrente contesta infatti l'importo del reddito da valido, ritenuto inferiore a quello che avrebbe potuto

effettivamente percepire, nonché la deduzione del 5% dal reddito da invalido.

E. 3

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).

E. 4

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).

E. 5.1

Dal profilo temporale, con riserva di disposizioni particolari di diritto transitorio, sono applicabili le disposizioni in vigore al momento della realizzazione dello stato di fatto che deve essere valutato giuridicamente o che produce conseguenze giuridiche (DTF 143 V 446 consid. 3.3; 139 V 335 consid. 6.2; 138 V 475 consid. 3.1). Nel caso in esame, salvo indicazione contraria, si applicano di principio le disposizioni della 6a revisione della LAI entrate in vigore il 1° gennaio 2012 e le successive (RU 2011 5659; FF 2010 1603) pur non comportanti cambiamenti rispetto al diritto precedente in merito alla valutazione

dell'invalidità, entrate in vigore fino alla data della decisione impugnata.

E. 5.2

Il potere cognitivo di questo Tribunale è delimitato dalla data della decisione impugnata, ossia il 28 agosto 2018. 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).

E. 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).

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

E. 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).

E. 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%. In seguito all'entrata in vigore dell'Accordo sulla libera circolazione, la limitazione prevista dall'art. 29 cpv. 4 LAI, secondo cui le rendite corrispondenti a un grado d'invalidità inferiore al 50%, ma pari almeno al 40%, sono versate solo agli assicurati che sono domiciliati e dimorano abitualmente in Svizzera (art. 13 LPGa), non è più applicabile quando l'assicurato è cittadino svizzero o cittadino dell'Unione europea (UE) e risiede in uno degli Stati membri dell'UE (art. 4 e 7 del regolamento [CE] n. 883/2004; DTF 130 V 253 consid. 2.3 e 3.1).

E. 6.5

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

E. 7.1

Riguardo allo stato di salute e alle conseguenze sulla capacità lavorativa, è possibile attenersi alle conclusioni a cui è giunta l'UAIE. Il caso è stato infatti oltremodo indagato sia nel contesto infortunistico che in quello che ci occupa, dove sono stati condotti approfonditi accertamenti in ambito neurologico, reumatologico, neuropsicologico, psichiatrico e

psicoterapico. Gli atti non danno in alcun modo adito ad esaminare censure non sollevate (consid. 3 in fine).

E. 7.1.1

Dalla perizia pluridisciplinare dell'8 maggio 2018, sono emerse le seguenti diagnosi con influsso sulla capacità lavorativa (doc. 87 p. 19): Sindrome cervico-vertebrale con componente cervico-cefale e stato dopo frattura del processo spinoso di C6 e fratture dei piatti vertebrali superiori di Th3, Th4, Th5 a seguito dell'infortunio del 25 marzo 2013. Sindrome post-traumatica da stress (ICD-10 F43.1) sfociata in modificazioni rilevanti della personalità (ICD-10 F61.1). Sindrome da attacchi di panico (ICD-10 F41.0). Sindrome ansioso generalizzata (ICD-10 F41.1).

E. 7.1.2

Dal punto di vista neurologico non è stata segnalata alcuna diagnosi incapacitante. A mente del perito psichiatrico per contro "l'insieme delle tre patologie di cui l'assicurato è affetto è di portata tale da causargli un notevole malessere psichico e una moderata compromissione cognitiva e del funzionamento sociale che globalmente determina un'incapacità lavorativa psichiatrica del 50% in qualunque attività lavorativa" (doc. 87 p. 27). Dal punto di vista reumatologico, a fronte delle affezioni riscontrate, sono state confermate le valutazioni già esposte in ambito infortunistico, ossia una totale inabilità lavorativa nella precedente attività lavorativa come capo cantiere e una piena capacità lavorativa in attività sostitutiva (doc. 87 p. 28).

E. 7.1.3

Dal punto di vista globale è pertanto stata definita, a partire dal 21 agosto 2013, un'incapacità lavorativa del 100% nell'attività abituale, del 50% (intesa come riduzione del rendimento sull'arco di un'intera giornata) in un'attività sostitutiva rispettosa delle limitazioni funzionali già riscontrate in occasione del ricovero presso la Rehaklinik F._____, dove è stata attestata la capacità di svolgere un lavoro di media intensità per tutto il giorno, con carichi variabili (sollevamento verticale fino ai fianchi max. 15kg, sopra la testa max. 10kg, in orizzontale max. 25kg) a causa della schiena, senza posture obbligate della colonna vertebrale per tempi lunghi, senza carico vibratorio e colpi a livello della colonna vertebrale (doc. 87 p. 2 e doc. 36 pp. 7-8 inc. INSAI). È stata infine indicata un'incapacità del 20% in ambito domestico (doc. 87 p. 27-29).

E. 7.2

Le valutazioni esposte dai periti in maniera concludente, coerente e completa alle quali ha integralmente aderito sia il SMR (doc. 86), che il consulente per l'integrazione dell'AI (doc. 90), non vengono contraddette da nessun referto medico assunto agli atti e risultano pertanto pienamente attendibili. A mente di questo Tribunale non occorre pertanto indagare oltre la fattispecie dal punto di vista medico, essendo la stessa chiara e per altro neppure contestata dal ricorrente (né in pendenza di ricorso [cfr. doc. TAF 1 e 13], né tantomeno in corso di istruttoria, non avendo quest'ultimo preso posizione riguardo al progetto di decisione e alle risultanze della perizia pluridisciplinare).

E. 8

Resta quindi da esaminare la conformità del tasso d'invalidità, segnatamente del reddito da valido computato dall'amministrazione, nonché dell'entità della riduzione operata sul reddito da invalido.

E. 8.1

Secondo il metodo generale di comparazione dei redditi (art. 16 LPGA), a cui rinvia l'art. 28a cpv. 1 LAI, per valutare il grado d'invalidità, il reddito che l'assicurato invalido potrebbe conseguire esercitando l'attività ragionevolmente esigibile da lui dopo la cura medica e l'eventuale esecuzione di provvedimenti d'integrazione, 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 (metodo ordinario sulla base del confronto dei redditi per gli assicurati esercitanti un'attività lucrativa; cfr. anche DTF 137 V 334 consid. 3.1.1).

E. 8.2

Nell'ambito di una prima domanda di rendita, il momento determinante per il raffronto dei redditi, è quello in cui dovrebbe insorgere il diritto alla rendita. Nel caso concreto, la pretesa in esame potrebbe insorgere al più presto al 1° marzo 2014, ossia al termine dell'anno d'attesa previsto dall'art. 28 cpv. 1 let. b LAI e sei mesi dopo il deposito della domanda di prestazioni del 9 settembre 2013 (art. 29 cpv. 1 e 3 LAI; cfr. anche CR LPGA- Margit Moser-Szeless, art. 16 LPGA, N 41; Michel Valterio, Commentaire de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité (LAI), Ginevra/Zurigo, Schulthess éd. romandes 2018, ad art. 28a, N. 35). Pertanto i redditi di riferimento, con e senza invalidità, da determinare sulla base delle indicazioni salariali o statistiche valide per lo stesso anno, saranno quelli del 2014 (sentenza del TF I 471/05 del 11 maggio 2006 consid. 3.2), pur tenendo conto delle modifiche riguardanti tali redditi, suscettibili di influire sul diritto alla rendita fino all'emissione della decisione dell'autorità competente (DTF 129 V 222 consid. 4.1 e i riferimenti ivi citati; Michel Valterio, Droit de l'assurance-vieillesse et survivants (AVS) e de l'assurance-invalidité (AI), Commentaire thématique, ed. Schulthess, Ginevra/Zurigo/Basilea 2011, p. 548, N. 2063-2064).

E. 8.3

La comparazione dei redditi determinanti per valutare il grado di invalidità di un assicurato residente all'estero, deve inoltre essere eseguita sul medesimo mercato del lavoro, posto che la disparità della remunerazione e del costo della vita da un paese all'altro non permette di procedere a una comparazione oggettiva dei redditi in questione (ATF 110 V 273 consid. 4b).

E. 9.1

Per determinare il reddito ipotetico conseguibile dalla persona assicurata senza il danno alla salute (reddito da valido), occorre stabilire quanto la stessa, nel momento determinante (corrispondente alla decorrenza dell'eventuale diritto alla rendita), guadagnerebbe secondo il grado di verosimiglianza preponderante quale persona sana, tenuto conto delle sue capacità professionali e delle circostanze personali. Tale reddito dev'essere determinato il più concretamente possibile. Di regola ci si fonderà sull'ultimo reddito che la persona assicurata ha conseguito prima del danno alla salute, se del caso adeguandolo all'evoluzione dei salari fino al momento della nascita del diritto alla rendita. Tale regola non deve tuttavia essere applicata in maniera schematica. In caso di forti fluttuazione del reddito, ad esempio, conviene basarsi sul salario medio realizzato nel corso di un lungo periodo per la determinazione del reddito da valido (Michel Valterio, Op. cit., p. 552, N. 2082). Soltanto in presenza di circostanze particolari ci si potrà scostare da questo valore e ricorrere ai dati statistici risultanti dall'ISS (v. DTF 134 V 322 consid. 4.1; 129 V 222 consid. 4.3.1 con

riferimenti). Questo sarà in particolare il caso qualora dovessero mancare indicazioni riguardanti l'ultima attività professionale dell'assicurato o nel caso in cui la cessazione di tale attività risalga a parecchi anni prima del momento determinante per la valutazione dell'invalidità (Sentenza del TF I 636/02 del 15 aprile 2003 consid. 4.1; I 574/01 del 17 dicembre 2002 consid. 3.4; Michel Valterio, Op. cit., p. 554, N. 2085).

E. 9.2.1

In concreto l'autorità inferiore, fondandosi sulle indicazioni fornite dal datore di lavoro (doc. 62), ha stabilito che per gli anni 2014-2017 l'assicurato avrebbe potuto percepire un reddito lordo da valido di fr. 6'080.- al mese per tredici mensilità con l'aggiunta di fr. 5'270.05 quale importo di indennità annua, corrispondenti a un reddito lordo annuo di fr. 84'388.- (doc. 106). Tale importo che, come sottolineato nel memoriale di risposta (doc. TAF 9), corrisponde a quello ritenuto dall'INSAI nella decisione su opposizione del 22 febbraio 2018 (doc. 202 inc. INSAI).

E. 9.2.2

Il ricorrente, dal canto suo, sostiene che il salario indicato dall'ex datore di lavoro corrisponde unicamente al salario di base al quale occorre sommare le retribuzioni per le ore supplementari, straordinarie e per il lavoro notturno e domenicale (come dimostrano i conteggi salariali del 2012) e di cui occorre tenere conto per stabilire il reddito da valido. Egli chiede, in buona sostanza, che il reddito da valido venga determinato tenendo conto dei salari versati negli anni precedenti l'infortunio e postula la produzione da parte del datore di lavoro dei certificati di salario degli anni 2009-2011, essendo quello del 2012 già agli atti ed attestando lo stesso uno stipendio largamente superiore a quello ritenuto dall'amministrazione.

E. 9.3.1

Secondo l'art. 25 cpv. 1 OAI sono considerati redditi ai sensi dell'art. 16 LPGa i redditi annui presumibili sui quali sarebbero riscossi i contributi disposti dalla LAVS. È bene precisare che tali redditi comprendono pure guadagni accessori e la remunerazione delle ore supplementari effettuate in maniera regolare (sentenza del TF 8C_449/2015 del 6 aprile 2016 consid. 3; Michel Valterio, op. cit., ad. art. 28a, N. 38).

E. 9.3.2

L'assimilazione dei redditi da comparare a quelli determinanti ai sensi dell'AVS prevista dall'art. 25 cpv. 1 OAI, consente, nei casi in cui il reddito non sia stato stabilito in maniera trasparente o affidabile, di basarsi sulle iscrizioni figuranti nel conto individuale AVS (Michel Valterio, op. cit., p.548, N. 2067), a meno che non si possa stabilire che le stesse non corrispondano alla realtà, siano inesatte o abbiano subito delle forti variazioni nel corso degli anni (sentenze del TF I 705/05 del 4 gennaio 2007 consid. 3.1; I 305/02 del 22 gennaio 2003 consid. 2.2.1; I 555/03 del 15 ottobre 2004 consid. 4.1; I 944/05 del 30 gennaio 2007 consid. 4.3).

E. 9.4.1

Occorre innanzitutto rilevare che dalle carte processuali emergono dei dati contrastanti. Da un lato vi sono le dichiarazioni del datore di lavoro, attestanti un salario mensile di fr. 6'030.- nel 2012, di 6'061.- nel 2013 (doc. 22) e di 6'086.- per gli anni fra il 2014 e il 2017 (doc. 62), sempre versato per 13 mensilità. Sommando al reddito annuale così ottenuto l'indennità aggiuntiva di fr. 5'270.05 segnalata dal datore di lavoro (invero solo per gli anni

2014-17) ne risulta così un importo di fr. 84'388.-. Dall'altro vi sono gli estratti salariali del 2010, 2011, 2012, attestanti un reddito lordo annuo di rispettivamente fr. 115'341.05, 101'341.85, 104'302.20 (doc. 22), dati che sono sostanzialmente in linea con quelli figuranti nel conto individuale AVS dell'assicurato, nel quale è stato registrato un reddito di fr. 115'341.- per il 2010, di fr. 95'344.- per il 2011 e di fr. 100'942.- per il 2012 (cfr. doc. 106). Vi è infine il calcolo del 19 aprile 2017 con cui l'INSAI ha stabilito per il periodo precedente l'infortunio, dunque dal 25 marzo 2012 e il 24 marzo 2013, un salario assicurato di fr. 89'347.- (doc. 197 inc. INSAI) sulla base del quale essa ha presumibilmente versato le indennità giornaliere (doc. 167 inc. INSAI). Non è dato sapere il motivo per cui l'INSAI, a seguito della chiusura del caso, si è fondata nella decisione su opposizione del 22 febbraio 2018 - a detta del ricorrente oggetto di ricorso - sul dato salariale (inferiore) fornito dal datore di lavoro (doc. 202).

E. 9.4.2

A fronte dell'incongruenza fra le dichiarazioni del datore di lavoro riguardo al reddito che l'assicurato avrebbe percepito nel 2012, rispetto al salario che nel corso del suddetto anno gli era stato effettivamente versato (doc. 22) e sul quale sono stati prelevati i contributi (doc. 106), risulta provato con il grado della verosimiglianza preponderante che le indicazioni salariali su cui si è fondata l'amministrazione non tengono conto di una parte di salario. Una parte che nel caso del ricorrente risulta essere particolarmente importante come attestano i dati citati sopra. Si tratta per l'appunto di quella porzione di salario che l'assicurato percepiva a compenso delle ore supplementari e straordinarie che regolarmente era chiamato ad eseguire e che poteva variare di anno in anno a seconda delle esigenze aziendali, come attestano i certificati di salario degli anni 2010-2012 e ancor più le registrazioni del conto individuale AVS dai quali è possibile risalire anche agli anni precedenti (attestanti un salario comunque sempre superiore rispetto a quello ritenuto nella decisione impugnata). Ne consegue che a torto l'autorità inferiore ha determinato il reddito da valido sulla base delle indicazioni salariali del datore di lavoro, imponendosi nella presente fattispecie il ricorso ai redditi indicati nel conto individuale AVS (cfr. sentenza del TAF C-5575/2011 del 7 giugno 2012 consid. 13.3), tenendo conto del reddito medio guadagnato su di un periodo di tempo prolungato, dal momento che il reddito annuo dell'assicurato era soggetto a fluttuazioni dovute alle ore straordinarie/supplementari prestate nel corso dell'anno (cfr. sentenza del TF 9C_979/2012 del 26 marzo 2013 consid. 4 e riferimenti), analogamente a quanto è consuetudine fare per determinare gli introiti delle persone indipendenti (sentenza del TF 8C_626/2011 del 29 marzo 2012 consid. 3 e riferimenti ivi citati).

E. 9.4.3

Il reddito medio percepito nei cinque anni precedenti quello dell'infortunio (2008-2012), secondo le registrazioni riportate sul conto individuale AVS, corrisponde a fr. 100'052.- (= 93'592.- + 95'041.- + 115'341.- + 95'344.- + 100'942.-). Alla luce di quanto sopra esposto e in accoglimento di quanto richiesto dal ricorrente, tale importo è senz'altro quello che maggiormente si avvicina al reddito ipotetico che l'assicurato avrebbe potuto concretamente percepire in assenza del danno alla salute nel 2013. Sulla scorta dell'indice dei salari nominali valido per gli uomini fra il 2011-2015 (T1.1.10, settore costruzioni [41-43]), ne risulta quindi un reddito da valido indicizzato al 2014 pari a fr. 100'541.-.

E. 10.1

Per determinare il reddito da invalido fa stato in primo luogo la situazione salariale concreta dell'assicurato, a condizione che, cumulativamente, il rapporto di lavoro sia particolarmente stabile, egli sfrutti in maniera completa e ragionevole la capacità lavorativa residua, il reddito derivante dall'attività effettivamente svolta sia adeguato e non costituisca un salario sociale (DTF 129 V 475 consid. 4.2.1; 126 V 75 consid. 3b/aa e i riferimenti citati; anche sentenze 9C_818/2018 e 9C_826/2018 del 5 aprile 2019 consid. 4.3). Qualora difettino indicazioni economiche effettive, possono essere ritenuti i dati forniti dalle statistiche salariali, come risultano dall'inchiesta svizzera sulla struttura dei salari (sentenza del TF 9C_205/2011 consid. 7 e relativi riferimenti).

E. 10.2

Nell'evenienza concreta, a seguito del danno alla salute, l'assicurato ha svolto soltanto dei brevi periodi lavorativi presso differenti datori di lavoro, stages ai quali, per un motivo o per l'altro, non è stato dato seguito mediante un'assunzione a tempo indeterminato. A ben vedere dal 20 settembre 2016, ossia dall'interruzione dell'ultimo rapporto di lavoro, il ricorrente non risulta aver più esercitato stabilmente alcuna attività lavorativa. Difettano quindi delle indicazioni economiche effettive, risultanti da una situazione professionale stabile o quantomeno durevole, alle quali si possa fare riferimento. In simili circostanze, risulta pertanto corretta la scelta dell'amministrazione di riferirsi alla tabella ISS 2014 per stabilire il reddito da invalido (dato che al momento dell'emanazione della decisione litigiosa già disponeva dei dati del 2014 - cfr. sentenze 9C_225/2016 del 14 luglio 2016 consid. 6.3.2 e 9C_767/2015 del 19 aprile 2016 consid. 3.4 con i riferimenti). Su tale punto, per altro non contestato dal ricorrente, è quindi possibile attenersi al reddito indicato nella decisione impugnata di fr. 33'226.56 che il ricorrente potrebbe conseguire nel 2014 in attività semplici e ripetitive (categoria totale, livello 1, uomini - a un orario lavorativo usuale di 41.7 ore/settimanali), svolte nella misura del 50% (ossia la capacità medico teorica residua attestata dai periti del SAM).

E. 10.3

Tale importo può essere ridotto del 25%, al massimo, per tenere conto dei fattori professionali e personali del caso (DTF 126 V 75).

E. 10.3.1

Se e in quale misura, nel singolo caso, i salari fondati su dati statistici debbano essere ridotti dipende dall'insieme delle circostanze personali e professionali concrete (limitazione addebitabile al danno alla salute, età, anni di servizio, nazionalità e tipo di permesso di dimora, grado di occupazione), criteri che l'amministrazione è tenuta a valutare globalmente. Il Tribunale federale ha precisato al riguardo che una deduzione globale massima del 25% del salario statistico permette di tenere conto delle varie particolarità suscettibili di influire sul reddito del lavoro. A seconda della loro incidenza infatti, è possibile che la persona assicurata, anche in un mercato del lavoro equilibrato, non sia in grado di realizzare un salario medio sfruttando la capacità lavorativa residua (DTF 126 V 75 consid. 5b/aa in fine). La deduzione non è automatica, ma deve essere valutata di caso in caso e complessivamente, non separatamente, in maniera schematica, sommando i singoli fattori di deduzione, tenendo conto di tutte le circostanze del singolo caso (sentenza del TF 9C_751/2011 del 30 aprile 2012 consid. 4.2.1 e DTF 126 V 75 consid. 5b/aa in fine). Va da sé che i fattori estranei all'invalidità di cui è già stato tenuto conto con il parallelismo dei redditi non possono essere presi in considerazione una seconda volta nell'ambito della

deduzione per circostanze personali e professionali (DTF 135 V 297; 134 V 322). Va aggiunto che è compito dell'amministrazione e, in caso di ricorso, del giudice, motivare l'entità della deduzione, fermo restando che quest'ultimo non può scostarsi dalla valutazione dell'amministrazione senza fondati motivi (DTF 126 V 75 consid. 5b/dd e 6; cfr. pure 129 V 472 che conferma questi principi). Al riguardo va rilevato che quando è chiamato a verificare il potere di apprezzamento esercitato dall'amministrazione (v. art. 37 LTAF in relazione con l'art. 49 PA), per stabilire l'estensione della riduzione da apporre al reddito da invalido, il Tribunale amministrativo federale deve valutare le differenti soluzioni di cui disponevano agli organi esecutivi dell'AI e domandarsi se una deduzione più o meno elevata fosse maggiormente appropriata e quindi si imponga per un valido motivo, senza tuttavia sostituire il proprio apprezzamento a quello dell'amministrazione (DTF 137 V 71 consid. 5.2; sentenze del TF 9C_273/2011 del 27 gennaio 2012 consid. 1.3, 9C_280/2010 del 12 aprile 2011 consid. 5.2 in fine). Occorre infine rammentare che per prassi del Tribunale federale vengono abitualmente applicati, a questo genere di deduzioni, multipli di 5 a causa dell'influenza del calcolo per l'esito della valutazione. L'applicazione di tassi più frazionati si rivelerebbe invece problematica poiché siffatte riduzioni sarebbero difficilmente concretizzabili e quindi anche difficilmente verificabili in sede giudiziaria (cfr. sentenze 9C_767/2015 del 19 aprile 2016 consid. 4.6; 9C_179/2013 del 26 agosto 2013 consid. 5.5 e 9C_643/2010 del 27 dicembre 2010 consid. 3.4 in fine; Philipp Geersten, Der Tabellenlohnabzug, in: Kieser/Lendfers, Jahrbuch zum Sozialversicherungsrecht [JaSo] 2012, pag. 142).

E. 10.3.2

L'UAIE ha operato in concreto una riduzione del 5% per tenere conto del fatto che le attività leggere sono generalmente remunerate meno (3%) e di altri svantaggi salariali derivanti da contingenze particolari (2%), senza indicare di cosa si tratta esattamente (doc 95-97). In sede di risposta ha poi sottolineato trattarsi di una deduzione del 5% per attività leggere precisando che, essendo stata constatata dal punto di vista medico una limitazione funzionale di carico massimo di 15 kg, in assenza di condizioni più restrittive di carico e peso non si giustifica una maggiore riduzione. In sede di duplice ha inoltre ritenuto non giustificarsi alcuna riduzione correlata alle limitazioni funzionali, essendo l'alternanza della postura già stata considerata dal SMR e ritenuta nel tasso d'incapacità lavorativa residua. Ora, sebbene la motivazione addotta in duplice non sia corretta, dal momento che l'incapacità lavorativa in attività adeguata è riconducibile unicamente alle problematiche di natura psichica e non da quelle somatiche (da cui discendono i limiti funzionali riscontrati presso la Clinica di F. _____ e ripresi dai periti e dal SMR), una riduzione complessiva del 5% appare in concreto adeguata.

E. 10.3.3

Una deduzione del 10% - come quella richiesta dall'insorgente - è di norma ammessa dalla giurisprudenza in quei casi in cui la persona assicurata svolge da sempre attività pesanti e che a causa del danno alla salute è in grado di svolgere soltanto attività leggere in assenza di una formazione professionale particolare (le attività a cui fa riferimento il dato statistico inoltre si riferiscono non solo ad attività leggere ma anche ad attività pesanti, di regola meglio remunerate, si confronti in proposito sentenza del TF 9C_179/2013 del 26 agosto 2013 consid. 5.7). Nel caso concreto, benché l'assicurato svolgesse in precedenza un'attività pesante e di responsabilità nell'ambito del genio civile, è pur vero che in tale contesto egli ha lavorato soltanto per una dozzina d'anni, non per un'intera vita e al momento del danno

alla salute egli aveva soltanto 33 anni (rispettivamente 34 anni, all'insorgere del diritto alla rendita).

E. 10.3.4

D'altro canto, non si potrebbe, nel caso di specie, procedere a una riduzione giurisprudenziale a causa delle affezioni psichiche di cui soffre il ricorrente, in quanto le stesse sono già state debitamente considerate nell'ambito della determinazione della residua capacità lavorativa - del 50% da agosto 2013 in attività sostitutive adeguate (presenza durante tutto il giorno, ma con rendimento ridotto) - con conseguente riduzione del reddito da invalido del 50% per il minor rendimento. Peraltro, in questo ambito non è consentita una doppia deduzione (cfr., fra le tante, le sentenze del TF 8C_94/2018 del 2 agosto 2018 consid. 7.2 e 9C_264/2016 del 7 luglio 2016 consid. 5.2.2 con rinvii).

E. 10.3.5

Questo Tribunale constata altresì che una riduzione giurisprudenziale può giustificarsi anche qualora sussistono altre restrizioni, come per esempio pause supplementari o limitazioni funzionali che in ragione della loro natura non sono facilmente compatibili con le esigenze che comportano di regola le attività sostitutive entranti in linea di conto (cfr. in particolare DTF 8C_552 del 18 gennaio 2018 consid. 5.2 con rinvio). Orbene, a fronte delle limitazioni funzionali elencate dai periti del SAM, aderenti a quelle già riscontrate presso la Clinica F._____ nel 2013 riguardo agli aspetti fisici (che allora come oggi non determinano alcuna incapacità lavorativa dal punto di vista strettamente somatico), del fatto che non siano state indicate particolari limitazioni funzionali sotto il profilo psichiatrico (al di fuori di quelle già considerate per stabilire la riduzione del rendimento ["le eventuali pause supplementari sono già conteggiate nella valutazione complessiva della capacità lavorativa", cfr. doc. 87 p. 29 §9.1.2.3]) e dell'ampio spettro di attività adeguate disponibili sul mercato del lavoro equilibrato (elencate e descritte dal consulente IP), nel caso di specie l'alternanza di postura di cui si avvale il ricorrente non può giustificare un'ulteriore riduzione giurisprudenziale sotto questa voce.

E. 10.3.6

Si osservi, peraltro, che neppure una limitata formazione professionale giustifica di per sé una riduzione giurisprudenziale, considerato che le attività adeguate entranti in linea di conto (segnatamente semplici e ripetitive) non richiedono né un'esperienza professionale diversificata né un grado di istruzione particolare (cfr. in DTF 137 V 71 consid. 5.3).

E. 10.3.7

L'insorgente non ha altresì fatto valere rispettivamente sostanziato con il necessario dettaglio ulteriori motivi di riduzione. Pertanto, anche tenuto conto del riserbo di cui deve dare prova il giudice delle assicurazioni sociali nel sostituire il proprio apprezzamento a quello dell'amministrazione (DTF 137 V 71 e 132 V 393 consid. 3.3), questo Tribunale potrebbe di principio limitarsi a rilevare che non sono state indicate nel gravame ragioni sufficienti per scostarsi dalla valutazione di cui alla decisione litigiosa secondo la quale si giustifica nel caso di specie una riduzione giurisprudenziale del 5%.

E. 10.3.8

Ne consegue che, riducendo il salario statistico da invalido di fr. 33'226.56 del 5%, si ottiene un importo di fr. 31'565.25.

E. 11

Dal confronto fra il reddito annuo privo d'invalidità di fr. 100'541.- ed un introito teorico dopo l'insorgenza dell'invalidità di fr. 31'565.25, emerge una perdita di guadagno del 68.60% (arrotondato al 69%; DTF 130 V 121, consid. 3.2 e seg., ribadita in un caso analogo anche nella DTF 133 V 545 consid. 6.1), tasso che comporta il riconoscimento del diritto a tre quarti di rendita dell'assicurazione svizzera per l'invalidità.

E. 12

Da quanto esposto, ne consegue che il ricorso è destituito di fondamento e non merita pertanto tutela e la decisione impugnata, seppure con le correzioni indicate nei considerandi precedenti riguardanti la valutazione del tasso di invalidità, va confermata nella sostanza.

E. 13.1

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]). Esse vengono compensate con l'anticipo spese versato dall'insorgente il 22 ottobre 2018 (cfr. doc. TAF 6-7).

E. 13.2

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

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