

BVGer C-7018/2017 vom 21. November 2019

Bundesverwaltungsgericht, 2019-11-21, IT

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bvger_C-7018_2017

FR: TAF C-7018/2017 du 21 novembre 2019

IT: TAF C-7018/2017 del 21 novembre 2019

Regeste

Valutazione dell'invalidità

Erwägungen

E. 1.1

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

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. 3.1

L'oggetto impugnato è rappresentato, dal profilo formale, da una decisione, mentre, da quello sostanziale, dai rapporti giuridici in essa regolati. L'oggetto litigioso configura per contro il rapporto giuridico che, sulla base delle conclusioni ricorsuali, viene effettivamente impugnato e portato, quale tema processuale, dinanzi al giudice (di prima o seconda istanza). Stando a tale definizione, l'oggetto impugnato come pure quello litigioso si riferiscono ad uno o più rapporti giuridici. Se pertanto il ricorso è diretto solo contro alcuni dei rapporti giuridici disciplinati dalla decisione querelata, gli altri fanno sì parte dell'oggetto impugnato, ma non di quello litigioso. L'oggetto della lite viene quindi definito alla luce delle censure sollevate con il ricorso, le quali vengono considerate validamente presentate se dal tenore o perlomeno dal senso di quest'ultimo risultano con sufficiente chiarezza (sentenza del TF 8C_16/2010 del 3 maggio 2010 consid. 1.2 con rinvii).

E. 3.2

Nel caso in esame l'oggetto impugnato è rappresentato dalle decisioni dell'UAIE del 6 novembre 2017, mediante le quali l'autorità inferiore ha riconosciuto al ricorrente una rendita d'invalidità intera dal 1° luglio 2011 al 30 settembre 2015 ed una mezza rendita a decorrere dal 1° ottobre 2015 (doc. 82). L'oggetto litigioso è invece la questione se il ricorrente abbia diritto ad una rendita d'invalidità intera anche dal 1° ottobre 2015, segnatamente l'aspetto parziale se dal luglio 2015 l'incapacità lavorativa in attività adeguate sia del 50%, e quindi sia intervenuto un miglioramento rilevante dello stato di salute e delle conseguenze sulla capacità lavorativa come ritenuto dall'amministrazione, oppure totale come indicato dal ricorrente.

E. 3.3

Va peraltro precisato che sono oggetto del litigio entrambe le decisioni dell'UAIE del 6 novembre 2017 (doc. 82). In effetti, secondo costante giurisprudenza, assegnando retroattivamente una rendita degressiva e/o limitata nel tempo, l'autorità amministrativa disciplina un rapporto giuridico suscettibile di essere in caso di contestazione oggetto della lite e dell'impugnativa. Qualora sia contestata solo la riduzione o la soppressione delle prestazioni, il potere cognitivo del giudice non è limitato nel senso che egli debba astenersi dallo statuire circa i periodi per i quali il riconoscimento di prestazioni non è contestato, e ciò indipendentemente dal fatto che la rendita degressiva e/o limitata nel tempo sia stata accordata da parte dell'amministrazione mediante una sola decisione o più decisioni separate (cfr. su questo punto DTF 131 V 164 consid. 2, segnatamente 2.3.2, con rinvii; v. pure sentenze del TAF C-3859/2016 del 22 maggio 2017 consid. 7 e C-6248/2011 del 25 luglio 2012 consid. 10 con rinvii).

E. 4.1

Dal profilo temporale, riservate disposizioni di diritto transitorio, sono applicabili le disposizioni in vigore al momento della realizzazione dello stato di fatto che deve essere

valutato giuridicamente o che produce conseguenze giuridiche (DTF 143 V 446 consid. 3.3; 139 V 335 consid. 6.2; 138 V 475 consid. 3.1). Nel caso in esame, salvo indicazione contraria, si applicano di principio le disposizioni della 6a revisione della LAI entrate in vigore il 1° gennaio 2012 ed eventuali modifiche fino alla pronuncia della decisione impugnata.

E. 4.2

Il potere cognitivo di questo Tribunale è delimitato dalla data della decisione impugnata. Il giudice delle assicurazioni sociali esamina infatti la decisione impugnata sulla base della situazione di fatto esistente al momento in cui essa è stata resa (DTF 132 V 215 consid. 3.1.1; 130 V 445 consid. 1.2). Tiene tuttavia conto dei fatti verificatisi dopo tale data quando essi possano imporsi quali elementi d'accertamento retrospettivo della situazione anteriore alla decisione stessa (DTF 129 V 1 consid. 1.2; 121 V 362 consid. 1b), in altri termini se gli stessi sono strettamente connessi all'oggetto litigioso e se sono suscettibili di influire sull'apprezzamento del giudice al momento in cui detta decisione litigiosa è stata resa (sentenze del TF 8C_278/2011 del 26 luglio 2011 consid. 5.5 nonché 9C_116/2010 del 20 aprile 2010 consid. 3.2.2; DTF 118 V 200 consid. 3a in fine).

E. 5.1

Il ricorrente è cittadino di uno Stato membro della Comunità europea e risiede in Italia, per cui è applicabile, di principio, l'Accordo del 21 giugno 1999 tra la Confederazione svizzera e la Comunità europea ed i suoi Stati membri sulla libera circolazione delle persone (ALC, RS 0.142.112.681) ed il relativo Allegato II che regola il coordinamento dei sistemi di sicurezza sociale. L'allegato II ALC prevede in particolare che le parti contraenti applicano tra di loro, dal 1° aprile 2012, il regolamento (CE) n. 883/2004 del Parlamento europeo e del Consiglio del 29 aprile 2004 (RS 0.831.109.268.1) relativo al coordinamento dei sistemi di sicurezza sociale, con le relative modifiche, e il regolamento (CE) n. 987/2009 del Parlamento europeo e del Consiglio del 16 settembre 2009 (RS 0.831.109.268.11) che stabilisce le modalità di applicazione del regolamento (CE) n. 883/2004 (art. 1 cpv. 1 Allegato II ALC in relazione con la Sezione A dell'Allegato II ALC). Il Regolamento (CE) n. 883/2004 è stato ulteriormente modificato dai regolamenti (UE) n. 1244/2010 (RU 2015 343), n. 465/2012 (RU 2015 345) e n. 1224/2012 (RU 2015 353), applicabili nelle relazioni tra la Svizzera e gli Stati membri dell'Unione europea a decorrere dal 1° gennaio 2015. Tuttavia, anche in seguito all'entrata in vigore dell'ALC, l'organizzazione della procedura come pure l'esame delle condizioni di ottenimento di una rendita d'invalidità svizzera, sono regolate dal diritto interno svizzero (art. 46 cpv. 3 del Regolamento n. 883/2004 in relazione con l'Allegato II del regolamento medesimo; DTF 130 V 253 consid. 2.4).

E. 5.2

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. 5.3

La nozione di invalidità in ambito AI coincide con quella vigente in ambito LAINF e nell'assicurazione militare (art. 16 LPGA; DTF 127 V 129 consid. 4d; 133 V 549 consid. 6). Se il danno alla salute è il medesimo, la valutazione dell'invalidità in ambito AI, LAINF e assicurazione militare dovrebbe condurre al medesimo grado di invalidità (DTF 133 V 549 consid. 6; 126 V 288 consid. 2a con rinvii). Un assicuratore non è tuttavia vincolato ad una decisione emessa da un altro ente per esempio nel caso in cui il grado di invalidità risulta da un accordo intercorso tra le parti (DTF 127 V 129 consid. 4d; 126 V 288 consid. 2a) rispettivamente si fonda su un errore di diritto (DTF 126 V 288 consid. 2a). Se inoltre in DTF 126 V 288 il Tribunale federale (TF) ha relativizzato il carattere vincolante di una valutazione dell'invalidità passata in giudicato nei confronti di un assicuratore contro gli infortuni nel senso che una determinazione differente del grado d'invalidità nell'ambito dell'assicurazione per l'invalidità entrava in linea di conto eccezionalmente e a condizione che sussistessero motivi pertinenti, in DTF 133 V 549 il (TF) ha precisato la propria giurisprudenza concludendo che la valutazione dell'invalidità da parte dell'assicurazione infortuni non vincola l'assicurazione per l'invalidità ai sensi della precedente giurisprudenza (DTF 126 V 288) e, di conseguenza, l'Ufficio AI non è legittimato a interporre opposizione, rispettivamente ricorso, contro la decisione, rispettivamente contro la decisione su opposizione, dell'assicuratore infortuni sulla questione del diritto alla rendita in quanto tale o sul grado d'invalidità (DTF 133 V 549 consid. 6; sentenza del TF 9C_903/2011 del 25 gennaio 2013 consid. 10).

E. 5.4

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. 5.5

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%.

E. 6.1

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

E. 6.2

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

E. 6.3

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

E. 6.4

L'art. 88a cpv. 1 OAI prevede che se la capacità al guadagno dell'assicurato o la capacità di svolgere le mansioni consuete migliora oppure se la grande invalidità o il bisogno di assistenza o di aiuto dovuto all'invalidità si riduce, il cambiamento va considerato ai fini della riduzione o della soppressione del diritto a prestazioni dal momento in cui si può supporre che il miglioramento constatato perduri. Lo si deve in ogni caso tenere in considerazione allorché è durato tre mesi, senza interruzione notevole, e che presumibilmente continuerà a durare. Detta norma si applica anche in caso di assegnazione retroattiva di una rendita scalare (sentenze del TF 9C_837/2009 del 23 giugno 2010 consid. 2, 9C_443/2009 del 19 agosto 2009 consid. 5, I 727/02 del 21 luglio 2005 consid. 5 nonché I 297/03 del 3 maggio 2005 consid. 1 e relativi riferimenti; cfr. pure sentenza del TAF C-1446/2011 del 27 giugno 2013 consid. 6.5 e relativi riferimenti).

E. 7.1

Al fine di poter graduare l'invalidità, all'amministrazione (o al giudice in caso di ricorso) è necessario disporre di documenti che devono essere rassegnati dal medico o eventualmente da altri specialisti. Benché l'invalidità sia una nozione economico-giuridica, le certificazioni mediche possono costituire importanti elementi per apprezzare il danno invalidante e per

determinare quali lavori siano ancora ragionevolmente esigibili dall'assicurato (DTF 132 V 93 consid. 4). Il compito del medico consiste nel porre un giudizio sullo stato di salute, nell'indicare in quale misura e in quali attività l'assicurato è incapace al lavoro come pure nel fornire un importante elemento di giudizio per determinare quali lavori siano ancora ragionevolmente esigibili dall'assicurato. Affinché un rapporto medico acquisti valore di prova rilevante è determinante che esso sia completo in merito ai temi sollevati, si fondi, in piena conoscenza della pregressa situazione valetudinaria (anamnesi), su esami approfonditi, tenga conto di tutte le affezioni di cui si lamenta l'assicurato e sia chiaro nell'esposizione delle correlazioni mediche o nell'apprezzamento della situazione medica; le conclusioni dell'esperto devono inoltre essere motivate. Determinante quindi per stabilire se un rapporto medico ha valore di prova non è né la sua origine né la sua denominazione, ad esempio, quale perizia o rapporto, ma il suo contenuto (DTF 134 V 231 consid. 5.1; 125 V 351 consid. 3a). Il rapporto medico deve altresì essere redatto da medici che dispongono delle qualifiche specialistiche richieste nel singolo caso (sentenze del TF 9C_855/2017 del 22 novembre 2017 consid. 3.1 e 9C_826/2009 del 20 luglio 2010 consid. 4.2).

E. 7.2

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

E. 8.1

Nel caso in esame la decisione impugnata si basa sul rapporto SMR del 4 aprile 2017, che rinvia a quello del 12 marzo 2016, che a loro volta si fondano sulla documentazione medica raccolta in ambito infortunistico, e principalmente sui rapporti dei dott. L. _____ del 28 luglio 2015, M. _____ del 15 dicembre 2014 e del 23 marzo 2016 e G. _____ del 25 gennaio 2017. Nei rapporti SMR del 12 marzo 2016 (dc. 59 pag. 8-10) e del 4 aprile 2017 (doc. 85, pag. 4), il dott. F. _____ ha in particolare confermato le diagnosi e valutazioni ritenute in ambito infortunistico (esposte in dettaglio ai consid. 9.1.2 e 9.4.4), segnatamente anche l'incapacità lavorativa del 50% in attività adeguate attestata dalla dott.ssa G. _____ con valutazione del 25 gennaio 2017, fondata sull'esame psichiatrico del 27 luglio 2016, in cui è stata posta la diagnosi di disturbo di personalità organico (doc. 70 pag. 4). Il medico ha inoltre precisato non esservi fattori indipendenti dall'infortunio limitanti la capacità lavorativa.

E. 8.2

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

E. 9.1

In seguito all'infortunio professionale del 7 luglio 2010 l'assicurato ha riportato un trauma cranio facciale con contusione cerebrale bifrontale, ematoma sottodurale sinistro, ematoma sotto-aracnoideale nel foramen magno, pneumo-encefalo e frattura pluriframmentaria complessa del viso (doc. 1 e segg.).

E. 9.1.1

Nell'agosto 2011 l'assicurato ha ripreso l'attività lavorativa a scopo terapeutico nella precedente attività (doc. 1, p. 59). A partire da settembre 2011 sono tuttavia insorti problemi alla colonna lombare che hanno comportato un periodo di malattia e l'interruzione del lavoro (doc. 1, p. 44 e segg.).

E. 9.1.2

Nel rapporto relativo alla visita medica circondariale eseguita il 16 dicembre 2011 il dott. N. _____ (doc. 22, p. 6), specialista in chirurgia ortopedica, ha posto le diagnosi di: "Disturbo neuropsicologico residuo di lieve a media entità con deficit cognitivi e alterazioni del comportamento. Sospetto disturbo organico della personalità. Anosmia, ipogeusia, parageusia post-traumatica. Trauma cranio-facciale (7.7.2010) con: contusione cerebrale

bi-frontale, ematoma sotto-durale a sinistra, ematoma sotto-aracnoideale nel foramen magnum e pneumoencefalon. Frattura pluriframmentaria complessa del massiccio facciale dell'orbita bilaterale, dell'osso frontale, dei seni mascellari e del seno frontale, dell'osso nasale e dell'osso zigomatico bilaterale. Craniotomia osteoplastica con evacuazione dei focolai di contusione bi-frontale e copertura fronto-basale con plastica della dura e del periosteo e riduzione e osteosintesi aperta delle multiple fratture a livello dell'osso nasale e dell'osso frontale e dell'osso zigomatico bilaterale (8.7.2010). Osteotomia correttiva Lefort 1 della mascella superiore con apposizione di osso autologo della cresta iliaca di destra (5.5.2011) per disgnazia scheletrica". Egli ha inoltre posto le seguenti diagnosi, che ha reputato non essere di competenza dell'INSAI: lombalgia con sospetta spondilosi, osteocondrosi, spondiloartrosi L3 a L5 ed ernia discale L4/L5 (doc. 22, p. 6 e segg.). Al riguardo ha precisato che l'interessato "a causa di comparsa di progredienti fino ad invalidanti dolori in zona lombare è stato costretto ad interrompere l'attività lavorativa completamente dal 5.9.2011" Infine, il dott. N. _____ ha attestato, per le sole conseguenze infortunistiche, una capacità lavorativa del 50% nella precedente attività a partire dal 1° settembre 2011, precisando inoltre di non poter escludere uno scompenso psicologico che inciderebbe sulla capacità lavorativa e che per poter valutare tale problematica occorrerebbe un approfondimento specialistico.

E. 9.1.3

Interpellata quindi dall'INSAI in merito ad un possibile disturbo psichiatrico, oltre al problema psico-organico, dovuto al trauma cranico subito, la dott.ssa G. _____, specialista in psichiatria e psicoterapia, nella valutazione del 12 luglio 2012, ha indicato che "la sintomatologia presente - principalmente un certo rallentamento, deficit cognitivi ed un'aumentata irritabilità - sono da considerare nell'ambito della sindrome psico-organica, ben documentata negli atti", concludendo che "al momento attuale non sussiste un disturbo psichico di rilevanza clinica né una riduzione della capacità lavorativa per cause psichiatriche" (doc. 30).

E. 9.2

Nel mese di settembre 2012 l'assicurato ha intrapreso un secondo tentativo di reintegrazione nella precedente attività (doc. 22, p. 50 e segg.). Tale tentativo è stato interrotto ad inizio novembre 2012 a causa dell'acutizzarsi di dolori e gonfiori al viso, segnatamente attorno agli occhi (doc. 33, p. 38 e segg.). Su richiesta del medico curante, dott. I. _____, il dott. O. _____, otorinolaringoiatra e specialista in chirurgia del viso e del collo, con valutazione dell'11 dicembre 2012, ha rilevato non esservi controindicazioni alla ripresa della precedente attività dal punto di vista delle specializzazioni di sua competenza (doc. 33 p. 31), motivo per cui l'INSAI ha chiesto un'ulteriore accertamento neurologico al dott. R. _____ (doc. 34, p. 80). Lo specialista, con rapporto del 24 marzo 2013, ha attestato una situazione stabilizzata con la persistenza di deficit neuropsicologici, segnatamente in ambito esecutivo, della vigilanza e della memoria a lungo termine, indicando nondimeno come auspicabile una ripresa dell'attività professionale (doc. 34, p. 57).

E. 9.3

In data 29 aprile 2013, l'assicurato ha dunque ripreso l'attività lavorativa, sempre secondo modalità adeguata ed a scopo terapeutico (doc. 41, p. 57 e segg.) ma, a partire dal 24 ottobre 2013, egli non si è più presentato sul lavoro a causa di problemi psichici (doc. 41, p. 32 e segg.). Con rapporto medico del 1° febbraio 2014, il dott. I. _____ ha constatato, dopo

essersi tra l'altro consultato con la neuropsicologa curante P._____, un miglioramento delle condizioni psichiche del paziente ed ha confermato la volontà di quest'ultimo di riprendere l'attività professionale (doc. 46, p. 56).

E. 9.4.1

Il 3 marzo 2014 l'assicurato ha intrapreso un quarto tentativo di ripresa lavorativa (doc. 46, p. 45 e segg.; consid. B.e) e, visti gli sviluppi favorevoli in tal senso, nel mese di maggio 2014 l'INSAI ha disposto un'ulteriore visita neurologica e neuropsicologica e la visita di chiusura dal medico circondariale (doc. 46, p. 31).

E. 9.4.2

Con valutazione neuropsicologica del 30 giugno 2014, i dott.i Q._____ e P._____, rispettivamente neurologo e psicologa specializzata in neuropsicologia, hanno evidenziato una situazione stabile con moderati deficit cognitivi a predominanza esecutiva e attentiva, precisando che dal punto di vista neuropsicologico la ripresa del lavoro non era controindicata purché si tenesse conto delle limitazioni del paziente e che gli fossero concesse delle pause supplementari durante la giornata lavorativa (doc. 46, p. 11 e segg.).

E. 9.4.3

Con valutazione neurologica del 15 dicembre 2014 esperita su incarico dell'INSAI il dott. M._____, neurologo, ha indicato che il processo di riabilitazione presso la D._____ e la Clinica E._____ ha comportato un miglioramento delle disfunzioni cognitive e dei disturbi comportamentali ed una persistenza dell'anosmia e dell'ipoguesia, ma che dal punto di vista neuropsicologico non sussistevano controindicazioni per un reinserimento professionale. Lo specialista ha inoltre precisato che i citati disturbi hanno nondimeno effetto sulla capacità professionale del paziente (cfr. doc. 51, p. 10 e segg.).

E. 9.4.4

In occasione della visita medica di chiusura del 28 luglio 2015, la dott.ssa L._____, specialista in chirurgia ortopedica e traumatologia dell'apparato locomotore, ha posto le seguenti diagnosi: "Trauma isolato cranio-cerebrale del 07.07.2010 con/suFocolaio di contusione frontale sinistra, meno a destra.Ematoma sub-durale sinistro.Sospetto di emorragia sub-aracnoideale del foramen magno.Fratture pluriframmentarie viso con interessamento dell'orbita bilateralmente, del seno mascellare, seno frontale con impressione verso endo-craniale.Frattura osso nasale.Frattura frontale.Pneumo-encefalo.08.07.2010 intubazione sub-mentale, craniotomia osteoplastica, evacuazione dei focolai di contusione, copertura fronto-basale con dura e periosteo, riposizione e osteosintesi della frattura dl impressione osteo-frontale zigomatico bilateralmente, osso nasale.05.05.2011 osteotomia Lefort 1 con plastica di spugnosa della cresta iliaca destra in disgnazia scheletrica post-traumatica.Attualmente: sospetto di sovraccarico frontale mascellare per mancanza d'occlusione nella parte laterale.Disturbo neuropsicologico residuo da lieve a media entità con deficit cognitivi ed alterazione del comportamento.Anosmia ipoguesia, parageusia post-traumatica". Il medico ha inoltre attestato i seguenti limiti funzionali: "Nessuna limitazione per sollevare e portare pesi molto leggeri fino a 5 kg fino all'altezza dei fianchi, leggeri fra 5 e 10 kg fino all'altezza dei fianchi, sollevare oltre l'altezza del petto pesi fino a 10 kg. Talvolta possibile sollevare e portare pesi tra 25 e 45 kg, mai più possibile sollevare e portare pesi molto pesanti. Nessuna limitazione per il maneggio di attrezzi leggeri/di precisione e di attrezzi medi. Talvolta possibile il maneggio di attrezzi pesanti. Mai più possibile il maneggio di attrezzi molto

pesanti. Nessuna limitazione per la rotazione della mano, lavori sopra la testa, rotazione del tronco, postazione seduta/inclinata in avanti, posizione in piedi/inclinata in avanti. Talvolta possibile la posizione inginocchiata e la flessione delle ginocchia. Nessuna limitazione per la posizione seduta di lunga durata e posizione in piedi di lunga durata con quattro pause di mezz'ora per quanto riguarda la posizione in piedi di lunga durata. Molto spesso possibile la posizione a libera scelta. Nessuna limitazione per camminare fino e oltre i 50 m. Talvolta possibile per lunghi tratti, camminare su terreno accidentato e salire le scale. Mai più possibile salire su scale a pioli. Nessuna limitazione per l'uso delle due mani. A condizione possibile l'equilibrio e stare in equilibrio", attestando un'abilità lavorativa del 50% con presenza tutto il giorno nella precedente attività ed una capacità lavorativa completa in attività adeguate a partire da subito. Infine, essa ha pregato l'INSAI di sottoporre nuovamente la documentazione alla specialista in psichiatra (doc. 55, p. 19 e segg.).

E. 9.5

Con rapporto datato 25 gennaio 2017 relativo all'esame psichiatrico del 17 luglio 2016, la dott.ssa G. _____ ha posto la diagnosi di disturbo della personalità organico (ICD - 10 F07.0), precisando che "come già valutato dal M. _____, il disturbo presentato dall'assicurato è con verosimiglianza preponderante causa diretta del trauma cranico del 07.07.2010" e che visti gli atti specialistici all'incarto "si può affermare che sussistono alcune limitazioni della capacità lavorativa". Essa ha quindi concluso che "l'assicurato presenta sicuramente una capacità lavorativa residua. Egli è in grado di svolgere lavori semplici, ripetitivi e precisi con chiare indicazioni in un ambiente ben strutturato. Considerando le fluttuazioni del suo stato la produttività è globalmente diminuita anche in queste attività. Complessivamente si può valutare una capacità lavorativa residua in un'attività confacente del 50%" (doc. 70).

E. 9.6

Con presa di posizione SMR del 4 aprile 2017, il dott. F. _____, ha quindi confermato le più recenti valutazioni dei dott. M. _____ e G. _____ (doc. 85, p. 4).

E. 9.7

Nella relazione medico-legale del 5 ottobre 2017, il dott. H. _____, specialista in medicina legale e delle assicurazioni, ha indicato che "si può affermare che in seguito all'infortunio sul lavoro del 7 luglio 2010 (...) si è manifestata una grave sindrome psichica verosimilmente frontale" e che pertanto egli presenta una condizione gravemente invalidante che impedisce al 100% l'attività lavorativa del paziente (allegato a doc. TAF 1 e doc. A 94).

E. 10.1

In primo luogo va rilevato che come emerge in dettaglio dai considerandi precedenti il ricorrente soffre delle conseguenze del menzionato infortunio e meglio di un disturbo di personalità organico (ICD-10 F07.0, cfr. in particolare esame psichiatrico del 27 luglio 2016 della dottoressa G. _____ sub doc. 70), di leggere disfunzioni cognitive e disturbi comportamentali (valutazione neurologica del 23 giugno 2016 del dott. M. _____ (doc. 69 p. 38 e segg., valutazione del 15 dicembre 2014 doc. 51 pag.), anosmia, ipogeusia e parageusia post-traumatica. A circa un anno dal menzionato sinistro, l'assicurato ha altresì sviluppato una problematica ortopedica al rachide lombare non presa a carico dall'INSAI (doc. 1, p. 44 e segg.; consid. 9.1.1 e 9.1.2).

E. 10.2

Dalla citata documentazione medica risulta inoltre chiaramente, come rettamente anche ritenuto dall'autorità inferiore (doc.), che dopo il 7 luglio 2010 il ricorrente, nonostante svariati tentativi di riprendere l'attività lavorativa a scopo terapeutico e con impiego ridotto - interrotti a causa del sopraggiungere di diverse complicazioni del suo stato di salute -, non è più stato in grado di svolgere la precedente attività di montatore e - perlomeno fino al mese di luglio 2015 - neppure un'attività adattata (cfr. segnatamente doc. 59, p. 9 e doc. 82, decisioni). Per questi motivi la decisione nr. (...) con cui l'UAIE ha assegnato una rendita intera d'invalidità, dal 1° luglio 2011 al 30 settembre 2015, non contestata dalle parti, deve essere confermata (cfr. consid. 12.3).

E. 11.1

Come detto occorre tuttavia ancora esaminare se l'autorità inferiore ha a giusto titolo considerato un miglioramento complessivo dello stato di salute a partire da luglio 2015, alla luce di una capacità del 50% in attività adeguate o, invece, come fatto valere da quest'ultimo, la sua capacità lavorativa è ulteriormente peggiorata a seguito del licenziamento del 30 marzo 2015 ed è totale come indicato dal dottor H. _____ (consid. 9.7) o, ancora, l'istruttoria è insufficiente per statuire - secondo il grado della verosimiglianza preponderante valido nelle assicurazioni sociali - su questo punto, in quanto non sarebbe stato tenuto conto di fattori extrainfortunistici.

E. 11.2

In primo luogo questo Tribunale rileva che ai fini dell'emanazione delle decisioni del 6 novembre 2017 l'autorità inferiore - come menzionato nella risposta di causa del 28 marzo 2018 - ha tenuto conto anche delle affezioni di natura psichiatrica, il cui eventuale rapporto di causalità adeguato con il sinistro del 7 luglio 2010 risulta ancora controverso in ambito infortunistico (cfr. doc. TAF 6 e 12), e delle conseguenze sulla capacità lavorativa in attività adeguata, seppur non nella misura chiesta dal ricorrente, assegnando una rendita di invalidità del 50%.

E. 11.3.1

Dagli atti emerge tuttavia che il ricorrente soffre anche di diverse alterazioni degenerative della colonna lombare, accertati ma non considerati ai fini dell'assicurazione dai medici incaricati in questo ambito. Anche la dott.ssa L. _____, nel rapporto medico relativo alla visita di chiusura del 28 luglio 2015, ha attestato che "come già definito nella visita medico-circondariale del 2011 confermo che le alterazioni degenerative della colonna lombare non sono causate dall'infortunio e chiedo quindi alla Cassa malati di assumere i costi delle terapie che ritengo indicate". Per questo motivo, essa non ha neppure inserito l'affezione lombare nella lista delle diagnosi rilevanti. Tuttavia, essa ha nondimeno, da una parte, ricordato che dalle radiografie del 2011 risultava un'osteocondrosi L5/S1 e in forma minore a L3/L4, così come un'importante riduzione dello spazio intersomatico L5/S1 ed una leggera protrusione discale L4/L5 e, d'altra parte, preso atto che per quanto riguarda la schiena il paziente lamentava ancora un dolore in sede lombare quantificato sulla VAS con 7/10 punti e che per il momento non era stato effettuato alcun trattamento, che peraltro ha specificato di ritenere adeguato. Dette affezioni hanno altresì causato incapacità lavorativa come indicato al consid. 9.1.2.

E. 11.3.2

L'attualità e la persistenza della problematica lombare è stata confermata anche dalla dott.ssa G. _____ nel suo rapporto del 25 gennaio 2017, in cui pur avendo riportato che fisicamente l'assicurato stava bene, ha confermato che soffriva ancora di mal di schiena (doc. 70 p. 4).

E. 11.3.3

Da quanto precede risulta che l'assicurato ancora all'inizio del 2017 soffriva di dolori lombari ma che l'INSAI, non ritenendoli riconducibili all'infortunio professionale del luglio 2010, non ha effettuato ulteriori indagini mediche in tal senso, motivo per cui l'ultimo accertamento specialistico risale al 15 settembre 2011. In simili condizioni l'affermazione del medico SMR secondo cui non vi sarebbero fattori extrainfortunistici atti ad influenzare la capacità lavorativa non può essere condivisa. Pertanto, questo Tribunale rileva che l'autorità inferiore - fondandosi esclusivamente sulla documentazione raccolta dall'assicuratore infortuni - non ha sufficientemente approfondito un aspetto di sua competenza e che risulta nondimeno indispensabile, per potersi esprimere in maniera compiuta sullo stato di salute e in particolare sulle conseguenze delle affezioni lombari sulla capacità lavorativa residua, un aggiornamento specialistico in merito, segnatamente da luglio 2015 fino alla data della decisione impugnata, così come sul possibile effetto congiunto con le conseguenze dell'infortunio di cui soffre l'assicurato, il tutto come meglio precisato al consid. 13 seguente.

E. 11.4.1

Inoltre, per quanto riguarda l'aspetto neurologico occorre evidenziare che il dott. M. _____, nella valutazione specialistica del 23 giugno 2016, ha confermato le conclusioni del 14 aprile 2015, secondo cui i leggeri disturbi cognitivi e comportamentali hanno effetti sulla capacità lavorativa dell'assicurato (cfr. doc. 51 p. 10 e segg.). Tuttavia, lo specialista - nonostante l'INSAI gli abbia esplicitamente chiesto di prendere posizione al riguardo - non si è espresso in merito alla capacità lavorativa in attività adattate, ribadendo unicamente che la precedente attività, era esigibile a tempo pieno a condizione che venissero introdotte pause supplementari della durata da una fino ad un massimo due ore al giorno (doc. 69, p. 38 e segg.).

E. 11.4.2

Pertanto, dalla documentazione sanitaria agli atti non si evince in maniera univoca se dal punto di vista neurologico, i disturbi attestati hanno comportano un'incapacità lavorativa in attività adeguate e se sì in quale misura. Di conseguenza, non può essere verificato se l'autorità inferiore abbia sufficientemente tenuto conto delle conseguenze delle patologie di natura neurologica in attività adeguate e del loro eventuale effetto congiunto con i disturbi psichiatrici e ortopedici e le affezioni otorinolaringoiatriche. Nelle patologie considerate infatti, non è più data capacità lavorativa residua nell'attività precedente. Pertanto anche in ambito neurologico va esaminata la capacità lavorativa residua in attività adeguate. Anche in tale ambito si impongono dunque ulteriori accertamenti, in particolare nell'ambito di una perizia pluridisciplinare.

E. 11.5

Infine, in relazione all'anosmia, all'ipogeusia e alla parageusia sono stati effettuati degli accertamenti limitati, in particolare per quel che concerne il loro impatto sulla capacità lavorativa residua. Il dott. O. _____, nella presa di posizione del 3 marzo 2014 si è difatti limitato a spiegare che si tratta di modifiche importanti della qualità di vita e che le stesse

comportano pure pericoli nell'esercizio di un'attività lavorativa (doc. 51, p. 56). A tal proposito si è poi espresso unicamente il dott. M. _____, limitandosi ad attestare che l'anosmia non esplica effetti sulla capacità lavorativa da un punto di vista neurologico (doc. 51, p. 42). Dal canto suo, il medico SMR, nella presa di posizione del 12 marzo 2016, ha qualificato l'anosmia e l'ipogeusia come diagnosi con effetto duraturo sulla capacità lavorativa, invero senza richiedere ulteriori approfondimenti in merito e senza poi tenerne conto nella determinazione della residua capacità lavorativa (doc. 59, p. 8). Da quanto precede, risulta dunque che l'incidenza in attività adeguate di tali incontestate sequele del trauma cranico, non sia stata sufficientemente acclarata da uno specialista competente, segnatamente anche in correlazione con gli ulteriori disturbi lamentati dall'assicurato.

E. 11.6

Ne discende che, in assenza di sufficienti accertamenti medici, segnatamente in ambito ortopedico (consid. 11.3), neurologico (consid. 11.4) e otorinolaringoiatrico (consid. 11.5), l'istruttoria eseguita dall'autorità inferiore risulta carente. Il servizio medico regionale, così come l'UAIE, si sono fondati su documentazione in parte datata, incompleta e pertanto inconcludente, malgrado abbiano riconosciuto la necessità di considerare anche le affezioni di natura psichiatrica. In simili condizioni, non risulta possibile per questa Corte determinarsi, con il grado della verosimiglianza preponderante valido nelle assicurazioni sociali, sullo stato di salute del ricorrente, sulle conseguenze sulla capacità lavorativa, né quindi sull'asserito miglioramento in tal senso intervenuto da luglio 2015.

E. 11.7

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

E. 12.1

Se il Tribunale amministrativo federale annulla una decisione, esso può sostituirsi all'autorità inferiore e giudicare direttamente nel merito o rinviare la causa, con istruzioni vincolanti, all'autorità inferiore per nuovo giudizio (art. 61 cpv. 1 PA). In particolare, esso si sostituirà all'autorità inferiore se gli atti sono completi e comunque sufficienti a statuire sull'applicazione del diritto federale (sentenza del TF 9C_162/2007 del 3 aprile 2008 consid. 2.3; DTF 126 II 43 e 125 II 326).

E. 12.2

Alla luce di quanto sopraesposto gli atti di causa vanno rinviati all'autorità inferiore affinché proceda al necessario complemento istruttorio tramite esperimento di una perizia pluridisciplinare in reumatologia/ortopedia, neurologia, psichiatria e otorinolaringoiatria in Svizzera, in cui si tenga conto dell'effetto congiunto delle patologie, riservato ogni ulteriore esame che l'evoluzione nel tempo dello stato di salute dell'insorgente dovesse rendere necessario (sentenza del TF 9C_235/203 del 10 settembre consid. 2.3; DTF 137 V 210). Sulla base degli accertamenti ancora da esperire dovrà in particolare essere possibile di determinarsi, con il grado della verosimiglianza determinante, sull'evoluzione dello stato di salute del ricorrente a partire da luglio 2015 e sulla sua incidenza sulla capacità lavorativa in attività adeguate, fermo restando che è necessario che i menzionati periti si esprimano congiuntamente al riguardo.

E. 12.3

Peraltro neppure la più recente giurisprudenza del Tribunale federale di cui a DTF 137 V 210 (cfr. segnatamente il consid. 4.4.1.4) si oppone al rinvio della causa all'autorità inferiore per completamento dell'istruttoria. In effetti, in assenza di tali accertamenti complementari non era, né è, possibile determinarsi con cognizione di causa, ed il necessario grado della verosimiglianza preponderante, sullo stato di salute del ricorrente e sull'incidenza delle affezioni di cui soffre sulla residua capacità lavorativa in attività sostitutive adeguate. In particolare, un rinvio all'autorità inferiore si giustifica, dal profilo delle garanzie procedurali (in particolare quello della doppia istanza con piena cognizione) nei casi in cui, come nella fattispecie, è richiesto un accertamento peritale interdisciplinare in ambiti che non sono stati sufficientemente acclarati nella procedura di prima istanza, ma che lo avrebbero dovuto essere prima dell'emanazione della decisione litigiosa, gli elementi per dovere agire in tal senso essendo già presenti agli atti di causa (DTF 137 V 210 consid. 4.4.1.4). In concreto è in particolare completamente carente l'accertamento relativo all'aspetto della problematica lombare rispettivamente l'esame peritale congiunto al fine di stabilire le conseguenze delle affezioni rilevanti sulla capacità lavorativa residua.

E. 12.4

Alla luce degli accertamenti esperiti l'amministrazione si pronuncerà nuovamente sul grado di invalidità a far tempo dal 1° ottobre 2015, fermo restando il diritto alla rendita intera dal 1° luglio 2011 al 30 settembre 2015 e quello ad una mezza rendita dal 1° ottobre 2015 già definitivamente acquisita e comprovata alla luce delle considerazioni precedenti ed incontestate. In tale ambito, va infatti risolta solo la questione se le ulteriori affezioni di natura extrainfortunistica di cui soffre il ricorrente rispettivamente quelle di natura neurologica - oltre a quella psichiatrica - già presenti prima dell'emanazione della decisione litigiosa, riconosciute dai vari specialisti interpellati dall'INSAI, possano comportare, o meno, un incremento della mezza rendita accordata.

E. 13.1

Nel gravame del 12 dicembre 2017, il ricorrente ha altresì censurato il raffronto dei redditi effettuato dall'autorità inferiore ed in particolare la determinazione del reddito da valido da parte dell'autorità inferiore (doc. TAF 1 e 8).

E. 13.2

Per determinare il reddito ipotetico da valido, occorre stabilire quanto guadagnerebbe la persona assicurata, secondo il grado di verosimiglianza preponderante, quale persona sana al momento della decorrenza del diritto alla rendita, tenuto conto delle sue capacità professionali e delle circostanze personali. Di regola, ci si fonda sull'ultimo reddito che la persona assicurata ha conseguito prima dell'insorgenza del danno alla salute, se del caso adeguato al rincaro e all'evoluzione reale dei salari. Questo perché normalmente, in base all'esperienza comune, la persona interessata avrebbe continuato la precedente attività in assenza del danno alla salute. Eccezioni a questo principio devono essere previste secondo la verosimiglianza preponderante (DTF 139 V 28 consid. 3.3.2; 134 V 322 consid. 4.1).

E. 13.3

Tale reddito può essere stabilito sulla base delle iscrizioni figuranti sull'estratto del conto individuale della cassa di compensazione dell'interessato. Secondo l'art. 25 cpv. 1 OAI, sono infatti considerati redditi del lavoro, ai sensi dell'art. 16 LPG, i redditi annui presumibili sui quali sarebbero riscossi i contributi disposti dalla LAVS. Se tuttavia è dimostrato che il reddito percepito è diminuito o aumentato in modo straordinario in un determinato periodo, si deve tenere conto del reddito medio su un periodo di tempo più lungo. Inoltre, sia l'assicurato che l'Ufficio AI possono provare che il reddito effettivamente percepito (e soggetto a contributi) è di importo superiore od inferiore rispetto al reddito registrato nel conto individuale (sentenza del TF 9C_771/2017 del 29 maggio 2018 consid. 3.6.1).

E. 13.4

Il ricorrente non può pertanto esser seguito laddove pretende che per determinare il reddito da valido venga tenuto conto anche delle indennità per vitto e alloggio (si confronti in proposito sentenza del TF 9C_278/2010, consid. 2.3) percepite in maniera saltuaria a seconda degli impieghi lavorativi svolti. Dagli atti all'incarto figura difatti che il reddito mensile negli anni precedenti all'infortunio del luglio 2010 ammontava a CHF 5'500.- nel 2010 e 2009, CHF 5'330.- nel 2008 e CHF 5'230 nel 2007, dati che corrispondono alle cifre menzionate negli estratti del conto individuale (cfr. doc. 6 e allegati a doc. TAF 1), nonché con quanto dichiarato dal datore di lavoro nel formulario del 27 dicembre 2010 (doc. 6). Dai certificati di salario prodotti, peraltro non risulta neppure che il ricorrente abbia prestato con regolarità lavoro straordinario. Su questo punto il ricorso è pertanto infondato.

E. 14

Ne consegue che il ricorso è parzialmente accolto. Il diritto ad una rendita intera d'invalidità, limitata nel tempo, dal 1° luglio 2011 al 30 settembre 2015 (nr. ([...]) va confermato, in quanto incontestato e suffragato dagli atti dell'incarto. La decisione nr. (...) del 6 novembre 2017 con cui l'autorità inferiore ha assegnato al ricorrente mezza rendita a decorrere dal 1° ottobre 2015 va per contro annullata e gli atti di causa sono rinviati all'UAIE affinché proceda al completamento dell'istruttoria ed alla pronuncia di una nuova decisione ai sensi dei considerandi che precedono.

E. 15.1

Visto l'esito della causa, non sono prelevate delle spese processuali (art. 63 PA). L'anticipo equivalente alle presunte spese processuali di CHF 800.-, versato il 23 gennaio 2018, sarà restituito al ricorrente allorquando la presente sentenza sarà cresciuta in giudicato.

E. 15.2

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

E. 15.3

L'indennità a titolo di spese ripetibili, in assenza di una nota dettagliata, è fissata d'ufficio (art. 14 cpv. 2 TS-TAF) in CHF 2'800.- (disborsi compresi, senza IVA; v. art. 1 cpv. 2 lett. a in correlazione con gli art. 8 cpv. 1 della legge federale del 12 giugno 2009 concernente l'imposta sul valore aggiunto [LIVA; RS 641.20] e 9 cpv. 1 lett. c TS-TAF), tenuto conto dell'ampiezza e delle difficoltà della causa e del lavoro necessario ed utile svolto dal rappresentante. 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.