

BVGer C-7677/2015 vom 19. Juni 2017

Bundesverwaltungsgericht, 2017-06-19, IT

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bvger_C-7677_2015

FR: TAF C-7677/2015 du 19 juin 2017

IT: TAF C-7677/2015 del 19 giugno 2017

Regeste

Revisione della rendita

Erwägungen

E. 1.1

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

E. 1.2

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

E. 1.3

In concreto, il ricorso è ammissibile nella misura in cui è stato presentato tempestivamente e nel rispetto dei requisiti previsti dalla legge (art. 59 e 60 LPGA, nonché l'art. 52 cpv. 1 PA). L'anticipo delle spese processuali è stato inoltre tempestivamente saldato (doc. TAF 10).

E. 2.1

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

E. 2.2

Nella specie, l'interessato risiede nella zona di confine e la malattia si è manifestata durante lo svolgimento dell'attività quale frontaliere. L'Ufficio AI cantonale è dunque competente

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

E. 3.1.1

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

E. 3.1.2

Contestato, in concreto, è la riduzione al 50% a partire dal 1° dicembre 2013 del grado di invalidità riconosciuto a A._____ dal 1° novembre 2013, così come il mancato riconoscimento del diritto ad una rendita intera oltre il 31 marzo 2014 e almeno fino al 16 novembre 2005, così come la mancata attribuzione di una mezza rendita in seguito. Ne consegue che sono applicabili le modifiche legislative di cui alla 6a revisione in vigore dal 1° gennaio 2012 (RU 2011 5659; FF 2010 1603), pur non comportanti cambiamenti rispetto al diritto precedente in merito alla valutazione dell'invalidità, così come eventuali modifiche entrate in vigore successivamente, ritenuto che il diritto alla rendita stesso è sorto il 1° novembre 2013.

E. 3.2

Giova altresì rilevare che il potere cognitivo di questo Tribunale è delimitato dalla data della decisione impugnata, in concreto il 28 ottobre 2015. Il giudice delle assicurazioni sociali esamina infatti la decisione impugnata sulla base della situazione di fatto esistente al momento in cui essa è stata resa (DTF 136 V 24 consid. 4.3). Tiene tuttavia conto dei fatti verificatisi posteriormente quando essi possono imporsi quali elementi d'accertamento retrospettivo della situazione anteriore alla decisione stessa (DTF 129 V 1 consid. 1.2 e 121 V 362 consid. 1b), in altri termini se gli stessi sono strettamente connessi all'oggetto litigioso e se sono suscettibili di influire sull'apprezzamento del giudice al momento in cui detta decisione litigiosa è stata resa (cfr. sentenze del TF 8C_278/2011 del 26 luglio 2011 consid. 5.5, nonché 9C_116/2010 del 20 aprile 2010 consid. 3.2.2; DTF 118 V 200 consid. 3a in fine).

E. 4.1

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

E. 4.2

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

E. 4.3

Gli atti giuridici riportati nella sezione A dell'allegato II sono, in particolare, il regolamento (CE) n. 883/2004 del Parlamento europeo e del Consiglio del 29 aprile 2004 (RS 0.831.109.268.1) relativo al coordinamento dei sistemi di sicurezza sociale, con le relative modifiche, e il regolamento (CE) n. 987/2009 del Parlamento europeo e del Consiglio del 16 settembre 2009 (RS 0.831.109.268.11) che stabilisce le modalità di applicazione del regolamento (CE) n. 883/2004, nonché il regolamento (CEE) n. 1408/71 del Consiglio del 14 giugno 1971 (RU 2004 121, 2008 4219 4237, 2009 4831) relativo all'applicazione dei regimi di sicurezza sociale ai lavoratori subordinati, ai lavoratori autonomi e ai loro familiari che si spostano all'interno della Comunità, con le relative modifiche, e il regolamento (CEE) n. 574/72 del Consiglio del 21 marzo 1972 (RU 2005 3909, 2008 4273, 2009 621 4845) che stabilisce le modalità di applicazione del regolamento (CEE) n. 1408/71, con le relative modifiche, entrambi applicabili tra la Svizzera e gli Stati membri fino al 31 marzo 2012 e quando vi si fa riferimento nel regolamento (CE) n. 883/2004 o nel regolamento (CE) n. 987/2009 oppure quando si tratta di casi verificatisi in passato.

E. 4.4

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

E. 5

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

E. 6.1

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

E. 6.2

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

invalido almeno al 40%.

E. 6.3

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

E. 6.4

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

E. 6.5

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

E. 6.6

La nozione di invalidità in ambito AI coincide con quella vigente in ambito LAINF e nell'assicurazione militare (art. 16 LPGGA; DTF 127 V 129 consid. 4d; 133 V 549 consid. 6). Se il danno alla salute è il medesimo, la valutazione dell'invalidità in ambito AI, LAINF e assicurazione militare dovrebbe condurre al medesimo grado di invalidità (DTF 133 V 549 consid. 6; 126 V 288 consid. 2a con rinvii). Un assicuratore non è tuttavia vincolato ad una

decisione emessa da un altro ente per esempio nel caso in cui il grado di invalidità risulta da un accordo intercorso tra le parti (DTF 127 V 129 consid. 4d; 126 V 288 consid. 2a) rispettivamente si fonda su un errore di diritto (DTF 126 V 288 consid. 2a).

E. 6.7

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

E. 7.1

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

E. 7.2

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

E. 7.3

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

E. 8.1

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

E. 8.2

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

E. 9.1

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

E. 9.2

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

E. 9.3

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

E. 9.4

In particolare per quanto concerne le perizie giudiziarie la giurisprudenza ha statuito che il giudice non si scosta senza motivi imperativi dalla valutazione degli esperti, il cui compito è quello di mettere a disposizione del tribunale le proprie conoscenze specifiche e di valutare, da un punto di vista medico, una certa fattispecie. Ragioni che possono indurre il giudice a non fondarsi su un tale referto sono ad esempio la presenza di affermazioni contraddittorie nella perizia stessa oppure l'esistenza di altri rapporti in grado di inficiarne la conclusione.

In tale evenienza, la Corte giudicante può disporre una superperizia oppure scostarsi, senza necessità di ulteriori complementi, dalle conclusioni del referto peritale giudiziario (DTF 125 V 351 consid. 3b/aa pag. 353 con rinvii).

E. 9.5

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

E. 9.6

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

E. 9.7

Giova altresì rilevare come debba essere considerato con la necessaria prudenza l'avviso dei medici curanti, i quali possono tendere a pronunciarsi in favore del proprio paziente a dipendenza dei particolari legami che essi hanno con gli stessi (DTF 125 V 351 consid. 3b e relativi riferimenti).

E. 9.8

Non va infine dimenticato che se vi sono dei rapporti medici contraddittori il giudice non può evadere la vertenza senza valutare l'intero materiale e indicare i motivi per cui si fonda su un rapporto piuttosto che su un altro (sentenza del Tribunale federale delle assicurazioni I 673/00 dell'8 ottobre 2002). Al riguardo va tuttavia precisato che non si può pretendere dal giudice che raffronti i diversi pareri medici e parimenti esponga correttamente da un punto di vista medico, come farebbe un perito, i punti in cui si evidenziano delle carenze e qual è

l'opinione più adeguata (sentenza del Tribunale federale I 166/03 del 30 giugno 2004 consid. 3.3).

E. 10.1

In concreto contestata è segnatamente la questione se il grado di esigibilità lavorativa del 50% a partire dal 1° settembre 2013 e del 100% a partire dal 1° gennaio 2014 in attività adeguate ritenuto dall'amministrazione, è corretto o meno. Non più contestata per contro è l'inabilità lavorativa al 100% nell'attività abituale a partire dal sinistro (consid. 13.5).

E. 10.2

In via preliminare, l'autorità inferiore ha rettammente ritenuto, sulla base di valutazioni mediche univoche, che vi è stata sicuramente un'incapacità lavorativa totale in qualsiasi attività perlomeno dal 23 agosto 2012 al 1° settembre 2013 (cfr., consid. D.a, D.b, D.d, E.a) che giustifica l'assegnazione di una rendita intera dal 1° novembre 2013 al 1° dicembre 2013.

E. 10.3

Censurata è, per contro, la valutazione dello stato di salute dell'insorgente al di là del 1° settembre 2013, che, stando all'amministrazione cantonale, permetterebbe a quest'ultimo di rientrare nel mondo del lavoro dapprima nella misura del 50%, in seguito, a partire dal 1° gennaio 2014 in misura completa, svolgendo un'attività adeguata e rispettosa dei limiti funzionali.

E. 10.4

A mente del ricorrente, alla luce degli sviluppi che il caso ha avuto nell'ambito della procedura LAINF, oltre che in ragione del persistere della sintomatologia dolorosa e delle limitazioni funzionali attestate dalla documentazione medica prodotta, non vi è nessuna possibilità di ripresa lavorativa, anche in un'attività leggera, prima del mese di novembre 2015, data a partire dalla quale soltanto in un'attività confacente alle condizioni fisiche e nella misura massima del 50% potrebbe essere considerato abile al lavoro.

E. 11.1

Stando alla documentazione medica componente l'incarto, l'insorgente è portatore di due distinti disturbi, insorti a seguito del trauma del 23 agosto 2012.

E. 11.1.1

Da una parte quelli relativi alla colonna lombare, che sono persistiti nonostante la guarigione della frattura dei processi trasversali L1-L3, attestata dagli esami RX del 15 e del 26 febbraio 2013 (doc. 11 pp. 2-3) ed RM del 17 aprile 2013 (doc. 11 p. 1). La persistenza dei dolori, è stata dapprima spiegata dal dr. G._____ quale episodio di lombo-sciatologica in aggravamento, correlata a un problema posturale assunto dall'assicurato per tollerare i dolori inguino-sacrali, più che a un problema radiologico, essendo le fratture dei processi trasversali ormai consolidate (rapporto del 19 settembre 2013 [doc. 85 pp. 88-89]). A seguito dell'esame RM del rachide lombare nativo del 12 novembre 2013, sul quale si è poi espresso anche il dr. F._____ (doc. 85 p. 56), è emersa l'esistenza di una modesta spondilosi del tratto prossimale, nessuna presenza di ernie discali, ma multiple ernie intraspugnose di Schmorl della limitante somatica superiore L1-L2-L3 (doc. 85 p. 57). Tali problematiche sono state considerate estranee al sinistro del 23 agosto 2012 dal dr. I._____, che ha quindi ritenuto l'assicurato nuovamente abile al

lavoro in misura completa (doc. 85 p. 33). Nel rapporto del 2 gennaio 2014 ha infatti indicato: "Dalla risonanza magnetica eseguita alla colonna lombare non sono emersi assolutamente postumi di origine post-traumatica. Sono emersi per altro problemi di origine degenerativa sicuramente preesistenti all'infortunio. Dall'01.01.2014 quindi i problemi a livello della schiena non sono più in relazione causale con una probabilità prevalente con l'infortunio del 23.08.2012. Ulteriori inabilità e cure per quanto riguarda la colonna lombare, andranno a carico quindi della rispettiva Cassa Malati". Il concetto è stato ribadito anche nel rapporto dell'11 aprile 2014 (doc. LAINF 178). Attestano un'origine morbosa dei disturbi alla schiena pure le valutazioni del dr. G. _____ - che nei rapporti del 5 agosto e del 23 settembre 2014 (doc. LAINF 207 e 221) ha riferito di una "decisa contrattura dei muscoli para-vertebrali dorsali" e di un "paziente guarito dal punto di vista chirurgico"; del dr. S. _____ - che nel rapporto ortopedico del 14 novembre 2014 (doc. 71 p. 40) ha riconosciuto una lombalgia cronica e spondilosi; nonché del dr. T. _____ - che esaminando la RM al rachide lombosacrale, ha riferito nel rapporto fisiatrico del 4 marzo 2015 (doc. 71 p. 30) di un canale vertebrale ai limiti della normalità per ragioni congenite e per l'insorgenza di fenomeni artrosici. Alla luce di tali valutazioni il dr. I. _____, anche nei successivi rapporti (doc. LAINF 231, 241, 251, 254), ha quindi negato la competenza dell'assicuratore contro gli infortuni per tali problematiche dal 1 gennaio 2014, pur ammettendo la persistenza dei disturbi e delle algie lamentate dall'insorgente alla regione lombare (cfr. anche doc. LAINF 231).

E. 11.1.2

Dall'altra parte vi sono i disturbi relativi all'inguine, per i quali l'assicurato è stato operato una prima volta il 2 settembre 2012 (doc. 11 p. 10, vedi consid. B.a) e una seconda volta, a causa della cronicizzazione del dolore, il 12 giugno 2014 (doc. 52 pag. 2-4, vedi consid. E.b). Visto il buon esito della ripresa chirurgica - attestato dall'esame RM del 29 settembre 2014 (doc. LAINF 228) e dal dr. G. _____ nel rapporto del 23 settembre 2014 ("le ferite chirurgiche appaiono ben consolidate e in normo evoluzione, non vi è linfoedema [...] solo un modesto gonfiore a livello della radice della coscia" - doc. LAINF 221) - il dr. I. _____ ha considerato, per i soli postumi infortunistici, l'assicurato nuovamente abile al lavoro al 100% a partire dal 1° novembre 2014 nella precedente attività di macchinista (doc. LAINF 231). Nonostante ciò, il dr. I. _____ (nel summenzionato rapporto), nonché il dr. T. _____ nei rapporti fisiatrici del 27 gennaio e del 4 marzo 2015 (doc. 71 p. 30, 32) e il dr. U. _____ nel rapporto neurochirurgico del 4 marzo 2015 (doc. 71 p. 29), hanno riscontrato il persistere dei dolori alla regione inguinale destra. Proprio per questo, in data 27 marzo 2015 l'assicurato si era sottoposto a un ulteriore esame RMN al bacino (doc. LAINF 246), dal quale tuttavia, a detta del dr. I. _____, non è emerso nessun elemento nuovo, suscettibile di modificare la valutazione espressa riguardo alla ripresa della capacità lavorativa (doc. LAINF 251, 254). Alla medesima conclusione è giunto pure il dr. G. _____ nel rapporto del 2 maggio 2016 (doc. LAINF 280), ritenendo che l'esame RM "non mostrava evoluzioni particolari rispetto alle visite e agli esami nel 2014". Il suddetto rapporto del dr. G. _____ come pure i rapporti del dr. O. _____ del 16 novembre 2015 (allegato al doc. TAF 1), del 21 gennaio 2016 (allegato al doc. TAF 7) e del 23 marzo 2016 (allegato al doc. TAF 15), prodotti dall'insorgente, debbono essere comunque considerati con riserbo, essendo stati emessi posteriormente alla decisione impugnata. Essi possono pertanto entrare in linea di conto unicamente nella misura in cui le valutazioni espresse siano strettamente connesse all'oggetto litigioso e meglio se possono imporsi quali elementi d'accertamento retrospettivo.

E. 11.2

Ciò che non è in particolare il caso per le recenti problematiche insorte al rachide cervicale e riscontrate per la prima volta in occasione dell'esame RM della colonna dorsale e cervicale del 27 ottobre 2016 (doc. LAINF 296) e alle nuove indicazioni di danno neurologico, descritte nel rapporto del 15 ottobre 2016 della dr.ssa Q._____, specialista in neurologia (allegato al doc. TAF 23).

E. 12.1

L'art. 59 cpv. 2bis LAI ricorda che i servizi medici regionali sono a disposizione degli uffici AI per valutare le condizioni mediche del diritto alle prestazioni, stabiliscono la capacità funzionale dell'assicurato - determinante per l'AI secondo l'art. 6 LPGA - di esercitare un'attività lucrativa o di svolgere le mansioni consuete in una misura ragionevolmente esigibile e sono indipendenti per quanto concerne le decisioni in ambito medico nei singoli casi. Scopo e senso dell'art. 59 cpv. 2bis LAI, come pure dell'art. 49 OAI risiedono nella possibilità, per gli uffici AI, di fare capo ai propri medici per la valutazione degli aspetti sanitari del diritto alla rendita. Questi ultimi, grazie alle loro specifiche conoscenze medico-assicurative, sono quindi chiamati a valutare la capacità funzionale della persona assicurata. In questo modo è stata creata una chiara separazione di competenze tra medici curanti e assicurazione sociale. Sulla base delle indicazioni del SMR, l'UAI deve così decidere cosa si può ragionevolmente pretendere da un assicurato e cosa invece no (sentenza del TF 9C_9/2010 del 29 settembre 2010 consid. 2). Peraltro, i rapporti SMR hanno la funzione di effettuare una sintesi delle informazioni e degli esami medici di cui agli atti di causa e formulare delle raccomandazioni quanto al seguito da dare all'incarto da un punto di vista medico (sentenza del TF 9C_542/2011 del 26 gennaio 2012 consid. 4.1). Per poter loro attribuire pieno valore probatorio, i rapporti dei servizi medici regionali devono essere redatti da medici che dispongono delle qualifiche specialistiche richieste nel singolo caso di specie. Se ciò non è il caso, il loro valore probatorio è affievolito (sentenza del TF 9C_826/2009 del 20 luglio 2010 consid. 4.2).

E. 12.2

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

E. 12.3

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 concluzione delle attestazioni mediche interne dell'assicurazione (DTF 135 V 465 consid. 4, nel caso in esame un rapporto interno all'INSAI). Nel caso in esame tali dubbi sussistono alla luce della documentazione prodotta dall'assicurato.

E. 13.1

In concreto, il servizio medico dell'amministrazione cantonale non ha eseguito accertamenti propri, né ha predisposto ulteriori indagini mediche presso il luogo di domicilio dell'assicurato, fondandosi in prevalenza sugli esami condotti nell'ambito della procedura LAINF.

E. 13.2

Nell'ambito del primo rapporto SMR del 29 aprile 2014 (doc. 48 p. 3), la dr.ssa J. _____ si è sostanzialmente fondata sul referto del 5 settembre 2013 del dr. I. _____ (doc. 84 p. 15), per stabilire che in un'attività adeguata l'assicurato avrebbe potuto riprendere l'attività lavorativa nella misura del 50% a partire dal mese di settembre 2013; mentre si è fondata sul successivo rapporto del 2 gennaio 2014 del dr. I. _____ (doc. 85 p. 30), per attestare la piena abilità lavorativa anche nell'attività abituale di macchinista di escavatore a partire dal 1° gennaio 2014. Quanto ai persistenti disturbi alla schiena correlati a problematiche di origine degenerativa, segnalati anche dallo stesso dr. I. _____, la dr.ssa J. _____ non ha ritenuto che questi potessero avere un influsso sulla capacità lavorativa dell'assicurato (doc. 48 p. 3).

E. 13.3

Una nuova valutazione da parte del SMR è intervenuta oltre un anno dopo ad opera della dr.ssa L. _____ (doc. 65). Nel rapporto del 10 giugno 2015, tenendo conto degli accertamenti relativi alla problematica all'inguine eseguiti nel corso del mese di febbraio 2014 (doc. 50) e dell'intervento di revisione chirurgica della regione inguino-crurale destra eseguito il 12 giugno 2014 (doc. 52), il medico ha sostanzialmente confermato la valutazione già esposta in precedenza dalla dr.ssa J. _____, ritenendo la capacità lavorativa dell'assicurato ripristinata in misura completa a partire dal 1° gennaio 2014 e semplicemente interrotta per il breve periodo di convalescenza postoperatorio (dal 12 al 26 giugno 2014). Nella professione abituale di macchinista di escavatore, essa ha per contro, ritenuto nuovamente esigibile la ripresa lavorativa a partire dal 13 luglio 2014 (doc. 65 p. 5). Nell'una come nell'altra attività è stato prescritto il rispetto dei seguenti limiti funzionali: attività non pesanti, raramente sollevamento di pesi superiori a 25 kg e cambio di posizione frequente (doc. 65 p. 4).

E. 13.4

A seguito dell'opposizione del 21 luglio 2015 (doc. 71) interposta dall'assicurato contro il progetto di decisione del 25 giugno 2015 (doc. 67), il SMR è stato nuovamente chiamato a esaminare la fattispecie, alla luce dei referti prodotti dall'assicurato, fra i quali il rapporto del dr. V. _____ del 2 aprile 2014 e dei nuovi accertamenti acquisiti nell'incarto LAINF, aggiornato fino alla decisione del 15 dicembre 2014, con cui l'INSAI ha decretato la chiusura del caso e l'estinzione del nesso causale a partire dal 1° novembre 2014 (doc. LAINF 237). Rivalutando il caso, la dr.ssa L. _____, nel rapporto SMR del 19 agosto 2015 (doc. 74) è giunta alla conclusione, che dalla nuova documentazione medica visionata non emergano elementi nuovi, suscettibili di modificare la valutazione espressa nel precedente rapporto del 10 giugno 2015 (doc. 74 p. 7). Ciononostante, essa ha esteso

l'elenco dei limiti funzionali ritenendo ridotta la capacità dell'assicurato nello svolgere delle attività su terreni sconnessi e in contesti di particolare caldo, freddo e umidità (doc. 74 p. 6).

E. 13.5

Nell'ultimo rapporto del SMR, risalente al 11 febbraio 2016 (allegato al doc. TAF 13), la dr.ssa L. _____ conferma nuovamente l'esigibilità lavorativa già espressa nei precedenti rapporti in un'attività adeguata e rispettosa dello stato di salute dal 1° gennaio 2014. Per contro, alla luce dei nuovi accertamenti, è stata esclusa per la prima volta la ripresa lavorativa nell'attività abituale di macchinista di escavatore dalla data del sinistro. Ciò anche in ragione di ulteriori limiti funzionali riscontrati, oltre a quelli già indicati, segnatamente la riduzione a 10kg del massimo peso sollevabile dall'assicurato e la prescrizione di pause che permettano a quest'ultimo di stendersi brevemente dopo mezzogiorno.

E. 14.1

Alla luce di quanto sopra esposto, pur avendo gradualmente riconosciuto maggiori limiti funzionali a carico dell'insorgente, tanto da escludere con l'ultimo rapporto la possibilità di riprendere l'attività svolta prima dell'infortunio a partire dalla data di quest'ultimo, i medici del SMR hanno sostanzialmente confermato la prima valutazione espressa dalla dr.ssa J. _____, ritenendo assodato che dall'assicurato fosse esigibile la ripresa lavorativa in attività idonea, nella misura del 50%, a decorrere dal mese di settembre 2013, in seguito in misura totale a decorrere dal mese di gennaio 2014. Dette conclusioni non possono tuttavia essere confermate, fondandosi su un accertamento incompleto e contraddittorio e pertanto non concludente dei fatti rilevanti.

E. 14.2.1

Come detto sopra, la dr.ssa J. _____ aveva formulato le proprie conclusioni, fondandosi sugli accertamenti condotti nell'ambito della procedura LAINF, in particolare sui rapporti del dr. I. _____ (doc. 84 p. 15 e 85 p. 30; consid. 13.2).

E. 14.2.2

Quest'ultimo, in quanto medico fiduciario dell'assicuratore infortuni, era chiamato, in prima battuta, a valutare l'obbligo prestativo dell'INSAI rispetto al sinistro assicurato. Nondimeno, il dr. I. _____ ha sempre riconosciuto la presenza di problemi di natura extra-infortunistica, peraltro riferiti anche dagli altri specialisti interrogati, così come il dr. G. _____ e il dr. F. _____ (consid. 12.1.1 e D). In simili circostanze questa Corte ritiene criticabile il fatto che nel rapporto del 29 aprile 2014, pur avendo accertato il persistere dei disturbi alla schiena correlati a problematiche di origine degenerativa, la dr.ssa J. _____ si sia comunque allineata alla valutazione del dr. I. _____ riguardo all'abilità lavorativa (doc. 48 p. 3). Alla luce dei disturbi di natura extra-infortunistica, sarebbe stato opportuno proporre l'esecuzione di ulteriori indagini specialistiche, al fine di appurare dal punto di vista neurologico, reumatologico e, dandosene il caso fisiatrico - materie in cui la dr.ssa J. _____ non risulta specializzata (così come la dr.ssa L. _____) - l'eventuale influsso di tali patologie sulla capacità lavorativa, segnatamente se permettevano di svolgere ancora l'attività precedentemente svolta, fatto negato poi soltanto nell'ambito della procedura ricorsuale. È bene infatti rammentare che le stesse, seppur trascurabili dall'INSAI non essendo correlate all'infortunio, debbono essere tenute in debita considerazione in ambito AI.

E. 14.2.3

Oltre a ciò, nel rapporto del 2 gennaio 2014 il dr. I._____ tratta solo marginalmente la problematica all'inguine, per la quale rimanda alla valutazione prevista con il dr. G._____ nel mese di marzo 2014 (doc. 85 p. 33) da cui è emerso che non era ancora completamente sanata e necessitava un nuovo intervento chirurgico (doc. LAINF 179, 180), poi eseguito il 12 giugno 2014 (doc. LAINF 189; consid. D). Di tali accertamenti, che pur precedono il rapporto SMR del 29 aprile 2014, la dr.ssa J._____ non fa menzione. Risulta dunque che una problematica che lo stesso INSAI ha riconosciuto avere un'incidenza sull'abilità lavorativa dell'assicurato (cfr. doc. LAINF 186, l'assicuratore infortuni ha infatti ripristinato il diritto all'indennità giornaliera per incapacità lavorativa al 100% dal 1° gennaio 2014, consid. E.d), non è stata considerata nella valutazione del SMR.

E. 14.2.4

Non risulta infine avvalorato da rapporti medici chiari, completi e concludenti neppure il preteso miglioramento dello stato di salute indicato dalla dr.ssa J._____ secondo la quale, a partire dal 1° settembre 2013, dall'assicurato sarebbe stata esigibile la ripresa di un'attività lavorativa adeguata nella misura del 50%. Ad eccezione del dr. I._____, che nel rapporto del 5 settembre 2013, riservandosi tuttavia di riconsiderare il caso dopo la valutazione del dr. G._____, riteneva immaginabile che presso un'altra ditta l'assicurato facesse un tentativo di ripresa dell'abituale attività lavorativa ("pakerista") nella misura del 50% (doc. 84 p. 18), non vi è alcun altro medico che abbia considerato ristabilita, in tutto o in parte, la capacità lavorativa dal mese di settembre 2013. Del resto il dr. I._____ stesso si esprime in termini di "tentativo" non di esigibilità. Al contrario, il dr. F._____ nel rapporto del 12 luglio 2013 aveva espresso dei dubbi quanto alla possibile ripresa dell'attività di manovale nell'edilizia, pur ritenendo possibile, una volta terminata l'incapacità lavorativa ulteriormente protratta fino alla fine di agosto 2013 (doc. 84 p. 22), l'esecuzione di un'attività lavorativa alternante la posizione seduta con quella eretta (doc. 84 p. 31). Dal canto suo il dr. V._____, nel rapporto del 2 aprile 2014, ha ritenuto persistere in maniera invariata e completa sin dalla data dell'evento infortunistico l'inabilità lavorativa dell'insorgente (doc. LAINF 174, 188). Esprimendosi sul referto RM del bacino del 7 ottobre 2013 (doc. 11 p. 5), il dr. G._____, nel rapporto del 16 ottobre 2013, pur riferendo un netto miglioramento ha confermato e ulteriormente prolungato l'inabilità lavorativa totale (doc. 85 pp. 65-66). Ritenuto poi che nell'ambito della procedura LAINF, per le sole problematiche post-traumatiche, l'indennità giornaliera è stata protratta ben oltre il 1° gennaio 2014 e meglio fino al 31 ottobre dello stesso anno in ragione della completa incapacità lavorativa dell'assicurato, le conclusioni della la dr.ssa J._____ secondo cui dal 1° settembre 2013 la ripresa lavorativa al 50% in un'attività adeguata era esigibile, risulta priva di fondamento. La capacità lavorativa a quella data va pertanto considerata nulla così come stabilito in ambito LAINF e ciò deve valere, come andrà precisato nei considerandi seguenti almeno fino al 31 ottobre 2014.

E. 14.3.1

Nei successivi rapporti SMR del 10 giugno 2015 e del 19 agosto 2015, la dr.ssa L._____ pur confermando le valutazioni della dr.ssa J._____ riguardanti il momento in cui l'insorgente ha riacquisito l'abilità lavorativa in un'attività adeguata allo stato di salute, ha ritenuto esigibile la ripresa dell'attività abituale unicamente dal 13 luglio 2014, ovvero quattro settimane dopo l'intervento chirurgico del 12 giugno 2014 (doc. LAINF 189) e quindi una breve interruzione della capacità lavorativa. Dal tenore del rapporto del 10

giugno 2015 parrebbe non sia stato tenuto conto degli sviluppi nel frattempo intervenuti nell'ambito della procedura LAINF, in particolare non è stato fatto alcun accenno ai rapporti del 5 agosto e del 23 settembre 2014 nei quali il dr. G._____ ha confermato il persistere dell'inabilità lavorativa al 100% (doc. LAINF 207, 221) e alla decisione del 15 dicembre 2014 con cui l'INSAI ha interrotto le prestazioni assicurative soltanto a partire dal 1° novembre 2014 a causa del raggiungimento dello status quo sine (doc. 237). Questi sono stati per contro menzionati nel rapporto SMR del 19 agosto 2015; tuttavia la dr.ssa L._____ non si è discostata dalla precedente valutazione.

E. 14.3.2

Alla luce di questi nuovi sviluppi, una tale valutazione del SMR non può dirsi fondata e convincente. Da un lato, perché essa fa proprie le conclusioni della dr.ssa J._____, che come detto (consid. 14.1, 14.2), non possono essere ritenute sufficientemente complete e conclusive, in quanto parzialmente infondate e in contraddizione con gli atti dell'incarto, né permettono di ritenere che a partire dal mese di settembre 2013 vi sia stato un significativo miglioramento della capacità lavorativa dell'assicurato. Dall'altro, poiché essa risulta essere in contrasto non soltanto con tutti gli accertamenti medici agli atti e con gli effettivi sviluppi delle patologie di cui l'assicurato resta affetto, ma pure contraddice il parere del dr.

I._____, che a seguito della ripresa chirurgica del 12 giugno 2014 ha rivisto la propria valutazione del 2 gennaio 2014 - sulla quale si era fondata la dr.ssa J._____ - considerando l'assicurato nuovamente abile al 100%, in relazione ai soli postumi infortunistici, soltanto a partire dal 1° novembre 2014 (doc. LAINF 231). Ritenuto che l'assicurato era affetto anche da disturbi extrainfortunistici non correttamente approfonditi, la capacità lavorativa non poteva essere considerata recuperata nel frattempo.

E. 14.3.3

Ne consegue che la documentazione medica versata agli atti non permette di riconoscere che a partire dal mese di settembre 2013 sia intervenuto un miglioramento dello stato di salute tale da permettere una ripresa lavorativa al 50%. Tantomeno una tale evoluzione è stata documentata a partire dal mese di gennaio 2014, momento a decorrere dal quale l'assicurato avrebbe riacquisito l'intera capacità lavorativa in un'attività sostitutiva. A ben vedere i referti medici attestano da un lato il persistere di una problematica degenerativa, di origine morbosa (doc. LAINF 207, 221 e 231, doc. 71 p. 40, doc. 71 p. 30). Dall'altro - nel periodo in cui, secondo il SMR, l'assicurato avrebbe gradualmente riacquisito l'intera capacità lavorativa - è emersa una recrudescenza della sintomatologia algica e dei disturbi all'inguine, per cui si è rivelata necessaria una ripresa chirurgica poi eseguita il 12 giugno 2014 (doc. 52). Per questi motivi l'INSAI ha revocato la propria decisione, non ritenendo più esigibile una ripresa lavorativa a partire dal mese di gennaio 2014, ma solo dal 1° novembre (doc. LAINF 186, 237).

E. 14.3.4

Non è infine dato di sapere quali sarebbero le attività esigibili non avendo l'amministrazione cantonale neppure ha incaricato un proprio consulente d'integrazione professionale di determinare concretamente, alla luce delle risultanze mediche, delle conseguenze del danno alla salute e delle competenze dell'assicurato, il ventaglio di attività esigibili e il relativo discapito economico.

E. 14.4.1

I vizi e le carenze indicati sopra, non risultano sanati neppure dall'ultimo rapporto SMR redatto dalla dr.ssa L. _____ l'11 febbraio 2016 e prodotto in sede di duplica dall'autorità inferiore (allegato al doc. TAF. 13).

E. 14.4.2

Da un lato, anche in questo rapporto viene confermata l'esigibilità lavorativa in attività adeguata a partire da settembre 2013 al 50% e da gennaio 2014 al 100%, senza alcun accertamento supplementare riguardo alle patologie degenerative emerse e senza tenere conto degli sviluppi intercorsi nell'ambito della procedura INSAI.

E. 14.4.3

Dall'altro, contrariamente a quanto fino ad allora sostenuto dal SMR, l'assicurato viene riconosciuto ormai completamente incapace di riprendere l'attività abituale svolta prima dell'infortunio già a decorrere dalla data dello stesso. Anzi, a causa del danno alla salute, viene ritenuto che questi non è più in grado di sollevare pesi di oltre 10kg e che, anche in un'attività leggera, egli debba eseguire delle pause a seconda del bisogno e che abbia la possibilità di stendersi nel corso del pomeriggio. Ora, non è dato sapere - poiché non espressamente specificato dal medico SMR - se questi ulteriori limiti funzionali siano insorti di recente o se possano essere considerati già presenti al momento dell'assegnazione, rispettivamente della soppressione del diritto alla rendita. Alla luce del progressivo incremento di tali limitazioni, da un rapporto SMR all'altro, parrebbe tuttavia che le stesse fossero già presenti e si siano andate via via definendo grazie agli ulteriori accertamenti strumentali e clinici. Sia quel che sia, è innegabile che essi attestino tutto fuorché un miglioramento dello stato di salute dell'assicurato.

E. 14.5

In definitiva, per tutte le ragioni esposte sopra, il parere del SMR, su cui si è fondato l'UAIE per stabilire a partire da quale momento e in che misura l'assicurato potesse essere ritenuto nuovamente abile al lavoro (doc. 78, 79) non è condivisibile. Il diritto alla rendita non poteva pertanto essere né ridotto dal 1° dicembre 2013 né soppresso dal 1° aprile 2014.

E. 14.6

Da quanto sopra esposto emerge per contro che, come stabilito dall'INSAI e attestato dai medici curanti, l'assicurato è inabile al lavoro al 100% fino al 31 ottobre 2014, a seguito dell'evoluzione dei disturbi all'inguine che hanno reso necessario l'intervento del mese di giugno 2014. Il ricorso va pertanto accolto e la decisione impugnata annullata. Alla luce degli atti dell'incarto questa Corte può pertanto ripristinare il diritto alla rendita intera perlomeno fino al 1° febbraio 2015.

E. 15.1

Per il periodo successivo al 31 ottobre 2014, gli atti di causa vanno rinviati all'autorità inferiore affinché proceda a completare l'accertamento dei fatti giuridicamente rilevanti e ad emanare una nuova decisione. In effetti non è dato di sapere se dopo tale data lo stato di salute dell'assicurato si è modificato anche in ambito AI in modo tale da giustificare dal 1° febbraio 2015 una riduzione o la soppressione del grado di invalidità. Va inoltre rilevato che, seppur non suscettibili di influire sull'apprezzamento da parte di questo Tribunale della decisione del 28 ottobre 2015, in quanto attestanti dei fatti verificatisi dopo tale data e non strettamente connessi all'oggetto litigioso, i certificati medici prodotti in sede ricorsuale sub doc. TAF 19 e 23, riguardanti il periodo da aprile 2016, appaiono di primo acchito rilevanti

per la valutazione dello stato di salute attuale dell'assicurato, segnatamente ne rendono plausibile un peggioramento (riacutizzazione del dolore cronico in sede inguino-crurale dx; insorgenza di nuove problematiche in sede cervicale con sospetto di mielopatia post-traumatica).

E. 15.2

A tale scopo, il ricorrente dovrà essere sottoposto a una perizia pluridisciplinare in Svizzera in neurologia, reumatologia, medicina interna e chirurgia (affezione all'inguine) e dandosene il caso anche in fisioterapia, conto tenuto della patologia degenerativa al rachide lombare di cui soffre. In particolare saranno eseguiti tutti quegli esami strumentali e radiologici che il caso - e l'evoluzione nel tempo dello stato di salute - richiede (Rx, RM, TAC, ECG, ECG da sforzo, ecc.). In esito agli accertamenti svolti dai periti nei rispettivi ambiti di competenza, verrà esposta una valutazione complessiva - interdisciplinare - della capacità lavorativa residua dal 31 ottobre 2014.

E. 15.3

Posto che l'inabilità nell'attività abituale di macchinista di escavatore, è già stata appurata e non è contestata, dalla perizia dovrà emergere se e in che misura l'interessato è abile al lavoro in attività eventualmente ancora esigibili - che dovranno poi essere concretizzate dal servizio competente - e la decorrenza dell'inabilità lavorativa.

E. 15.4

In tali circostanze, non essendo stati chiariti aspetti medici determinanti tramite una perizia specialistica pluridisciplinare, neppure la giurisprudenza del Tribunale federale pubblicata in DTF 137 V 210 (segnatamente consid. 4.4.1.4; DTF 139 V 99 consid. 1) si oppone al rinvio della causa all'autorità inferiore per completamento dell'istruttoria, nel senso indicato da questo Tribunale. In particolare, un siffatto rinvio appare in generale giustificato qualora l'amministrazione ha proceduto ad una constatazione dei fatti sommaria, non essendo compito del Tribunale effettuare in prima battuta i necessari accertamenti fattuali (cfr. sentenza del TF 9C_162/2007 del 3 aprile 2008 consid. 2.3 e relativi riferimenti).

E. 16.1

Se del caso l'autorità amministrativa effettuerà un'indagine comparativa dei redditi, fondandosi sui dati economici relativi al 2013, anno in cui al più presto decorre la rendita (art. 29 cpv. 1 LAI; DTF 129 V 122, sentenza del TF 8C_290/2007 dell'8 luglio 2008 consid. 3).

E. 16.2

Per stabilire il reddito da invalido occorrerà fare riferimento a quello ottenibile dall'insorgente in attività semplici e ripetitive secondo la pertinente tabella dell'ISS 2012 (TA1), non quella del 2010. Al momento dell'emissione della decisione litigiosa, il 28 ottobre 2015, l'UAIE infatti disponeva già dei dati del 2012, ritenuto che sono stati pubblicati nel corso del mese di ottobre 2014 (Lettera circolare AI n. 328 dell'Ufficio federale delle assicurazioni sociali [UFAS] del 22 ottobre 2014; sentenze 9C_225/2016 del 14 luglio 2016 consid. 6.3.2 e 9C_767/2015 del 19 aprile 2016 consid. 3.4 con i riferimenti). I dati statistici ottenuti, andranno poi indicizzati al 2013 (sulla base dell'indice dei salari nominali, uomini, 2011-2015, totale [05-96] - T1.1.10).

E. 17.1

Visto l'esito del ricorso, non vengono prelevate spese processuali. Al ricorrente viene restituito l'anticipo delle spese processuali di 400 franchi versato il 5 febbraio 2016 (doc. TAF 10).

E. 17.2

Ritenuto che l'insorgente è rappresentato in questa sede da un mandatario 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 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). La stessa, in assenza di una nota dettagliata, è fissata d'ufficio (art. 14 cpv. 2 TS-TAF) in 1'000 franchi (spese incluse), tenuto conto del lavoro effettivo ed utile svolto dal patrocinatore della ricorrente. L'indennità per ripetibili è posta a carico dell'UAIE.

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