

BVGer C-607/2020 vom 17. Dezember 2019

Bundesverwaltungsgericht, 2019-12-17, IT

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bvger_C-607_2020

FR: TAF C-607/2020 du 17 décembre 2019

IT: TAF C-607/2020 del 17 dicembre 2019

Regeste

Revisione della rendita

Erwägungen

E. 1.1

Tribunale amministrativo federale esamina d'ufficio e con piena cognizione la sua competenza (art. 31 e segg. LTAF), rispettivamente l'ammissibilità dei gravami che gli vengono sottoposti (DTF 133 I 185 consid. 2 e relativi riferimenti).

E. 1.2

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

E. 1.3

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 LPGGA (RS 830.1). Giusta l'art. 1 cpv. 1 LAI, le disposizioni della LPGGA sono applicabili all'assicurazione per l'invalidità (art. 1a-26bis e 28-70), sempre che la LAI non deroghi alla LPGGA.

E. 2

Presentato da una parte direttamente toccata dalla decisione e avente un interesse degno di protezione al suo annullamento o alla sua modifica (art. 59 LPGGA), che ha altresì pagato l'acconto spese, il ricorso - interposto tempestivamente e rispettoso dei requisiti previsti dalla legge (art. 60 LPGGA nonché art. 52 PA) - è pertanto ammissibile.

E. 2.1.1

Il ricorrente è cittadino di uno Stato membro della Comunità europea, risiede in Italia ed è dato l'elemento transfrontaliero avendo svolto attività lavorativa in Svizzera, per cui è applicabile, di principio, l'ALC (RS 0.142.112.681).

E. 2.1.2

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. 2.1.3

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. 2.1.4

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. 2.1.5

Il regolamento (CE) n. 883/2004 è stato inoltre ulteriormente modificato dal regolamento (CE) n. 465/2012 del Parlamento europeo e del Consiglio del 22 maggio 2012, ripreso dalla Svizzera a decorrere dal 1° gennaio 2015 (cfr. sentenza del TF 8C_580/2015 del 26 aprile 2016 consid. 4.2 con rinvii).

E. 2.2.1

Dal profilo temporale 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 136 V 24 consid. 4.3 e 130 V 445 consid. 1.2 e relativi riferimenti nonché DTF 129 V 1 consid. 1.2).

E. 2.2.2

La decisione impugnata emessa il 17 dicembre 2019 ha attribuito all'assicurato una rendita intera di invalidità limitata nel tempo dal 1° febbraio 2015 al 31 maggio 2018 e un quarto di rendita dal 1° giugno 2018. Contestato è il grado di invalidità da quest'ultima data. Ne consegue che sono applicabili le modifiche legislative di cui alla 6a revisione della LAI (primo pacchetto) entrate in vigore il 1° gennaio 2012 e le modifiche intervenute fino alla data della decisione impugnata.

E. 3

Giova altresì rilevare che il potere cognitivo di questo Tribunale è delimitato dalla data della decisione impugnata. Il giudice delle assicurazioni sociali esamina infatti la decisione impugnata sulla base della situazione di fatto esistente al momento in cui essa è stata

pronunciata, e meglio il 17 dicembre 2019. 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 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. sentenza 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 consid. 3a in fine).

E. 4

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

E. 5.1.1

Preliminarmente va rilevato che il rifiuto da parte dell'UAIE di accordare provvedimenti di reintegrazione professionale non è contestato. In relazione a questo rapporto giuridico la decisione è pertanto passata in giudicato.

E. 5.1.2

Incontestato è pure il diritto ad una rendita intera dal 1° febbraio 2015 al 31 maggio 2018. L'incapacità lavorativa totale in ogni attività dal 1° febbraio 2015 al 31 maggio 2018 non è infatti in discussione ed è comprovata dagli atti dell'incarto (consid. 10, in particolare consid. 10.2.11-14, 10.2.17 da cui emerge una situazione non ancora stabilizzata a causa delle conseguenze dell'infortunio fino a inizio 2018 e la perizia psichiatrica della dott.ssa D.a. _____ del 13 febbraio 2018, consid. 10.2.24, da cui emerge il miglioramento della sindrome posttraumatica da stress, che causa da quel momento una riduzione della capacità lavorativa unicamente del 20%).

E. 5.2

Litigioso è pertanto unicamente il diritto di A. _____ di percepire una mezza rendita - invece del quarto di rendita riconosciuto dall'amministrazione - dopo il 31 maggio 2018. In concreto va quindi esaminato se la situazione di salute, rispettivamente la capacità lavorativa dell'assicurato, sono migliorate in misura tale, a far tempo da metà febbraio 2018 (consid. D.d), da giustificare dal 1° giugno 2018 la riduzione ad un quarto della rendita intera attribuita con effetto dal 1° febbraio 2015 al 31 maggio 2018 oppure se la riduzione giustificava l'attribuzione di una mezza rendita come preteso dal ricorrente.

E. 5.2.1

L'insorgente sostiene in primo luogo che le affezioni riconducibili al sinistro del 2014 vanno aggiunte a quelle preesistenti. Egli precisa inoltre che " risulta essere evidente e riconosciuto che se vi sia o meno una diversa rendita va calcolato sulla base non già delle affezioni di cui è vittima A. _____, bensì sulla scorta della capacità residua di guadagno

di A. _____ alla luce dei due eventi (malattia manifestatasi nel 2008 ed infortunio del 2014) e meglio sulla base dell'art. 17 LPGA ". In particolare egli adduce che la situazione è peggiorata rispetto a prima dell'infortunio, ritenuto che anche le affezioni funzionali sono aumentate, fatto non considerato dall'amministrazione. In particolare l'UAIE non avrebbe valutato in maniera approfondita la situazione neurologica/neuropatica e tenuto debitamente conto della persistenza di un'accentuata forma depressiva. A suo modo di vedere lo stato di salute, sia fisico che psichico comporta una riduzione della capacità lavorativa maggiore, pari a tre ore giornaliere, rispetto a quella ritenuta dall'autorità di prime cure. Egli contesta altresì il calcolo eseguito per stabilire il grado di invalidità, segnatamente sia l'ammontare del salario da valido che di quello da invalido, prevalendosi di una riduzione sociale pari al 20% (doc. TAF 1 pag. 3).

E. 5.2.2

Secondo l'amministrazione il rapporto SMR del 13 marzo 2018 del dott. E.a. _____ (doc. UAIE 180), che si fonda segnatamente sulla perizia psichiatrica della dott.ssa D.a. _____ del 13 febbraio 2018 (doc. UAIE 173) è fedefacente, privo di contraddizioni ed ha tenuto conto di tutte le affezioni di cui soffre l'assicurato. L'UAIE evidenzia inoltre che neppure una riduzione del reddito da invalido del 20%, dopo aver adeguato reddito da valido e invalido, condurrebbe al riconoscimento di una mezza rendita di invalidità.

E. 6.1

In base all'art. 8 LPGA è considerata invalidità l'incapacità al guadagno totale o parziale presumibilmente permanente o di lunga durata. L'art. 4 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 al 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).

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 LPGA). L'incapacità al guadagno è definita all'art. 7 LPGA 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 obbiettivamente superabile.

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).

E. 7.3

Giusta l'art. 88bis cpv. 2 OAI, la riduzione o la soppressione della rendita, dell'assegno per grandi invalidi o del contributo per l'assistenza è messa in atto: a) il più presto, il primo giorno del secondo mese che segue la notifica della decisione; b) retroattivamente dalla data in cui avvenne la modificazione determinante se l'erogazione indebita è dovuta all'ottenimento illecito di una prestazione da parte dell'assicurato o se quest'ultimo ha violato l'obbligo di informare, impostogli ragionevolmente dall'art. 77 OAI.

E. 7.4

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

La nozione d'invalidità di cui all'art. 4 LAI e 8 LPGA è di carattere giuridico economico e non medico (DTF 116 V 249 consid. 1b). In base all'art. 16 LPGA, 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). 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 (metodo generale del raffronto dei redditi).

E. 9.2

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. 9.3

In assenza di documentazione economica, la documentazione medica costituisce un importante elemento di giudizio per determinare quali lavori siano ancora esigibili dall'assicurato, ma non spetta al medico graduare il grado d'invalidità dell'assicurato (DTF 114 V 314). Infatti, per costante giurisprudenza le certificazioni mediche possono costituire importanti elementi d'apprezzamento del danno invalidante, allorché permettono di valutare l'incapacità lavorativa e di guadagno dell'interessato in un'attività da lui ragionevolmente esigibile (DTF 115 V 134 consid. 2, 114 V 314 consid. 3c).

E. 9.4

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, 125 V 351 consid. 3a; Hans-Jakob Mosimann, *Zum Stellenwert ärztlicher Beurteilungen*, in: *Aktuelles im Sozialversicherungsrecht*, 2001, pag. 266). Nella sentenza pubblicata in VSI 2001 pag. 106 segg. la 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 vOG) definire delle direttive in relazione alla valutazione di determinate forme di rapporti e perizie.

E. 9.5

Infine giova ricordare che di principio deve essere considerato con la necessaria prudenza l'avviso dei medici curanti a causa dei particolari legami che intrattengono con il paziente (cfr. DTF 125 V 351 consid. 3b/cc), per cui, secondo l'esperienza comune, essi tendono generalmente, in caso di dubbio, a pronunciarsi in favore del proprio paziente in ragione del rapporto di fiducia che lo unisce a quest'ultimo (sentenza del TF 8C_168/2018 del 6 giugno 2018).

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 assurge a prova attendibile in caso di revisione, se non attesta in modo sufficiente in che modo rispettivamente in che misura ha avuto luogo un effettivo cambiamento nello stato di salute. Sono tuttavia riservati i casi evidenti (SVR 2012 IV n. 18 pag. 81 consid. 4.2). Dalla perizia deve quindi emergere chiaramente che i fatti con cui viene motivata la modifica sono nuovi o che i fatti preesistenti si sono modificati sostanzialmente per quanto riguarda la loro natura rispettivamente la loro entità. L'accertamento di una modifica dei fatti è in particolare sufficientemente comprovata se i periti descrivono quali aspetti concreti nell'evoluzione della malattia e nell'andamento dell'incapacità lavorativa hanno condotto alla nuova valutazione diagnostica e alla stima dell'entità dei disturbi. Le summenzionate esigenze devono trovare riscontro nel tenore delle domande poste al perito (sentenza del TF 9C_158/2012 del 5 aprile 2013; SVR 2012 IV pag. 81 consid. 4.3).

E. 9.7

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

E. 9.8.1

Per l'art. 59 cpv. 2bis LAI 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'incanto 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. 9.8.2

I rapporti interni del SMR ai sensi dell'art. 49 cpv. 3 OAI 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. 9.8.3

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).

E. 10

Al fine di stabilire il diritto a prestazioni dell'assicurato l'amministrazione ha assunto agli atti:

E. 10.1

Diversi referti radiologici susseguenti all'infortunio del 14 settembre 2014, e meglio:

E. 10.1.1

Il referto della RM al gomito sinistro del 22 ottobre 2014 da cui emerge la diagnosi di "ritiro tendine bicipite distale di 11 cm in rottura completa" (doc. UAIE 117 pag. 8).

E. 10.1.2

Le risultanze della RM alla spalla sinistra del 27 gennaio 2015 (doc. UAIE 373) da cui si evince la diagnosi di "borsite sottoacromiale, artrosi ipertrofica acromioclavicolare. Tenosinovite capo lungo bicipite. Sofferenza inserzionale del sovraspinato con difetto parziale versante articolare (60% dello spessore)".

E. 10.1.3

Il referto delle RM lombosacrale del 24 marzo 2015 che evidenzia "discopatia L4-L5 con fissurazione posteriore. Discopatia L5/S1. A livello L5/S1 esiti chirurgici a sinistra con reazione aderenziale alla periferia S1. Stenosi foraminale, sofferenza subcondrale osteocondrosica a sinistra" (doc. UAIE 121 pag. 2).

E. 10.1.4

Il referto della RM alla spalla sinistra del 7 maggio 2015 (doc. UAIE 483 pag. 1) da cui emerge "lesione parziale di II grado del sovraspinato, versamento articolare anteriore, lesione ridotta. Lesione parziale di I grado dell'infraspinato versante articolare. Tenosinovite capo lungo bicipite".

E. 10.2

Diversi rapporti redatti all'attenzione dell'INSAI, segnatamente:

E. 10.2.1

Il rapporto del 27 ottobre 2014 (doc. UAIE 117 pag. 9-10) in cui il dott. F._____ ha posto le diagnosi di " rottura completa con distacco e retrazione del tendine bicipite distale sinistro ". Il giorno stesso l'assicurato si è sottoposto ad un intervento di reinserzione con plastica (trapianto). Nei referti del dicembre 2014-marzo 2015 (doc. UAIE 117 pag. 12-16) il medico ha evidenziato una buona evoluzione post-operatoria, sia per quanto attiene al bicipite che per la rottura parziale ventrale del sovraspinato evidenziata dall'arto MRI alla spalla sinistra. Nei rapporti del 28 aprile 2015 (doc. UAIE 457), 3 giugno 2015 (doc. UAIE 485) e 3 settembre 2015 (doc. UAIE 585) il dott. F._____ ha quindi attestato un peggioramento alla spalla sinistra, segnatamente dopo un ulteriore trauma (caduta) con conseguenti forti dolori che hanno necessitato in data 30 settembre 2015 l'intervento in artroscopia alla spalla sinistra, debridement della rottura del sovraspinato, fissazione del labbro a ore 14:00 con BioPush Lock e decompressione con borsectomia e acromioplastica (doc. UAIE 612). Tramite rapporti del 17 novembre 2015 (doc. UAIE 634) e 12 gennaio 2016 (doc. UAIE 655) il medico ha evidenziato una buona evoluzione post-operatoria e ritenuto l'assicurato abile nella misura del 50%.

E. 10.2.2

Il rapporto del 28 aprile 2015 (doc. UAIE 456) in cui lo psichiatra curante I._____ ha attestato che " dalla data dell'incidente (l'assicurato) vive un timore di morte con insonnia e paure degli oggetti elettrici, compatibile con uno stato ansio-depressivo che il paziente tratta con Temesta, estratti di papaya e derivati di aminoacidi ", consigliando il proseguo della presa a carico per migliorare la prognosi relativamente ad un rientro nel mondo del lavoro.

E. 10.2.3

Il rapporto di visita medica circondariale del 30 luglio 2015 in cui la dott.ssa L._____, dopo aver visitato l'assicurato il giorno stesso, ha posto le diagnosi di " esiti da elettrocuzione del 05.09.2014 con nevralgia del nervo ulnare sinistro, del nervo genito-femorale branca femorale e genitale sinistra, nervo illo-ipogastrico sinistro; lesione parziale articolare del sovra/infraspinato spalla sinistra, borsiti sottoacromiale; lesione completa del tendine distale del capo lungo bicipite con retrazione di 11 cm con esiti da reinserzione con plastica/trapianto semi-membramoso il 27.09.2014. Attualmente: lesione della parte prossimale, endo-articolare, tinnito pronunciato a destra, cefalea parietale, disturbi visivi non meglio specificati; sindrome ansioso-depressiva, trattata conservativamente (doc. UAIE 550).Il perito ha quindi ritenuto A._____ totalmente inabile nell'attività abituale di canneggiatore, mentre non si è espressa in merito all'attività lavorativa sul mercato generale del lavoro in attesa degli esiti di ulteriori esami specialistici da essa commissionati e di ulteriori terapie.

E. 10.2.4

Il rapporto del 31 agosto 2015 (doc. UAIE 578) in cui il dott. N._____, dopo aver visitato l'interessato il 26 agosto, ha posto le diagnosi di " leggera lesione del nervo ulnare probabilmente al gomito con dolori nevralgici, disturbi neuropatici del nervo genito-femorale e illo-ipogastrico sinistra, cefalea tensiva, sindrome ansiosa depressiva, stato per intervento dopo ernia discale L5-S1 nel 2002, ora senza radicolopatia lombare, soggettivamente disturbi alla memoria, da studiare più in profondità in caso di persistenza ". Egli ha precisato che " i disturbi neurologici attuali da una parte sono dolori nel territorio del gomito, dove è stato operato, dall'altra parte più distale particolarmente nel territorio del nervo ulnare, meno nel nervo mediano. Nell'esame neurologico, sul braccio sinistro si trova

una tendenza spontanea che il paziente non usa tanto il braccio ed in realtà vi è una leggera atrofia, più di un centimetro nell'avambraccio e di un centimetro a livello del braccio. La forza muscolare, particolarmente nel muscolo abductor digiti minimi e nei muscoli interossei della mano sinistra è leggermente meno rispetto al destro, con la conseguenza che si può presumere una leggera lesione del nervo ulnare a sinistra. (...). La stessa cosa la si nota nel muscolo deltoide, comunque la riduzione della forza muscolare è causata dai dolori a livello della spalla ". Il medico ha ritenuto i dolori di tipo neuropatico, evidenziato un miglioramento negli ultimi mesi, prescritto una terapia farmacologica, nonché sedute di ergoterapia. Il dott. N._____ ha classificato quali neuropatici i disturbi del nervo genito-femorale e ilio-ipogastrico sinistro, sconsigliando nel contempo un intervento chirurgico o infiltrazioni in ragione di un'evoluzione favorevole. Egli ha poi ritenuto la cefalea descritta quale cefalea tensiva, legata al tinnito e all'ansia e precisato di non aver trovato riscontri per un'asimmetria dell'esame neurologico centrale e della presenza di una lesione intra-craniale. Quanto ai disturbi di concentrazione egli ha altresì consigliato, in caso di persistenza, una valutazione da parte di un neuro-psicologo per determinare eventuali danni post-traumatici. Il medico ha infine consigliato una reintegrazione professionale, anche solo parziale.

E. 10.2.5

Il rapporto del 3 settembre 2015 in cui il dott. O._____ ha rilevato " il paziente soffre di un acufene persistente, di probabile natura post-traumatica. Presenta un'ipoacusia percettiva alto-frequente non imputabile al trauma probabilmente preesistente " e consigliato l'adattamento di un apparecchio acustico generatore di suoni (doc. UAIE 581).

E. 10.2.6

Il rapporto del 2 febbraio 2016 (doc. UAIE 681) in cui il dott. N._____ ha evidenziato un tendenziale miglioramento della situazione clinica e consigliato la ripresa di un'attività lavorativa.

E. 10.2.7

Il rapporto del 3 febbraio 2016 (doc. UAIE 683) in cui il dott. I._____ attesta che " malgrado la presa a carico medica e medicamentosa, e malgrado il paziente si renda conto dell'importanza che il lavoro avrebbe nella sua vita, egli non si sente pronto a riprendere il lavoro. In particolare il paziente lamenta un morale soggettivamente instabile (...) ". Il medico ha pertanto formulato una prognosi sfavorevole quanto a una ripresa lavorativa, anche parziale.

E. 10.2.8

I rapporti del 17 marzo 2016 (doc. UAIE 691), 12 maggio 2016 (doc. UAIE 722), 26 luglio 2016 (doc. UAIE 736), 30 settembre 2016 (doc. UAIE 759) e 17 novembre 2016 (doc. UAIE 779), in cui il dott. F._____ ha attestato una situazione sostanzialmente stazionaria.

E. 10.2.9

Il rapporto di visita medica circondariale del 19 maggio 2016 (doc. UAIE 723) in cui la dott.ssa L._____, dopo aver visitato l'assicurato il 10 maggio precedente, ha ripreso le diagnosi poste con rapporto del 30 luglio 2015 (consid. 10.2.3). La specialista ha affermato che " al momento attuale si nota che la spalla sinistra è decisamente in via di recupero (...). Per quanto riguarda l'aspetto neurologico, tranne che come approccio farmacologico in realtà non si è addivenuti ad una sostanziale modifica della situazione. Dal punto di vista

ORL, parimenti non si ha una certa definizione dell'acufene (...). Per quanto riguarda l'aspetto psichiatrico invece, la patologia psichiatrica appare assumere un aspetto predominante sugli altri sintomi ". Essa ha pertanto proposto un ricovero in vista di una valutazione pluridisciplinare, per studiare a fondo il caso, poi concretizzatosi con la degenza presso la clinica di Q._____ dal 5 luglio all'11 agosto 2016 (consid. 10.2.11).

E. 10.2.10

Il rapporto del 20 luglio 2016 (doc. UAIE 735) in cui la dott.ssa R._____, medico INSAI, ha indicato " der Versicherte wurde als Bauarbeiter und Mauer in den Jahren 1994, 2000 und 2005 audiometrisch in Rahmen der Gehörschadenprophylaxe im Suva-Audiomobil untersucht. Bereits 1995 zeigte sich eine gewisse Asymmetrie der Innenhörleistung zu Ungunsten den rechten Ohren (...). Diese Situation weitete sich bei den Untersuchungen im Audiomobil im Jahr 2000 und 2005 noch aus und es ist davon auszugehen, dass nicht nur die berufliche Lärmbelastung zu dieser asymmetrischen Hörstörung geführt hat, sondern auch ein endogener, möglicherweise hörsturzbedingter Anteil auf den rechten Seite hinzugekommen ist. Diese Anhebung der Hörschwelle rechts gegenüber links ist mit Wahrscheinlichkeit auch vor dem Unfallereignis im September 2014 mit einem Ohrgeräusch verbunden gewesen, auf jeden Fall ist die Ohrstörung präexistent und es ist zwischen der letzten Automobiluntersuchung im Jahr 2005 und dem Schadenereignis nicht zu einer richtungsweisenden Verschlechterung des Hörvermögens gekommen, die das Auftreten des Ohrgeräuschs hinreichen erklären würde ". Essa ha aggiunto " es sind auch keine strukturellen Schädelverletzungen beschrieben (...), die das Auftreten eines unfallbedingten rechtsseitigen Tinnitus hinreichend erklären würden (...). Das Auftreten des Tinnitus rechts zwei Monate nach dem Trauma spricht ebenfalls für eine nicht plausible Unfallkausalität ". Il medico ha pertanto ritenuto che " die Arbeitsfähigkeit des Versicherten ist aus dem ORL-Fachgebiet heraus nicht eingeschränkt ".

E. 10.2.11

Il rapporto d'uscita del 17 agosto 2016 (doc. UAIE 747) in cui il dott. P._____, specialista in medicina interna, medicina fisica e riabilitazione e reumatologia presso la clinica riabilitativa di Q._____, dove è stato degente il ricorrente dal 5 luglio all'11 agosto 2016 per una presa a carico multidisciplinare del dolore multifattoriale in esiti di elettrocuzione al braccio sinistro, ha posto la diagnosi principale di " riabilitazione multidisciplinare di una sintomatologia poli distrettuale in esiti di elettrocuzione al braccio sinistro il 05.09.2014, disturbi multiformi ". Quali diagnosi secondarie egli ha posto " limitazione funzionale e dolore spalla sinistra, lesione completa del tendine distale del capo lungo del bicipite con retrazione di circa 11 cm trattato chirurgicamente mediante reinserzione e plastica del semimembranoso 27.09.2014, lesione parziale sul versante articolare del sovraspinato spalla sinistra con borsite sottoacromiale trattato chirurgicamente in data 30.09.2015 mediante debridement della rottura del sovraspinato, fissazione del labbro, borsectomia e acromioplastica, stato dopo trauma marzo 2015; disturbo post-traumatico da stress; disturbi multiformi: tinnitus a destra, cefalea, disestesia nell'emifaccia di destra, dolori persistenti nel braccio sinistro (nevralgia del nervo ulnare sinistro), dolori al torace e bruciore/sensazione di febbre nella gola, dolori addominali (nevralgia del nervo genito femorale sinistro e ileo-ipogastrico sinistro), disturbi nella gamba sinistra; lombalgia su esiti di intervento L5-S1 a sinistra nel 2002 (...), discopatia tra L4 ed S1 (RM 24.03.2015) "(doc. UAIE 747 pag. 1). Il medico ha inoltre indicato che l'assicurato presenta: " dolori e limitazioni funzionali (...) della spalla sin dopo due interventi; dei sintomi (...) localizzati

alla testa a des, al collo e all'emicorpo di sin senza coinvolgimento dell'emicorpo des; lombalgia cronica conosciuta in esiti di intervento; disturbo post-traumatico da stress con stato di attivazione neuro-vegetativa di tensione intrapsichica con arousal e fobie, difficoltà del sonno con possibile amplificazione della percezione del corpo trattata con colloqui con il nostro psicologo e psichiatra e con una medicazione di Sertralin e Risperdal con netto beneficio sullo stato psico-emotivo. È stato possibile ridurre la presa regolare del Lormetazepam". Egli ha poi indicato che lo stato psico-emotivo è nettamente migliorato. Il dott. P._____ ha perciò ritenuto che " attualmente la capacità lavorativa è molto limitata dalle fobie del paziente (cavi, elettricità, apparecchi di elettroterapia) e dai differenti disturbi (disturbi della vista, acufeni, cefalea, intolleranza al rumore e alla luce). Dall'aspetto somatico rimane una limitazione funzionale dell'arto superiore sin sopra l'orizzontale e nel sollevare pesi e limitazioni dovute alla lombalgia cronica (doc. UAIE 747 pag. 3).

E. 10.2.12

Il rapporto di visita medica circondariale del 4 ottobre 2016 (doc. UAIE 763) in cui il dott. M._____ ha sostenuto che " al momento attuale la spalla sinistra è sicuramente in via di recupero ma dopo il ricovero a Q._____ appare ancora evidente l'indicazione a continuare la fisioterapia localmente. Emerge sempre dallo stesso ricovero un disturbo post-traumatico da stress, per il quale è decisamente opportuna una visita psichiatrica ". Egli ha inoltre considerato opportuno un consulto oftalmologico. Il medico ha infine ritenuto A._____ inabile al 100% per l'attività di caneggiatore.

E. 10.2.13

Il rapporto di valutazione testistica del funzionamento intellettuale eseguita dalla psicologa S._____ del 4 novembre 2016, commissionata dal dott. I._____, dal quale emerge che le capacità mentali del ricorrente si situano a livello medio QI 65. La psicologa ha segnatamente concluso che " (...) le capacità cognitive del paziente appaiono pesantemente compromesse, verosimilmente dall'incidente; risulta inoltre opportuna l'indicazione per una psicoterapia per cercare di elaborare il trauma dell'incidente (doc. UAIE 774).

E. 10.2.14

Il rapporto del 15 novembre 2016 (doc. UAIE 778) in cui il dott. I._____ ha ripreso la diagnosi di disturbo post traumatico da stress (F 43.1). Il 21 agosto 2017 il medico curante ha ripreso la suddetta diagnosi, indicando che il ricorrente non era soggettivamente pronto per un programma occupazionale o riabilitativo (doc. UAIE 815).

E. 10.2.15

Il rapporto del 17 gennaio 2017 (doc. UAIE 786) in cui il dott. F._____, limitandosi alla problematica alla spalla sinistra ha attestato che (l'assicurato) " dimostra una buona mobilità, una forza dal lato mio oggettivabile, buona-discreta, non vi è instabilità, non vi sono segni di sofferenza della cuffia ed anche la mobilità passiva risulta completa e libera. Ho spiegato al paziente, che da parte mia, non mi aspetterei ulteriori miglioramenti della sua situazione (...) ".

E. 10.2.16

Il rapporto del 15 marzo 2017 in cui il dott. T._____ ha indicato che " il quadro oftalmologico risulta senza particolarità bilateralmente, ma il paziente denota un deficit aspecifico del campo visivo in OS, per il quale si consiglia approfondimento con potenziali

evocati visivi " (doc. UAIE 803). Con rapporto del 16 maggio 2017 il dott. U._____ ha attestato l'assenza di evidenti patologie di carattere oftalmologico, concludendo che " l'esame è suggestivo di una disfunzione di conduzione lungo la via ottica sinistra di livello prechiasmatico " (doc. UAIE 817).

E. 10.2.17

Il rapporto del 28 marzo 2017 (doc. UAIE 794) in cui il dott. N._____ ha evidenziato che la cefalea tensiva, quindi con una componente psicosomatica, necessita una valutazione multidisciplinare, in particolare in collaborazione con uno psichiatra vista l'evoluzione cronica e una tendenza di depressione con ansia. Per quanto attiene alle vertigini egli ha sottolineato l'assenza di una lesione intra-craniale come midollo oblungato o cerebellare e attualmente sicuramente non ha una vestibolopatia periferica. Il medico ha infine ritenuto che: " in questa situazione, senza dubbio siamo confrontati con una situazione complessa con diversi componenti multi-fattoriali che sono solo da valutare con un approccio multi-disciplinare. Come abbiamo già descritto nell'ultimo rapporto, anche per motivi terapeutici, una reintegrazione professionale sarebbe ideale. Ho l'impressione che il paziente al momento è fissato ed è convinto dell'inabilità lavorativa anche in percentuale bassa. Una prova pratica in un posto protetto, fisicamente non pesante, potrebbe avere un influsso favorevole sulla percezione dei diversi sintomi e per la guarigione in generale ".

E. 10.2.18

Il rapporto del 21 settembre 2017 (doc. UAIE 824) in cui il dott. F._____, riferendosi alla spalla sinistra ha affermato che " dal lato passivo è sciolta, mobile, non ha nessuna aderenza, non vi è instabilità. Dal lato attivo non vi è deficit di cuffia, ma il paziente raggiunge un livello di mobilità con flessione anteriore limitata fino a 130°, oltre avverte in modo soggettivo dei dolori in corrispondenza del pettorale e sente una tensione del cavo ascellare. Obiettivamente non trovo giustificazione a tali dolori (...). Dal mio lato non vedo necessità di ulteriori approfondimenti ".

E. 10.2.19

Il rapporto del 22 settembre 2017 (doc. UAIE 825) in cui il dott. V._____ ha ritenuto i disturbi visivi descritti dall'assicurato in relazione causale almeno probabile con l'infortunio del 5 settembre 2014, precisando nel contempo che " aufgrund der rein ophthalmologischen funktionellen Befunde ist keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit oder der Leistungsfähigkeit begründbar. Das Resultat der VEP Untersuchung (...) ist mit dem vollen Visus und der unspezifischen Einschränkung des Gesichtsfelds schwer vereinbar ".

E. 10.2.20

Con rapporto del 26 settembre 2017 (doc. UAIE 826) redatto all'attenzione dell'INSAI la dott.ssa Z._____ ha posto le diagnosi di " sindrome post-traumatica da stress in via di remissione (ICD-10 F 43.1) e sindrome da disadattamento con importanti manifestazioni somatiche (ICD-10 F 43.8) ". La perita ha affermato che " (...) l'assicurato ha riferito di avere tantissimi disturbi e diverse paure. Le paure sarebbero comunque parecchio migliorate rispetto al periodo subito seguente all'infortunio. Osservabile era un umore eutimico, un eloquio al limite del logorroico, un pensiero cervelletto ed a volte poco logico ed un'affettività poco modulata e poco percepibile ". Riferendosi al disturbo post-traumatico da stress il medico ha sottolineato che " attualmente la sintomatologia è in regressione: l'assicurato stesso riferisce che le paure e la ipervigilanza sono diminuite di molto come pure i comportamenti evitanti (...). Non riferisce di ricordi intrusivi o sogni riferiti all'evento

". La dott.ssa Z._____ ha inoltre sostenuto che i molteplici disturbi indicati dall'insorgente " (...) possono essere visti come una manifestazione somatica di un disagio psichico dovuto ad una difficoltà di gestire l'accaduto, nel senso di un disturbo dell'adattamento ". Essa ha poi evidenziato il nesso causale tra l'infortunio del 5 maggio 2014 (recte: 5 settembre 2014) e le diagnosi poste e consigliato il proseguimento della terapia psichiatrica volta al mantenimento di una stabilità psichica. Il perito ha infine ritenuto che " attualmente non sussistono gravi limitazioni psichiche allo svolgimento di un'attività lavorativa. La testistica effettuata nell'ottobre 2016 [recte: novembre 2016] ha evidenziato un disturbo cognitivo di lieve entità (QI 65). Questa compromissione era già sicuramente presente prima dell'infortunio e non ha impedito all'assicurato di svolgere delle attività lavorative " (doc. UAIE 826 pag. 11).

E. 10.2.21

Nel rapporto di visita medica circondariale di chiusura del 23 ottobre 2017 (doc. UAIE 836) il dott. M._____ ha ritenuto l'insorgente totalmente abile a tempo pieno, fatta salva l'evoluzione psichiatrica, nel rispetto dei seguenti limiti funzionali: " l'assicurato può sollevare e portare pesi molto leggeri fino all'altezza dei fianchi e pesi leggeri fino all'altezza dei fianchi, di rado pesi medi, mai pesi pesanti e molto pesanti. Di rado può sollevare oltre l'altezza del petto fino a 5 kg, mai può sollevare oltre l'altezza del petto pesi superiori ai 5 kg, nessuna limitazione per il lavoro leggero e di precisione o medio, mai può effettuare lavoro pesante e manuale rozzo molto pesante con attrezzi, la rotazione delle mani invece è possibile senza alcuna limitazione. Di rado può effettuare lavori sopra la testa, nessuna limitazione per la rotazione del tronco, la posizione seduta ed inclinata in avanti, in piedi ed inclinata in avanti, molto spesso può tenere la posizione inginocchiata o che comporti flessione delle ginocchia. Nessuna limitazione per la posizione seduta e in piedi e di libera scelta. Nessuna limitazione per camminare fino oltre 50 m, per camminare per lunghi tratti, spesso può camminare su terreno accidentato, nessuna limitazione per salire le scale, talvolta può salire su scale a pioli. L'uso delle due mani è possibile senza nessuna limitazione, lo stare in equilibrio è impossibile " (doc. UAIE 836 pag. 9).

E. 10.2.22

Chiamato a fissare la capacità lavorativa globale, ossia che tenga conto sia delle affezioni che hanno dato diritto al ¼ di rendita AI (segnatamente le problematiche alla colonna lombare) sia dei postumi infortunistici alla spalla sinistra, con rapporto del 12 aprile 2018 (doc. UAIE 847) ai sensi dell'art. 28 cpv. 3 dell'ordinanza del 20 dicembre 1982 sull'assicurazione contro gli infortuni (OAINF, RS 832.202) il dott. M._____ ha posto i seguenti limiti funzionali: " l'assicurato non ha nessuna limitazione per sollevare pesi molto leggeri fino a 5 kg fino all'altezza dei fianchi, talvolta può sollevare pesi leggeri compresi tra i 5 e i 10 kg fino all'altezza dei fianchi, mai può sollevare pesi medi superiori ai 10 kg fino all'altezza dei fianchi, pesanti da 25-45 kg fino all'altezza dei fianchi, molto pesanti superiori ai 45 kg fino all'altezza dei fianchi, di rado può sollevare oltre l'altezza del petto pesi fino a 5 kg, mai può sollevare oltre l'altezza del petto pesi superiori ai 5 kg. Nessuna limitazione per il lavoro leggero e di precisione o medio, mai può effettuare lavoro manuale rozzo pesante o molto pesante, nessuna limitazione per la rotazione della mano. Di rado può effettuare lavori sopra la testa, molto spesso può effettuare lavori che comportino la rotazione del tronco e mai può tenere la posizione seduta ed inclinata in avanti, mai può tenere la posizione in piedi ed inclinata in avanti, spesso può tenere la posizione inginocchiata, spesso può effettuare una posizione che comporti la flessione delle

ginocchia. Talvolta può mantenere una posizione di lunga durata seduta o in piedi, molto spesso può tenere la posizione a libera scelta. Nessuna limitazione per camminare fino a 50 metri, talvolta può camminare per tratti superiori i 50 metri, mai può camminare per lunghi tratti, mai può camminare su terreno accidentato, talvolta può salire le scale, mai può salire su scale a pioli. L'uso delle due mani è possibile mentre è impossibile lo stare in equilibrio (doc. UAIE 847 pag. 8).

E. 10.2.23

Il rapporto del 3 maggio 2019 in cui il dott. I. _____ ha affermato che " la situazione del paziente è complicata da un'evoluzione cronica, il paziente non lavora da più anni malgrado un esame neurologico normale e ricostruzione del tendine bicipite. Siamo confrontati con un individuo che non ha ripreso il lavoro e che non ha fatto tentativi in questo senso e che dagli esami psicologici mostra un QI piuttosto debole di 65 ". Il medico curante ha poi evidenziato che " la continuazione della cure prosegue con trattamento antidepressivo e ansiolitico al fine di stabilizzare la situazione del paziente ed evitare un peggioramento. Ciò malgrado il paziente appare sempre più irritato e nervoso, teso ed in certi frangenti anche leggermente aggressivo " (doc. UAIE 899).

E. 10.2.24

Pendente causa amministrativa l'UAIE ha ordinato l'allestimento di una perizia psichiatrica eseguita il 13 febbraio 2018 all'attenzione del CPAS (doc. UAIE 173) dalla dott.ssa D.a. _____, la quale dopo aver visitato l'assicurato il 22 gennaio e 8 febbraio 2018, ha posto la diagnosi con ripercussione sulla capacità lavorativa di " sindrome post traumatica da stress, in via di remissione (ICD 10 F 43.1) " (doc. UAIE 173 pag. 7). Essa ha affermato che " i sintomi fisici lamentati, comparsi dopo l'incidente, su cui l'assicurato si focalizza in maniera preponderante, e di cui non viene rilevata una giustificazione organica, sono l'espressione fisica dell'impossibilità per il periziando di elaborare l'accaduto, in gran parte dovuta al deficit cognitivo ". Il medico ha sottolineato che " già in occasione del periodo di malattia a causa della schiena, che ha portato poi al riconoscimento di una rendita di invalidità e ad una riqualifica lavorativa, l'assicurato aveva mostrato un malessere nel lungo periodo in cui non era in grado di lavorare. Abituato a lavorare, nell'inattività ha vissuto una perdita di ruolo che non riesce a elaborare. Si era reso necessario un accertamento psichiatrico in ambito peritale che aveva messo in evidenza la presenza di un episodio depressivo di grado lieve (ICD 10 F 32) e un'IL del 25% dal lato psichiatrico, con un'indicazione a riqualificare l'assicurato. Una volta tornato al lavoro, di fatto, la sintomatologia è regredita ". La dott.ssa D.a. _____ ha evidenziato che " questa volta, a seguito del trauma, ha invece sviluppato una sindrome post traumatica da stress che ha reso necessario un trattamento psichiatrico. E, di nuovo, si trova confrontato con una perdita di ruolo che non riesce ad affrontare psicologicamente e dunque si concentra su sintomi fisici, che riesce più facilmente ad accettare e ad esprimere ". Essa ha poi evidenziato di escludere " la presenza di un episodio depressivo (ICD 10 F 32), in quanto l'umore è eutimico; l'assicurato si dedica meno ad alcune attività ma non per mancanza di piacere, bensì in quanto a seguito dell'infortunio predilige attività più tranquille a causa dei disturbi fisici lamentati, non riporta un'eccessiva faticabilità. A casa si occupa di tutto lui senza eccessive difficoltà. Vede regolarmente gli amici e i parenti e ha anche conosciuto diverse donne, con una delle quali ha iniziato una relazione, poi interrotta. Non vi è perdita di sicurezza o autostima, al contrario, riferisce di essere sempre stato un ottimo lavoratore ". Il medico ha infine indicato di non rilevare "(...), come segnalato in alcuni rapporti, la presenza di una sindrome

mista ansioso-depressiva (ICD 10 F 41.2) in quanto non vi sono franche quote d'ansia e (...) l'umore al momento appare eutimico " (doc. UAIE 173 pag. 9). La dott.ssa D.a._____ ha pertanto concluso che la malattia diagnosticata ha delle ripercussioni sulla capacità lavorativa, riducendola del 20% nel tempo sia nell'attività abituale che in quella adeguata, precisando che " l'inabilità lavorativa parziale è data dalle difficoltà di memoria e di concentrazione, nonché dal timore dell'elettricità. Si ritiene adatto ad un lavoro che non implichi l'utilizzo di oggetti elettrici, che non richieda particolari sforzi di memoria né di concentrazione sostenuti nel tempo. Appare adatto a lavorare con colleghi e in gruppo, è in grado di adattarsi senza particolari difficoltà all'interazione interpersonale. Si ritiene indicato un tipo di lavoro routinario, in ambiente tranquillo senza eccessive stimolazioni visive o uditive. Sarebbero da evitare eccessivi carichi di responsabilità o situazioni altamente stressanti o costantemente sotto pressione, con scadenze ristrette. Circa il carico emotivo, appare in grado di fronteggiare le difficoltà degli altri, a patto che non siano gravi. Si ritiene indicato un aiuto nel reinserimento professionale, iniziando con una prova di lavoro per un periodo di 3-6 mesi, da prolungarsi in caso di esito positivo " (doc. UAIE 173 pag. 11).

E. 10.2.25

Con rapporto finale del 13 marzo 2018 (doc. UAIE 180) il dott. E.a._____ ha posto le diagnosi con ripercussione sulla capacità lavorativa di " esiti di elettropulsione del 05.09.2014, st. d. lesione parziale articolare del sovraspinato spalla sx con borsite acromiale, st. d. lesione completa del tendine distale capo lungo del bicipite con esiti successivi alla plastica con trapianto semimembranoso il 27.09.2014, lombosciatalgia cronica, sindrome post-traumatica da stress, in via di remissione " e le diagnosi senza ripercussione sulla capacità lavorativa di " tinnito soggettivo pronunciato a destra, cefalee parietali, vertigini, disturbi visivi non ben meglio specificati e stato dopo deficit di campo visivo periferico ginocchio sinistro a seguito di elettrocuzione ". Egli ha considerato l'assicurato totalmente inabile nell'attività abituale di canneggiatore dal 5 settembre 2014, mentre ha riconosciuto un'incapacità lavorativa del 100% dalla stessa data al 12 febbraio 2018 e del 25% dal giorno successivo in attività sostitutive idonee, rispettose delle limitazioni fisiche indicate nel rapporto di visita medica circondariale finale del dott. M._____ del 23 ottobre 2017 (consid. 10.2.21) e dei limiti psichici posti dalla dott.ssa D.a._____ con perizia del 13 febbraio 2018 (consid. 10.3.3).

E. 11.1

Nella fattispecie è necessario esaminare se a giusto titolo l'amministrazione ha ridotto le prestazioni intere d'invalidità riconosciute a A._____ dal 1° febbraio 2015 al 31 maggio 2018 ad un quarto di rendita con effetto dal 1° giugno 2018, oppure se è giustificata l'attribuzione di una mezza rendita come preteso dal ricorrente. Per procedere in tal senso, occorre determinare se l'assicurato è capace al lavoro al 75% in attività adeguate a partire dal 13 febbraio 2018, come ritenuto dall'autorità inferiore - il ricorrente ritiene infatti di essere inabile al lavoro non due ma tre ore al giorno e che non sono state considerate le limitazioni già preesistenti che hanno precedentemente giustificato l'attribuzione di ¼ di rendita - e se quest'ultima, prima dell'emanazione della decisione impugnata, abbia svolto un sufficiente accertamento dei fatti giuridicamente rilevanti per potersi determinare sullo stato di salute e sulla capacità lavorativa del ricorrente.

E. 11.2

Nel caso in esame l'UAIE si è fondato sulle conclusioni del proprio medico SMR, dott. E.a. _____ (rapporto finale del 13 marzo 2018, doc. UAIE 180), il quale si è a sua volta basato da un lato sul rapporto di chiusura dell'INSAI del 23 ottobre 2017 redatto dal dott. M. _____ (doc. UAIE 836), il quale ha visitato l'assicurato, consultato i rapporti medici assunti dall'INSAI e attestato una capacità lavorativa del 100%, senza peraltro specificare in quale attività e senza indicarne la decorrenza. Dall'altro si è riferito alla perizia psichiatrica della dott.ssa D.a. _____ del 13 febbraio 2018 (doc. UAIE 173), secondo cui l'assicurato era abile, da un punto di vista psichiatrico, all'80% dal 13 febbraio 2018 in attività sostitutive adeguate, rispettose di determinate limitazioni funzionali.

E. 12.1

A titolo preliminare si rileva che il rapporto del dott. M. _____ e la perizia della dott.ssa D.a. _____, testé menzionati, si basano su informazioni fornite dalla persona esaminata, sull'esame del quadro clinico, sulle risultanze della visita del ricorrente e sulla documentazione medica agli atti. Nel loro insieme i referti sono comprensivi dell'anamnesi, delle informazioni tratte dall'incarto, delle indicazioni dei medici stessi, delle diagnosi nonché delle conclusioni. Tali rapporti possono pertanto essere considerati - per lo meno formalmente - dei mezzi probatori idonei alla valutazione dello stato di salute e della capacità lavorativa dell'insorgente (consid. 10.2.24).

E. 12.2.1

Per quanto riguarda l'aspetto psichiatrico con perizia del 13 febbraio 2018 la dott.ssa D.a. _____ ha riconosciuto una riduzione della capacità lavorativa del 20% in ogni attività, riconducibile in particolare alle difficoltà di memoria, di concentrazione, nonché al timore dell'elettricità e ritenuto indicato un tipo di lavoro routinario, in ambiente tranquillo senza eccessive stimolazioni visive o uditive, senza eccessivi carichi di responsabilità o situazioni altamente stressanti o costantemente sotto pressione e senza scadenze ristrette (consid. 10.2.24). Ritenuto che la perita si è espressa in termini di riduzione della capacità lavorativa si rileva una discrepanza con il rapporto SMR in cui il medico interpellato ha attestato una riduzione del rendimento del 20% (situazione che di regola presuppone una presenza del 100% contrariamente ai casi di riduzione dell'abilità lavorativa).

E. 12.2.2

Dal punto di vista somatico occorre in primo luogo rammentare che già prima dell'infortunio del 5 settembre 2014 l'assicurato beneficiava di un quarto di rendita di invalidità per malattia (segnatamente in relazione alle problematiche alla colonna lombare), per cui l'abilità lavorativa era già ridotta del 25% per i soli motivi fisici (consid. C.b-C.c). Dal confronto tra i rapporti del dott. M. _____ del 23 ottobre 2017 e 12 aprile 2018 emerge inoltre un peggioramento delle limitazioni fisiche (segnatamente: nessuna limitazione per la posizione seduta ed inclinata in avanti, in piedi ed inclinata in avanti nel primo rapporto, mentre impossibilità di tenere la posizione seduta ed inclinata in avanti e la posizione in piedi ed inclinata in avanti nel secondo rapporto; nel primo caso spesso può camminare su terreno accidentato, nessuna limitazione per salire le scale, talvolta può salire su scale a pioli mentre in seguito impossibilità di camminare su terreno accidentato e salire su scale a pioli, talvolta può salire le scale; consid. 10.2.21-10.2.22). I nuovi limiti indicati dal medico INSAI - certo attestati posteriormente al rapporto finale, ma comunque anteriori alla decisione impugnata - non sono stati sottoposti al SMR, il quale non ha quindi fondato la sua valutazione su documentazione attuale e completa dell'assicuratore infortuni. Su

questo punto il rapporto SMR non risulta pertanto fedefacente. Sebbene inoltre i rapporti dei dott.ri M. _____ e D.a. _____ possano, singolarmente, essere considerati fedefacenti, per i motivi esposti in seguito, le conclusioni globali espresse dal SMR non possono essere seguite. In concreto il dott. E.a. _____, privo di specializzazione nei numerosi ambiti toccati, non ha infatti eseguito una valutazione complessiva della capacità lavorativa residua e, ritenuto che già solo le affezioni relative al rachide lombare causavano una riduzione della capacità lavorativa del 25%, non ha addotto i motivi per cui la riduzione della capacità lavorativa per motivi psichici non andava sommata o l'inabilità lavorativa per motivi fisici non andava perlomeno maggiorata, trattandosi globalmente di limitazioni del tutto distinte tra loro. Giova inoltre aggiungere che, nelle menzionate circostanze, neppure qualora l'assicurato fosse stato completamente sano prima dell'infortunio del 5 settembre 2014 si sarebbe potuto concludere che la capacità lavorativa in attività adeguate è del 75/80%. In pratica con le proprie conclusioni il medico SMR ha ridotto l'incidenza delle limitazioni preesistenti che causavano un'incapacità lavorativa del 25% e che erano nel frattempo peggiorate, al 5%. Tale conclusione è del tutto inverosimile in quanto contraria agli atti. Nonostante poi, come detto, la presenza di numerose affezioni di diversa natura (psichiatriche, ortopediche, reumatologiche, neurologiche e oftalmologiche), e malgrado la dott.ssa L. _____ (consid. 10.2.9) e il dott. N. _____ (consid. 10.2.17) abbiano ventilato la necessità di una valutazione pluridisciplinare (ritenendo il caso complesso), il medico SMR non solo non ha proceduto in tal senso ma neppure ha interpellato i medici per una valutazione comune e complessiva della capacità lavorativa residua. A questo proposito occorre evidenziare che il rapporto relativo alla presa a carico multidisciplinare presso la clinica di Q. _____ (consid. 10.2.11) si limita a descrivere le diagnosi e le cure eseguite per migliorare lo stato di salute dell'insorgente ma non contiene una valutazione pluridisciplinare. Non è stato inoltre neppure dato seguito all'indicazione del dott. N. _____ il quale, constatati disturbi di concentrazione, ha consigliato una valutazione da parte di un neuro-psicologo al fine di determinare eventuali danni post-traumatici (consid. 10.2.4). Infine di dott.ri N. _____ (consid. 10.2.17) e D.a. _____ (consid. 10.2.24) hanno consigliato l'esecuzione di una prova di lavoro allo scopo di favorire la reintegrazione professionale. Dagli atti di causa non emerge che il provvedimento proposto sia stato posto in atto e pure non è chiaro se la prova di lavoro costituisce una " conditio sine qua non " per riacquistare la capacità lavorativa, che quindi si considera raggiunta nella misura indicata solo dopo la prova. In conclusione, il dott. E.a. _____ non ha tenuto conto delle malattie pregresse e del loro peggioramento e le sue conclusioni non poggiano su una valutazione complessiva pluridisciplinare della capacità lavorativa residua in attività adeguate. Il rapporto SMR, impreciso, incompleto, non motivato, contraddittorio e contrario agli atti, non è pertanto concludente e non può essere posto alla base della presente vertenza.

E. 12.3

Alla luce di quanto esposto discende che il ricorso dev'essere parzialmente accolto, nel senso che la decisione impugnata, fondandosi su un accertamento incompleto dei fatti rilevanti va annullata e gli atti di causa ritornati all'amministrazione, affinché proceda al completamento dell'istruttoria. L'autorità inferiore procederà pertanto all'accertamento dello stato di salute e della capacità lavorativa residua in attività adeguate e della loro evoluzione nel tempo da un punto di vista ortopedico/reumatologico, neurologico, oftalmologico ed eventualmente in otorinolaringoiatria, tramite l'esperimento di una perizia pluridisciplinare nelle specialità menzionate - e di eventuali altri accertamenti medici che dovessero rivelarsi

eventualmente necessari in tale ambito - da esperire in Svizzera, conformemente ai principi sviluppati dalla più recente giurisprudenza del Tribunale federale (DTF 137 V 210). Inoltre, qualora sia necessario, l'amministrazione procederà al completamento della perizia psichiatrica, e coinvolgerà la dott.ssa D.a. _____ al fine di valutare da un punto di vista globale la capacità lavorativa residua. Essa dovrà infine chiarire se la misura di reintegrazione proposta (prova di lavoro) costituisce una condizione preliminare per procedere alla rivalutazione della capacità lavorativa.

E. 13.1

In relazione alla fissazione del grado di invalidità è inoltre necessario evidenziare quanto segue.

E. 13.1.1

Nella decisione impugnata l'autorità di prime cure ha ripreso il grado di invalidità del 40% riconosciuto con decisione del 24 novembre 2010, senza procedere ad un raffronto dei redditi aggiornato. Nella suddetta decisione l'UAIE, fondandosi sui dati statistici ufficiali editi dall'Ufficio federale di statistica (UFS, [tabella TA1 2008], categoria 45: costruzioni, attività semplici e ripetitive), ha ritenuto che, senza danno alla salute, nel 2008 A. _____ avrebbe percepito un reddito annuo pari a fr. 65'381.- (doc. UAIE 60 e 76). Fondandosi sui dati statistici del medesimo anno l'autorità inferiore ha computato quale reddito da invalido, il salario annuale ottenibile dall'insorgente nel 2008 (categoria 4.2: attività semplici e ripetitive, valore mediano), ossia fr. 39'136.-, tenuto conto di un salario mensile per il 2008 di fr. 4'806.-, di un orario usuale di 41,6 ore settimanali, di una riduzione totale del 13% (8% per attività leggera e 5% per tasso d'occupazione), nonché di un grado di attività del 75% (doc. UAIE 60 e 76). Dal raffronto dei redditi è scaturito quindi un grado d'invalidità nel 2008 del 40,14%, arrotondato al 40% (doc. UAIE 60 e 76).

E. 13.1.2

In sede di risposta di causa, mediante presa di posizione del 2 luglio 2020 l'Ufficio AI ha aggiornato il raffronto dei redditi computando un reddito da valido per il 2018 di fr. 70'918.73, corrispondente al reddito da valido di fr. 65'381.- relativo al 2008 (utilizzato nella decisione del 24 novembre 2010) adeguato all'evoluzione dei salari nominali fino al 2018 (allegati al doc. TAF 16). Fondandosi sui dati ufficiali editi dell'UFS (tabella TA1 2016 skill level, uomini, livello 1 di competenze, valore centrale) l'UAIE ha computato quale reddito da invalido, il salario annuale conseguibile dal ricorrente nel 2018, ossia fr. 40'443.55, tenuto conto di un salario annuale per il 2018 di fr. 67'405.95 (corrispondente al salario annuale per il 2016 di fr. 66'803.40, adeguato all'evoluzione dei salari [+ 0,4% nel 2017 e + 0,5 nel 2018], di una riduzione del 20% come postulato dall'insorgente, nonché di un grado di capacità lavorativa del 75% (allegati al doc. TAF 16). Dal raffronto dei redditi è scaturito quindi un grado d'invalidità del 43% (allegati al doc. TAF 16).

E. 13.2.1

In primo luogo va rilevato che in concreto il momento determinante per procedere al raffronto dei redditi è il 1 giugno 2018, vale a dire quello in cui il diritto alla rendita sembra aver subito una modifica (sentenza del TAF C-4032/2018 del 1° ottobre 2019 consid. 17.2 e Margit-Moser-Szeles, in: Commentaire romand, Loi sur la partie générale des assurances sociales, 2018, ad art. 16 LPG A N 41).

E. 13.2.2

Per quanto riguarda il reddito da valido, in presenza di una persona parzialmente invalida, la quale ha già cambiato professione a causa di una precedente invalidità, è determinante il reddito conseguito nell'attività originaria (Ulrich Meyer/Marco Reichmuth, Rechtsprechung des Bundesgerichts zum Sozialversicherungsrecht, 3a ed. 2014, ad art. 28a N 50 segg, in partic. N 53), vale a dire in concreto quella di muratore/gruista. L'amministrazione procederà dunque al raffronto tra il reddito conseguito nell'edilizia, utilizzando la tabella di riferimento più recente a disposizione (ad esempio quella del 2018), con un reddito in attività adeguata.

E. 13.2.3

Sulla base degli accertamenti medici suindicati (consid. 12.3) andrà anche rivisto l'ammontare della deduzione del reddito da invalido.

E. 13.3

Sulla scorta delle nuove risultanze mediche e dopo aver esperito una nuova indagine economica l'amministrazione si pronuncerà nuovamente sul grado di invalidità e sul diritto alla rendita dell'assicurato a decorrere dal 1° giugno 2018.

E. 14.1

Nel caso concreto infine non è necessario rendere attento l'insorgente della possibilità di ritirare il ricorso conformemente a quanto stabilito in DTF 137 V 314. In effetti non sussiste l'eventualità di una decisione dell'UAIE a sfavore dell'assicurato (cfr., sul quesito consid. 3.2.4 della citata sentenza secondo cui l'insorgente non va reso attento sul rischio di una reformatio in peius e quindi sulla possibilità di ritirare il ricorso se il Tribunale, come nel caso di specie, nei considerandi della sentenza di rinvio conferma la decisione dell'UAIE oppure statuisce definitivamente sul diritto alla rendita in base agli atti).

E. 14.2

In concreto come già accennato il diritto ad almeno un quarto di rendita di invalidità dal 1° giugno 2018 non solo è incontestato dalle parti, ma è comprovato dagli atti di causa. Si tratta di una pretesa minima, essendo stato reso verosimile nella peggiore delle ipotesi uno stato di salute nel frattempo aggravatosi sia sul piano fisico (in particolare consid. 10.2.21 e 22; 12.2.2) che su quello psichico (consid. 10.2.24) ed un'incapacità lavorativa superiore rispetto a quella esistente prima dell'infortunio, che dava diritto incontestatamente ad $\frac{1}{4}$ di rendita di invalidità già dal 1° ottobre 2009. Lo stesso vale per il diritto alla rendita intera erogata dal 1° febbraio 2015 al 31 maggio 2018 (si confronti consid. 5.1.2 e consid. 10). Tale incapacità lavorativa totale non è stata mai messa in discussione né dall'INSAI senz'altro fino a fine 2017, che ha unicamente considerato gli aspetti infortunistici (consid. D.a), né dall'UAIE che ha considerato intervenuto un netto miglioramento dello stato di salute dal 13 febbraio 2018 data della perizia psichiatrica.

E. 15.1

Visto l'esito della procedura, non si prelevano spese processuali (art. 63 cpv. 1 PA). L'anticipo spese, di fr. 800.-, versato dall'insorgente l'11 maggio 2020 (doc. TAF 14) verrà restituito al ricorrente.

E. 15.2

Ritenuto che l'insorgente è rappresentato in questa sede si giustifica altresì l'attribuzione di un'indennità a titolo di spese ripetibili (art. 64 PA in combinazione con gli art. 7 e segg. del

regolamento sulle tasse e sulle spese ripetibili nelle cause dinanzi al Tribunale amministrativo federale del 21 febbraio 2008 [TS-TAF, RS 173.320.2] cfr. pure DTF 132 V 215 consid. 6.2 secondo cui la parte che ha presentato ricorso in materia di assegnazione o rifiuto di prestazioni assicurative è reputata vincente, dal profilo delle ripetibili, anche se la causa è rinviata all'amministrazione per completamento istruttorio e nuova decisione). Giusta l'art. 14 cpv. 1 TS-TAF, le parti che chiedono la rifusione di spese ripetibili devono presentare al Tribunale, prima della pronuncia della decisione, una nota particolareggiata delle spese. Se non viene prodotta una nota spese particolareggiata, come nel caso concreto, il giudice fisserà un'indennità sulla base degli atti (art. 14 cpv. 2 TS-TAF).

E. 15.2.1

Secondo giurisprudenza, nell'ambito del suo potere d'apprezzamento, il Tribunale di prima istanza determina l'onorario dell'avvocato in funzione dell'importanza e delle difficoltà della lite nonché dell'ampiezza del lavoro e del dispendio orario (cfr. sentenza del Tribunale federale C_284/2012 del 18 maggio 2012 consid. 6).

E. 15.2.2

Per valutare l'importanza del lavoro e del tempo consacrato, occorre tenere conto del fatto che la procedura in materia di assicurazioni sociali è retta dalla massima inquisitoria, ciò che, di solito, facilita il compito del mandatario. Quanto all'attività di quest'ultimo suscettibile di essere considerata, essa non può comprendere le azioni inutili o superflue. Inoltre, le iniziative intraprese prima della promozione della fase processuale non possono essere ritenute (cfr. sentenza del Tribunale federale I 452/05 del 27 novembre 2006 consid. 5.5 e relativi riferimenti).

E. 15.2.3

Il caso in esame non è complesso dal punto di vista dei fatti, seppure gli incarti agli atti siano piuttosto voluminosi. La fattispecie non pone inoltre questioni in diritto di particolare difficoltà. L'attività dell'avvocato si è peraltro limitata alla stesura del ricorso (quattro pagine) e della domanda di sospensione della procedura (una pagina). Stando così le cose, in assenza di una nota dettagliata, il collegio giudicante determina un'indennità (comprensiva di onorario e spese vive) di fr. 2'800.-. L'indennità per ripetibili è posta a carico dell'UAIE. (dispositivo alla pagina seguente)

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