



Corte III
C-5194/2013

Sentenza del 24 marzo 2015

Composizione

Giudici: Michela Bürki Moreni (presidente del collegio),
Markus Metz, Michael Peterli;
Cancelliere: Dario Croci Torti.

Parti

A. _____,
rappresentato dall'Organizzazione cristiano-sociale ticinese
(OCST),
ricorrente,

contro

**Ufficio dell'assicurazione per l'invalidità per gli
assicurati residenti all'estero (UAIE),**
Avenue Edmond-Vaucher 18, casella postale 3100,
1211 Ginevra 2,
autorità inferiore.

Oggetto

Assicurazione per l'invalidità, revisione della rendita (decisione del 24 luglio 2013).

Fatti:**A.**

A.a A._____, cittadino italiano, nato il (...) 1978, residente in U._____, ha lavorato in Svizzera come installatore di impianti sanitari dal 1996 in poi, solvendo regolari contributi all'assicurazione svizzera per la vecchiaia, i superstiti e l'invalidità (AVS/AI).

A.b In data 28 giugno 2002 il nominato ha subito un incidente della circolazione, riportando importanti ferite ed in particolare una lesione totale del plesso brachiale destro. L'interessato non ha più ripreso l'attività lucrativa (incarto dell'L._____, doc. 1-33).

L'L._____ ha immediatamente assunto il caso, erogando indennità giornaliera per un'incapacità lavorativa del 100% nell'attività precedentemente svolta, e ciò sulla base dei rapporti del dott. B._____, chirurgo ortopedico e medico di circondario, del 20 agosto 2003 e del 19 aprile 2004, del dott. C._____, neurologo, del 27 settembre 2006, e del dott. D._____, reumatologo e medico di circondario, del 26 ottobre 2006 e 16 febbraio 2009 (incarto L._____, doc. 6, 10, 14, 16 e 28, si confronti sentenza del TAF C-5713/2011 del 5 novembre 2012 consid. B).

B.

B.a In data 30 maggio 2003 A._____ ha presentato domanda all'Ufficio AI del Cantone E._____, volta al conseguimento di una prestazione dell'assicurazione svizzera per l'invalidità (doc.1). Per la problematica, essendo per l'essenziale post-infortunistica, l'Ufficio AI del Canton E._____ ha acquisito agli atti l'incarto L._____ fino ad allora disponibile, in particolare i rapporti dei dottori B._____, C._____, D._____ e F._____ (sentenza del TAF succitata consid. C).

Dal questionario per il datore di lavoro allestito il 20 giugno 2003, è risultato che l'interessato ha lavorato presso una ditta del G._____ (H._____, impianti sanitari) dall'aprile 2002 e fino al 5 giugno successivo (doc. 12). Altri brevi referti sanitari sono stati prodotti.

B.b Con nota del 19 novembre 2003 (doc. 18), il medico dell'Ufficio AI cantonale, alla luce della situazione non stabilizzata, ha proposto di attendere l'evoluzione della situazione sanitaria. La richiesta, eccezion fatta per quanto riguarda la ricezione di alcuni certificati medici e documenti relativi ad accertamenti per poter condurre un autoveicolo, è rimasta sospesa per

lungo tempo, dal momento che l'interessato percepiva un'indennità giornaliera da parte dell'L._____ (doc. 22). Parimenti, nel 2004, è stato avviato uno studio volto ad esaminare la possibilità di porre in atto una riforma professionale (doc. 23), ipotesi poi ritenuta non fattibile, in quanto le condizioni di salute non erano stabili (doc. 24). Alle stesse conclusioni si è giunti nel giugno 2008 (doc. 34).

Nel giugno 2009 l'assicurato ha comunicato di trasferirsi in I._____ (doc. 37).

C.

C.a Nel corso della visita medica di chiusura, che ha avuto luogo il 18 giugno 2009, il medico circondariale (dott. F._____) dell'L._____ ha rilevato la diagnosi di lesione del plesso brachiale destro con trapianto nervoso e svariati interventi alla mano, ai tendini, di cui l'ultimo un'artrodesi MT pollice destro (doc. L._____ 37). Il dott. F._____, chirurgo ortopedico, ha constatato la stabilizzazione dello stato di salute dell'assicurato, ha riconosciuto una capacità lavorativa nella massima misura possibile dal 1° agosto 2009 ed ha valutato il tipo d'attività esigibili, precisando che il braccio destro è inutilizzabile, nel senso che non può essere impiegato per sollevare pesi ai fianchi e oltre l'orizzontale e per eseguire lavori fini con la mano destra.

Fondandosi sulla propria documentazione medica e sui propri accertamenti economici, l'L._____ ha emanato una decisione, il 26 agosto 2009 (incarto L._____, doc. 42), mediante la quale ha calcolato un grado d'invalidità del 27%, riconoscendo all'assicurato il diritto ad una rendita d'invalidità dal 1° agosto 2009.

C.b In esito ad opposizione, l'L._____, con decisione del 13 novembre 2009, ha invitato il proprio servizio a rivedere la precedente decisione sulla scorta di un nuovo calcolo comparativo dei redditi (doc. 45), ponendo a confronto un reddito da valido di fr. 59'000.- e un reddito da invalido di fr.41'226.56 (dopo deduzione del 20% e tenuto conto soltanto del ramo servizi, 50-93, della tabella A1, attività semplici e ripetitive, qualifica 4, di cui all'inchiesta svizzera sulla struttura dei salari). Con nuova decisione del 3 dicembre 2009, l'assicuratore L._____ ha quindi riconosciuto una rendita pari ad un grado d'invalidità del 31% dal 1° agosto 2009 (doc. L._____ 46).

D.

D.a Con nota dell'11 agosto 2009, il medico dell'Ufficio AI, consultando l'incarto L. _____, dal quale trasparivano degli accenni a problemi extra-infortunistici (asma bronchiale, sindrome ansio-depressiva), ha proposto di acquisire ad atti eventuali esami più completi e svolgere una perizia bi-disciplinare (doc. 39). Con ulteriore presa di posizione del 23 settembre 2010, il medico ha ritenuto indicata una visita multidisciplinare da effettuarsi in Svizzera (doc. 41). Diversi documenti riguardanti le patologie extra-infortunistiche sono stati acquisiti agli atti (doc. 49, per un totale di 70 pagine; doc. 54).

D.b La perizia è quindi stata eseguita dal Servizio di accertamento dell'assicurazione per l'invalidità di J. _____ (SAM), a più riprese, dal 26 luglio al 17 agosto 2010. Sono state effettuate perizie specialistiche in ortopedia, neurologia, pneumologia, psichiatria. I periti incaricati (relazione del 18 giugno 2010, doc. 66, 67, 68) hanno accertato quale diagnosi avente influsso sull'invalidità la lesione traumatica completa del plesso brachiale destro, esiti di interventi chirurgici plurimi, asma bronchiale con importante componente poliallergica. A titolo di diagnosi secondarie hanno evidenziato delle cervicalgie con importante ematoma al collo, lombalgie, cefalea tensiva, osteopenia femorale in trattamento, sovrappeso. I periti hanno ritenuto il periziando del tutto invalido nel precedente lavoro. In attività confacenti (leggere e/o sedentarie), senza l'utilizzo del braccio destro, evitando ambienti ove sono presenti allergeni (polvere di casa, gatti e graminacee) e l'esposizione al freddo, l'interessato è stato ritenuto abile al 100% dall'inizio del 2004 in poi, con ricaduta (invalidità totale) da aprile 2007 a gennaio 2008 (per motivi pneumologici-allergici) in attività adeguate con le riserve menzionate (doc. 68 pag. 21).

L'incarto è poi stato sottoposto al dott. K. _____, del SMR, il quale ha condiviso diagnosi e valutazioni del SAM (doc. 70).

D.c Sono seguiti alcuni accertamenti in merito al salario precedente l'invalidità (doc. 73-75).

Il consulente in integrazione professionale (CIP) ha dal canto suo calcolato la perdita di guadagno riferendosi al 2004. Ne è scaturito un grado d'invalidità del 27,42% (doc. 83) posto un reddito privo d'invalidità di fr. 67'054.- ed un introito dopo l'invalidità (statistico) di 57'258.-, ridotto del 15% per

fattori personali, ossia fr. 48'669.50. Calcolata nel 2006, la perdita di guadagno si situa al 26%, come pure nel 2007; nel 2009 è del 27% (doc. 83 in toto).

E.

E.a Con progetto di decisione del 20 maggio 2011 (doc. 86) l'Ufficio AI cantonale ha riconosciuto il diritto alla rendita intera dal 1° giugno 2003 (un anno dopo il fattore invalidante) al 31 marzo 2004 (tre mesi dopo il presunto miglioramento) rispettivamente dal 1° aprile 2007 al 30 settembre 2009 (tre mesi dopo il presunto miglioramento).

Nel corso della procedura di audizione l'interessato, rappresentato dall'Organizzazione cristiano-sociale ticinese (OCST), ha prodotto documentazione sanitaria proveniente dal I._____, ove risiedeva, che non è stata ritenuta idonea, secondo il dott. K._____, a modificare il parere del SAM, considerato che evocava le stesse patologie già analizzate (doc. 95).

E.b Con decisione del 12 settembre 2011 l'UAIE ha concesso all'assicurato le prestazioni preannunciate con il progetto di decisione.

F.

F.a Con ricorso depositato il 14 ottobre 2011 presso il Tribunale amministrativo federale (TAF), A._____, sempre rappresentato dall'OCST, ha chiesto l'erezione di una nuova perizia, contestando in particolare l'asserito miglioramento intervenuto fra l'aprile 2004 ed il 31 marzo 2007, atteso che era al beneficio di un'indennità totale erogata dall'L._____. Ha inoltre censurato il calcolo comparativo dei redditi chiedendo l'applicazione della riduzione massima dal salario da invalido. Ha inoltre prodotto diversa documentazione medica (cfr. incarto TAF C-5713/2011). L'Ufficio AI cantonale ha sottoposto gli atti ai dottori M._____, ed N._____, secondo cui, nel rapporto dell'8 novembre 2011, la documentazione esibita evidenziava una situazione nota. L'autorità inferiore ha pertanto proposto la reiezione del gravame.

F.b Con sentenza del 5 novembre 2012 (C-5713/2011), passata nel frattempo in giudicato, il TAF ha ravvisato un'insufficiente motivazione del presunto miglioramento delle condizioni di salute dell'assicurato sì da giustificare la soppressione della rendita dal 1° aprile 2004, menzionando documenti sanitari contrastanti. Il TAF ha inoltre rilevato che nella perizia SAM, il neurologo non si era espresso in merito all'evoluzione dell'incapacità di

lavoro. Il TAF ha così confermato il diritto alla rendita AI dal 1° giugno 2003 al 31 marzo 2004 (DTF 137 V 314 consid. 3.2.4) ed ha rinviato gli atti all'autorità inferiore affinché riesaminasse la liceità della soppressione del diritto alla rendita dal 31 marzo 2004 conformemente al considerando 11.3, segnatamente interpellando nuovamente il dottor O. _____ (sentenza del TAF C-5713/2011 del 5 novembre 2012 consid. 11).

Secondo il TAF (sentenza del TAF C-5713/2011 consid. 10.4) "dal tenore generale dei rapporti specialistici dei medici dell'L. _____ e del dott. C. _____ non appare credibile che lo stato di salute del ricorrente sia migliorato in modo tale da disporre di una piena capacità lavorativa in attività confacenti nel periodo da inizio 2004 ad aprile 2007. Occorre anche sottolineare che il neurologo dott. O. _____, nel suo rapporto dell'agosto 2010 (doc. 69 pag. 30 a 33), poi integrato nella perizia SAM, non si è espresso in merito all'evoluzione dell'incapacità di lavoro del ricorrente né, in particolare, sulla questione a sapere da quando egli sarebbe stato in grado di svolgere attività confacenti".

Il Tribunale ha quindi rinviato l'incarto indicando il seguente modo di procedere: "l'UAIE dovrà innanzitutto sottoporre nuovamente l'incarto al proprio servizio medico affinché questo si pronunci nuovamente sulla questione della capacità lavorativa, quantificandola e giustificando dettagliatamente le proprie conclusioni, in modo particolare durante il periodo dall'inizio del 2004 alla fine di novembre 2008, soprattutto alla luce dei rapporti dei dottori B. _____, C. _____, D. _____ e F. _____, tutti all'incarto L. _____, che hanno riconosciuto un'incapacità lavorativa completa dal 28 giugno 2002 al 31 luglio 2009. A tal fine, se necessario, si rivolgerà al SAM, in particolare al neurologo dott. O. _____, per ottenere nell'ambito di un complemento alla perizia del 28 ottobre 2010, delucidazioni in merito alla valutazione espressa riguardo al periodo precitato. Dovrà poi ancora esaminare in che misura il ricorrente è eventualmente atto a trarre profitto (capacità di guadagno) dalla capacità lavorativa residua in attività adeguate. L'UAIE effettuerà quindi, se del caso, un adeguato e circostanziato raffronto dei redditi, tenendo conto, per quanto concerne la riduzione per circostanze personali, della giurisprudenza federale in materia (in particolare, DTF 126 V 75), ed emanerà una nuova decisione impugnabile".

G.

G.a In seguito al rinvio, il SMR ha disposto che il SAM rispondesse ai quesiti posti nella sentenza del TAF (doc. 112).

In particolare il neurologo, dott. O. _____, ha spiegato, nel referto del 4 marzo 2013 (doc. 114), poi ripreso dal SAM con rapporto del 13 marzo successivo (doc. 114), che, alla luce dei rapporti medici e perizie dell'L. _____, in particolare quello del 19 aprile 2004 del dott. B. _____ e quello del 27 settembre 2006 del dott. C. _____, il miglioramento è confermato per l'inizio del 2004 per diversi motivi: il processo di reinnervazione del plesso brachiale, avviato a fine del 2002 ha sempre dimostrato (nei tre anni successivi) un lento ma sicuro miglioramento nel senso che vi è stato un recupero della funzione motoria del braccio destro, pur comunque non tale da recuperare la funzionalità dell'arto in questione che era e rimane inutilizzabile. Secondo il perito la situazione attuale non si discosta da quella presente nel periodo 2004-novembre 2008, se non per il fatto che nel corso del 2004 e possibilmente ancora nel 2005 si era verificato un certo recupero, seppur modesto, della funzione motoria. Il dott. O. _____ ha osservato che l'L. _____, comunque, aveva ammesso un tasso d'invalidità del 100% anche per il periodo contestato (2004-2008), senza specificare in quale professione, mentre, a suo parere, a partire dal 2004, si poteva ritenere che la situazione post-operatoria fosse stabilizzata dal punto di vista chirurgico, mentre non lo era la situazione neurologica, che avrebbe potuto ancora migliorare.

Il dott. K. _____ dell'Ufficio AI ha condiviso e confermato il rapporto di cui sopra (doc. 115).

G.b Un progetto di decisione comportante il diniego di prestazioni assicurative dal 1° aprile 2004 al 31 marzo 2007 e conferma del diritto alla rendita intera dal 1° aprile 2007 al 30 settembre 2009, è stato inviato al rappresentante del ricorrente (doc. 116), il quale si è opposto con scritto del 6 maggio 2013, chiedendo l'erezione di una nuova perizia a livello universitario.

L'Ufficio AI cantonale ha quindi sottoposto gli atti al dott. K. _____, il quale, nella sua relazione del 27 maggio 2013, ha in sostanza rilevato che le spiegazioni esatte dall'assicurato nella fase di audizione sono state adeguatamente fornite dal complemento peritale (doc. 119).

Con scritto del 13 giugno 2013 (doc. 121), dopo aver consultato l'incarto, il ricorrente ha smentito che il dott. O. _____ abbia di fatto posto in evidenza un miglioramento della situazione valetudinaria per l'inizio del 2004.

Un rapporto completo in materia economica, che ha confermato l'esigibilità del lavoro, pur richiamando le note limitazioni funzionali in attività leggere semplici e/o sedentarie è stato eseguito il 9 luglio 2013 (doc. 125).

G.c Con decisione del 24 luglio 2013, l'UAIE ha confermato l'inesistenza del diritto ad una rendita dal 1° aprile 2004 al 31 marzo 2007 (doc. 129), non superando il grado di invalidità il 27%. L'amministrazione ha inoltre rifiutato di valutare il diritto a provvedimenti professionali risiedendo l'interessato in I. _____ (doc. 129).

H.

Con ricorso depositato il 16 settembre 2013, A. _____, sempre rappresentato dall'OCST, chiede, in via principale l'allestimento di una perizia giudiziaria a livello universitario conformemente alla giurisprudenza pubblicata in DTF 137 V 210 consid. 4.4.1.4, atta a risolvere la controversia per il periodo da gennaio 2004 al 2008 (doc. TAF 1 pag. 3). Sussidiariamente postula il rinvio degli atti all'amministrazione per l'esperimento di una perizia multidisciplinare, a livello universitario, e per una nuova valutazione economica dei postumi invalidanti. A motivazione del proprio gravame il ricorrente adduce che il SAM non avrebbe chiarito i motivi per cui nel periodo contestato l'assicurato sarebbe abile al lavoro al 100% contrariamente a quanto indicato dall'L. _____ e pertanto gli atti sarebbero contraddittori (doc. TAF 1 pag. 4). Egli rileva, in proposito, come il dott. O. _____, pur invitato dalla precedente sentenza del TAF a meglio motivare il presunto miglioramento dal 2004, si sarebbe limitato a rievocare i fatti e concludere nello stesso modo. Egli critica inoltre l'Ufficio AI nella misura in cui, nel calcolo comparativo dei redditi, non ha tenuto conto della riduzione massima del salario dopo l'insorgenza dell'invalidità (25% anziché solo 15%), atteso che le limitazioni funzionali sono molto incidenti; le attività di ripiego indicate nella decisione impugnata non permetterebbero poi di attingere il livello mediano stabilito dalle statistiche proprio in ragione delle limitazioni funzionali elevate. L'insorgente contesta infine il fatto (asserito nella decisione) che non avrebbe manifestato interesse a svolgere un percorso professionale di riqualifica.

I.

Con risposta del 4 novembre 2013 l'UAIE propone che il ricorso sia respinto, richiamandosi al preavviso del 28 ottobre 2013 dell'Ufficio AI cantonale. L'amministrazione riporta in particolare per esteso (pag. 3 e 4) quanto espresso dal dott. O. _____. Per quanto riguarda l'aspetto economico, l'UAI rileva come il CIP nel rapporto del 9 luglio 2013 ha perfettamente elencato esempi di attività esigibili leggere adeguate a coloro i quali hanno

praticamente perso l'utilizzo funzionale del braccio destro (in destrimane). Il mondo del lavoro offre anche in questi casi ampie possibilità di reinserimento professionale, in attività di sorveglianza, controllo, commesso in chioschi e simili, aiuto magazziniere, fattorino, ecc. (doc. TAF 3).

J.

Con replica del 12 dicembre 2013 l'OCST ha riproposto le proprie conclusioni ricorsuali e prodotto un ecocardiogramma del 25 febbraio 2010, i risultati di una visita endocrinologica del 13 dicembre 2012, un reperto di visita ortopedica del 20 novembre 2013, così come un reperto di visita psichiatrica del 30 novembre 2013. La parte ricorrente ribadisce la necessità di far allestire una nuova perizia pluridisciplinare indipendente e di essere sempre stato a disposizione delle autorità dell'AI, malgrado la sua residenza in I. _____ (doc TAF 5).

K.

Nella relazione del 13 gennaio 2014, i dottori N. _____ ed M. _____ del SMR, dopo aver passato in rassegna la documentazione esibita dal ricorrente, hanno rilevato che questa si limita ad elencare note patologie già riscontrate dal SAM, non aventi carattere invalidante. Neppure la situazione psichiatrica, caratterizzata da una vivacità della situazione ansiosa attuale, causa invalidità di rilievo (doc. TAF 7).

In duplice del 29 gennaio 2014 rispettivamente del 15 gennaio 2014 l'UAIE e l'UAI del Cantone E. _____ ripropongono la riezione del ricorso (doc. TAF 7).

La parte ricorrente non ha fatto uso della facoltà di rispondere ulteriormente concessale (doc. TAF 8).

L.

Il 20 maggio 2014 l'insorgente ha versato un anticipo di fr. 400.- a titolo di copertura delle presunte spese processuali (doc. TAF 10, 12).

Diritto:

1.

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 portate 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.

1.2 Secondo l'art. 3 lett. d^{bis} PA, per rimando dell'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-26^{bis} e 28-70), sempreché la LAI non deroghi alla LPGA.

1.3 Conformemente all'art. 59 LPGA, ha diritto di ricorrere chiunque è toccato dalla decisione o dalla decisione su opposizione ed ha un interesse degno di protezione al suo annullamento o alla sua modificazione. Il ricorso deve essere interposto entro 30 giorni dalla notificazione della decisione o della decisione contro cui l'opposizione è esclusa (art. 60 LPGA). Esso deve contenere le conclusioni, i motivi, l'indicazione dei mezzi di prova e la firma del ricorrente o del suo rappresentante, con allegati la decisione impugnata e i documenti indicati come mezzi di prova, se sono in possesso del ricorrente (art. 52 cpv. 1 PA).

1.4 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), e visto che l'anticipo relativo alle spese processuali è stato versato nel termine impartito.

2.

2.1

2.1.1 Dal profilo temporale sono applicabili le disposizioni in vigore al momento della realizzazione dello stato di fatto che deve essere valutato giuridicamente o che produce conseguenze giuridiche (DTF 136 V 24 consid. 4.3 e 130 V 445 consid. 1.2 con rinvii, nonché 129 V 1 consid. 1.2). Se è intervenuto un cambiamento delle norme legislative nel corso del periodo sottoposto ad esame giudiziario, il diritto eventuale 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).

2.1.2 Contestato in concreto è il diritto di A. _____ di percepire una rendita di invalidità anche dal 1° aprile 2004 al 31 marzo 2007. Ne consegue che né la 5a revisione entrata in vigore il 1° gennaio 2008, né la 6a revisione in vigore dal 1° gennaio 2012 (RU 2011 5659; FF 2010 1603) si applicano al caso di specie, mentre in linea di contro entra la 4a revisione dell'AI, entrata in vigore il 1° gennaio 2004.

2.2 Giova altresì rilevare che il potere cognitivo di questo Tribunale è delimitato dalla data della decisione impugnata, in concreto il 24 luglio 2013. 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. 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).

3.

3.1 Il ricorrente è cittadino di uno Stato membro della Comunità europea. È applicabile quindi, di principio, l'Accordo sulla libera circolazione delle persone del 21 giugno 1999 fra la Confederazione svizzera, da una parte, e la Comunità europea ed i suoi Stati membri, dall'altra parte, entrato in vigore il 1° giugno 2002 (ALC, RS 0142.112.681). Il ricorrente ha soggiornato in I. _____ dal giugno 2009 (consid. B.b) a inizio 2012 (doc. TAF 1) e quindi non nel periodo contestato.

3.2 L'Allegato II, che regola il coordinamento dei sistemi di sicurezza sociale, è stato modificato il 1° aprile 2012 (Decisione 1/2012 del Comitato misto del 31 marzo 2012; RU 2012 2345).

Tuttavia, il caso in esame è disciplinato (a seguito del rinvio dell'art. 80a LAI) dalla versione dell'Allegato II in vigore fino al 31 marzo 2012 (cfr. RU 2002 1527, RU 2006 979 e 995, RU 2006 5851, RU 2009 2411 e 2421), in base alla quale le parti contraenti applicano fra di loro gli atti comunitari seguenti: il Regolamento (CEE) n° 1408/71 del Consiglio del 14 giugno 1971, relativo all'applicazione dei regimi di sicurezza sociale ai lavoratori subordinati, ai lavoratori autonomi e ai loro familiari che si spostano all'in-

terno della Comunità (RU 2004 121, RU 2008 4219, RU 2009 4831), normativa applicabile a tutte le rendite il cui diritto nasce a far data dal 1° giugno 2002 o successivamente, e che sostituisce le Convenzioni di sicurezza sociale che disciplinavano i rapporti fra due o più Stati (art. 6 del regolamento), ed il Regolamento (CEE) n° 574/71 del Consiglio del 21 marzo 1972, relativo all'applicazione del Regolamento (CEE) n° 1408/71 (RU 2005 3909, RU 2009 621, RU 2009 4845).

3.3 Secondo l'art. 3 del Regolamento (CEE) n° 1408/71, i cittadini degli Stati membri della Comunità europea ed i cittadini svizzeri godono della parità di trattamento. In base all'art. 20 ALC, salvo disposizione contraria contenuta nell'Allegato II, gli accordi bilaterali fra la Svizzera e gli Stati membri della Comunità europea in materia di sicurezza sociale sono sospesi con l'entrata in vigore del presente Accordo, qualora il medesimo campo sia disciplinato da quest'ultimo. Nella misura in cui l'Accordo, in particolare l'Allegato II che regola i sistemi di sicurezza sociale (art. 8 ALC), 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 257 consid. 2.4).

4.

Oggetto del contendere è, nel caso concreto, la questione se a far tempo da gennaio 2004 fino ad aprile 2007 (si confronti sentenza di rinvio del TAF C-5713/2011 del 5 novembre 2012 consid. 11.1-11.3, il periodo successivo fino alla fine del 2008 è invece irrilevante, ritenuto che l'interessato ha percepito una rendita intera per motivi pneumologici, fatto non contestato, doc. 68 pag. 21, doc. 124 pag. 14), lo stato di salute dell'assicurato è migliorato in misura tale da giustificare, come sostiene l'UAIE, una piena capacità lavorativa in attività confacenti, che tengano conto di tutte le limitazioni elencate dai periti (anche consid. 4 della sentenza del TAF C-5713/2011), e pertanto anche la soppressione del diritto alla rendita a far tempo dal 1° aprile 2004.

Al riguardo il ricorrente adduce che il rapporto complementare del dott. O._____ non avrebbe risolto le contraddizioni agli atti relative alla misura della capacità lavorativa nel periodo contestato.

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).

6.

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.

7.

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. 1 LAI). Va ricordato che fino al 31 dicembre 2003, la LAI prevedeva il diritto al quarto di rendita con un tasso d'invalidità del 40% almeno, alla mezza rendita con un tasso d'invalidità del 50% almeno ed alla rendita intera con un tasso d'invalidità dei due terzi (66.67%). In seguito all'entrata in vigore dell'ALC, la limitazione prevista dall'art. 28 cpv. 1^{ter} LAI (art. 29 cpv. 4 LAI, a partire dal 1° gennaio 2008), 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 LPGA), non è più applicabile quando l'assicurato è cittadino svizzero o dell'Unione europea e vi risiede.

8.

Il diritto alla rendita, secondo l'art. 29 cpv. 1 LAI, nasce, al più presto, nel momento in cui l'assicurato presenta un'incapacità permanente di guadagno pari almeno al 40% (lettera a), oppure quando egli è stato per un anno e senza notevoli interruzioni, incapace al lavoro per almeno il 40% in media (lettera b). La prima lettera si applica allorché lo stato di salute dell'assicurato si è stabilizzato; la seconda se lo stato di salute è labile, vale a dire suscettibile di evolvere verso un miglioramento od un peggioramento (DTF 121 V 264, 111 V 21 consid. 2b).

9.

Per incapacità al lavoro s'intende qualsiasi incapacità, totale o parziale, derivante da un danno alla salute fisica, mentale o psichica di compiere un lavoro ragionevolmente esigibile nella professione o nel campo di attività abituale. In caso d'incapacità al lavoro di lunga durata possono essere prese in considerazione anche le mansioni esigibili in un'altra professione o campo d'attività (art. 6 LPGGA). L'incapacità al guadagno è definita all'art. 7 cpv. 1 LPGGA e consiste nella perdita, totale o parziale, della possibilità di guadagno sul mercato del lavoro equilibrato che entra in considerazione, provocata da un danno alla salute fisica, mentale o psichica e che perdura dopo aver sottoposto l'assicurato alle cure ed alle misure d'integrazione ragionevolmente esigibili. Per valutare la presenza di un'incapacità al guadagno sono considerate esclusivamente le conseguenze del danno alla salute; inoltre, sussiste un'incapacità al guadagno soltanto se essa non è obiettivamente superabile (art. 7 cpv. 2 LPGGA, nel suo nuovo tenore dal 1° gennaio 2008).

10.

La nozione d'invalidità di cui all'art. 4 cpv. 1 LAI e 8 cpv. 1 LPGGA è di carattere giuridico economico, non medico (DTF 116 V 249 consid. 1b). In base all'art. 16 LPGGA, applicabile per il rinvio dell'art. 28 cpv. 2 LAI (art. 28a cpv. 1 LAI, dal 1° gennaio 2008), 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, 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. 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.

11.

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).

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

12.

12.1 Una rendita limitata e/o crescente nel tempo corrisponde, materialmente, ad una revisione ai sensi dell'art. 17 LPGa. In base a tale norma 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.

12.2 Giusta l'art. 87 cpv. 1 OAI (RS 831.201), la revisione avviene d'ufficio quando, in previsione di una possibile modifica importante del grado d'invalidità o della grande invalidità oppure del bisogno di assistenza o di aiuto dovuto all'invalidità è stato stabilito un termine al momento della fissazione della rendita, dell'assegno per grandi invalidi o del contributo per l'assistenza (lett. a) o allorché si conoscono fatti o si ordinano provvedimenti che possono provocare una notevole modifica del grado d'invalidità, della grande invalidità oppure del bisogno di assistenza o di aiuto dovuto all'invalidità (lett. b).

12.3 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.

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

13.

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

13.2 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).

13.3 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 concludenza. 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).

13.4 Quanto alla valenza probatoria di un rapporto medico, determinante, secondo la giurisprudenza, è che i punti litigiosi importanti siano stati oggetto di uno studio approfondito, che il rapporto si fondi su esami completi, che consideri parimenti le censure espresse, che sia stato approntato in piena conoscenza dell'incarto (anamnesi), che la descrizione del contesto medico sia chiara e che le conclusioni del perito siano ben motivate. Determinante quindi per stabilire se un rapporto medico ha valore di prova non è tanto né l'origine del mezzo di prova, né la denominazione, ad esempio, quale perizia o rapporto (DTF consid. 6.2.4 pag. 270; 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.

13.5 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 temporanea - 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).

13.6 In presenza di rapporti medici contraddittori il giudice non può inoltre 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 (SVR 2000 UV no. 10 pag. 35 consid. 4b).

14.

Questa Corte nella sentenza di rinvio citata al consid. F.b ha precisato che, dall'insieme della documentazione medica agli atti, e, in particolare, dall'incarto dell'L._____, dalla perizia pluridisciplinare del SAM, stilata dalla dott.ssa P._____ e dal dott. Q._____, il 28 ottobre 2010 (incarto AI, doc. 69/1 a 44), sulla base dei rispettivi rapporti dei dottori O._____, neurologo, dell'11 agosto 2010, R._____, reumatologo, del 23 agosto 2010, S._____, pneumologo, del 23 settembre 2010, e T._____, psichiatra, del 7 ottobre 2010, nonché dai rapporti del dott. K._____, da un lato, e della dott.ssa N._____ e del dott. M._____, dall'altro lato, tutti e tre medici dell'UAI-E._____, del 4 novembre 2010 e 8 novembre 2011 (incarto AI, doc. 71 e incarto TAF, doc. 3), risulta la diagnosi, influente sulla capacità lavorativa, di lesione traumatica completa del plesso brachiale destro con esiti da interventi chirurgici con parziale e discreta reinnervazione della muscolatura prossimale, e d'asma bronchiale con importante componente poliallergica, come pure la diagnosi, ininfluenza sulla capacità lavorativa, di cervicalgie nell'ambito della patologia neurologica e dei vari interventi chirurgici con importante ematoma nella zona del collo, di lombalgia anamnestica su leggere alterazioni statiche, di cefalea tensiva, di nota osteopenia a livello femorale ed osteoporosi a livello lombare in trattamento, di nota ipertensione arteriosa in trattamento e di sovrappeso con un indice di massa corporea pari a 32 kg/m².

Visto il carattere univoco della diagnosi posta, del resto non contestata dal ricorrente, il collegio giudicante non ha motivo di scostarsene. Pure incontestate sono le conseguenze, da un punto di vista funzionale, del danno alla salute, segnatamente il fatto che il braccio e la mano destra di A._____ sono inutilizzabili, che quindi le attività che entrano in linea di conto – di tipo leggero – non possono pretendere un utilizzo indispensabile di questo arto e che va evitata l'esposizione al freddo (consid. A.b, B.d, D.a, consid. 17).

15.

15.1 Per quanto riguarda concretamente le conseguenze del danno alla salute sulla capacità lavorativa, circostanza contestata in concreto, va rilevato che, come è stato accertato nella sentenza di rinvio, l'L._____, per quanto riguarda il periodo da gennaio 2004 ad aprile 2007, ha attestato,

talvolta solo implicitamente, un'incapacità lavorativa totale, assegnando indennità giornaliere al 100%. Al riguardo va tuttavia evidenziato che il dott. D. _____ il 16 febbraio 2009 aveva certificato un'incapacità al lavoro generica del 100% senza tuttavia specificare in quali attività (doc. 28-7), come posto in evidenza anche dal dott. O. _____ (consid. D.a e doc. 114), mentre il dott. F. _____, in occasione della visita medica di chiusura del 18 giugno 2009, aveva precisato che ulteriori provvedimenti medici non avrebbero apportato un sostanziale miglioramento dell'attuale situazione e che l'assicurato era abile nella misura massima possibile dal 1° agosto 2009, aggiungendo che "praticamente l'assicurato ha un braccio destro inutilizzabile, non può quindi sollevare pesi con il braccio destro sia ai fianchi che oltre l'orizzonte. Non può fare lavori fini con la mano destra. Tutte le altre attività sono possibili in misura completa" (si confronti anche la sentenza di rinvio del TAF C-5713/2011 consid. 10.3).

Alla luce di quanto sopra esposto emerge che l'L. _____ si è chinata sull'esistenza o meno di attività esigibili rispettivamente sulla misura di tale esigibilità solo in occasione della visita di chiusura e meglio nel momento in cui ha accertato che ulteriori cure mediche non avrebbero apportato alcun sostanziale miglioramento allo stato di salute. Solo a partire da questo istante infatti, secondo le disposizioni in vigore in materia di assicurazione infortuni, andava accertato l'eventuale diritto alla rendita dell'assicurato. Al riguardo l'art. 19 cpv. 1 LAINF prevede che il diritto alla rendita nasce qualora dalla continuazione della cura medica non sia da attendersi un sensibile miglioramento della salute dell'assicurato e siano conclusi eventuali provvedimenti d'integrazione dell'Al. Il diritto alla cura medica ed alle indennità giornaliere cessa con la nascita del diritto alla rendita. Accertata quindi una situazione stabile, l'assicuratore deve chinarsi sul diritto alla rendita e quindi stabilire anche l'esigibilità dello svolgimento di attività sostitutive adeguate. Nella fase precedente, invece, in cui vengono erogate indennità giornaliere, la verifica dell'esistenza di attività adeguate non è richiesta dalla legge, quindi neppure necessaria. Le indennità giornaliere (art. 15, 16, 17 LAINF) vengono infatti calcolate in base al guadagno assicurato relativo all'attività precedentemente svolta (art. 15 cpv. 2 LAINF, U. KIESER, ATSG-Kommentar, II ed., 2009, ad art. 6 pag. 106, N 3-4, pag. 108, N 11) in cui, anche secondo il dott. O. _____, l'assicurato era inabile al 100% (doc. 114, consid. 16.1). Secondo l'art. 16 cpv. 1 LAINF ha diritto all'indennità giornaliera l'assicurato totalmente o parzialmente incapace al lavoro (art. 6 LPGa) in seguito a infortunio. L'art 6 LPGa, a cui la disposizione rinvia, precisa che 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 (DTF 114 V 285). Secondo il cpv. 2 "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" (seconda frase). Secondo la dottrina, che fa espresso riferimento ai materiali legislativi, questa norma non si applica alle indennità giornaliere in materia di AI, AINF e AM, bensì solo in ambito di assicurazione malattia (KIESER, op. cit., pag. 111, 112 N 18-19, si veda in proposito SVR 2005 UV no. 14 consid. 2.4).

15.2 Poiché, quindi, nel periodo contestato, la situazione non era ancora considerata stabilizzata, come ha confermato il neurologo (un miglioramento essendo possibile fino a tre anni dopo l'intervento, doc. 114, consid. G.a.) e come emerge dal rapporto succitato relativo alla visita medica di chiusura del dott. F._____, l'assicuratore non doveva ancora stabilire il grado di invalidità che dava eventualmente diritto alla rendita e pertanto neppure l'ammissibilità di attività sostitutive adeguate – e nemmeno tale fatto è mai stato addotto dal ricorrente – bensì unicamente l'incapacità lavorativa nell'attività precedentemente svolta.

In simili condizioni le conclusioni generiche tratte dall'L._____, nel periodo contestato, circa l'incapacità lavorativa totale e l'indicazione secondo cui la situazione era suscettibile di miglioramento, non possono essere considerate in contraddizione con quelle dell'AI, fondandosi su criteri di giudizio del tutto differenti, segnatamente l'una considerando la sola capacità lavorativa residua nell'attività precedentemente svolta, al fine di stabilire il diritto alle indennità giornaliere, erogate fino alla stabilizzazione della situazione nel 2009, l'altra dovendo accertare anche la capacità lavorativa residua in attività esigibili, ai fini di stabilire il grado di invalidità, essendovi già un diritto alla rendita in corso dal 1° giugno 2003.

In tali circostanze a maggior ragione nel periodo contestato l'UAI non può essere vincolata alle conclusioni dell'L._____.

16.

16.1 Va pertanto esaminato se le conclusioni del dott. O._____ sul miglioramento dello stato di salute e della capacità lavorativa dal gennaio 2004 vanno considerate fedefacenti e quindi poste alla base del presente giudizio.

Dal referto dello specialista dell'11 agosto 2010, allegato alla perizia del SAM, emerge in particolare che:

"Successivamente (all'infortunio, n.d.r.) fu sottoposto ad un importante intervento di reinnesto nervoso a livello del plesso brachiale grazie al quale ha recuperato parzialmente la forza prossimale del braccio con possibilità di sollevare la spalla, di flettere ed estendere il gomito, mentre a livello della mano destra sono possibili solo minimi movimenti di flessione del dito medio; la situazione è da considerare definitiva. (...) Il reperto clinico è normale al braccio sinistro e agli arti inferiori come pure a livello dei nervi cranici. La lesione del plesso brachiale destro rende il braccio destro praticamente inutilizzabile per qualunque attività che necessiti di entrambe le braccia. Per l'attività di montatore di impianti sanitari, l'interessato è da considerare inabile al lavoro al 100%. Teoricamente per attività praticabili senza l'utilizzo del braccio destro, che comunque è il braccio principale in questo paziente destrimane, egli potrebbe svolgere attività in misura massima possibile. Questo dovrà essere però chiaramente valutato nell'ambito di un'eventuale riconversione professionale, tenendo presente anche la sindrome algica che non è del tutto trascurabile soprattutto durante i periodi con temperature fredde. Questo aspetto è difficilmente quantificabile ma potrebbe divenire rilevante qualora l'assicurato venisse effettivamente impiegato durante tutto l'anno" (doc. 68 pag. 31 e 32).

Nella perizia del SAM è poi stato precisato che "Dunque, in attività confacente allo stato di salute, che tiene in considerazione le limitazioni descritte sopra, la capacità lavorativa teorica globale è da considerare nella misura del 100%. Dopo averne discusso con il consulente neurologo postuliamo un'incapacità lavorativa totale per qualunque attività sino alla fine del 2003, dopodiché un'attività adatta è ritenuta esigibile come descritto sopra" (doc. 68 pag. 21).

16.2 In seguito al rinvio decretato dal TAF il dott. O. _____, nel rapporto del 4 marzo 2013, ha nuovamente preso posizione sulla capacità lavorativa e sul presunto miglioramento della stessa a far tempo da gennaio 2004, precisando che (doc. 114 pagg. 3-4): "nella perizia pluridisciplinare SAM datata 28 ottobre 2010 al capitolo 9 si riteneva che per quel che riguarda gli aspetti neurologici l'A. fosse in grado di svolgere qualunque attività che non necessiti l'utilizzo del braccio destro e che eviti l'esposizione al freddo: per qualunque attività che tenga in considerazione questi aspetti teoricamente l'A. è stato ritenuto abile al lavoro al 100% essendovi una funzionalità neurologica normale a livello dei nervi cranici, del braccio sinistro e degli

arti inferiori. Viene ora chiesto di precisare e giustificare quale fosse l'effettiva capacità lavorativa dell'A. tra l'inizio del 2004 e la fine di novembre del 2008. A questo proposito, per quel che riguarda gli aspetti neurologici, riassumo innanzi tutto alcuni elementi cronologici: l'incidente al braccio destro si era verificato il 28 giugno 2002, l'intervento di riparazione con innesti nervosi del plesso brachiale era stato effettuato il 14 dicembre 2002. A partire da questa data si può ritenere che il processo di reinnervazione sia lentamente progredito portando nel giro di due, massimo tre anni ai risultati descritti nella visita neurologica del 9 agosto 2010. I reperti possono essere riassunti in questo modo: vi è stato un modesto recupero della funzione motoria del braccio destro, ciò che non ha comunque permesso il recupero funzionale tale da poter utilizzare il braccio per qualunque attività lavorativa. Teoricamente la ricrescita delle fibre nervose procede ad un ritmo di circa un millimetro al giorno e dunque per un danno a livello del plesso brachiale si può calcolare approssimativamente almeno un periodo di due anni per ritenere il processo di reinnervazione concluso. In questo caso, tenendo presente l'intervento del dicembre 2002 il processo di reinnervazione può essere ben proseguito fino almeno alla fine del 2005. D'altro canto si deve rilevare che, pur essendosi verificato un certo miglioramento, questo non ha avuto conseguenze significative dal punto di vista funzionale e dunque il braccio destro, inutilizzabile dopo le prime fasi dopo l'incidente ed anche nel periodo di due anni post-operatorio, è rimasto tutt'ora inutilizzabile come è stato confermato praticamente da tutte le valutazioni sia da parte dei medici di circondario L. _____ che dagli altri medici specialisti coinvolti nel caso. La situazione attuale non si discosta dunque da quella presente nel periodo gennaio 2004-novembre 2008, se non per il fatto che nel 2004 e possibilmente ancora nel 2005 si era verificato un certo recupero della funzione motoria al braccio destro anche se modesto. Nelle valutazioni da parte dei medici circondariali L. _____ si conferma regolarmente anche durante gli anni 2004-2008 un'incapacità di lavoro del 100%. Non si precisa però in quale attività. Dal mio punto di vista sono sicuramente d'accordo con questa valutazione per quel che riguarda l'attività da ultimo svolta dall'A. di installatore-montatore di impianti sanitari, rispettivamente per qualunque altra attività che necessiti anche in misura solo parziale di una buona funzionalità del braccio destro. A partire dall'inizio del 2004, dunque oltre un anno dall'intervento di ricostruzione del plesso brachiale subito, si può ritenere che la situazione post-operatoria fosse stabilizzata dal punto di vista chirurgico; malgrado la situazione neurologica invece fosse ancora in evoluzione dal punto di vista funzionale la situazione del braccio destro poteva già essere considerata sovrapponibile a quella presente nel 2010. Dal punto di vista neurologico penso dunque di poter

confermare che nel periodo tra gennaio 2004 e novembre 2008 restino valide le conclusioni riportate nella perizia pluridisciplinare datata 28 ottobre 2010 e cioè che anche in quel periodo l'A. era inabile al lavoro al cento per cento per l'attività di installatore-montatore di impianti sanitari e per qualunque attività necessitante di una buona funzionalità o anche solo parziale del braccio destro, mentre dal punto di vista medico-teorico, per qualunque attività per la quale l'utilizzo del braccio destro risulti almeno teoricamente trascurabile presentava anche in quel periodo una capacità lavorativa pressoché completa".

17.

Secondo questa Corte al complemento istruttorio particolarmente dettagliato ed esaustivo eseguito dal dottor O._____, può essere attribuita forza probatoria piena conformemente alla giurisprudenza federale succitata. Il rapporto complementare, approntato in piena conoscenza dell'incarto, ha infatti considerato le censure espresse ed è chiaro nella sua esposizione. Le conclusioni cui giunge, in relazione al miglioramento dello stato di salute da gennaio 2004 ad aprile 2007 e alla misura della capacità lavorativa dell'interessato in attività confacenti (che tengano conto in particolare del fatto che il braccio destro, di un assicurato destrimane, è inutilizzabile e che deve evitare l'esposizione al freddo, doc. 62-21) sono infine ben motivate e pertanto convincenti.

Al riguardo va rilevato che il dott. O._____ ha addotto di aver concluso per una capacità lavorativa teorica completa in attività leggere adeguate (in cui non fosse necessario l'uso del braccio destro neppure parzialmente) a far tempo da gennaio 2004, in quanto la situazione - dopo l'intervento di innervazione del dicembre 2002, che andava considerata stabilizzata da un punto di vista chirurgico un anno dopo e quindi a fine 2003 - era praticamente identica a quella da lui accertata nel 2010, al momento della perizia, in cui vi era una capacità lavorativa teorica totale. L'unica differenza consisteva nel fatto che nel 2004 si riteneva ancora possibile che, entro due o tre anni dall'intervento, intervenissero dei miglioramenti supplementari tali da incrementare la funzionalità della mano e del braccio destro. Tale circostanza non si è tuttavia praticamente realizzata.

In proposito il medico si è così espresso: "pur essendosi verificato un certo miglioramento questo non ha avuto conseguenze significative dal punto di vista funzionale e dunque il braccio destro, inutilizzabile nelle prime fasi dopo l'incidente e anche nel periodo di due anni post-operatorio, è rimasto tutt'ora praticamente inutilizzabile come è stato confermato praticamente da tutte le valutazioni. La situazione attuale non si discosta dunque da

quella presente nel periodo gennaio 2004-novembre 2008, se non per il fatto che nel corso del 2004 e possibilmente ancora nel 2005 si era verificato un certo recupero della funzione motoria al braccio destro anche se modesto. (...) A partire dal 2004, dunque oltre un anno dall'intervento di ricostruzione del plesso brachiale subito, si può ritenere che la situazione post-operatoria fosse stabilizzata da un punto di vista chirurgico" (doc. 114 pag. 7).

In pratica, quindi, quel che ci si poteva ancora attendere dopo il processo di innervazione (in pratica nei due/tre anni successivi all'intervento) e la sua stabilizzazione da un punto di vista chirurgico l'anno successivo, era che la situazione continuasse a migliorare da un punto di vista neurologico (ciò che non è successo, nella prima perizia del dott. O. _____ dell'11 agosto 2010, si legge infatti di un modesto lento recupero dei deficit motori, stabili da 3-4 anni, doc. 68-30), in modo tale da incrementare la capacità lavorativa, nel senso di una riduzione delle limitazioni (doc. 114/7).

In simili condizioni essendo a inizio 2004, un anno dopo l'intervento, la situazione stabilizzata da un punto di vista chirurgico – fatto non contestato – ed essendo da un punto di vista neurologico praticamente identica a quella accertata con la perizia pluridisciplinare nel 2010, poiché non erano intervenute modifiche rilevanti in relazione alla funzionalità dell'arto, le cui limitazioni sono pertanto identiche a quelle riscontrate nel 2004, si può senz'altro affermare che lo stato di salute dell'assicurato è migliorato a partire dal gennaio 2004, un anno dopo l'intervento chirurgico, ed è rimasto in seguito stabile.

Dagli atti emerge infatti, non tanto che la situazione nel 2004 non era migliorata – ciò che è intervenuto in seguito alla stabilizzazione raggiunta dopo l'intervento, da un punto di vista chirurgico – ma che posteriormente a tale data, contrariamente a quanto ci si poteva aspettare, non è intervenuto un ulteriore miglioramento della funzionalità del braccio tale da permettere all'assicurato di conseguire una capacità lavorativa comportante meno limitazioni.

Ne consegue che, in concreto, la capacità lavorativa poteva essere considerata completa in attività adeguate, con le limitazioni del caso già ripetutamente elencate, a partire da gennaio 2004. La decisione impugnata su questo tema va pertanto confermata, mentre il ricorso va respinto.

18.

18.1 Il ricorrente censura anche il raffronto dei redditi eseguito dall'UAI, in particolare il reddito da invalido. Da un lato non ritiene infatti esigibili le attività considerate dall'amministrazione, in particolare a causa dell'impossibilità di utilizzare il braccio destro per un destrimano. Dall'altro considera troppo esigua la deduzione apportata al reddito da invalido (15%) e chiede che sia riconosciuto l'importo massimo.

L'amministrazione dal canto suo rinvia alle attività indicate dal consulente in integrazione professionale (CIP), che, nel rapporto del 9 luglio 2013 (doc.125), ha ritenuto esigibili "attività semplici e ripetitive nel settore dell'accoglienza e ricezione (ad esempio call center o desk di un albergo) oppure della vendita (laddove non vi sia l'obbligo di impiegare i due arti superiori contemporaneamente)".

18.1.1 Conformemente ad un principio generale applicabile anche nel diritto delle assicurazioni sociali, all'assicurato incombe l'obbligo di ridurre il danno (DTF 123 V 230 consid. 3c pag. 233; 117 V 275 consid. 2b pag. 278, 394 consid. 4b con rinvii; RIEMER-KAFKA, Die Pflicht zur Selbstverantwortung, 1999, pagg. 57, 551 e 572). In virtù di tale obbligo, l'assicurato deve intraprendere tutto quanto è ragionevolmente esigibile per ovviare nel miglior modo possibile alle conseguenze della sua "invalidità", segnatamente mettendo a profitto la sua residua capacità lavorativa, se necessario, in una nuova professione (DTF 113 V 22 consid. 4a pag. 28 con rinvii; LANDOLT, Das Zumutbarkeitsprinzip im schweizerischen Sozialversicherungsrecht, tesi, 1995, pag. 296 segg.). Non è quindi dato alcun diritto ad una rendita se la persona interessata è in grado di percepire un reddito tale da escluderne l'erogazione (DTF 113 V 22 consid. 4a pag. 28; RCC 1968 pag. 434, I 5/68). Da essa possono tuttavia essere pretesi unicamente provvedimenti esigibili che tengano conto delle circostanze oggettive e soggettive del caso concreto, quali la sua capacità lavorativa residua, le ulteriori circostanze personali, l'età, la situazione professionale, i legami presso il luogo di domicilio, il mercato del lavoro equilibrato e la presumibile durata dell'attività lavorativa (DTF 113 V 22 consid. 4a pag. 28; cfr. pure VSI 2001 pag. 279 consid. 5a/aa e 5a/bb, I 11/00).

18.1.2 Secondo il TF il fatto di poter utilizzare una sola mano rispettivamente di poter far capo alla mano dominante solo a titolo ausiliario ("Zudie-nhand") rendono particolarmente difficoltosa la realizzazione della capacità lavorativa nel mercato del lavoro equilibrato (sentenze del TF 8C_1050/2009 del 28 aprile 2010 consid. 3.4 e 9C_418/2008 del 17 settembre 2008 consid.3.3.2). Tuttavia l'Alta Corte ha ripetutamente statuito che esistono possibilità di impiego realistiche sia nel caso di assicurati che,

per motivi di salute, possono utilizzare la mano dominante in modo molto limitato a titolo ausiliario ("unbelastete Zudienhand") sia per persone che da un punto di vista funzionale dispongono di un solo braccio e possono esercitare solo attività leggere (sentenze del TF 8C_971 /2008 del 23 marzo 2009 consid. 4.2.5; 9C_418/2008 del 17 settembre 2008 consid. 3.2.2; 8C-272/2012 del 29 maggio 2012 consid. 4.3 con rinvii).

18.1.3 Alla luce della suesposta giurisprudenza, nonostante l'arto dominante compromesso e praticamente inutilizzabile, all'interessato non sono pertanto precluse alcune delle attività menzionate dall'amministrazione – perlomeno quelle di sorveglianza, controllo ed esame, accoglienza e ricezione – così che il reinserimento nel mondo del lavoro non appare una pura affermazione teorica (cfr. sentenza del TF 8C_1050/2009 del 28 aprile 2010 consid. 3.4 in cui vengono ritenute esigibili "einfache Ueberwachungs-, Prüf- und Kontrolltätigkeiten sowie die Bedienung und Ueberwachung von (halb-)automatischen Maschinen oder Produktionseinheiten").

Più ostico e pertanto non esigibile, appare invece il settore della vendita indicato dal CIP, in cui, in base alla generale esperienza della vita, appare necessario un costante utilizzo di entrambe le braccia. Pure l'attività di telefonista e fattorino appare non del tutto consona, ritenuto che difficilmente possono essere eseguite con l'ausilio di una sola mano.

18.2

18.2.1 In ordine al calcolo del grado di invalidità va rilevato preliminarmente che l'L. _____, a titolo di reddito senza l'invalidità, ha computato il salario, indicato dal datore di lavoro, che l'assicurato avrebbe percepito nel 2009 (recte: 2008, fr. 59'800.-, in quanto nel 2009 il salario sarebbe stato pari a fr. 61'425.-, doc. 74-1), se non fosse divenuto invalido, procedendo poi alla parallelizzazione dei redditi (tramite riduzione dell'11.4% del reddito da invalido), essendo il reddito da valido inferiore a quello in vigore nel settore (doc. 45 pag. 6 e 7). Per stabilire il reddito da invalido l'assicuratore L. _____ si è fondato sui valori dell'Inchiesta svizzera sulla struttura dei salari (ISS), per attività semplici e ripetitive, livello di qualifica 4, limitandosi al settore servizi (50-93) per tener conto delle considerazioni di cui alla sentenza del Tribunale federale delle assicurazioni U 263/01 consid. 6.2.1 del 4 aprile 2003, secondo cui nel caso di assicurati in grado di utilizzare una mano sola (non dominante) entrano in linea di conto in pratica solo attività di controllo e sorveglianza reperibili per la maggior parte nel settore dei servizi. Infine ha ammesso una deduzione del 20%. Ne è quindi scaturito un grado di invalidità del 31%.

18.2.2 A titolo di reddito da valido l'UAI dal canto suo non ha considerato il reddito concretamente conseguito dall'assicurato prima dell'insorgenza del danno alla salute, nel 2002, che sarebbe stato pari nel 2004, a fr. 57'200.-, nel 2005 e 2006 a fr. 57'850.- e nel 2007 a fr. 59'150.- (cfr. la dichiarazione della ditta H. _____ del 26 gennaio 2011, doc. 74.1), bensì il valore deducibile dalla tabella statistica, poiché l'assicurato era, a detta dell'UAI (cfr. tuttavia doc. 45 pag. 3 consid. 3), disoccupato. Detto valore, che non è contestato ed è comunque più favorevole per il ricorrente, era nel 2004, data dell'eventuale diritto alla rendita, pari a fr. 67'054.-.

Per calcolare il reddito da invalido l'UAI non si è inoltre limitato al ramo servizi (50-93), bensì ha fatto capo al valore totale, di cui alle tabelle succitate (reddito mensile per il 2004 pari a fr. 4'588.-, doc. 83-1), pari ad un reddito annuo di fr. 57'258.24 (4588 X 12:30 X 41.6 %), deducendo un importo pari al 15%.

Al riguardo va rilevato che recentemente il TF ha ripetutamente confermato l'applicazione del valore totale anche in quei casi in cui l'utilizzo dell'arto superiore è impossibile o fortemente limitato (sentenze del TF 8C_272/2012 del 29 maggio 2012 consid. 4.3; 8C_1050/2009 del 28 aprile 2010 consid. 3.5; 8C_971/2008 del 23 marzo 2009 consid. 4.2.1; 9C_418/2008 del 17 settembre 2008 consid. 3.2), non confermando la giurisprudenza del Tribunale federale delle assicurazioni applicata dall'L. _____ (sentenza U 263/01 del 4 aprile 2003 consid. 6.2.1).

In dette ipotesi il TF ha pure ripetutamente ribadito che la deduzione applicabile è pari al 20/25% (sentenze del TF 8C_1050/2009 del 28 aprile 2010 consid. 4.2; 9C_418/2008 del 17 settembre 2008 consid. 3.3.2; 8C_971/2008 del 23 marzo 2009 consid. 4.2.6.2).

L'importo summenzionato, computato a titolo da reddito da invalido dall'Ufficio AI va pertanto confermato.

18.3

18.3.1 Se e in quale misura, nel singolo caso, i salari fondati su dati statistici debbano essere ridotti dipende dall'insieme delle circostanze personali e professionali concrete (limitazione addebitabile al danno alla salute, età, anni di servizio, nazionalità e tipo di permesso di dimora, grado di occupazione), criteri, questi, che l'amministrazione è tenuta a valutare globalmente. Il TF ha precisato al riguardo che una deduzione globale massima

del 25% del salario statistico permette di tenere conto delle varie particolarità suscettibili di influire sul reddito del lavoro. Tale deduzione non è tuttavia automatica, ma deve essere valutata di caso in caso. È in ogni modo compito dell'amministrazione e, nell'eventualità di ricorso, del giudice del merito motivare l'entità della deduzione, fermo restando che quest'ultimo non può scostarsi dalla valutazione dell'amministrazione senza fondati motivi (DTF 126 V 75 consid. 5b/dd e 6 pag. 80 seg.; cfr. pure DTF 129 V 472 che conferma questi principi).

Se - come in concreto - il reddito da invalido è determinato sulla base dell'ISS, il valore base (salario tabellare) dev'essere se del caso ridotto (anche) per tenere conto del fatto che aspetti personali e professionali, quali il tipo e la misura dell'impedimento, l'età, gli anni di servizio, la nazionalità o il genere di soggiorno e il grado di occupazione, possono incidere sull'entità del salario. Ora, a seconda della loro incidenza, può essere che la persona assicurata, anche in un mercato del lavoro equilibrato, non sia in grado, a causa di ciò, di realizzare un salario medio sfruttando la capacità lavorativa residua (DTF 126 V 75 consid. 5b/aa in fine pag. 80). La deduzione va valutata complessivamente - e non separatamente, in maniera schematica, sommando i singoli fattori di deduzione - tenendo conto di tutte le circostanze del singolo caso, ma non può superare il 25% (DTF 126 V 75 consid. 5b/aa in fine pag. 80). Va da sé che i fattori estranei all'invalidità di cui si dovesse già tener conto con il parallelismo dei redditi di raffronto non possono essere presi in considerazione una seconda volta nell'ambito della deduzione per circostanze personali e professionali (DTF 135 V 297; 134 V 322).

Va aggiunto che è compito dell'amministrazione e, in caso di ricorso, del giudice, motivare l'entità della deduzione, fermo restando che quest'ultimo non può scostarsi dalla valutazione dell'amministrazione senza fondati motivi (DTF 126 V 75 consid. 5b/dd e 6; cfr. pure 129 V 472 che conferma questi principi). Al riguardo va rilevato che quando è chiamato a verificare il potere di apprezzamento esercitato dall'amministrazione (v. art. 37 LTAF in relazione con l'art. 49 PA), per stabilire l'estensione della riduzione da apporre al reddito da invalido, il TAF deve valutare le differenti soluzioni di cui disponevano agli organi esecutivi dell'AI e domandarsi se una deduzione più o meno elevata fosse maggiormente appropriata e quindi si imponga per un valido motivo, senza tuttavia sostituire il proprio apprezzamento a quello dell'amministrazione (DTF 137 V 71 consid. 5.2; sentenze del TF 9C_273/2011 del 27 gennaio 2012 consid. 1.3 e 9C_280/2010 del 12 aprile 2011 consid. 5.2 in fine).

18.3.2 Nel caso concreto l'amministrazione ha effettuato una riduzione complessiva del 15%, facendo riferimento ad una percentuale del 10% per attività leggere, in quanto meno remunerate di quelle pesanti, e del 5% per il fatto che le limitazioni funzionali influenzano le attività adeguate.

La questione se in concreto va applicata la deduzione massima oppure almeno quella del 20%, ciò che appare del tutto giustificato alla luce della giurisprudenza costante citata al considerando 18.3.1, può restare indecisa, in quanto in ogni caso il grado di invalidità non raggiunge il limite pensionabile.

In effetti anche ammettendo la deduzione massima il reddito da invalido sarebbe pari a fr. 42'943.68 e il grado di invalidità al 35.95%. Il diritto alla rendita va pertanto respinto.

19.

19.1 Nella decisione impugnata l'amministrazione ha precisato che "il grado di invalidità del 27% sarebbe sufficiente a valutare il diritto a provvedimenti professionali, ma non si procede in tal senso in quanto l'assicurato vive quasi tutto l'anno in I._____ e non ha intenzione di sottoporsi ad alcun provvedimento. Qualora il signor A._____ tornasse in Svizzera (recte: U._____) e ci richiedesse dei provvedimenti professionali sarà nostra premura rivalutarne il diritto".

Dal canto suo il ricorrente nel gravame ha ribadito che "è da sempre a completa disposizione per svolgere una riqualifica professionale. Nel periodo durante il quale era all'estero, tale disponibilità era stata sempre dichiarata e, dall'inizio dell'anno 2012 lo stesso è rientrato al proprio domicilio con la propria famiglia (...) l'affermazione dell'UAIE è pertanto pretestuosa" (doc. TAF 1 pag. 3).

19.2 Al riguardo va rilevato che per l'art. 8 LAI gli assicurati invalidi o minacciati da un'invalidità (art. 8 LPGa) hanno diritto ai provvedimenti d'integrazione per quanto: a. essi siano necessari e idonei per ripristinare, conservare o migliorare la loro capacità al guadagno o la loro capacità di svolgere le mansioni consuete; b. le condizioni per il diritto ai diversi provvedimenti siano adempiute.

I provvedimenti d'integrazione sono: a. i provvedimenti sanitari; a^{bis}. i provvedimenti di reinserimento per preparare all'integrazione professionale; b.

i provvedimenti professionali (orientamento, prima formazione professionale, riformazione professionale, collocamento, aiuto in capitale); c. (...) e d. la consegna di mezzi ausiliari.

Secondo l'art. 28 LAI l'integrazione ha la priorità sulla rendita, la cui assegnazione entra in linea di conto solo se i provvedimenti integrativi non sono attuabili. Nel caso di una domanda di rendita, così come nell'ambito di una revisione, l'amministrazione deve quindi dapprima accertare d'ufficio la questione della reintegrazione dell'assicurato nel circuito economico (DTF 126 V 243 consid. 5; 121 V 190; 108 V 212 seg.).

19.3 In concreto nel ricorso l'assicurato ha dichiarato di essere rientrato in U. _____ all'inizio del 2012. Dalla decisione impugnata emerge che egli risiede a (...) in U. _____. La partenza per l'estero risale invece all'incirca al giugno 2009 (consid. B.b).

In simili circostanze, vista la disponibilità dell'UAIE ad esaminare l'eventuale diritto a provvedimenti professionali, su questo tema il ricorso va accolto e l'incanto rinviato all'UAIE affinché proceda in tal senso.

20.

20.1 Visto l'esito della causa, ove il ricorrente ottiene solo parziale accoglimento del suo ricorso, vengono prelevate spese processuali per un importo di fr. 250.- (art. 63 PA); la parte restante dell'anticipo di fr. 400.- versato il 20 maggio 2014, ossia fr. 150.-, viene restituita al ricorrente allorché la presente sentenza sarà cresciuta in giudicato.

20.2 Ritenuto che l'insorgente è rappresentato in questa sede, si giustifica altresì l'attribuzione di spese ripetibili ridotte nella misura di fr. 450.-, le quali sono poste a carico dell'autorità inferiore (art. 64 cpv. 1 PA, in relazione all'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]).

(dispositivo alla pagina seguente)

Per questi motivi, il Tribunale amministrativo federale pronuncia:

1.

In parziale accoglimento del ricorso l'incarto è rinviato all'UAIE affinché proceda ai sensi del considerando 19. Per il resto il ricorso è respinto.

2.

Le spese processuali sono poste a carico del ricorrente nella misura di fr. 250.- e vengono compensate con l'anticipo versato di fr. 400.-. L'importo restante di fr. 150.- verrà restituito al ricorrente al momento della crescita in giudicato della sentenza.

3.

Alla parte ricorrente viene riconosciuta un'indennità per spese ripetibili di fr. 450.-, la quale è posta a carico dell'autorità inferiore.

4.

Comunicazione a:

- rappresentante del ricorrente (atto giudiziario)
- autorità inferiore (n. di rif.; raccomandata)
- Ufficio federale delle assicurazioni sociali (raccomandata)

La presidente del collegio:

Il cancelliere:

Michela Bürki Moreni

Dario Croci Torti

Rimedi giuridici:

Contro la presente decisione può essere interposto ricorso in materia di diritto pubblico al Tribunale federale, Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerna, entro il termine di 30 giorni dalla sua notificazione (art. 82 e segg., 90 e segg. e 100 LTF). Gli atti scritti devono contenere le conclusioni, i motivi e l'indicazione dei mezzi di prova ed essere firmati. La decisione impugnata e – se in possesso della parte ricorrente – i documenti indicati come mezzi di prova devono essere allegati (art. 42 LTF).

Data di spedizione: