



Corte III
C-4198/2019

Sentenza del 1° luglio 2020

Composizione

Giudici Michela Bürki Moreni (presidente del collegio),
Christoph Rohrer, Michael Peterli,
cancelliere Oliver Engel.

Parti

A. _____, (Italia)
rappresentato Patronato INAS
ricorrente,

contro

**Ufficio dell'assicurazione per l'invalidità per gli
assicurati residenti all'estero UAIE,**
autorità inferiore.

Oggetto

assicurazione invalidità, diritto alla rendita
(decisione del 20 giugno 2019).

Fatti:**A.**

A.a A._____, cittadino italiano, nato il (...) 1974, divorziato, con figli, dal 1° aprile 2004 al 30 novembre 2018 ha lavorato in Svizzera quale frontaliere, da ultimo in qualità di autista/operaio presso la B._____ SA di (...) (D._____), solvendo contributi all'assicurazione svizzera per la vecchiaia, i superstiti e l'invalidità (doc. 5, 6, 12 e 20 dell'incarto dell'Ufficio dell'assicurazione per l'invalidità del Canton D._____ [in seguito incarto A]).

A.b Dal 2013 l'assicurato soffre di un'algia ingravescente alla spalla sinistra (doc. 1 e segg. e in particolare doc. 16, 30 pag. 121, 125 dell'incarto dell'assicuratore d'indennità giornaliera in caso di malattia AXA Winterthur [in seguito incarto B]).

A.c Con referto del 2 agosto 2017, il dott. E._____, radiologo, alla luce delle risultanze della risonanza magnetica eseguita alle due spalle in data 31 luglio 2017, ha constatato marcate alterazioni ossee gleno-omerali bilaterali, meritevoli di un corretto inquadramento clinico-biumorale (doc. TAF 1).

A.d Il 27 marzo 2018, data la diagnosi di omartrosi alla spalla sinistra, l'assicurato si è sottoposto ad un intervento di impianto di protesi presso l'Istituto clinico F._____ di (...) (doc. B 2 e segg.) ed è stato dichiarato totalmente inabile al lavoro (cfr. segnatamente doc. B 8 e segg.).

B.

B.a In data 25 settembre 2018 l'assicurato ha trasmesso all'Ufficio per l'assicurazione invalidità del Canton D._____ (UAI-D._____) il formulario relativo alla richiesta di prestazioni dell'assicurazione per l'invalidità (doc. A 7). Ai fini dell'istruttoria l'UAI-D._____ ha acquisito agli atti l'incarto dell'assicuratore malattia (cfr. in particolare doc. A 14, 25 e 31), in particolare la perizia del 13 marzo 2019, esperita per conto dell'assicuratore malattia, dal dott. G._____, specialista in reumatologia, il quale ha concluso che, a fronte di un'incapacità lavorativa duratura nella precedente attività, in attività adeguate l'assicurato era abile al lavoro al 100% al più tardi a partire dal momento della valutazione, quindi a decorrere dal 12 marzo 2019. Dei dettagli si dirà nei considerandi di diritto (doc. B 30; consid. 9.4).

B.b Con rapporto finale SMR del 5 aprile 2019, il dott. H. _____, specialista in prevenzione e salute pubblica, ha confermato la diagnosi ed i limiti funzionali attestati dal dott. G. _____, così come la prognosi favorevole in relazione alla capacità lavorativa in attività adeguate pari al 100% a decorrere dal 12 marzo 2019 (doc. A 32).

B.c Con progetto di decisione del 16 aprile 2019 l'amministrazione ha quindi prospettato il rigetto della domanda di prestazioni. Essa ha constatato un'inabilità lavorativa totale nella precedente attività a decorrere dal 19 marzo 2018 e un'incapacità lavorativa completa in attività adeguate dal 19 marzo 2018 al 12 marzo 2019, data in cui l'assicurato ha riacquisito una piena capacità lavorativa in attività adeguate, con conseguente grado di invalidità nullo avendo confrontato un reddito da valido di CHF 43'136.- con un reddito da invalido di CHF 60'433.- (doc. A 35).

B.d Al progetto di decisione l'assicurato non si è opposto (cfr. doc. A 37).

B.e Con decisione del 20 giugno 2019 l'UAIE, confermando il tenore del progetto di decisione, ha respinto la domanda di prestazioni dell'assicurazione per l'invalidità (doc. A 38).

C.

C.a Il 19 agosto 2019 l'interessato ha inoltrato ricorso, tramite il patronato INAS, contro la summenzionata decisione dinanzi al Tribunale amministrativo federale (TAF), di cui ha chiesto l'annullamento. Egli ha postulato il riconoscimento di un'inabilità lavorativa totale fino al 12 marzo 2019 e da tale data un grado di invalidità (recte incapacità lavorativa) non inferiore al 50/60% in attività adeguate alle limitazioni funzionali (doc. TAF 1 e allegati). A sostegno delle proprie conclusioni, il ricorrente ha prodotto documentazione medica, in parte già agli atti. Delle motivazioni si dirà se necessario nei considerandi di diritto.

C.b Con decisione incidentale del 23 ottobre 2019 la giudice dell'istruzione ha accolto la domanda di assistenza giudiziaria (doc. TAF 6).

C.c Con risposta di causa del 30 dicembre 2019 l'UAIE ha proposto la reiezione del gravame e la conferma del provvedimento impugnato. Rinviando al preavviso dell'Ufficio AI del Cantone D. _____ del 18 dicembre 2019 e all'annotazione SMR del 5 novembre 2019, l'autorità inferiore ha dichiarato che la decisione si fonda su un accertamento corretto e sufficiente degli

aspetti medici. Per quanto riguarda l'aspetto economico ha ribadito la correttezza del calcolo del grado di invalidità, evidenziando in particolare che le circostanze del caso concreto non giustificavano l'applicazione di una riduzione giurisprudenziale superiore al 10% e che, anche parallelizzando i redditi, l'assicurato non avrebbe raggiunto un grado di invalidità pensionabile. Degli ulteriori motivi si dirà, se necessario, nei considerandi di diritto (doc. TAF 9).

C.d Con replica del 13 febbraio 2020 l'assicurato ha ribadito le proprie tesi e conclusioni ricorsuali, allegando nuova documentazione medica (doc. TAF 12).

C.e Con duplice del 12 marzo 2020 l'UAIE ha mantenuto le proprie conclusioni, precisando che la documentazione trasmessa non apportava elementi atti a modificare le stesse (doc. TAF 15).

C.f Con scritto del 6 maggio 2020 il rappresentante del ricorrente ha precisato che quest'ultimo ha in programma ulteriori accertamenti medici ad entrambe le spalle e che le relative certificazioni mediche verranno trasmesse non appena disponibili (doc. TAF 18).

C.g Con scritto del 29 maggio 2020 il rappresentante del ricorrente ha trasmesso il referto di visita ortopedica del 28 maggio 2020 del dott. I. _____, specialista in ortopedia, in cui viene attestata un'avanzata artrosi gleno-omeroale alla spalla destra e proposta una revisione della protesi alla spalla sinistra ed una protesi alla spalla destra (doc. TAF 19).

Diritto:

1.

1.1 Il Tribunale amministrativo federale (TAF) esamina d'ufficio e con piena cognizione la propria competenza (art. 31 e segg. LTAF), rispettivamente l'ammissibilità dei gravami che gli sono sottoposti (DTF 133 I 185 consid. 2 con rinvii).

1.2 Riservate le eccezioni – non realizzate nel caso di specie – di cui all'art. 32 LTAF, questo Tribunale giudica, in virtù dell'art. 31 LTAF in combinazione con l'art. 33 lett. d LTAF e l'art. 69 cpv. 1 lett. b LAI (RS 831.20), i ricorsi contro le decisioni, ai sensi dell'art. 5 PA, rese dall'Ufficio dell'assicurazione per l'invalidità per le persone residenti all'estero (UAIE).

1.3 In virtù dell'art. 3 lett. d^{bis} PA, la procedura in materia di assicurazioni sociali non è disciplinata dalla PA nella misura in cui è applicabile la LPGGA (RS 830.1). Giusta l'art. 1 cpv. 1 LAI, le disposizioni della LPGGA sono applicabili all'assicurazione per l'invalidità (art. 1a-26^{bis} e 28-70), sempre che la LAI non deroghi alla LPGGA.

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

2.

Litigioso è in concreto se il ricorrente abbia diritto ad una rendita d'invalidità a far tempo dal 1° marzo 2019 e meglio sei mesi dopo la presentazione della domanda del 25 settembre 2018 (consid. B.a), e meglio da un lato l'aspetto parziale della misura della capacità lavorativa in attività adeguate dal 12 marzo 2019, che secondo l'amministrazione va considerata totale (come indicato dal dott. G. _____ e dall'UAIE) mentre secondo il ricorrente persiste anche in tali attività un'incapacità lavorativa non inferiore al 50 - 60%. Egli ritiene al riguardo che non è stato tenuto conto delle affezioni alla spalla destra. Dall'altro, la correttezza del calcolo del grado di invalidità: secondo il ricorrente dal reddito da invalido, che va parallelizzato, va dedotto l'importo massimo previsto pari al 25%.

3.

Nell'ambito delle assicurazioni sociali, la procedura è retta dal principio inquisitorio (art. 43 cpv. 1 LPGGA). Il TAF applica il diritto d'ufficio, senza essere vincolato in nessun caso dai motivi del ricorso (art. 62 cpv. 4 PA). In virtù dell'art. 12 PA e dell'art. 19 PA in relazione con l'art. 40 della legge federale di procedura civile del 4 dicembre 1947 (PCF, RS 273), il Tribunale accerta i fatti determinanti per la soluzione della controversia, assume le prove necessarie e le valuta liberamente. Le parti sono tenute a cooperare all'accertamento dei fatti (art. 13 PA) ed a motivare il proprio ricorso (art. 52 PA). Ne consegue che l'autorità di ricorso adita si limita di principio ad esaminare le censure sollevate, mentre le questioni di diritto non invocate dalle parti solo nella misura in cui gli argomenti delle parti o l'esame dell'incartamento diano sufficiente motivo (sentenza del TAF C-3146/2015 dell'11 maggio 2018 consid. 4 con rinvii).

4.

4.1 Dal profilo temporale, riservate disposizioni di diritto transitorio, sono applicabili le disposizioni in vigore al momento della realizzazione dello stato di fatto che deve essere valutato giuridicamente o che produce conseguenze giuridiche (DTF 143 V 446 consid. 3.3; 139 V 335 consid. 6.2; 138 V 475 consid. 3.1).

4.2 Nel caso in esame – essendo contestato il grado di invalidità da marzo 2019 – si applicano di principio le disposizioni della 6a revisione della LAI entrate in vigore il 1° gennaio 2012 ed eventuali modifiche fino alla pronuncia della decisione impugnata.

5.

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

6.

Il ricorrente è cittadino di uno Stato membro della Comunità europea e risiede in Italia, per cui è applicabile, di principio, l'Accordo del 21 giugno 1999 tra la Confederazione svizzera e la Comunità europea ed i suoi Stati membri sulla libera circolazione delle persone (ALC, RS 0.142.112.681) ed il relativo Allegato II che regola il coordinamento dei sistemi di sicurezza sociale. L'allegato II ALC prevede in particolare che le parti contraenti applicano tra di loro, dal 1° aprile 2012, il regolamento (CE) n. 883/2004 del Parlamento europeo e del Consiglio del 29 aprile 2004 (RS 0.831.109.268.1) relativo al coordinamento dei sistemi di sicurezza sociale, con le relative modifiche, e il regolamento (CE) n. 987/2009 del Parlamento europeo e del Consiglio del 16 settembre 2009 (RS 0.831.109.268.11) che stabilisce le modalità di applicazione del regolamento (CE) n. 883/2004 (art. 1 cpv. 1 Allegato II ALC in relazione con la Sezione A dell'Allegato II ALC). Il Regolamento (CE) n. 883/2004 è stato ulteriormente modificato dai regolamenti (UE) n. 1244/2010 (RU 2015 343), n. 465/2012 (RU 2015 345) e n. 1224/2012 (RU 2015 353), applicabili nelle relazioni tra la Svizzera e

gli Stati membri dell'Unione europea a decorrere dal 1° gennaio 2015. Tuttavia, anche in seguito all'entrata in vigore dell'ALC, l'organizzazione della procedura come pure l'esame delle condizioni di ottenimento di una rendita d'invalidità svizzera, sono regolate dal diritto interno svizzero (art. 46 cpv. 3 del Regolamento n. 883/2004 in relazione con l'Allegato II del regolamento medesimo; DTF 130 V 253 consid. 2.4).

7.

7.1 L'invalidità ai sensi della LPGGA e della LAI è l'incapacità al guadagno totale o parziale presumibilmente permanente o di lunga durata che può essere conseguente a infermità congenita, malattia o infortunio (art. 8 LPGGA e art. 4 cpv. 1 LAI). L'invalidità è considerata insorgere quando, per natura e gravità, motiva il diritto alla singola prestazione (art. 4 cpv. 2 LAI). Ai sensi dell'art. 8 cpv. 3 LPGGA, gli assicurati maggiorenni che prima di subire un danno alla salute fisica, mentale o psichica non esercitavano un'attività lucrativa e dai quali non si può ragionevolmente esigere che l'esercitino sono considerati invalidi se tale danno impedisce loro di svolgere le proprie mansioni consuete. La nozione d'invalidità di cui all'art. 4 LAI e 8 LPGGA è un concetto di carattere economico-giuridico e non medico (DTF 116 V 246 consid. 1b; sentenze del TF 8C_636/2010 del 17 gennaio 2011 consid. 3 e 9C_529/2008 del 18 maggio 2009). Secondo l'art. 7 cpv. 1 LPGGA, è considerata incapacità al guadagno la perdita, totale o parziale, della possibilità di guadagno sul mercato del lavoro equilibrato che entra in considerazione, provocata da un danno alla salute fisica, mentale o psichica e che perdura dopo aver sottoposto l'assicurato alle cure e alle misure d'integrazione ragionevolmente esigibili. Per valutare la presenza di un'incapacità al guadagno sono considerate esclusivamente le conseguenze del danno alla salute. Inoltre, sussiste un'incapacità al guadagno soltanto se essa non è obiettivamente superabile (art. 7 cpv. 2 LPGGA). Secondo l'art. 6 LPGGA, è considerata incapacità al lavoro qualsiasi incapacità, totale o parziale, derivante da un danno alla salute fisica, mentale o psichica, di compiere un lavoro ragionevolmente esigibile nella professione o nel campo d'attività abituale. In caso d'incapacità al lavoro di lunga durata, possono essere prese in considerazione anche le mansioni esigibili in un'altra professione o campo d'attività. L'assicurazione svizzera per l'invalidità risarcisce pertanto, e di principio, soltanto la perdita economica che deriva da un danno alla salute fisica o psichica dovuto a malattia o infortunio, non la malattia o la conseguente incapacità lavorativa (DTF 116 V 246 consid. 1b).

7.2 L'art. 28 cpv. 1 LAI prevede che l'assicurato ha diritto a una rendita se la sua capacità al guadagno o la sua capacità di svolgere le mansioni consuete non può essere ristabilita, mantenuta o migliorata mediante provvedimenti d'integrazione ragionevolmente esigibili (lettera a), ha avuto un'incapacità al lavoro (art. 6 LPGGA) almeno del 40% in media durante un anno senza notevole interruzione (lettera b) e al termine di questo anno è invalido (art. 8 LPGGA) almeno al 40% (lettera c).

7.3 Giusta l'art. 28 cpv. 2 LAI, l'assicurato ha diritto ad un quarto di rendita se è invalido per almeno il 40%, ad una mezza rendita se è invalido per almeno la metà, a tre quarti di rendita se è invalido per almeno il 60% e ad una rendita intera se è invalido per almeno il 70%.

8.

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

8.2 Il giudice delle assicurazioni sociali deve esaminare in maniera obiettiva tutti i mezzi di prova, indipendentemente dalla loro provenienza, e poi decidere se i documenti messi a disposizione permettono di giungere ad

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

8.3 Nell'ambito del libero apprezzamento delle prove è di principio consentito che il giudice delle assicurazioni sociali basi la propria decisione unicamente sui rapporti di un medico interno all'assicuratore. Per quanto riguarda l'imparzialità e l'attendibilità di tali rapporti, devono tuttavia essere poste esigenze severe. Nel caso in cui sussista anche il minimo dubbio sull'affidabilità e sulla concludentza dei pareri medici interni dell'assicurazione, non è possibile fondarsi su tali rapporti ed occorre effettuare un completamento dell'istruttoria (DTF 139 V 225 consid. 5.2; 135 V 465 consid. 4.4; 122 V 157 consid. 1d). I pareri del servizio medico regionale e del servizio medico dell'UAIE sono da considerare quali rapporti medici interni

all'amministrazione (sentenze del TF 9C_159/2016 del 2 novembre 2016 consid. 2.2 e 8C_197/2014 del 3 ottobre 2014 consid. 4).

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

9.

Il ricorrente censura in primo luogo un accertamento incompleto dei fatti rilevanti non avendo l'amministrazione a suo dire tenuto conto delle affezioni alla spalla destra che risalirebbero addirittura ad un periodo precedente rispetto a quelle alla spalla sinistra (doc. TAF 1 e allegati).

9.1 In concreto dagli atti emerge che, a seguito delle persistenti algie alle spalle, con referto del 2 agosto 2017 il dott. E. _____ ha attestato marcate alterazioni ossee gleno-omerali bilaterali (doc. TAF 1), motivo per cui il 27 marzo 2018, l'assicurato si sottoposto all'intervento di impianto di protesi alla spalla sinistra (doc. B 2 e segg. e consid. A.b e segg.)

9.2 Con valutazione del 31 agosto 2018, esperita per conto dell'assicuratore malattia, il dott. L. _____, specialista in medicina interna, ha posto la diagnosi di esiti di protesi alla spalla sinistra, precisando che "il decorso non è favorevole, persistente importante algia ed una grave limitazione funzionale anche cinque mesi dopo l'intervento. Inabilità lavorativa attualmente al 100% senz'altro giustificata per almeno 3 mesi, poi secondo il

decorso. In futuro bisognerà pensare ad un cambio di professione” (doc. B 16).

9.3 Il 30 gennaio 2019 il dott. L. _____ ha rivisto l'assicurato per conto dell'assicuratore malattia. Nel proprio rapporto di medesima data il medico interpellato ha rilevato che il decorso “non è per nulla favorevole per quanto riguarda la ripresa della funzione alla spalla sinistra, ancora molto limitata soggettivamente; attualmente riferisce di non avere più dolori a riposo”. Per quel che concerne l'incapacità lavorativa, il medico ha precisato che nella precedente attività restava senz'altro giustificata una totale inabilità, proponendo nondimeno una visita da uno specialista per una prognosi a medio-lungo termine (doc. B 27).

9.4 Con perizia reumatologica del 13 marzo 2019 il dott. G. _____ ha posto le seguenti diagnosi con conseguenze sulla capacità lavorativa:

“Periartropatia omeroscapolare parzialmente anchilosante a sinistra, in

- Esiti da impianto di protesi alla spalla sinistra, con tenotomia del sottoscapolare, sutura dello stesso, tenodesi del capolungo del bicipite il 27.3.2018, in Omartrosi e artrosi acromeoclaveare a sinistra

Periartropatia omeroscapolare con sintomatologia di attrito terminale a destra”.

In occasione dell'anamnesi, il medico ha rilevato che, secondo il paziente, il dolore alla spalla sinistra era migliorato rispetto ai mesi precedenti pur rimanendo egli molto limitato nei movimenti, che da febbraio 2019 erano insorti dolori craniali minori e che non avvertiva dolori alla spalla destra, ai gomiti, ai polsi o alle dita (p. 4). In relazione alla spalla destra, l'esame reumatologico ha evidenziato “mobilità passiva normale, in ogni direzione, ma con arco dolente terminale e dolori a fine corsa alla rotazione interna, scrosci intraarticolari alla mobilitazione, test resistivi per la cuffia rotatoria della spalla destra ben tenuti, indolori”. Per la spalla sinistra il perito ha invece constatato “cicatrice anteriore longitudinale calma, dolorante ai movimenti passivi in ogni direzione, algie in aumento a fine corsa con flessione/abduzione passive permesse non oltre 45°, estensione passiva limitata di 2/3, rotazione interna passiva limitata della 1/2, esterna passiva bloccata” (p. 5).

Il perito ha poi rilevato che a distanza di quasi un anno dall'intervento di impianto di protesi alla spalla sinistra del 27 marzo 2018, risultava difficile

credere che l'assicurato potesse recuperare la funzionalità completa della spalla sinistra ed ha confermato il grado di inabilità lavorativa del 100% nella precedente attività, già attestato dal dott. L. _____ il 30 gennaio 2019. In un lavoro adatto allo stato di salute, rispettoso di tutti i limiti funzionali, il medico ha tuttavia ritenuto che l'assicurato disponeva di risorse fisiche che permettevano una reintegrazione professionale. L'interessato andava pertanto considerato abile al lavoro al 100% al più tardi a partire dal momento dell'esame peritale, quindi a decorrere dal 12 marzo 2019.

In merito ai limiti funzionali, il dott. G. _____ ha segnalato che "l'assicurato può molto spesso sollevare e portare pesi fino a 5 kg fino all'altezza dei fianchi, talvolta tra 5-10 kg fino all'altezza dei fianchi, sollecitando prevalentemente il braccio destro, mai pesi oltrepassanti i 10 kg fino all'altezza dei fianchi; l'assicurato può talvolta sollevare pesi fino a 5 kg sopra l'altezza del petto, utilizzando prevalentemente il braccio destro, mai pesi oltrepassanti i 5 kg sopra l'altezza del petto. L'assicurato può molto spesso maneggiare attrezzi di precisione, molto spesso maneggiare attrezzi molto leggeri, molto spesso maneggiare attrezzi leggeri, talvolta maneggiare attrezzi di media entità, mai maneggiare attrezzi pesanti. La rotazione manuale è normale. L'assicurato può di rado effettuare lavori al di sopra della testa, molto spesso effettuare la rotazione del tronco, molto spesso assumere la posizione seduta ed inclinata in avanti, molto spesso la posizione in piedi ed inclinata in avanti, molto spesso assumere la posizione inginocchiata, molto spesso effettuare la flessione delle ginocchia. L'assicurato può assumere molto spesso la posizione seduta di lunga durata, molto spesso la posizione in piedi di lunga durata. L'assicurato può molto spesso camminare fino a 50 metri, molto spesso oltre 50 metri, molto spesso camminare per lunghi tragitti, come pure molto spesso camminare su terreno accidentato, può molto spesso salire le scale, mai salire su scale a pioli" (doc. B 30).

9.5 Con rapporto finale SMR del 5 aprile 2019 il dott. H. _____ ha dichiarato che la documentazione medica agli atti era esaustiva e che non erano indicati ulteriori accertamenti specialistici, confermando la diagnosi ed i limiti funzionali attestati dal dott. G. _____. Il medico SMR ha inoltre confermato la prognosi lavorativa favorevole in attività adeguate con una capacità lavorativa del 100% a decorrere dal 12 marzo 2019 (doc. A 32).

9.6 Con certificati del 15 aprile 2019 e del 10 luglio 2019, il dott. M. _____, specialista in ortopedia e traumatologia, ha attestato che persisteva "una grave limitazione funzionale con incapacità nelle comuni pratiche giornaliere", concludendo che le condizioni di salute dell'assicurato –

ritenute stabili e non migliorabili – non erano compatibili con un'attività lavorativa manuale o di autista (doc. TAF 1).

9.7 Con certificato del 2 agosto 2019 il dott. N._____, specialista in ortopedia e traumatologia, ha rilevato che l'utilizzo dell'arto sinistro provoca dolore e che l'obiettività clinica è stabilizzata. Egli ha inoltre indicato che il quadro clinico del paziente non consente di svolgere la propria attività lavorativa di autista/operaio (doc. TAF 1).

9.8 Con annotazione del 5 novembre 2019 il dott. H._____ ha rilevato che i certificati medici prodotti evidenziavano una situazione stabile che impediva unicamente lo svolgimento della precedente attività, confermando pertanto le conclusioni del rapporto finale del 5 aprile 2019 (doc. TAF 9).

9.9 Con breve certificato medico del 20 gennaio 2020 il dott. O._____, radiologo ha attestato un marcato reperto di artrosi scapolo-omerale alla spalla destra con presenza di voluminoso osteofita lungo il profilo inferiore della testa omerale con piccole calcificazioni delle parti molli peritrochitee da riferire a periartrite calcifica con normale spazio subacromiale (doc. TAF 12).

9.10 Con referto del 29 gennaio 2020 il dott. N._____, specialista in ortopedia e traumatologia, ha rilevato un'artrosi concentrica alla spalla destra, consigliando un ciclo infiltrativo con acido ialuronico (doc. TAF 12).

9.11 Con annotazione SMR del 3 marzo 2020 il dott. H._____ ha dichiarato che le problematiche di natura osteo-articolare descritte dai dott. O._____ e N._____ erano già note al momento della redazione del rapporto peritale reumatologico da parte del dott. G._____ il 13 marzo 2019. Egli ha pertanto confermato le conclusioni tratte nel rapporto finale SMR del 5 aprile 2019 (doc. TAF 15).

9.12 Con referto del 28 maggio 2020 il dott. I._____ ha attestato un'avanzata artrosi gleno-omerale alla spalla destra e proposto una revisione della protesi alla spalla sinistra ed una protesi alla spalla destra (doc. TAF 19).

10.

10.1 Nel caso in esame alla luce di quanto sopra esposto, e conto tenuto in particolare del fatto che il ricorrente non ha prodotto alcun documento medico di data anteriore alla decisione impugnata con diagnosi differente

o valutazione diversa della sua capacità lavorativa residua in attività sostitutive adeguate rispetto a quelle di cui alla convincente documentazione medica agli atti, non vi è motivo per questa Corte di scostarsi dall'apprezzamento delle risultanze processuali di cui alla decisione impugnata, in particolare il rapporto SMR del che poggia fundamentalmente sulla perizia del dott. G. _____ del 13 marzo 2019, secondo cui il ricorrente è totalmente incapace al lavoro nell'attività abituale e completamente capace in attività lavorative sostitutive adeguate rispettose delle limitazioni funzionali a decorrere dal 12 marzo 2019.

10.2 In merito alle censure dell'assicurato, questo Tribunale rileva che, al contrario di quanto addotto con il gravame, gli accertamenti medici esperiti, su cui si fonda la decisione impugnata, tengono conto anche dei disturbi alla spalla destra. A tal proposito giova ricordare che, a seguito degli ulteriori accertamenti auspicati dal dott. E. _____, con valutazione del 2 agosto 2017, si era rivelato necessario unicamente un intervento alla spalla sinistra. Inoltre, il dott. G. _____ ha eseguito un'anamnesi ed un esame reumatologico completo, comprensivo anche della spalla destra, che tuttavia non creava particolari problemi o dolori all'assicurato (si confronti l'anamnesi a p. 4, l'esame neurologico a p. 5 del doc. B 30 e consid. 9.4 del presente giudizio). Egli ha inoltre precisato che "la spalla controlaterale al braccio dominante destro, presenta una mobilità passiva normale in ogni direzione ma con arco dolente terminale e dolori a fine corsa alla rotazione interna con apparizione di scrosci intraarticolari, test resistivi per la cuffia rotatoria ben tenuti, indolori, non evocanti dunque una lesione maggiore alla stessa" (p. 7), ponendo la diagnosi di periartrite omeroscapolare con sintomatologia di attrito terminale a destra. I dott. O. _____ e N. _____, dal canto loro, con brevi certificati del gennaio 2020 (cfr. doc. TAF 12) hanno rilevato alla spalla destra un'artrosi scapolo omerale con dolori, confermando dunque la diagnosi del dott. G. _____, senza indicare un peggioramento della stessa, tanto meno una conseguente incapacità lavorativa.

10.3 Per quel che attiene invece alla valutazione della capacità lavorativa, questo Tribunale rileva che il dott. L. _____, già il 31 agosto 2018, aveva dichiarato di ritenere necessario riflettere su un cambio di professione. Egli aveva infatti ritenuto perlomeno ipotizzabile l'esercizio futuro di un'attività lavorativa in attività adeguate. In seguito, sia il dott. G. _____, che il dott. H. _____, concordano sul fatto che, al più tardi a partire dal 12 marzo 2019, lo stato di salute dell'assicurato permetteva l'esercizio di un'attività adeguata a tempo pieno. Anche i dott. M. _____ ed N. _____, con rapporti di aprile, luglio e agosto 2019, escludono unicamente la possibilità di

riprendere la precedente attività di autista/operaio, ma non un'attività adeguata. Peraltro, un'incapacità lavorativa duratura in ogni attività a partire dal 19 marzo 2018, viene attestata – e neppure in maniera inequivocabile – unicamente dal dott. P._____, generalista, nonché medico di famiglia dell'assicurato, tramite un certificato in cui si limita ad attestare una totale incapacità lavorativa continua per lavori manuali in ragione delle note affezioni (cfr. doc. TAF 1) e nel quale è assente un'indicazione dei limiti funzionali, così come una motivazione delle conclusioni adottate. Pertanto, si tratta di un referto il cui valore probatorio è relativo e non può assurgere a quello pieno di una perizia, essendo tra l'altro redatto dal medico curante (a tal riguardo cfr. consid. 6.2), oltretutto privo delle specializzazioni del caso. Non si tratta pertanto di un referto atto a mettere in discussione le conclusioni dei periti specialisti che si sono chinati sul caso. Infine, gli stessi dott. i M._____ (con referti di aprile e luglio 2019) e N._____ (referto di agosto 2019), che si sono espressi in relazione all'evoluzione della spalla sinistra, hanno attestato uno stato di salute stabilizzato, indicando che era esclusa unicamente la precedente attività lavorativa (doc. TAF 1).

10.4 In sostanza, l'allegazione ricorsuale secondo la quale il ricorrente sarebbe in grado di svolgere un'attività sostitutiva adeguata nella misura del 40% - 50% al massimo, non trova conferma in alcun certificato medico. Non vi è inoltre neppure la prova dell'esistenza di altre affezioni che possano giustificare ulteriori accertamenti medici relativi al periodo precedente la decisione impugnata.

11.

11.1 In definitiva, in virtù delle considerazioni appena esposte, questa Corte non ha fondato motivo di scostarsi dalle conclusioni peritali del dott. G._____, in linea con le prognosi poste dal dott. L._____, che ha seguito l'evoluzione dello stato di salute dopo l'esecuzione dell'intervento alla spalla sinistra, e corroborate dalle valutazioni del dott. H._____. Da tali referti non emergono infatti contraddizioni di sorta e tra i documenti dell'incarto non vi è alcun atto medico suscettibile di mettere in dubbio le conclusioni complete ed esaustive tratte dal perito riguardo alle malattie artrosiche lamentate dall'assicurato e ad una piena esigibilità in attività lavorative adeguate a far tempo – al più tardi – dal 12 marzo 2019 e perlomeno fino alla data della decisione impugnata.

11.2 In conclusione risulta quindi provato con il grado della verosimiglianza preponderante valido nelle assicurazioni sociali che a partire dal 12 marzo 2019 lo stato di salute del ricorrente si è stabilizzato e che egli è abile a

svolgere un'attività adeguata nella misura del 100%. Su questo punto la decisione impugnata va pertanto confermata.

11.3 Ciò posto, va ancora rilevato che, seppur non suscettibili di influire sull'esito della presente vertenza, i referti medici redatti posteriormente alla decisione impugnata e prodotti in sede ricorsuale (in particolare con il doc. TAF 19), appaiono rilevanti per la valutazione dello stato di salute dell'assicurato e della sua abilità lavorativa dopo il 20 giugno 2019, data del provvedimento impugnato. In effetti potrebbe essere intervenuto un peggioramento dello stato di salute. L'incarto viene pertanto trasmesso per competenza all'UAIE affinché proceda agli accertamenti del caso e si pronunci sullo stato di salute e sulla sua evoluzione, sull'incapacità lavorativa e sul grado di invalidità del ricorrente a far tempo da giugno 2019, con particolare riferimento al referto del dott. I. _____ del 28 maggio 2020, in cui viene attestata un'avanzata artrosi alla spalla destra e proposti nuovi interventi chirurgici ad entrambe le spalle (cfr. in particolare il doc. TAF 19).

12.

12.1 Occorre ancora esaminare la conformità del grado d'invalidità calcolato dall'autorità inferiore. Il ricorrente ha invero censurato che, tenuto conto del fatto che il livello dei salari nel Canton D. _____ è notevolmente inferiore rispetto alla media svizzera, sia applicata una riduzione del reddito esigibile del 25% e non del 10% come ritenuto dall'UAIE. Egli sembra dunque contestare implicitamente anche la mancata parallelizzazione dei redditi da parte dell'autorità inferiore (cfr. in particolare doc. TAF 1).

12.2

12.2.1 Se e in quale misura, nel singolo caso, i salari fondati su dati statistici debbano essere ridotti dipende dall'insieme delle circostanze personali e professionali concrete (limitazione addebitabile al danno alla salute, età, anni di servizio, nazionalità e tipo di permesso di dimora, grado di occupazione), criteri che l'amministrazione è tenuta a valutare globalmente. Il Tribunale federale ha precisato al riguardo che una deduzione globale massima del 25% del salario statistico permette di tenere conto delle varie particolarità suscettibili di influire sul reddito del lavoro. A seconda della loro incidenza infatti, è possibile che la persona assicurata, anche in un mercato del lavoro equilibrato, non sia in grado di realizzare un salario medio sfruttando la capacità lavorativa residua (DTF 126 V 75 consid. 5b/aa in fine). La deduzione non è automatica, ma deve essere valutata di caso in caso

e complessivamente, non separatamente, in maniera schematica, sommando i singoli fattori di deduzione, tenendo conto di tutte le circostanze del singolo caso (sentenza del TF 9C_751/2011 del 30 aprile 2012 consid. 4.2.1 e DTF 126 V 75 consid. 5b/aa in fine).

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

12.2.3 L'UAIE ha considerato una riduzione del 10% del reddito da invalido per tener conto del fatto che l'assicurato può svolgere unicamente attività leggere (doc. A 33). Il progetto di decisione e la decisione su opposizione non motivano tuttavia la riduzione (doc. A 35 e 38).

12.2.4 Nel caso di specie, come ammesso dall'autorità inferiore, per il fatto che l'assicurato, date le sue importanti limitazioni funzionali può occuparsi ora unicamente di attività leggere, va senz'altro riconosciuta una deduzione del 10% (cfr., fra le tante, la sentenza del TF 9C_455/2013 consid. 4.4).

12.2.5 L'insorgente non ha inoltre fatto valere né sostanziato ulteriori motivi di riduzione quali ad esempio l'età, gli anni di servizio, la nazionalità ed il tipo di permesso di dimora, il grado di occupazione o ulteriori limitazioni funzionali. Pertanto, anche tenuto conto del riserbo di cui deve dare prova il giudice delle assicurazioni sociali nel sostituire il proprio apprezzamento a quello dell'amministrazione (DTF 137 V 71 e 132 V 393 consid. 3.3), questo Tribunale rileva che non sono state indicate nel gravame ragioni sufficienti per scostarsi dalla valutazione di cui alla decisione litigiosa secondo la quale si giustifica nel caso di specie ammettere una riduzione del 10%.

13.

13.1 Adducendo che il livello dei salari nel Canton D._____ è notevolmente inferiore alla media svizzera, l'assicurato chiede piuttosto di operare una parallelizzazione dei redditi posti a raffronto (cfr. doc. TAF 1 e consid. 10.3).

13.2

13.2.1 Secondo giurisprudenza, allorquando il reddito da valido è inferiore alla media dei salari per un'attività equivalente e la persona assicurata, per motivi non imputabili all'invalidità (quali scarsa formazione scolastica, formazione professionale carente, conoscenze linguistiche lacunose, limitate possibilità di assunzione a causa dello statuto di stagionale rispettivamente problematiche legate al mercato del lavoro), ha realizzato un reddito considerevolmente inferiore alla media e non vi è motivo di ritenere che fosse intenzionata ad accontentarsi di un reddito modesto, si procede ad un parallelismo dei due redditi di confronto (sentenze del TF 9C_112/2012 del 19 novembre 2012 consid. 4.4 e 9C_205/2011 del 10 novembre 2011 consid. 6.2 e 6.4; DTF 135 V 58 consid. 3.1 e DTF 134 V 322 consid. 4.1, 5.2 e 6.2). Il TF ha precisato che un reddito è inferiore alla media dei salari per un'attività equivalente, allorquando il guadagno effettivamente conseguito diverge di almeno il 5% dal salario statistico usuale nel settore. Pertanto, il parallelismo dei redditi di paragone va effettuato soltanto per la parte percentuale eccedente la soglia del 5% (DTF 135 V 297 consid. 6.1.2). Laddove un reddito da invalido di fascia media è conseguibile rispettivamente ragionevolmente esigibile, un reddito da valido inferiore alla media (per motivi economici) non deve essere adattato al livello medio (DTF 135 V 58 consid. 3.4.3 e 3.4.4; cfr. pure sentenza 9C_179/2013 del 26 agosto 2013 consid. 4.4). Il TF ha altresì precisato che non occorre procedere ad un parallelismo dei due redditi qualora la persona assicurata si è accontentata, volontariamente e senza necessità economiche, di un reddito più basso di quello che avrebbe potuto pretendere e non sussistono indizi secondo cui la persona assicurata medesima, senza il danno alla salute, avrebbe rinunciato all'attività in questione in favore di un lavoro meglio remunerato (sentenze del TF 9C_520/2012 del 20 agosto 2012 e 9C_409/2009 dell'11 dicembre 2009 consid. 3.3; cfr. anche sentenza del TF I 644/06 del 15 febbraio 2007 consid. 5.2).

13.2.2 In merito alla nozione relativa al fatto che l'assicurato "non si sia accontentato" del salario percepito prima dell'invalidità di cui alla giurisprudenza sopra menzionata (sentenze del TF 9C_520/2012 del 20 agosto

2012; 9C_409/2009 dell'11 dicembre 2009 consid. 3.3; I 644/06 del 15 febbraio 2007 consid. 5.2 [conto tenuto che, secondo giurisprudenza, non vi è una presunzione in tal senso; cfr. sentenza del TF 9C_21/2014 del 2 aprile 2014 consid. 4.2 con rinvii]), incombe all'Ufficio AI incaricato dell'istruttoria esaminare se l'assicurato si è accontentato di una retribuzione più modesta di quella che avrebbe potuto pretendere (sentenza del TF 9C_409/2009 dell'11 dicembre 2009 consid. 3.3). Questa circostanza deve essere appurata con il grado di verosimiglianza preponderante valido nelle assicurazioni sociali (sentenza del TF 9C_21/2014 del 2 aprile 2014 consid. 4.2 con rinvii). Nella presente fattispecie, l'autorità inferiore non si è chinata in maniera approfondita sulla questione di sapere se l'assicurato ha rinunciato, o meno, ad un salario più elevato. Non risulta dagli atti nessun accertamento specifico in tal senso, fermo restando che, in ogni caso, non può essere a priori ammesso che, in ragione del semplice statuto di frontaliere, si debba o possa presumere che l'assicurato si sia accontentato spontaneamente della retribuzione ricevuta.

13.2.3 Tuttavia, e come rettamente rilevato dall'autorità inferiore nella risposta al ricorso, non si giustifica comunque per tale motivo un annullamento della decisione impugnata con rinvio della causa all'autorità inferiore poiché, come precisato di seguito, anche volendo procedere ad un parallelismo dei due redditi, non si ottiene comunque un tasso di invalidità pensionabile (cfr. consid. 14.3 del presente giudizio).

13.2.4 Considerato che per il confronto dei redditi sono determinanti le circostanze esistenti al momento della nascita del diritto alla rendita, i redditi da valido e da invalido devono essere stabiliti tenuto conto della medesima base temporale e la valutazione deve tenere conto di eventuali modifiche intervenute fino alla pronuncia della decisione e suscettibili di incidere sul diritto alla rendita (DTF 129 V 222 consid. 4.1 e 4.2), nella fattispecie il raffronto dei redditi dovrebbe essere effettuato considerando i dati del 2019 e non quelli del 2016 utilizzati dall'autorità inferiore. Non essendo tuttavia ancora pubblicate i dati statistici per il 2019, si ricorrerà nel caso concreto ai dati del 2018 (cfr. doc. A 33 e doc. TAF 9).

13.3 Per stabilire se occorre procedere alla parallelizzazione dei redditi va confrontato il reddito di cui alla categoria trasporti terrestri e magazzinaggio nel 2018 secondo la TA1 [$5'295 \times 12 / 40 \times 42.4 = 67352.4$] con il reddito da valido incontestato di CHF 43'136.-. Da tale procedere emerge una differenza del 35.95%, dal quale secondo la succitata giurisprudenza del TF va dedotto il 5% [$67352.4 - 43'136$]: $67352.4 \times 100 = 35.95 > 5\%$).

13.4 Raffrontando dunque il reddito da valido incontestato di CHF 43'136.- con un reddito da invalido di CHF 42'113.59 (ottenuto applicando la tabella TA1 del 2018, tenendo conto del livello di qualifica 4, attività semplici e ripetitive, valore mediano, uomini per 41.7 h/settimana, di un gap salariale del 30.95% così come di una riduzione giurisprudenziale del 10%: $[5'210 / 40 \times 41.7 \times 12] - 30.95\%$ [parallelismo] - 10%), si ottiene un grado di invalidità dello 2,37% ($[43'136 - 42'113.59] : 43'136 \times 100 = 2.37\%$).

14.

Ne consegue che, in simili circostanze il ricorso, in quanto infondato, deve essere respinto e la decisione impugnata confermata.

15.

Per quel che attiene all'evoluzione dello stato di salute dell'assicurato per il periodo posteriore alla decisione impugnata, l'incarto viene trasmesso per competenza all'UAIE affinché proceda agli accertamenti del caso e si pronunci sullo stato di salute, l'incapacità lavorativa e sul grado di invalidità del ricorrente.

16.

16.1 Non si prelevano spese processuali (art. 85bis cpv. 2 LAVS), né, visto l'esito della procedura, si attribuiscono spese ripetibili al ricorrente (art. 64 cpv. 1PA).

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

(dispositivo alla pagina seguente)

Per questi motivi, il Tribunale amministrativo federale pronuncia:

1.

Il ricorso è respinto.

2.

Gli atti di causa sono trasmessi per competenza all'UAIE ai sensi dei considerandi.

3.

Non si prelevano spese processuali.

4.

Non sono assegnate spese ripetibili.

5.

Comunicazione a:

- rappresentante del ricorrente (atto giudiziario),
- autorità inferiore (n. di rif. [...]; atto giudiziario; allegati: scritti del patronato INAS del 6 maggio 2020 e del 29 maggio 2020 e relativo referto allegato del dott. I. _____ del 28 maggio 2020 [doc. TAF 18 e 19]).
- Ufficio federale delle assicurazioni sociali (raccomandata).

I rimedi giuridici sono menzionati alla pagina seguente.

La presidente del collegio:

Il cancelliere:

Michela Bürki Moreni

Oliver Engel

Rimedi giuridici:

Contro la presente decisione può essere interposto ricorso in materia di diritto pubblico al Tribunale federale, Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerna, entro un termine di 30 giorni dalla sua notificazione (art. 82 e segg., 90 e segg. e 100 LTF). Il termine è reputato osservato se gli atti scritti sono consegnati al Tribunale federale oppure, all'indirizzo di questo, alla posta svizzera o a una rappresentanza diplomatica o consolare svizzera al più tardi l'ultimo giorno del termine (art. 48 cpv. 1 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: