



---

Corte III  
C-5705/2020

## **Sentenza del 22 ottobre 2021**

---

Composizione

Giudici Michela Bürki Moreni (presidente del collegio),  
Viktoria Helfenstein, Caroline Bissegger,  
cancelliere Luca Rossi.

---

Parti

**A.** \_\_\_\_\_, (Italia)  
patrocinato dall'avv. Caroline Schlunke  
ricorrente,

contro

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

---

Oggetto

assicurazione invalidità, rendita limitata nel tempo  
(decisione del 13 ottobre 2020).

**Fatti:****A.**

A.\_\_\_\_\_, cittadino italiano, nato il (...) 1971, residente a (...) (IT), ha lavorato in Svizzera dal 1989 come frontaliere presso diversi datori di lavoro, da ultimo in qualità di pittore a tempo pieno, solvendo regolari contributi all'assicurazione svizzera per la vecchiaia, i superstiti e l'invalidità (AVS/AI, doc. 1, 2 e 83 dell'incarto dell'Ufficio dell'assicurazione per l'invalidità per gli assicurati residenti all'estero [in seguito: UAIE]).

**B.**

In data 19 luglio 2016, per il tramite dell'assicuratore contro gli infortuni B.\_\_\_\_\_, l'assicurato ha formulato all'Ufficio AI del Canton C.\_\_\_\_\_ (in seguito: UAI-C.\_\_\_\_\_) una domanda volta al conseguimento di prestazioni dell'assicurazione svizzera per l'invalidità (doc. 1), poi completata il 22 novembre 2016 con la trasmissione dell'apposito formulario (doc. 3).

**C.**

**C.a** Dall'incarto della B.\_\_\_\_\_ (assunto agli atti dall'UAI-C.\_\_\_\_\_) è emerso che il 13 gennaio 2016, mentre stava aiutando un collega a togliere gli addobbi natalizi al domicilio di quest'ultimo, l'interessato è scivolato ed è rovinato a terra subendo un trauma al gomito sinistro (doc. 99). In esito ai primi accertamenti è stata diagnosticata una lussazione traumatica del gomito sinistro, per la quale è stato prescritto un trattamento conservativo, nonché un'incapacità lavorativa totale (doc. 100, 102-103, 114). A partire dal 1° marzo 2016, nonostante perdurassero i disturbi, l'assicurato ha ripreso a lavorare presso il proprio datore di lavoro al 50% (doc. 109).

**C.b** Preso atto del persistere dell'instabilità al comparto ulnare e dell'irritazione del nervo ulnare all'altezza del canale cubitale (doc. 120, 126), il 12 maggio 2016 il dott. D.\_\_\_\_\_, specialista FMH in chirurgia della mano, ortopedica e traumatologica ha eseguito l'intervento di ricostruzione del legamento collaterale ulnare (LCU), con decorso descritto in un primo momento come favorevole (doc. 127, 134, 144),

**C.c** Persistendo la sintomatologia dolorosa e instabilità, l'assicurato è stato visitato, su suggerimento del proprio medico curante, dal dott. E.\_\_\_\_\_, specialista italiano in chirurgia plastica e della mano, polso e gomito (cfr. rapporti del 13 settembre, 10 ottobre e 16 novembre 2016 [doc. 160, 164, 175]) e su indicazione della B.\_\_\_\_\_ dal dott. F.\_\_\_\_\_, specialista FMH in chirurgia ortopedica e traumatologia dell'apparato locomotore (rapporto del 3 novembre 2016 [doc. 170, 174]).

**C.d** In esito a tali visite, di cui si dirà nel dettaglio nei considerandi in diritto, il 7 aprile 2017 è stato eseguito, da parte del dott. F. \_\_\_\_\_, presso la G. \_\_\_\_\_ di (...) una ripresa chirurgica completa, con artroscopia, asportazione dell'ancoretta precedentemente posata dal dott. D. \_\_\_\_\_ e débridement (doc. 202).

Il 22 settembre 2017, sempre presso la G. \_\_\_\_\_ di (...), è stato eseguito un ulteriore intervento di revisione con neurolisi del nervo ulnare (doc. 229), che tuttavia, come i precedenti, non è stato risolutivo e non ha permesso di alleviare la sintomatologia algica né di recuperare la capacità lavorativa (doc. 242).

**C.e** Ulteriori accertamenti presso l'H. \_\_\_\_\_ (...) il 6 e il 27 febbraio e il 17 aprile 2018, di cui si dirà nel dettaglio nei considerandi che seguono, non hanno permesso di fornire ulteriori proposte terapeutiche (doc. 245, 248, 251, 258).

**C.f** A seguito della visita medico-circondariale di chiusura del 14 maggio 2018, il dott. I. \_\_\_\_\_, specialista in chirurgia incaricato dalla B. \_\_\_\_\_, ha ritenuto la situazione valetudinaria stabilizzata. Dal punto di vista lavorativo ha quindi considerato l'assicurato totalmente inabile nella professione abituale e completamente abile a svolgere un'attività sostitutiva adeguata ai limiti funzionali riscontrati (doc. 271).

**C.g** Con scritto del 29 maggio 2018 la B. \_\_\_\_\_ ha comunicato all'assicurato la sospensione delle prestazioni a titolo di spese di cura e di indennità giornaliera dal 1° luglio 2018 (doc. 275).

**C.h** Con decisione del 9 agosto 2018 – confermata con decisione su opposizione del 17 settembre 2018 (doc. 281) – la B. \_\_\_\_\_ ha quindi chiuso il caso, riconoscendo a partire dal 1° luglio 2018 una rendita d'invalidità LAINF del 13% e un'indennità per menomazione dell'integrità fisica (IMI) del 10% (doc. 278).

## **D.**

**D.a** Nell'ambito della procedura AI, sono stati nel frattempo assunti agli atti la perizia medica particolareggiata E213 (doc. 17) e il rapporto medico per la valutazione di una persona adulta (doc. 18) redatti il 9 febbraio 2017 dal medico curante – attestanti le diagnosi, la situazione e la prescrizione di incapacità lavorativa già emerse in sede di procedura infortunistica – nonché il questionario per il datore di lavoro (doc. 19).

**D.b**

**D.b.a** Dal 7 gennaio al 1° febbraio 2019 l'assicurato ha preso parte a una misura di accertamento professionale presso il Centro d'Accertamento Professionale (doc. 29-30). Il 26 febbraio 2019 l'UAI-C. \_\_\_\_\_ ha quindi predisposto una misura di formazione e job coaching dal 1° marzo al 30 aprile 2019 presso il L. \_\_\_\_\_ (doc. 37), a seguito della quale è stato disposto un accertamento professionale di un mese nel settore industriale presso la ditta M. \_\_\_\_\_ SA (doc. 42-45), che non ha tuttavia portato risultati soddisfacenti. Riguardo alle suddette misure di integrazione si ritornerà nel dettaglio nei considerandi in diritto.

**D.b.b** Con rapporto del 27 giugno 2019 il consulente IP dell'AI, preso atto delle conclusioni scaturite dai periodi di accertamento professionale e dalla prova pratica, ha ritenuto che in attività più confacenti alle sue limitazioni quali quelle elencate, l'assicurato potesse avere una capacità lavorativa e una capacità di guadagno superiore (doc. 50, anche doc. 55).

**D.c** Preso atto del parere del Servizio medico regionale (SMR), che in assenza di patologie extrainfortunistiche ha dichiarato di potersi fondare interamente sulle conclusioni esposte nell'ambito della procedura infortunistica (doc. 56), l'UAI-C. \_\_\_\_\_ ha quindi emanato il progetto di decisione del 23 ottobre 2019, con il quale ha prospettato l'attribuzione di una rendita limitata nel tempo dal 1° gennaio 2017 al 31 agosto 2018, non avendo riscontrato per il periodo successivo a tale data un grado di invalidità pensionabile (doc. 58).

**D.d** Con osservazioni del 26 novembre 2019 l'assicurato, rappresentato dall'avv. Ca. \_\_\_\_\_, si è opposto al suddetto provvedimento, contestando all'amministrazione di aver considerato unicamente le affezioni infortunistiche e non le problematiche alla schiena, che determinavano rilevanti limitazioni lavorative in ogni attività. A sostegno delle proprie allegazioni l'assicurato ha prodotto alcuni referti medici inediti ed ha concluso per il riconoscimento di una rendita intera continuativa fondata su di un grado AI dell'81% (doc. 61).

**D.e** L'UAI-C. \_\_\_\_\_ ha dunque ordinato l'allestimento di una perizia reumatologica (doc. 63, 64).

Nel rapporto peritale del 5 febbraio 2020, il dott. N. \_\_\_\_\_, specialista FMH in medicina interna e reumatologia, ha ritenuto che dal punto di vista radiologico la situazione della schiena appariva stabile, essendo tutt'al più

ipotizzabile l'insorgere di sporadici attacchi acuti di mal di schiena determinanti inabilità lavorative limitate nel tempo. Egli ha quindi confermato l'inabilità lavorativa attestata dal dott. I. \_\_\_\_\_, segnalando che essa è interamente causata dalle problematiche al gomito. Ha inoltre precisato che la patologia lombare può al massimo limitare l'assicurato nell'assumere posture monotone, ossia stare seduto o in posizione eretta senza muoversi per più di due ore (doc. 68).

**D.f** Con rapporto finale del 4 maggio 2020 il SMR ha fatto proprie le diagnosi e le conclusioni peritali e ritenendo la situazione stabilizzata ha attestato un'incapacità lavorativa totale dal 13 gennaio 2016 nell'attività di pittore e una capacità lavorativa al 100% in un'attività sostitutiva adeguata e rispettosa dei limiti funzionali descritti dal 14 maggio 2018 (doc. 69).

**D.g** Con rapporto del 29 maggio 2020, su cui si tornerà più avanti, il dott. O. \_\_\_\_\_ specialista in chirurgia ortopedica e traumatologia dell'apparato locomotore, incaricato dall'assicurato, ha ritenuto che le affezioni di cui quest'ultimo è portatore determinano un danno biologico del 60% con eguale incidenza sulla capacità lavorativa e di reddito.

**D.h** Invitato a prendere posizione il dott. N. \_\_\_\_\_ ha ritenuto che il referto del dott. O. \_\_\_\_\_ non apportasse nessun elemento nuovo, non precedentemente considerato e suscettibile di modificare le proprie conclusioni (doc. 77). Il SMR si è allineato a tale valutazione e riconfermato nelle conclusioni esposte nel rapporto finale del 4 maggio 2020 (doc. 78).

**D.i** Con decisione del 13 ottobre 2020, l'UAIE ha quindi confermato il progetto di decisione e disposto l'attribuzione di una rendita intera limitata nel tempo per il periodo compreso fra il 1° gennaio 2017 e il 31 agosto 2018, ossia tre mesi dopo il miglioramento dello stato di salute. Per il periodo posteriore a tale data, avendo riscontrato un grado AI del 7% ha negato il diritto alla rendita e a provvedimenti professionali (doc. 83).

## **E.**

**E.a** Con ricorso del 16 novembre 2020 A. \_\_\_\_\_, sempre rappresentato dall'avv. Ca. \_\_\_\_\_, è insorto dinnanzi al Tribunale amministrativo federale (TAF), chiedendo l'annullamento della decisione dell'UAIE del 13 ottobre 2020 e in via principale il riconoscimento del diritto a una rendita intera AI a far tempo dal 1° gennaio 2017, in via subordinata il riconoscimento del diritto a una rendita intera AI dal 1° gennaio 2017 e a  $\frac{3}{4}$  di rendita AI dal 31

agosto 2018, in via ulteriormente subordinata il rinvio degli atti all'amministrazione al fine di completare l'istruttoria dal punto di vista medico. A suffragio delle conclusioni ricorsuali sono stati prodotti referti medici già figuranti agli atti. L'insorgente ha inoltre chiesto il riconoscimento di tasse, spese e ripetibili (doc. TAF 1).

**E.b** Con decisione incidentale del 19 novembre 2020 il ricorrente è stato invitato a versare un acconto di fr. 800.- corrispondente alle presumibili spese processuali (doc. TAF 2), che ha pagato il 15 dicembre 2020 (doc. TAF 4, 5).

**E.c** Con comunicazione del 12 febbraio 2020 l'avv. Ca. \_\_\_\_\_ ha segnalato di non rappresentare più il ricorrente, la cui pratica è stata ripresa dall'avv. Schlunke, servizio giuridico (doc. TAF 7, 11, 13).

**E.d** Con risposta del 19 febbraio 2021 l'UAIE, facendo riferimento al preavviso dell'UAI-C. \_\_\_\_\_ del 16 febbraio 2021, che ha confermato la correttezza delle conclusioni tratte dal punto di vista medico ed economico, ha proposto la reiezione del gravame e la conferma della decisione impugnata (doc. TAF 8).

**E.e** Con replica del 6 maggio 2021, il ricorrente ha criticato le conclusioni mediche del dott. N. \_\_\_\_\_ in relazione al rapporto del dott. O. \_\_\_\_\_, ritenendole contraddittorie e incomplete ed ha contestato le conclusioni dell'amministrazione in relazione alle attività ancora esigibili (doc. TAF 16).

**E.f** Con duplica del 2 giugno 2021, fondata sul preavviso dell'UAI-C. \_\_\_\_\_ del 28 maggio 2021, l'autorità inferiore si è riconfermata nella propria posizione (doc. TAF 19).

## **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 impugnate davanti al Tribunale amministrativo federale (TAF) conformemente all'art. 69 cpv. 1 lett. b LAI (RS 831.20). Di conseguenza questo Tribunale è competente a giudicare il presente ricorso.

**1.2** Secondo l'art. 3 lett. d<sup>bis</sup> PA, a cui rinvia l'art. 37 LTAF, la procedura in materia di assicurazioni sociali non è disciplinata dalla PA, nella misura in cui è applicabile la LPGGA (RS 830.1). In conformità con l'art. 2 LPGGA, 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 LPGGA sono applicabili all'assicurazione per l'invalidità (art. 1a-26<sup>bis</sup> e 28-70), sempreché la LAI non deroghi alla LPGGA.

**1.3** In concreto, il ricorso è ammissibile nella misura in cui è stato presentato tempestivamente e nel rispetto dei requisiti previsti dalla legge e l'acconto spese è stato pagato (art. 59 e 60 LPGGA, nonché l'art. 52 cpv. 1 PA).

## **2.**

Nell'ambito delle assicurazioni sociali, la procedura è retta dal principio inquisitorio (art. 43 cpv. 1 LPGGA). Il Tribunale amministrativo federale applica il diritto d'ufficio, senza essere vincolato dai motivi del ricorso (art. 62 cpv. 4 PA) o dai considerandi della decisione impugnata. In altri termini, il ricorso potrebbe essere accolto per ragioni diverse da quelle addotte dal ricorrente o respinto in virtù d'argomenti che la decisione impugnata non ha preso in considerazione (DTF 134 III 102 consid. 1.1; 133 V 515 consid. 1.3; DTAF 2013/46 consid. 3.2). Il Tribunale accerta i fatti determinanti per la soluzione della controversia, assume le prove necessarie e le valuta liberamente (art. 12 PA; DTF 136 V 376 consid. 4.1.1). Sempre che la legge non disponga diversamente, il Tribunale statuisce secondo il grado di prova della verosimiglianza preponderante. Deve ritenere un fatto provato, soltanto quando è convinto della sua esistenza (DTF 138 V 218 consid. 6). Le parti sono tenute a cooperare all'accertamento dei fatti (art. 13 PA) e a motivare il ricorso (art. 52 PA). L'autorità di ricorso si limita, di principio, ad esaminare le censure sollevate, mentre le questioni di diritto non invocate dalle parti solo nella misura in cui gli argomenti delle parti o l'esame dell'incarto ne diano sufficiente motivo (DTF 122 V 157 consid. 1a; 121 V 204 consid. 6c).

## **3.**

**3.1** Il potere cognitivo di questo Tribunale è delimitato dalla data della decisione impugnata. Il giudice delle assicurazioni sociali esamina infatti la decisione impugnata sulla base della situazione di fatto esistente al momento in cui essa è stata resa (DTF 132 V 215 consid. 3.1.1; 130 V 445 consid. 1.2). Tiene tuttavia conto dei fatti verificatisi dopo tale data quando

essi possano imporsi quali elementi d'accertamento retrospettivo della situazione anteriore alla decisione stessa (DTF 129 V 1 consid. 1.2; 121 V 362 consid. 1b), in altri termini se gli stessi sono strettamente connessi all'oggetto litigioso e se sono suscettibili di influire sull'apprezzamento del giudice al momento in cui detta decisione litigiosa è stata resa (sentenze del TF 8C\_278/2011 del 26 luglio 2011 consid. 5.5 nonché 9C\_116/2010 del 20 aprile 2010 consid. 3.2.2; DTF 118 V 200 consid. 3a in fine).

## **3.2**

**3.2.1** Dal profilo temporale, con riserva di disposizioni particolari 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).

**3.2.2** Nel caso in esame, essendo contestata la soppressione del diritto alla rendita a far tempo dal 31 agosto 2018, decretato con decisione del 13 ottobre 2020, salvo indicazione contraria, si applicano di principio le disposizioni della 6<sup>a</sup> revisione della LAI entrate in vigore il 1° gennaio 2012 e le successive modifiche (RU 2011 5659; FF 2010 1603), entrate in vigore fino alla data della decisione impugnata.

## **4.**

Il ricorrente è cittadino di uno Stato membro della Comunità europea e risiede in Italia, vi è inoltre un elemento transfrontaliero, avendo l'interessato lavorato in Svizzera quale frontaliere (DTF 143 V 81 consid. 8.3 con rinvii, 143 II 57 e 141 V 521 consid. 4.3.2 nonché, tra le altre, le sentenze della CGUE del 5 maggio 2011 C-434/09 McCarthy, punto 45, e dell'11 ottobre 2001 C-95/99 a 98/99 e C-180/99 Khalil et aliiud, punto 69), 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).

## **5.**

Oggetto del contendere è il riconoscimento del diritto a una rendita intera anche dopo il 31 agosto 2018. L'amministrazione lo ha infatti negato in ragione della stabilizzazione dello stato di salute per cui, a partire dal 14 maggio 2018, l'insorgente è stato ritenuto completamente abile al lavoro in un'attività adeguata ed il grado di invalidità pari a 7%.

**5.1** A mente del ricorrente, le condizioni di salute in cui versa – in ragione delle problematiche infortunistiche ed extrainfortunistiche – che determinano un'incapacità lavorativa totale in qualsiasi attività, pari ad almeno 60% e l'impossibilità di mettere completamente a frutto la residua capacità lavorativa, giustificano il riconoscimento, anche dopo il 31 agosto 2018, del diritto a una rendita intera o subordinatamente a  $\frac{3}{4}$  di rendita AI, o in via ancor più subordinata nuovi accertamenti medici.

**5.2** Dal canto suo l'autorità inferiore ha segnalato di non riscontrare dalla documentazione prodotta alcun elemento nuovo, suscettibile di modificare le proprie conclusioni. Sia dal punto di vista medico, che da quello economico, la decisione è quindi meritevole di conferma.

## **6.**

**6.1** 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 LPGA è un concetto di carattere economico-giuridico e non medico (DTF 116 V 246 consid. 1b; sentenze del TF 8C\_636/2010 del 17 gennaio 2011 consid. 3 e 9C\_529/2008 del 18 maggio 2009).

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

L'assicurazione svizzera per l'invalidità risarcisce pertanto, e di principio, soltanto la perdita economica che deriva da un danno alla salute fisica o psichica dovuto a malattia o infortunio, non la malattia o la conseguente incapacità lavorativa (DTF 116 V 246 consid. 1b).

**6.2** 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 LPGA) almeno del 40% in media durante un anno senza notevole interruzione (lettera b) e al termine di questo anno è invalido (art. 8 LPGA) almeno al 40% (lettera c).

**6.3** 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%.

**6.4** L'art. 29 cpv. 1 LAI prevede che il diritto alla rendita nasce al più presto dopo sei mesi dalla data in cui l'assicurato ha rivendicato il diritto alle prestazioni conformemente all'art. 29 cpv. 1 LPGA (riservate altresì le condizioni dell'art. 28 cpv. 1 LAI; DTF 142 V 547 consid. 3.2), ma al più presto a

partire dal mese seguente il compimento dei 18 anni. L'art. 29 cpv. 3 LAI precisa altresì che la rendita è versata all'inizio del mese in cui nasce il diritto.

## **7.**

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

**7.2** L'art. 88a cpv. 1 OAI (RS 831.201) prevede che se la capacità al guadagno dell'assicurato o la capacità di svolgere le mansioni consuete migliora oppure se la grande invalidità o il bisogno di assistenza o di aiuto dovuto all'invalidità si riduce, il cambiamento va considerato ai fini della riduzione o della soppressione del diritto a prestazioni dal momento in cui si può supporre che il miglioramento constatato perduri. Lo si deve in ogni caso tenere in considerazione allorché è durato tre mesi, senza interruzione notevole, e che presumibilmente continuerà a durare. Detta norma si applica anche in caso di assegnazione retroattiva di una rendita scalare (sentenze del TF 9C\_837/2009 del 23 giugno 2010 consid. 2, 9C\_443/2009 del 19 agosto 2009 consid. 5, I 727/02 del 21 luglio 2005 consid. 5 nonché I 297/03 del 3 maggio 2005 consid. 1 e relativi riferimenti; cfr. pure sentenza del TAF C-1446/2011 del 27 giugno 2013 consid. 6.5 e relativi riferimenti).

**7.3** In caso d'assegnazione retroattiva di una rendita scalare la data di modifica del diritto deve essere stabilita conformemente all'art. 88a OAI (sentenze del TF 9C\_837/2009 del 23 giugno 2010 consid. 2, 9C\_443/2009 del 19 agosto 2009 consid. 5, I 727/02 del 21 luglio 2005 consid. 5 nonché I 297/03 del 3 maggio 2005 consid. 1 e relativi riferimenti; cfr. pure sentenza del TAF C-1446/2011 del 27 giugno 2013 consid. 6.5 e relativi riferimenti). Inoltre, il termine di attesa di tre mesi dell'art. 88a OAI non può iniziare a decorrere prima della nascita del diritto ad una rendita (cfr. sentenza del TF 9C\_110/2014 del 13 giugno 2014).

**7.4** Assegnando retroattivamente una rendita d'invalidità decrescente/crescente e/o limitata nel tempo, l'autorità amministrativa disciplina un rapporto giuridico suscettibile, in caso di contestazione, di essere oggetto della

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

## **8.**

**8.1** 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). Spetta in seguito al consulente professionale, avuto riguardo alle indicazioni sanitarie, valutare quali attività professionali siano concretamente ipotizzabili (sentenza del TF 9C\_13/2007 del 31 marzo 2008 consid. 3).

**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.

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 140 V 356 consid. 3.1, 134 V 231 consid. 5.1; DTF 125 V 351 consid. 3a; 122 V 157 consid. 1c).

**8.3** Una valutazione medica completa, comprensibile e concludente che, considerata a sé stante in occasione di un'unica (prima) valutazione del diritto alla rendita, andrebbe ritenuta probante, non assurge a prova attendibile in caso di revisione, se non attesta in modo sufficiente in che modo rispettivamente in che misura ha avuto luogo un effettivo cambiamento nello stato di salute. Sono tuttavia riservati i casi evidenti (SVR 2012 IV n. 18 pag. 81 consid. 4.2). Dalla perizia deve quindi emergere chiaramente che i fatti con cui viene motivata la modifica sono nuovi o che i fatti preesistenti si sono modificati sostanzialmente per quanto riguarda la loro natura rispettivamente la loro entità. L'accertamento di una modifica dei fatti è in particolare sufficientemente comprovata se i periti descrivono quali aspetti concreti nell'evoluzione della malattia e nell'andamento dell'incapacità lavorativa hanno condotto alla nuova valutazione diagnostica e alla stima dell'entità dei disturbi. Le summenzionate esigenze devono trovare riscontro nel tenore delle domande poste al perito (sentenza del TF 9C\_158/2012 del 5 aprile 2013; SVR 2012 IV pag. 81 consid. 4.3).

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

**8.5** Non va infine dimenticato che se vi sono dei rapporti medici contraddittori il giudice non può evadere la vertenza senza valutare l'intero materiale e indicare i motivi per cui si fonda su un rapporto piuttosto che su un altro (sentenza del Tribunale federale delle assicurazioni I 673/00 dell'8 ottobre 2002). Al riguardo va tuttavia precisato che non si può pretendere dal giudice che raffronti i diversi pareri medici e parimenti esponga correttamente da un punto di vista medico, come farebbe un perito, i punti in cui si evidenziano delle carenze e qual è l'opinione più adeguata (sentenza del Tribunale federale I 166/03 del 30 giugno 2004 consid. 3.3).

## **8.6**

**8.6.1** Giusta l'art. 59 cpv. 2<sup>bis</sup> LAI i servizi medici regionali sono a disposizione degli uffici AI per valutare le condizioni mediche del diritto alle prestazioni, stabiliscono la capacità funzionale dell'assicurato – determinante per l'AI secondo l'art. 6 LPGa – di esercitare un'attività lucrativa o di svolgere le mansioni consuete in una misura ragionevolmente esigibile e sono indipendenti per quanto concerne le decisioni in ambito medico nei singoli casi. Scopo e senso dell'art. 59 cpv. 2<sup>bis</sup> LAI, come pure dell'art. 49 OAI risiedono nella possibilità, per gli uffici AI, di fare capo ai propri medici per

la valutazione degli aspetti sanitari del diritto alla rendita. Questi ultimi, grazie alle loro specifiche conoscenze medico-assicurative, sono quindi chiamati a valutare la capacità funzionale della persona assicurata. In questo modo è stata creata una chiara separazione di competenze tra medici curanti e assicurazione sociale. Sulla base delle indicazioni del SMR, l'UAI deve così decidere cosa si può ragionevolmente pretendere da un assicurato e cosa invece no (sentenza del TF 9C\_9/2010 del 29 settembre 2010 consid. 2).

**8.6.2** I rapporti interni del SMR ai sensi dell'art. 49 cpv. 3 LAI non pongono autonomamente delle diagnosi, bensì apprezzano sotto l'aspetto medico i reperti esistenti. Il loro compito è di sintetizzare - a beneficio anche dell'amministrazione e dei tribunali che altrimenti non dispongono necessariamente di simili conoscenze specialistiche - la situazione medica 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). Non è dunque indispensabile che la persona assicurata venga visitata. Il SMR esegue direttamente esami medici solo se lo ritiene necessario. Negli altri casi rende la propria valutazione sulla base della documentazione esistente. L'assenza di propri esami diretti non costituisce, per invalsa giurisprudenza, un motivo per mettere in dubbio la validità di un rapporto SMR se esso soddisfa altrimenti le esigenze di natura probatoria generalmente riconosciute (SVR 2009 IV n. 56 pag. 174 [9C\_323/2009] consid. 4.3.1 con riferimenti; cfr. pure sentenza 9C\_294/2011 del 24 febbraio 2012 consid. 4.2; cfr. anche sentenza 9C\_787/2012 del 20 dicembre 2012, consid. 4.2.1).

## **9.**

**9.1** Nel caso concreto il ricorrente ha subito un danno alla salute il 13 gennaio 2016 in seguito ad un infortunio non professionale al gomito sinistro (doc. 99). Il giorno stesso l'assicurato si è recato presso il Pronto soccorso della Clinica P.\_\_\_\_\_ di (...), dove sulla base dell'esame radiografico e di una risonanza magnetica al gomito sinistro (doc. 118-119), è stata diagnosticata una lussazione traumatica del gomito sinistro, per la quale è stato prescritto un trattamento antalgico e antinfiammatorio e una terapia riabilitativa con fisioterapia. Il dott. D.\_\_\_\_\_, specialista FMH in chirurgia della mano, ortopedica e traumatologica, ha quindi previsto una rivalutazione del caso dopo quattro settimane, rilevando che in caso di sviluppo di un'instabilità causata dalla lesione capsulo-legamentosa, limitante l'assicu-

rato nello svolgimento delle attività quotidiane, una ricostruzione dell'apparato capsulo-legamentoso avrebbe dovuto essere valutata (doc. 102-103, 114).

**9.2** Con rapporto del 15 febbraio 2016 il dott. D. \_\_\_\_\_ ha confermato l'insorgere di un'instabilità almeno parziale sul compartimento ulnare, nonostante un'evoluzione tendenzialmente favorevole almeno per quanto riguarda la mobilità. Ha prescritto la continuazione della fisioterapia e l'uso della gomitiere elastica ed attestato a partire dal 1° marzo 2016 un'abilità lavorativa al 50% per due settimane, nell'ottica di riprendere dal 14 marzo 2016 in maniera completa l'attività abituale. Fissando una visita di controllo a due mesi di distanza, ha ribadito che in caso di persistenza dell'instabilità, una ricostruzione dell'apparato capsulo-legamentoso ulnare, eventualmente inserendo un innesto di tendine artificiale avrebbe dovuto entrare in linea di conto (doc. 109, 113-114).

**9.3** Fallito il tentativo di ripresa al 100% (doc. 113, 115) e preso atto del persistere di instabilità con dolori causati dalla rottura completa del legamento collaterale ulnare (LCU), oltre che dell'irritazione del nervo ulnare (esame neurologico del 3 maggio 2016 [doc. 125]), con rapporto dell'11 maggio 2016 il dott. D. \_\_\_\_\_ ha proposto di intervenire chirurgicamente (doc. 126; indicazione già esposta nel precedente rapporto del 22 aprile 2016 [doc. 120]). Nel medesimo rapporto ha posto le seguenti diagnosi:

Probabile lussazione traumatica gomito sinistro causa caduta il 13 gennaio 2016 con:

- auto-riduzione;
- lesione con rottura completa del legamento collaterale ulnare;
- irritazione post traumatica del nervo ulnare all'altezza del canale cubitale, con verifica elettrofisiologica del 3 maggio 2016.

Con rapporto operatorio del 12 maggio 2016 il dott. D. \_\_\_\_\_ ha quindi riferito dell'intervento di ricostruzione del LCU con rifissazione del legamento collaterale ulnare con ancora ossea e neurolisi estesa del nervo ulnare all'altezza del canale cubitale, eseguito senza particolari complicazioni ([doc. 127]).

**9.4** Con i rapporti del 20 giugno e il 27 luglio 2016 il dott. D. \_\_\_\_\_ ha constatato un decorso favorevole, prescrivendo dei cicli di fisioterapia e prospettando la possibilità di riprendere l'attività lavorativa a partire dal 22 agosto 2016 (doc. 134, 144). Appena tre giorni dopo il rientro in azienda,

tuttavia, l'assicurato ha dovuto rinunciare in ragione del persistere dei disturbi. Con rapporto del 7 settembre 2016, preso atto dell'esame RM del 29 agosto 2016 (doc. 150), il dott. I. \_\_\_\_\_ ha quindi protratto l'incapacità lavorativa e predisposto una nuova valutazione specialistica (doc. 149, 150).

**9.5** Con rapporto del 5 ottobre 2016 il dott. E. \_\_\_\_\_, specialista italiano in chirurgia plastica e della mano, polso e gomito, pur constatando dall'esame TAC eseguito il 20 settembre 2016 (doc. 167) una buona tenuta clinica della resezione legamentosa al gomito sinistro, ha rilevato "un minus radiografico a livello del capitulum Humeri da probabile compressione dello stesso al momento della lussazione" e "un minimo impingement apparente tra omero e capitello radiale ed ulna a livello della troclea". Ha informato l'assicurato delle varie possibilità conservative e di quelle operatorie che tuttavia ha ritenuto opportuno procrastinare (doc. 164).

**9.6** Con rapporto dell'11 novembre 2016 il dott. F. \_\_\_\_\_, specialista FMH in chirurgia ortopedica e traumatologia dell'apparato locomotore, ha posto la seguente diagnosi:

ancoraggio intraosseo al gomito sinistro in:

- Stato dopo la caduta con lussazione del gomito a sinistra e riposizionamento spontaneo.
- Stato dopo la neurolisi del nervo ulnare e la ricostruzione del legamento collaterale mediale il 12 maggio 2016 (dott. D. \_\_\_\_\_, [...]).

Riscontrando un'instabilità nell'articolazione operata ha proposto di procedere ad una ripresa chirurgica completa, con artroscopia, asportazione dell'ancoretta precedentemente posata dal dott. D. \_\_\_\_\_ e débridement, esprimendo tuttavia una prognosi cauta circa la possibilità di miglioramento della situazione (170, 174).

**9.7** Anche il dott. E. \_\_\_\_\_, nel rapporto del 16 novembre 2016 ha ritenuto indicata una ripresa chirurgica, mediante intervento di neurolisi e trasposizione nervosa del nervo ulnare, con artroscopia del gomito per rimuovere eventuali frammenti articolari. A sua volta ha avvisato l'assicurato riguardo al fatto che "i sintomi non si risolveranno completamente e che le attività lavorative svolte non saranno comunque più recuperabili con la stessa manualità precedente al trauma" (doc. 175).

**9.8** Nella perizia medica particolareggiata E213 (doc. 17) e nel rapporto medico per la valutazione di una persona adulta (doc. 18) redatti entrambi

il 9 febbraio 2017 il dott. Q.\_\_\_\_\_ ha riportato le diagnosi note e ribadito il persistere inalterato dell'inabilità lavorativa dal 13 gennaio 2016, ritenendo impossibile allo stato attuale fare previsioni riguardo all'evoluzione della situazione valetudinaria.

**9.9** Il 7 aprile 2017 è stato quindi eseguito presso la G.\_\_\_\_\_ di (...) l'intervento di artroscopia, sinoviectomia, resezione del dorso radiale a livello della plica, neurolisi del nervo ulnare, artrotomia, rimozione ancoraggio e prelievo di tessuto (rapporto operatorio del 10 aprile 2017 [doc. 202]), con conseguente protrazione dell'incapacità lavorativa totale già in corso (doc. 183).

**9.10** Sono seguiti il rapporto del 4 maggio 2017 – in cui è stato riferito tra l'altro il persistere di dolori al movimento del braccio (doc. 206) – e il rapporto del 24 agosto 2017 nel quale il dott. F.\_\_\_\_\_ ha formulato la seguente diagnosi:

Nervo ulnare instabile in:

- Stato dopo caduta con lussazione del gomito sinistro e riposizionamento spontaneo;
- Stato dopo la neurolisi del nervo ulnare e la ricostruzione del legamento collaterale mediale il 12 maggio 2016 (dott. D.\_\_\_\_\_, [...]).
- Stato dopo l'artroscopia del gomito. Sinoviectomia, resezione dorso-radiale Plica ed esame del gomito sotto anestesia così come la neurolisi del nervo ulnare senza avanzamento, artrotomia, rimozione dell'ancora Mitek, rimozione della fossa olecranica e prelievo di quattro campioni di tessuto dal gomito sinistro il 7 aprile 2017.

Constatando il persistere di dolori, limitazioni funzionali e instabilità del nervo ulnare, segnalando che la terapia conservativa non avrebbe permesso di risolvere la situazione il dott. F.\_\_\_\_\_ ha ritenuto indicato procedere con una terza ripresa chirurgica (doc. 223).

**9.11** Il 22 settembre 2017 è stato quindi eseguito, sempre presso i la G.\_\_\_\_\_ di (...), l'intervento di revisione con neurolisi del nervo ulnare (rapporto operatorio del 25 settembre 2017 [doc. 229]), che tuttavia, come constatato in occasione delle visite di controllo del 2 ottobre 2017 (doc. 232), del 7 dicembre 2017 (doc. 235) e del 22 gennaio 2018 (doc. 243 – contestualmente all'esame MRI al gomito sinistro), non è stato risolutivo e non ha permesso di alleviare la sintomatologia algica. L'incapacità lavorativa totale è stata quindi ulteriormente protratta (doc. 242).

**9.12** Su richiesta del dott. F.\_\_\_\_\_, il 6 e il 27 febbraio 2018 l'assicurato è stato visitato presso la H.\_\_\_\_\_ (...), da parte del dott. R.\_\_\_\_\_ e dal dott. S.\_\_\_\_\_, entrambi specialisti FMH in chirurgia ortopedica e traumatologia dell'apparato locomotore, che hanno riportato la diagnosi già nota dopo aver eseguito un'infiltrazione diagnostica che non ha permesso di chiarire maggiormente la situazione. Nel rapporto del 2 marzo 2018 il dott. S.\_\_\_\_\_ ha individuato tre tipi di problemi di dolore: sensazioni di bruciore nel gomito dorsale che non possono essere affrontate significativamente con misure chirurgiche, dolore intra-articolare causato da cambiamenti degenerativi post-traumatici e infine dolore dipendente dalla pressione nella regione distale del nervo ulnare. Sono state esaminate le differenti possibilità terapeutiche fra cui un intervento chirurgico di revisione per la stabilizzazione dell'articolazione – comunque non indicato nell'immediato – e sono stati prescritti dei cicli di ergoterapia oltre che ulteriori accertamenti (doc. 245, 248, 251).

Nella visita del 17 aprile 2018, in occasione della quale è stato eseguito anche un controllo neurologico, pur constatando un parziale beneficio delle infiltrazioni locali sulla sintomatologia algica, il dott. R.\_\_\_\_\_ ha constatato il persistere delle problematiche, non sanabili mediante ulteriore intervento chirurgico, ma unicamente mediante ergoterapia e terapia di desensibilizzazione. Lo specialista ha indicato di non disporre di altre proposte terapeutiche ed ha istruito il paziente in merito all'auto-mobilizzazione, la riabilitazione e i limiti di stress dell'articolazione del gomito (doc. 258).

**9.13** Con rapporto del 17 maggio 2018, relativo alla visita medico-circondariale del 14 maggio 2018, il dott. I.\_\_\_\_\_ ha posto le seguenti diagnosi:

- Stato dopo trauma distorsivo/contusivo con lussazione gomito sinistro ridotta e rottura completa del legamento collaterale ulnare e irritazione post-traumatica del nervo ulnare all'altezza del canale cubitale in data 13 gennaio 2016.
- Stato dopo intervento di ricostruzione del legamento collaterale ulnare gomito sinistro con refissazione del legamento collaterale ulnare con ancora ossea e neurolisi estesa del nervo ulnare all'altezza del canale cubitale in data 12 maggio 2016.
- Stato dopo intervento di artroscopia e sinoviectomia, resezione plica dorso-radiale, neurolisi nervo ulnare, artrotomia con rimozione ancoraggio e prelievo di tessuto in data 10 aprile 2017.
- Stato dopo intervento di neurolisi nervo ulnare ed avanzamento sotto-cutaneo del nervo in data 22 settembre 2017.

- Stato dopo intenso ciclo di ergoterapia e fisioterapia.

Egli ha quindi considerato la situazione valetudinaria stabilizzata, nel senso che non ha ritenuto sussistere ulteriori possibilità di intervenire chirurgicamente. Egli non ha escluso un trattamento chirurgico per il futuro, il cui ha tuttavia considerato incerto. Per mantenere lo stato attuale, ha quindi proposto l'esecuzione di un ciclo di ergoterapia/fisioterapia per almeno un anno e l'assunzione di medicinali volti a lenire il dolore e l'ipersensibilità.

Dal punto di vista lavorativo ha quindi considerato l'assicurato totalmente inabile nella professione abituale, e completamente abile a svolgere un'attività sostitutiva adeguata ai limiti funzionali riscontrati.

Per quanto riguarda l'esigibilità lavorativa, il dott. I.\_\_\_\_\_ ha segnalato le seguenti limitazioni funzionali: "Per quanto riguarda il sollevamento di pesi: di rado può sollevare pesi molto leggeri fino a 5 kg fino all'altezza dei fianchi, mai può sollevare pesi leggeri, medi e pesanti e molto pesanti, né sollevare oltre l'altezza del petto pesi fino a 5 kg ed oltre i 5 kg. Questo limitatamente all'arto superiore sinistro. Molto spesso può effettuare lavori leggeri e di precisione, mai può effettuare lavoro medio, pesante e manuale rozzo o molto pesante e molto spesso può effettuare la rotazione della mano. Nessuna limitazione per lavori sopra la testa, per la rotazione del tronco, per la posizione inclinata in avanti, per la posizione in piedi e inclinata in avanti, per la posizione inginocchiata o che comporti la flessione delle ginocchia. Nessuna limitazione per la posizione seduta, in piedi e di libera scelta. Nessuna limitazione per camminare fino e anche oltre i 50 metri, per lunghi tratti, su terreno accidentato, salire e scendere le scale, di rado può salire su scale a pioli. L'uso delle due mani è possibile a condizione, così come lo stare in equilibrio" (doc. 271).

**9.14** Con rapporto del 14 marzo 2019 il dott. T.\_\_\_\_\_, specialista FMH in chirurgia, ortopedia e traumatologia, presso il quale l'assicurato si era spontaneamente recato per una rivalutazione clinica, ha riferito di "una situazione molto complessa, in seguito a molteplici interventi a livello del gomito sinistro, con una residua sintomatologia a livello del nervo ulnare, con segno di Tinel positivo lungo le cicatrici del gomito ed impossibilità al trasporto di pesi con l'arto superiore sinistro". Alla luce del quadro clinico e in considerazione della mancanza di una chiara diagnosi suscettibile di spiegare la complessa sintomatologia del paziente, il dott. T.\_\_\_\_\_ ha ritenuto indicata la riapertura del caso da parte della B.\_\_\_\_\_ onde esperire un'indagine tramite Spect-TC del gomito sinistro, volta a definire una chiara diagnosi grazie alla quale suggerire un'adeguata terapia (doc. 41).

Con rapporto dell'11 aprile 2019, preso atto del rifiuto informale della B. \_\_\_\_\_ di riaprire il caso, il dott. T. \_\_\_\_\_ ha invitato quest'ultima a rivedere la propria decisione, ribadendo l'importanza dell'indagine tramite Spect-TC del gomito sinistro, nell'ottica di fornire informazioni utili per impostare misure terapeutiche atte a migliorare la situazione lavorativa e anche della vita quotidiana dell'assicurato (doc. 3 allegato al doc. 61).

**9.15** Con annotazione SMR del 22 ottobre 2019 il dott. U. \_\_\_\_\_, specialista italiano in Prevenzione e salute pubblica, preso atto del rapporto del dott. T. \_\_\_\_\_ e del rifiuto informale da parte della B. \_\_\_\_\_ di riaprire il caso, ha ritenuto opportuno attenersi alle conclusioni contenute nel rapporto medico-circondariale del 17 maggio 2018, non considerando sussistere patologie extrainfortunistiche (doc. 56).

## **9.16**

**9.16.1** Per quanto concerne la problematica alla schiena l'assicurato ha trasmesso per la prima volta in sede di opposizione al progetto di decisione del 23 ottobre 2019 (doc. 58), documentazione inedita datata, risalente al 2013, e meglio:

- Referto dell'esame RMN alla colonna lombosacrale del 19 aprile 2013 dal quale è emersa la presenza di un'ernia discale L5-S1 contenuta paramediana destra (doc. 6 allegato al doc. 61).
- Certificato del 2 giugno 2013 del dott. V. \_\_\_\_\_, medico chirurgo specialista in idrologia medica, referente di un'ernia discale L5-S1, sintomatica senza deficit neurologici, per la quale ha consigliato un bilanciamento muscolare con rinforzo degli addominali, rilassamento dorso lombare e stretching (doc. 5 allegato al doc. 61).
- Certificato del 24 dicembre 2013 del dott. Z. \_\_\_\_\_, la cui specializzazione non è nota, che attesta la presenza di una discopatia lombare e nel quale viene riferito della visita clinica eseguita a seguito del blocco del tratto lombo sacrale in esito alla quale è stata predisposta un ciclo di ossigeno-ozono terapia (doc. 4 , 4bis allegati al doc. 61).
- Referto dell'esame RM al rachide lombosacrale del 18 gennaio 2014 dal quale è emersa la presenza di una discopatia serrata D10-D11 e di un'ernia discale soffice L5-S1 paramediana destra che comprime l'emergenza della radice sacrale di quel lato. Rispetto all'esame precedente il volume del prolusso discale è risultato accresciuto (doc. 7 allegato al doc. 61).

**9.16.2** L'assicurato ha inoltre trasmesso, direttamente al perito incaricato dall'AI, il rapporto neurologico del 2 dicembre 2019, nel quale il dott. Aa. \_\_\_\_\_, FMH in neurochirurgia, fondandosi sulla RM lombare del novembre 2019, ha descritto la presenza di un'ernia discale L5/S1 destra, nettamente ridotta rispetto alla RM del 2013, Bulging discale L3/L4 extraforaminale a sinistra. Ritenendo indicata l'esecuzione di un'EMG/ENG agli arti inferiori per capire se vi fosse sofferenza radicolare, ha quindi proposto e degli accertamenti diagnostici per capire se vi fosse una sindrome delle faccette articolari da poter trattare con radiofrequenze. Né del rapporto del dott. Aa. \_\_\_\_\_, né delle proposte terapeutiche in esso esposte – che non risulta siano state in seguito attuate – vi è traccia agli atti.

## **9.17**

**9.17.1** Con perizia del 5 febbraio 2020 il dott. N. \_\_\_\_\_ ha segnalato le seguenti diagnosi con influsso sulla capacità lavorativa (doc. 68 pp. 10-11):

Stato dopo trauma distorsivo del gomito con lussazione del gomito il 13 gennaio 2016:

- Autoriduzione, lesione con rottura completa del legamento collaterale ulnare con irritazione post traumatica del nervo ulnare all'altezza del canale cubitale con verifica elettrofisiologica il 3 maggio 2016;
- Stato dopo ricostruzione del legamento collaterale ulnare gomito sinistro con refissazione legamento collaterale ulnare con ancora ossea, neurolisi estesa del nervo ulnare all'altezza del canale cubitale il 12 maggio 2016;
- Stato dopo artroscopia del gomito, sinovectomia, resezione dorso-radiale della plica e valutazione del gomito in narcosi, neurolisi del nervo ulnare, artrotomia, allontanamento dell'ancora di Mitec, pulizia della fossa olecranica e presa di biopsie il 7 aprile 2017;
- Stato dopo intervento di revisione neurolisi del nervo ulnare, traspunzione sub-cutanea anteriore il 25 settembre 2017;
- Attualmente lieve deficit di estensione e dolenzia diffusa alla palpazione assenza di atrofie muscolari al braccio.

Sindrome lombo spondilogenica cronica su/con:

- Disbalance muscolare;
- Moderate alterazioni degenerative con protrusione discale L5/S1 medio-laterale destra, minima protrusione discale L4/L5.

Come diagnosi senza influsso sulla capacità lavorativa ha segnalato lo stato dopo operazione di varicocele nel 2010 su ascensione del testicolo.

**9.17.2** Riguardo all'evoluzione delle problematiche nel tempo il dott. N.\_\_\_\_\_ ha ritenuto non esserci discrepanze rispetto alle valutazioni fatte nell'ambito della procedura infortunistica e riprese nella procedura AI per quanto concerne lo stato del gomito sinistro. In relazione alle patologie alla schiena il perito ha ritenuto la situazione sostanzialmente stabile dal 2013, allorquando erano stati fatti gli ultimi accertamenti strumentali. Egli precisa che la situazione risultante dall'esame RM del mese di novembre 2019 risulta addirittura migliore rispetto alla precedente. Attestando che la problematica a livello lombare non determina delle limitazioni supplementari (eccezion fatta per la non assunzione di posizioni monotone) rispetto a quelle riconducibili al gomito sinistro (doc. 68 p. 14), egli ha concluso che i problemi alla schiena non erano suscettibili di influire durevolmente sulla capacità lavorativa dell'assicurato, potendo entrare in linea di conto unicamente dei brevi periodi d'inabilità lavorativa limitati nel tempo in ragione di attacchi acuti di mal di schiena (doc. 68 pp. 12-13).

**9.17.3** Il dott. N.\_\_\_\_\_ ha quindi confermato l'incapacità lavorativa precedentemente attestata dal dott. I.\_\_\_\_\_, precisando che essa è interamente causata dalle problematiche al gomito, vale a dire un'incapacità lavorativa totale nell'attività abituale di pittore e una capacità lavorativa al 100% in un'attività sostitutiva adeguata (doc. 68 p. 16).

Riguardo alle limitazioni funzionali, riferendosi a quelle attestate dal dott. I.\_\_\_\_\_, ha segnalato che un'attività adeguata dovrebbe avere le seguenti caratteristiche: "sollevamento spesso di pesi molto leggeri, fino a 5kg, fino all'altezza dei fianchi con il braccio sinistro, mai pesi leggeri-medipesanti e molto pesanti, ne sollevare oltre l'altezza del petto pesi fino a 5kg e oltre; questo soprattutto per quanto concerne l'arto superiore sinistro. Per la schiena rientra solo ancora al massimo una limitazione nell'assunzione di posture monotone, vale a dire seduto per più di 2 ore, in piedi per più di 2 ore, il paziente può camminare liberamente (doc. 68 p. 14).

**9.18** Con rapporto finale SMR del 4 maggio 2020 il dott. U.\_\_\_\_\_ ha riportato le diagnosi con e senza influsso sulla capacità lavorativa esposte dal dott. N.\_\_\_\_\_ e, facendo proprie le conclusioni peritali, ha ritenuto la situazione stabilizzata. Ha quindi attestato un'incapacità lavorativa totale dal 13 gennaio 2016 in qualsiasi attività, intervallata da un breve periodo di abilità lavorativa al 50% dal 19 marzo al 12 aprile 2016 e uno di abilità

lavorativa totale dal 22 al 24 agosto 2016. A partire da tale data ha considerato l'attività di pittore come non più esigibile, mentre dal 14 maggio 2018 ha riconosciuto una capacità lavorativa del 100% in un'attività sostitutiva adeguata, rispettosa dei limiti funzionali descritti dal dott. N.\_\_\_\_\_ e riportati nel rapporto finale SMR (doc. 69).

## **9.19**

**9.19.1** Con rapporto del 29 maggio 2020, il dott. O.\_\_\_\_\_, incaricato dall'assicurato, ha riferito, a seguito dell'esame clinico, di una mobilità attiva e passiva ridotta di 2/3 a livello del rachide lombare sia in flesso che in rotazione, con dolore palpatorio della muscolatura paravertebrale, contratta sul versante dorsale destro, Lasègue positivo a 90° a destra. Riguardo al gomito sinistro ha indicato la persistenza di dolore alla mobilitazione e riduzione della flessione e dell'estensione. A suo modo di vedere il trauma subito al gomito e le sequele dell'infortunio, con il conseguente squilibrio posturale e neuromuscolare, hanno avuto un influsso anche sulle soggiacenti problematiche al rachide lombare acuendo tensioni muscolari, artrosi precoce, sovraccarico legamentoso, limitazioni funzionali nei movimenti con conseguenti ripercussioni negative sulla forma fisica e sul benessere della persona. Il dott. O.\_\_\_\_\_ ha quindi ritenuto che i postumi permanenti descritti comportano "un danno biologico del 60% con eguale incidenza sulla capacità lavorativa e diminuzione di produzione di reddito futuro" (doc. 74).

**9.19.2** Invitato a prendere posizione il dott. N.\_\_\_\_\_ ha rigettato la tesi esposta dal dott. O.\_\_\_\_\_, ritenendo che una disbalance muscolare al rachide lombare può essere se del caso cagionata da una problematica agli arti inferiori, non come nel caso concreto dagli arti superiori. Proprio per evitare il manifestarsi di una tale problematica ha rammentato di aver previsto nel rapporto peritale delle limitazioni nel carico con attività più leggere per altro già valutate dal dott. I.\_\_\_\_\_. Criticando per il resto il contenuto e la forma del rapporto del dott. O.\_\_\_\_\_, ha ritenuto che lo non apportava nessun elemento nuovo, non precedentemente considerato e suscettibile di modificare le proprie conclusioni (doc. 77).

**9.19.3** Con annotazione SMR del 4 agosto 2020 il dott. U.\_\_\_\_\_ ha quindi confermato le conclusioni contenute nel rapporto finale SMR del 4 maggio 2020 (doc. 78).

**10.**

**10.1** Alla luce di quanto sopra esposto è in primo luogo pacifico e peraltro neppure contestato che, a partire dal 13 gennaio 2016, in seguito all'infortunio subito, l'assicurato ha presentato una completa inabilità lavorativa in qualsiasi attività lavorativa (eccezion fatta per due brevissimi irrilevanti periodi, consid. 9.18). Su tale circostanza sono concordi tutti i medici consultati né vi sono agli atti elementi suscettibili di mettere in discussione tale conclusione.

**10.2** È pertanto a giusto titolo che l'amministrazione ha attribuito all'insorgente a una rendita intera d'invalidità con grado del 100% a partire dal 1° gennaio 2017, ossia trascorso l'anno di attesa previsto dall'art. 28 cpv. 1 let. b LAI (doc. 83) e a sei mesi dalla presentazione della domanda (art. 29 cpv. 1 LAI, cfr. consid. B).

**10.3** Risulta inoltre senz'altro corretta l'attribuzione di tale prestazione fino al 31 agosto 2018, ossia tre mesi dopo il supposto miglioramento dello stato di salute, ritenuto che almeno fino a maggio 2018 – con la sola eccezione di alcuni brevi periodi, trascurabili, di parziale abilità lavorativa riportati nel rapporto finale SMR del 4 maggio 2020 (doc. 69) – tutti i medici coinvolti nelle varie procedure (infortunistica e AI) sono concordi nel ritenere l'assicurato totalmente inabile in qualsiasi attività (cfr. consid. 9). In tal senso si sono infatti espressi il dott. D. \_\_\_\_\_ nei numerosi rapporti relativi alle visite di controllo (doc. 100, 102-103, 109, 114, 115, 120, 126, 127, 134, 144), il dott. F. \_\_\_\_\_ nel rapporto operatorio del 10 aprile 2017 (doc. 202) e nelle successive visite di controllo (doc. 223, 232, 235, 242), il dott. Q. \_\_\_\_\_ con la perizia E213, il rapporto medico del 9 febbraio 2017 e i vari certificati d'incapacità lavorativa (doc. 17-18, doc. 180, 181, 187, 193), il dott. I. \_\_\_\_\_ con i rapporti del 4 gennaio del 26 luglio 2017 e nel rapporto della visita medico-circondariale di chiusura del 17 maggio 2018 (doc. 183, 219, 271), il dott. N. \_\_\_\_\_ nella perizia reumatologica del 5 febbraio 2020 (doc. 68), in parte il dott. O. \_\_\_\_\_ nel rapporto del 29 maggio 2020 (doc. 74) e infine il dott. U. \_\_\_\_\_ nel rapporto finale SMR del 4 maggio 2020 (doc. 69), confermato dalla successiva annotazione del 4 agosto 2020 (doc. 78).

**10.4** Su questo punto la decisione impugnata merita di essere confermata.

**11.**

**11.1** Resta quindi da esaminare se a giusto titolo l'autorità inferiore ha interrotto il versamento della rendita d'invalidità a decorrere dal 31 agosto

2018. Occorre dunque valutare se una stabilizzazione rispettivamente un miglioramento rilevante (e che perduri) dello stato di salute e della capacità lavorativa dell'assicurato del ricorrente possano effettivamente essere riconosciuti, come ritenuto dall'autorità inferiore, a partire dal mese di maggio 2018 alla luce degli accertamenti svolti.

**11.2** A tal proposito si osserva che la decisione impugnata – pur tenendo conto degli accertamenti clinici e strumentali condotti dalla B.\_\_\_\_\_, in particolare il rapporto del 17 maggio 2018 del dott. I.\_\_\_\_\_ relativo la visita medico-circondariale di chiusura – si fonda sostanzialmente sulla perizia specialistica redatta dal dott. N.\_\_\_\_\_ il 5 febbraio 2020 (doc. 68), su incarico dell'UAI-C.\_\_\_\_\_, le cui conclusioni sono state interamente riprese e avallate dal SMR (doc. 69).

**11.3** A titolo preliminare, è bene precisare che nel suddetto rapporto peritale il dott. N.\_\_\_\_\_ si basa sulle informazioni fornite dalla persona esaminata e dai medici curanti (citando fra i tanti anche il rapporto del 2 dicembre 2019 del dott. Aa.\_\_\_\_\_ e la RM lombare di novembre 2019 non figuranti agli atti), sull'esame del quadro clinico e del comportamento del ricorrente, sulle risultanze della visita – eseguita il 4 febbraio 2020 – e sulla documentazione medica agli atti. Il rapporto è comprensivo dell'anamnesi, delle informazioni tratte dall'incarto, della diagnosi nonché della discussione. Tale rapporto può pertanto essere considerato, per lo meno formalmente, un mezzo probatorio idoneo alla valutazione dello stato di salute e della capacità lavorativa del ricorrente.

**11.4** Dal punto di vista sostanziale si osserva che la valutazione peritale del dott. N.\_\_\_\_\_ non si limita alle sole conseguenze dell'infortunio del 13 gennaio 2016, ma tiene conto di tutte le affezioni rilevanti dal punto di vista reumatologico.

**11.4.1** Fra le diagnosi, il perito elenca infatti sia le problematiche post-infortunistiche al gomito sinistro che quelle morbose e preesistenti al rachide lombare.

**11.4.1.1** Le diagnosi riferite dal dott. N.\_\_\_\_\_, in particolare quelle al gomito sinistro, coincidono per altro con quelle riscontrate dai medici curanti e dagli specialisti da cui è stato visitato l'assicurato (cfr. in particolare dott. D.\_\_\_\_\_ [doc. 120, 126, 127, 134, 144], dott. Ba.\_\_\_\_\_ [doc. 125], il dott. Q.\_\_\_\_\_ [doc. 17-18], dott. F.\_\_\_\_\_ [doc. 202, 223, 232, 235], dott. R.\_\_\_\_\_ [doc. 245, 258], dott. S.\_\_\_\_\_ [doc. 248], dott. I.\_\_\_\_\_ [doc. 183, 219, 271], dott. O.\_\_\_\_\_ [doc. 74]), e non ne è stata

riscontrata nessun'altra, di nuova insorgenza o in precedenza non considerata, neppure dopo l'emanazione della decisione impugnata. Al riguardo il dott. N. \_\_\_\_\_ ha precisato di non aver posto diagnosi nuove in relazione alla problematica al gomito, ritenendo la stessa strettamente correlata all'infortunio del 13 gennaio 2016.

Fra i vari medici, soltanto il dott. T. \_\_\_\_\_ ritiene che per le problematiche al gomito non sia ancora stata formulata una chiara diagnosi, ragione per cui nel rapporto del 14 marzo 2019 aveva invitato la B. \_\_\_\_\_ a prendere a carico i costi delle nuove indagini da lui ritenute utili (doc. 41). A seguito del rifiuto della B. \_\_\_\_\_ e della mancata riapertura del caso infortunistico, contestata dal dott. T. \_\_\_\_\_ con scritto dell'11 aprile 2019 (doc. 285), non risulta che la suddetta indagine diagnostica sia stata eseguita, o riproposta da un altro medico. A ben vedere, nessun altro medico, ad eccezione dello specialista citato, ritiene che sussistano dei dubbi quanto alla diagnosi relativa alle problematiche al braccio. Al riguardo, nell'annotazione SMR del 22 ottobre 2019, il dott. U. \_\_\_\_\_, riferendosi al rapporto del dott. T. \_\_\_\_\_, ha rilevato che in assenza di evidenti problematiche extrainfortunistiche, non vi è motivo di discostarsi dalle constatazioni fatte dal medico della B. \_\_\_\_\_.

**11.4.1.2** In relazione alla sindrome lombo spondilogeno cronica, il perito ha rilevato che posteriormente agli accertamenti condotti nel 2013 – momento in cui erano state descritte le protrusioni discali L5/S1, con le quali il ricorrente era comunque riuscito a lavorare nell'abituale professione di pittore – nessun altro medico ha più posto la citata diagnosi. È infatti soltanto a seguito dell'emanazione del progetto di decisione, che sulla problematica lombare si sono espressi il dott. Aa. \_\_\_\_\_ (fornendo una diagnosi integrata dal dott. N. \_\_\_\_\_ nel proprio rapporto) e il dott. O. \_\_\_\_\_, che pur non proponendo nuove diagnosi, ha posto l'accento sull'influsso della disbalance muscolare pure evocata dal perito.

Il dott. N. \_\_\_\_\_, ha inoltre riferito di importanti discrepanze fra quanto dichiarato e mostrato dal paziente e quanto da lui constatato. Ha in particolare riferito che durante l'esame l'assicurato camminava in modo molto lento, quasi avesse un cedimento, in seguito uscendo dallo studio con la moglie presentava una deambulazione fluida, rapida e senza cedimenti; sempre durante l'esame l'assicurato non era praticamente in grado di muovere la colonna lombare, benché poco dopo, nel vestirsi e svestirsi, abbia indossato i pantaloni in appoggio monopodalico sollevando la gamba; infine, al momento dell'esame della colonna cervicale, l'assicurato ha segnalato di non riuscire a ruotarla nemmeno di un

centimetro, quando gli è stato fatto notare che quella osservata era la colonna cervicale e non lombare, la mobilità è improvvisamente ritornata quasi nella norma.

**11.4.2** Riguardo alla prognosi e alle conseguenze delle patologie riscontrate, il dott. N.\_\_\_\_\_ concorda con il dott. I.\_\_\_\_\_ nel ritenere che la situazione al gomito sinistro è ormai stabilizzata e non più suscettibile di miglioramento. Nonostante le importanti limitazioni lamentate dall'assicurato, il perito ha riscontrato una mobilità dell'arto quasi normale ed ha inoltre fatto notare che "dopo tutti questi anni (...) il paziente non presenta l'atrofia muscolare che ci si aspetterebbe in caso di non utilizzo del braccio".

Per quanto concerne la problematica alla schiena, il dott. N.\_\_\_\_\_ ha ritenuto che la situazione, dal punto di vista radiologico, appare stabile più o meno dal 2013 e alla luce del referto RM del novembre 2019 è addirittura migliore di quella precedente; dal punto di vista clinico ha precisato che, in assenza di refertazioni dell'esame clinico di allora, una comparazione della situazione non può essere eseguita. Egli ha quindi indicato la possibilità di ottenere dei miglioramenti della sintomatologia algica, mediante adeguate terapie. Ha fatto tuttavia notare che negli anni, con la sola eccezione di sporadiche punture d'ozono, nulla è stato intrapreso dall'assicurato per migliorare la situazione: egli non si è sottoposto a fisioterapia, non ha mai seguito alcuna minima misura ergonomica né terapia antalgica, non mettendo neppure in pratica i suggerimenti formulati dal dott. Aa.\_\_\_\_\_. Preso atto delle soluzioni terapeutiche in precedenza adottate e alle quali hanno fatto riferimento i vari specialisti da cui è stato visto il ricorrente, il dott. N.\_\_\_\_\_ ha ritenuto non esservi altre possibilità in grado di migliorare la capacità lavorativa e funzionale.

Giova precisare che al riguardo si è espresso in maniera concorde pure il dott. O.\_\_\_\_\_, secondo cui, essendo l'evoluzione clinica delle lesioni ormai terminata, è possibile procedere alla valutazione medico-legale della situazione (cfr. doc. 74 p. 2).

**11.4.3** Il parere del dott. O.\_\_\_\_\_, diverge per contro da quello del dott. N.\_\_\_\_\_ e del dott. I.\_\_\_\_\_ per quanto concerne l'influsso delle affezioni accertate sulla capacità lavorativa residua dell'insorgente. Il dott. O.\_\_\_\_\_ ritiene che le conseguenze del "danno biologico" riducono del 60% la capacità lavorativa di quest'ultimo, senza precisare in quale attività. Dal canto suo il dott. N.\_\_\_\_\_, pur riconoscendo che, a causa delle problematiche al gomito, l'assicurato non può più esercitare la professione abituale di imbianchino, ritiene che sia in grado di esercitare un'attività

sostitutiva adatta allo stato di salute, che tenga pienamente conto dei limiti funzionali e di carico elencati, nella misura del 100%, vale a dire 9 ore al giorno.

Al riguardo vale la pena rilevare che il dott. N. \_\_\_\_\_ per stabilire la capacità lavorativa residua ha fatto largamente riferimento alle conclusioni tratte dal dott. I. \_\_\_\_\_ nel rapporto del 17 maggio 2018, essendo giunto alla conclusione che non sussistevano patologie internistiche o malattie reumatologiche o altre affezioni extra infortunistiche che potessero giustificare un'ulteriore limitazione della capacità lavorativa (doc. 68 p. 12). In aggiunta a quanto segnalato dal dott. I. \_\_\_\_\_, riguardo all'esigibilità lavorativa, il dott. N. \_\_\_\_\_ ha precisato che per la schiena sussiste una limitazione nell'assunzione di posture monotone, vale a dire stare seduto o eretto per più di due ore; sussiste tuttavia piena facoltà di camminare anche per lunghi tratti. In risposta alla valutazione del dott. O. \_\_\_\_\_ egli ha inoltre chiarito di aver già tenuto conto delle problematiche di disbalance muscolare riconducibile alla problematica al braccio, escludendo dalle attività esigibili quelle che prevedono il sollevamento di carichi inergonomici (doc. 77).

Questo Tribunale ritiene che la valutazione del dott. I. \_\_\_\_\_, appare senz'altro completa, affidabile e convincente, fondandosi su un esame approfondito della documentazione medica (ossia dei rapporti degli specialisti curanti e dei referti degli esami strumentali) assunta agli atti nell'ambito della procedura infortunistica, oltre che sulla scorta di tre esami clinici eseguiti personalmente dal medico incaricato dalla B. \_\_\_\_\_. Lo stesso vale per le conclusioni del dott. N. \_\_\_\_\_.

Al contrario il parere esposto dal dott. O. \_\_\_\_\_ non risulta adempiere in maniera soddisfacente le esigenze formali che permettono di considerare un rapporto medico (o una perizia) un mezzo probatorio idoneo alla valutazione dello stato di salute e della capacità lavorativa dell'assicurato. Nel rapporto del 29 maggio 2020 manca infatti un elenco dei referti medici esaminati dallo specialista, che nelle proprie valutazioni, per altro, non fa alcun riferimento ad alcun esame strumentale condotto in precedenza, onde fornire un quadro completo dell'evoluzione del quadro clinico. L'esposizione dell'anamnesi e della visita clinica è talmente succinta che non permette di seguire le conclusioni tratte più avanti dal dott. O. \_\_\_\_\_ riguardo allo stato valetudinario e alla capacità lavorativa. Proprio riguardo a tale aspetto il dott. O. \_\_\_\_\_ propone un tasso d'inabilità lavorativa, senza veramente motivarne l'entità, riallacciandosi a nozioni estranee al diritto assicurativo

svizzero come il “danno biologico”, ragione per cui non è possibile determinare su che basi egli fondi la propria valutazione. Oltre a ciò egli neppure specifica quale attività professionale sia concretamente esigibile al tasso del 40% (se quella svolta in precedenza o una sostitutiva), né fornisce un elenco dei limiti funzionali da tenere presente nella valutazione della residua capacità lavorativa. In definitiva, la valutazione del dott. O.\_\_\_\_\_, che non apporta elementi nuovi rispetto a quelli già considerati dai medici fiduciari delle B.\_\_\_\_\_, e dell’Al, va considerata quale una differente valutazione della medesima fattispecie che tuttavia non è suscettibile di mettere in dubbio le conclusioni in punto alla capacità lavorativa a cui sono giunti il dott. I.\_\_\_\_\_, e il dott. N.\_\_\_\_\_, interamente riprese da parte del SMR.

**11.4.4** A ben vedere al di fuori dei due rapporti appena citati, non vi è nessun altro medico che abbia posto una valutazione attuale e concludente riguardo alla capacità lavorativa residua. Infatti, sebbene in una prima fase, in occasione delle visite di controllo successive alle operazioni, il dott. D.\_\_\_\_\_, e in seguito il dott. F.\_\_\_\_\_, avessero attestato a più riprese un’incapacità lavorativa totale, in periodi più recenti e meglio da agosto 2018 essi non si sono più espressi in merito. D’altro canto, né il dott. E.\_\_\_\_\_, (doc. 164, 175), né il dott. T.\_\_\_\_\_, (doc. 41), né tantomeno i dott.ri R.\_\_\_\_\_, e S.\_\_\_\_\_, nei più recenti rapporti del 2018 (doc. 245, 248, 258) si sono mai espressi in punto alla capacità lavorativa dell’assicurato.

**11.5** Contrariamente all’opinione del ricorrente occorre ritenere la fattispecie sufficientemente indagata dal momento che sul caso dell’assicurato si sono chinati molteplici specialisti attivi nell’ambito di differenti discipline mediche e che, con la sola eccezione del dott. T.\_\_\_\_\_, – che non ha tuttavia dato seguito ai propositi avanzati nel rapporto del 14 marzo 2019 – nessun indicazione è stata posta riguardo alla necessità di svolgere approfondimenti supplementari, strumentali o peritali, in ambiti medici differenti da quello reumatologico, già vagliato dal dott. N.\_\_\_\_\_.

**11.6** È pertanto a giusto titolo che il dott. U.\_\_\_\_\_, – e di conseguenza l’autorità inferiore – ha interamente aderito alla valutazione del dott. N.\_\_\_\_\_, ritenendo che a partire dal 14 maggio 2018 lo stato di salute poteva considerarsi stabilizzato e l’assicurato poteva considerarsi abile al lavoro in un’attività sostitutiva al 100%.

**11.7** Alla luce degli atti medici citati, questo Tribunale non ha pertanto alcun fondato motivo per scostarsi dall'apprezzamento medico dell'autorità inferiore, che va confermata.

## **12.**

**12.1** A fronte delle critiche mosse in sede di ricorso va ancora esaminato se la capacità lavorativa in attività sostitutive rispettose delle limitazioni funzionali del ricorrente sia sfruttabile sul mercato del lavoro equilibrato.

## **12.2**

**12.2.1** Il mercato del lavoro equilibrato, che è un concetto teorico e astratto (DTF 134 V 64 consid. 4.2.1 pag. 70; cfr. anche sentenza 8C\_348/2013 del 19 settembre 2013 consid. 5.2), comprende un'ampia varietà di attività in termini di requisiti professionali e intellettuali così come di impegno fisico (DTF 110 V 273 consid. 4b; sentenza del TF 8C\_30/2020 del 6 maggio 2020 consid. 5.3). Per esaminare in quale misura un assicurato possa ancora realizzare la propria capacità lavorativa residua sul mercato del lavoro che lo riguarda, non vanno poste esigenze eccessive riguardo alla concretizzazione delle possibilità di lavoro e delle prospettive di guadagno (v. sentenze del TF 9C\_236/2008 del 4 agosto 2008 consid. 4.2 e 9C\_446/2008 del 18 settembre 2008 consid. 4.2). Pertanto, ai fini della determinazione dell'invalidità, non si deve esaminare se un invalido possa essere collocato rispetto alle circostanze concrete del mercato del lavoro, ma valutare unicamente se quest'ultimo possa sfruttare la sua residua capacità lavorativa allorquando le attività disponibili corrispondono all'offerta di manodopera. Al riguardo non ci si deve altresì fondare su possibilità di impiego irrealistiche oppure prendere in considerazione un tipo di attività quasi sconosciuto dal mercato del lavoro. In particolare, l'esistenza di un'attività ragionevolmente esigibile (art. 28 cpv. 2 LAI) deve essere negata qualora l'attività sia esigibile in una forma talmente ristretta da non rientrare più nell'offerta lavorativa generale oppure a condizione di concessioni irrealistiche da parte di un datore di lavoro (v. sentenza del TF 9C\_391/2017 del 27 novembre 2017 consid. 4.2 con rinvii). Ciò posto, nella sua prassi consolidata, il Tribunale federale parte dal presupposto che nel mercato del lavoro equilibrato rientrino anche posti di lavoro di nicchia, cioè quei posti di lavoro in cui le persone disabili possono contare su concessioni di natura per così dire «sociale» da parte del datore di lavoro (Sentenze TF 8C\_302/2020 del 24 giugno 2020 consid. 7.1; 8C\_30/2020

del 6 maggio 2020 consid. 5.3; 8C\_290/2018 del 25 settembre 2018 consid. 5.4; 9C\_253/2017 del 6 luglio 2017 consid. 2.2.1; 9C\_124/2010 del 21 settembre 2010 consid. 2.2; 8C\_1050/2009 del 28 aprile 2010 consid. 3.3; 9C\_95/2007 del 29 agosto 2007 consid. 4.3).

**12.2.2** Non esiste a livello di legge, né di ordinanza, una lista dei criteri da prendere in considerazione per poter valutare la sfruttabilità della capacità al lavoro residua. Allo stesso modo, poche sono le disposizioni di legge che disciplinano quando è possibile considerare sfruttabile la capacità al lavoro residua. Una serie di criteri è stata quindi delineata, caso per caso, nel corso degli ultimi decenni dalla prassi del Tribunale federale. Tra questi rientrano per esempio l'età già avanzata, la durevole e persistente disgregazione del mercato del lavoro, le limitazioni dovute allo stato di salute (che hanno effetto soltanto sul mercato del lavoro e non in termini medico-teorici), il restringimento del raggio d'azione a lavori leggeri e attività ausiliarie, la necessità di un'attenzione particolare da parte del datore di lavoro alle esigenze dell'assicurato, l'aumento delle assenze dal lavoro e del numero di pause che è lecito aspettarsi, la regione di occupazione, il cambiamento intervenuto in seguito alla cessazione di un'attività lucrativa indipendente portata avanti per diverso tempo o ancora gli sforzi profusi per trovare un lavoro e rivelatisi vani nonostante il supporto professionale ricevuto (cfr. MICHAEL E. MEIER/PHILIPP EGLI/MARTINA FILIPPO/THOMAS GÄCHTER, «So konkret wie möglich», in: Schweizerische Zeitschrift für Sozialversicherung und berufliche, SZS 2021 pp. 55-73, p. 61, con i riferimenti ivi menzionati).

**12.2.3** Sebbene l'età sia di per sé un fattore estraneo all'invalidità, la giurisprudenza ha ammesso – in maniera restrittiva – che questa possa condurre, unitamente ad altre circostanze personali e professionali, a rendere inesigibile la ricerca di un nuovo impiego (sentenze del TF 9C\_318/2014 del 10 settembre 2014 consid. 5.2; 9C\_918/2008 del 28 maggio 2009 consid. 4.2.2 e 8C\_482/2010 del 27 settembre 2010 consid. 4.2 con riferimenti).

Il Tribunale federale ha inoltre ricordato che l'influenza dell'età sulla possibilità di valorizzare la capacità lavorativa residua non può essere stabilita secondo una regola generale, ma dipende dalle circostanze concrete. Si devono dapprima considerare la natura e il tipo di danno alla salute e le sue conseguenze; in seguito, visto che rimangono ancora pochi anni di attività, l'onere che costituirebbero il cambiamento e il periodo d'introduzione e, in questo contesto, anche la struttura della personalità, la formazione e il percorso professionale dell'assicurato o le sue possibilità di mettere in pratica l'esperienza professionale (sentenza del TF 9C\_427/2010 del 14 luglio 2010 consid. 2.4). Occorre inoltre determinare se un datore di

lavoro potenziale sarebbe oggettivamente d'accordo di assumere l'assicurato, conto tenuto delle residue attività esigibili, della capacità di adattamento al nuovo posto di lavoro rispettivamente dell'eventuale necessità di adattare il posto di lavoro all'handicap di cui egli è portatore, del salario e in particolar modo degli elevati oneri sociali alla previdenza professionale e infine della prevedibile durata dei rapporti di lavoro (sentenza TF 9C\_437/2008 del 19 marzo 2009, consid. 4.2). Vi devono però essere ostacoli relativamente importanti per presupporre che la capacità lavorativa residua di una persona anziana non sia più valorizzabile e concludere che le sue opportunità d'impiego sul mercato del lavoro considerato equilibrato dalla legge non sono intatte (sentenza del TF 8C\_96/2012 del 9 maggio 2012 consid. 7).

### **12.3**

**12.3.1** Nel caso concreto va innanzitutto rilevato che il criterio dell'età non entra in linea di conto. Secondo la prassi consolidata del Tribunale federale, infatti, la capacità lavorativa di un assicurato può essere considerata sfruttabile e una reintegrazione nel mondo del lavoro possibile, fino a pochi anni prima del raggiungimento dell'età del pensionamento (a titolo esemplificativo le sentenze del TFA I 376/05 del 5 agosto 2005 consid. 4.2; I 304/06 del 22 gennaio 2007 consid. 4.1 e 4.2; la sentenza del TF 9C\_918/2008 del 28 maggio 2009 consid. 4.3). In casi rari e del tutto particolari è stata negata la sfruttabilità della residua capacità lavorativa di un assicurato di età poco superiore ai 60 anni (sentenza del TF 9C\_954/2012 del 10 maggio 2013 consid. 3.2; 9C\_437/2008 del 19 marzo 2009 consid. 4 con ulteriori rinvii), mai al di sotto di tale soglia. Ritenuto che l'assicurato, classe 1971, al momento in cui è stata accertata, sotto il profilo medico, la possibilità di riprendere l'esercizio di un'attività lavorativa sostitutiva adeguata – ossia il 15 maggio 2018 (dc. 271), momento determinante ai sensi della DTF 138 V 457 – neppure aveva raggiunto i cinquant'anni, è chiaro che dal profilo dell'età non sussiste alcun impedimento alla ricerca di un nuovo posto di lavoro.

### **12.3.2**

**12.3.2.1** Per quanto concerne il percorso integrativo intrapreso nel contesto della procedura AI, si segnala che dal 7 gennaio al 1° febbraio 2019 l'assicurato ha preso parte a una misura di accertamento professionale presso il Centro d'Accertamento Professionale (CAP, doc. 29-30), in esito alla quale è stato ritenuto che non vi fossero le premesse per un provvedimento professionale volto al conseguimento di nozioni prevalentemente

scolastiche e concettuali e che concrete possibilità di reinserimento lavorativo potrebbero essere realizzate soltanto in ambito industriale (con compiti di controllo, assemblaggio, confezionamento, ad esempio nei settori farmaceutico, alimentare, della metalmeccanica), nella consegna di merce o nel trasporto di persone; un'attività di vendita, consulenza o rappresentanza di prodotti e materiali utilizzati nel settore della pittura (dato che dispone di una certa facilità relazionale) gli consentirebbe inoltre di sfruttare parte delle conoscenze acquisite nel percorso formativo e professionale. Alla luce della fragilità della situazione è stato suggerito di aiutare concretamente l'assicurato nel reinserimento lavorativo; è stato inoltre indicato che la resa produttiva effettiva avrebbe potuto essere valutata unicamente una volta identificata l'attività specifica in cui mettere a frutto la capacità lavorativa residua (rapporto del 15 febbraio 2019 [doc. 34]).

**12.3.2.2** L'UAI-C. \_\_\_\_\_ ha quindi predisposto il 26 febbraio 2019 una misura di formazione e job coaching dal 1° marzo al 30 aprile 2019 presso il L. \_\_\_\_\_ (doc. 37), nel corso del quale l'assicurato ha lamentato, oltre ai noti problemi al gomito sinistro, anche disturbi alla schiena, che gli impedivano di stare seduto per oltre un'ora, ragione per la quale in nessuna attività svolta è stato riscontrato rendimento. In esito alla suddetta misura, benché come unica attività esigibile fosse stata individuata dal medico L. \_\_\_\_\_ quella di "fattorino all'interno di un grande ufficio (tipo banca)", è stata disposta un accertamento professionale di un mese, nel corso del mese di maggio 2019, nel settore industriale presso la ditta M. \_\_\_\_\_ SA (doc. 42-45). La valutazione finale delle competenze ha attestato una capacità al guadagno dell'assicurato – rapportato ai requisiti richiesti dall'azienda ai propri dipendenti – del 20% per rapporto ad uno stipendio di riferimento per la funzione rivestita di fr. 2'400.-/mese (doc. 48).

### **12.3.3**

**12.3.3.1** Con rapporto del 27 giugno 2019 il Consulente IP dell'AI ha preso atto dei periodi di accertamento professionale e della prova lavorativa pratica nella quale sono state riscontrate molte difficoltà. Egli ha ritenuto che in attività più confacenti alle sue limitazioni l'assicurato potesse avere una capacità lavorativa e una capacità di guadagno superiore, elencando le seguenti attività:

- operaio generico con mansioni principalmente di controllo;
- aiuto venditore di materiale leggero o senza obbligo di spostamento pesi tipo rappresentante;
- custode con mansioni unicamente di verifica;

- autista fattorino di merce leggera (farmaceutica).

Vista la divergente valutazione riguardo alla capacità di guadagno tra la B. \_\_\_\_\_ ed il L. \_\_\_\_\_ ha quindi sollecitato una presa di posizione del SMR per valutare eventuali patologie extrainfortunistiche (doc. 50).

**12.3.3.2** Con annotazione del 22 ottobre 2019 il Consulente IP ha inoltre precisato che, nonostante i due accertamenti professionali presso il CAP e il L. \_\_\_\_\_ siano stati negativi, le conclusioni a cui i due enti sono giunti non trova riscontro nelle valutazioni mediche, ragione per cui non si hanno elementi per prendere le distanze dalla valutazione della B. \_\_\_\_\_. Egli ha quindi proposto la chiusura del caso senza eseguire ulteriori provvedimenti professionali dal momento che l'assicurato ritiene di essere soggettivamente non reintegrabile. Per quanto riguarda l'analisi della reintegrabilità ha considerato esigibili, a livello medico teorico, le attività descritte nel rapporto del CAP del 15 febbraio 2019 (cfr. consid. 12.3.2.1), che si possono riassumere nella capacità di guadagno secondo le tabelle RSS della categoria 4.2 (doc. 55).

**12.3.4** Al riguardo si rammenta che l'assicurato è limitato nell'uso delle mani ed è in grado di sollevare con l'arto sinistro, nonostante i disturbi al gomito, dei pesi leggeri fino a 5 kg fino all'altezza del petto. Non vi sono particolari limitazioni per lavori con il braccio destro (dominante), né per lavori sopra la testa, di precisione e in generale per lavori leggeri o che comportano lo spostamento a piedi anche per lunghi tratti. Sebbene il dott. I. \_\_\_\_\_ abbia attestato la possibilità di eseguire lavori seduti o in piedi, che comportano la rotazione del tronco, la posizione inclinata in avanti, in ginocchio e con flessione delle ginocchia, il dott. N. \_\_\_\_\_ ha precisato – a causa dei problemi alla schiena – che tali attività non debbano essere monotone, vale a dire che devono permettere all'assicurato di cambiare postura ogni due ore. La sua capacità lavorativa medico-teorica in un'attività adattata è del 100%, senza perdite di rendimento, di concentrazione o di adattabilità. Non vi è dunque motivo di dubitare del fatto che l'insorgente disponga di sufficienti strumenti e risorse per trovare una nuova occupazione. A quest'ultimo si presenta dunque un ventaglio di professioni piuttosto ampio, con mansioni semplici e ripetitive, che non richiedono necessariamente la messa in atto di particolari misure di reintegrazione professionale, ma che possono essere esercitate dopo una semplice introduzione al posto di lavoro e un breve periodo di pratica (si confronti consid.12.3.3.1).

**12.3.5** Di conseguenza, alla luce delle considerazioni esposte sopra e tenendo presente l'approccio restrittivo del Tribunale federale nel valutare le possibilità di sfruttare la residua capacità lavorativa delle persone invalide, occorre ritenere che le possibilità di reintegrazione nel mondo del lavoro in un'attività sostitutiva leggera ed adeguata non possono essere considerate irrealistiche o eccezionali per una persona che ha ancora davanti a sé oltre quindici anni di attività professionale. Pertanto, questo Tribunale rileva che nel caso concreto la capacità lavorativa residua in attività sostitutive rispettose delle limitazioni funzionali – come quelle indicate dal consulente IP e dal CAP (cfr. consid. 12.3.3.1) – è senz'altro sfruttabile in un mercato del lavoro equilibrato (cfr. in particolare le sentenze del TF 8C\_345/2013 del 10 settembre 2013 consid. 4; 8C\_482/2010 del 27 settembre 2010 consid. 4 e 9C\_918/2008 del 28 maggio 2009 consid. 4.3).

**12.3.6** A prescindere dalle professioni indicate a titolo esemplificativo dal consulente IP e dal CAP quali attività adatte, resta il fatto che, sul mercato generale del lavoro, esistono delle attività leggere, non qualificate, con mansioni semplici e ripetitive e che non richiedono una preparazione professionale specifica, che l'interessato, malgrado il danno alla salute, sarebbe in grado di esercitare al 100%.

Va qui rilevato che specialmente nell'ambito industriale, ma anche nel settore delle prestazioni di servizio, vi sono, in effetti, delle attività di mera sorveglianza – fisicamente assai leggere – che non presuppongono particolari attitudini intellettuali e che possono essere svolte sia in posizione seduta che in piedi (per es. attività d'incasso, d'assemblaggio, di confezione prodotti, di controllo ecc.) con la possibilità anche di variare spesso la postura e di beneficiare di pause frequenti.

Giova infine rammentare che possibili difficoltà esistenti sul mercato del lavoro rappresentano un elemento estraneo all'invalidità. In effetti, secondo dottrina e giurisprudenza, l'assicurato deve compiere ogni sforzo per valorizzare al massimo le sue capacità di guadagno (DTF 123 V 96 consid. 4c). Se, malgrado tale impegno, un'occupazione confacente all'interessato non è reperibile in concreto, questo è dovuto alla congiuntura del momento, per la quale, considerata la nozione di mercato equilibrato del lavoro, né assicurazione contro gli infortuni né quella per l'invalidità sono tenute a rispondere (DTF 110 V 276 consid. 4c). In tale ipotesi deve semmai intervenire l'assicurazione contro la disoccupazione (cfr. ad esempio Sentenza del TF 9C\_457/2012 del 28 agosto 2012).

**12.4** La censura sollevata dal ricorrente risulta pertanto infondata.

**13.**

Appurato che, a far tempo dal mese di maggio 2018, il ricorrente è abile al 100% in un'attività sostitutiva confacente al suo stato di salute, occorre ancora esaminare la conformità del tasso d'invalidità calcolato dall'autorità inferiore, secondo cui, per il periodo oggetto di contestazione e meglio dal 1° settembre 2018, corrisponde a 7%.

**13.1** L'autorità inferiore, ha correttamente determinato il tasso d'invalidità sulla base del metodo generale di comparazione dei redditi, applicabile nel caso in cui l'assicurato, prima del danno alla salute, fosse attivo professionalmente a tempo pieno (art. 16 LPGA, a cui rinvia l'art. 28a cpv. 1 LAI), ritenendo quale anno determinante il 2018, ossia il momento in cui la rendita andrebbe ridotta o soppressa (cfr. CR LPGA- MARGIT MOSER-SZELESS, art. 16 LPGA, N 41). L'autorità inferiore ha inoltre correttamente raffrontato i redditi con e senza invalidità sulla base delle indicazioni salariali o statistiche, valide per lo stesso anno (cfr. sentenza del TF I 471/05 del 11 maggio 2006 consid. 3.2). Fondandosi sui dati statistici, l'autorità inferiore si è tuttavia erroneamente avvalsa della tabella ISS 2016 (TA1), anziché riferirsi alla pertinente tabella dell'ISS 2018 (TA1) pubblicata il 21 aprile 2020, di cui poteva già disporre al momento dell'emanazione della decisione litigiosa (il 13 ottobre 2020; cfr. sentenze 9C\_225/2016 del 14 luglio 2016 consid. 6.3.2 e 9C\_767/2015 del 19 aprile 2016 consid. 3.4 con i riferimenti).

**13.2**

**13.2.1** Per determinare il reddito ipotetico conseguibile dalla persona assicurata senza il danno alla salute (reddito da valido), occorre stabilire quanto la stessa, nel momento determinante (cfr. sopra), guadagnerebbe secondo il grado di verosimiglianza preponderante quale persona sana, tenuto conto delle sue capacità professionali e delle circostanze personali. Tale reddito dev'essere determinato il più concretamente possibile. Di regola ci si fonderà sull'ultimo reddito che la persona assicurata ha conseguito prima del danno alla salute, se del caso adeguandolo all'evoluzione dei salari fino al momento della nascita del diritto alla rendita.

**13.2.2** In concreto l'amministrazione si è fondata sulle indicazioni fornite dal datore di lavoro per gli anni 2015-2017, determinando in tal modo che l'assicurato nel 2018 avrebbe potuto percepire un reddito da valido pari a fr. 65'000.- (doc. 19, 23).

**13.2.3** Il valore non è stato contestato dall'assicurato. Occorre tuttavia rilevare che non figura agli atti alcuna indicazione da parte del datore di lavoro secondo cui l'importo indicato per il 2015 sarebbe stato mantenuto invariato anche nel 2018. Oltre a ciò, a ben vedere, sia dal conto AVS (allegato al doc. 83) che dalla dichiarazione del datore di lavoro (doc. 19) emerge che il salario percepito nel 2015, ossia l'ultimo anno intero prima dell'infortunio, corrisponde a fr. 66'188.50. Importo che per altro si avvicina a quello ritenuto dalla B. \_\_\_\_\_ quale salario da valido per il 2018 (doc. 276-278). Alla luce di quanto precede e dell'evoluzione salariale di cui ha beneficiato l'assicurato negli anni precedenti l'infortunio, è pertanto tale importo che appare il più plausibile e che andrà pertanto indicizzato al 2018. Sulla scorta dell'indice dei salari nominali valido per gli uomini fra il 2011-2018 (T1.1.10, settore attività manifatturiere [10-33]), ne risulta quindi un reddito da valido indicizzato al 2018 pari a fr. 66'985.90 (= 66'188.50 + 0.4% + 0.5% + 0.3%).

### **13.3**

**13.3.1** Per stabilire il reddito da invalido, alla luce delle attività alternative, leggere e adeguate esigibili al 100% da maggio 2018, va fatto riferimento a quello conseguibile dall'insorgente in attività semplici e ripetitive secondo la pertinente tabella dell'ISS 2018 (TA1). Contrariamente a quanto fatto dall'autorità inferiore (cfr. doc. 19), nel caso di assicurati che, dopo l'insorgere dell'invalidità, possono svolgere soltanto lavori leggeri e intellettualmente non impegnativi e che non dispongono di una formazione professionale, secondo la giurisprudenza consolidata occorre presumere di base il più basso livello di competenza 1 (cfr. sentenza TF 8C\_695/2015 del 19 novembre 2015 consid. 4.2 con riferimenti). Secondo la giurisprudenza, è inoltre giustificato basarsi sul valore totale se l'assicurato non può più esercitare l'attività che era solito svolgere prima dell'insorgere dei problemi di salute e ha quindi necessità di trovare un nuovo ambito di attività

Ne discende quindi che da invalido l'assicurato avrebbe potuto percepire nel 2018 un salario medio mensile di fr. 5'101.- (TA1 2018, livello 1, totale), che riportato su un orario usuale di 41.7 ore settimanali corrisponderebbe a un salario mensile di fr. 5'317.80 ed annuale di fr. 63'813.50.

### **13.3.2**

**13.3.2.1** Questo reddito può essere pure ridotto, al massimo del 25%, per tenere conto dei fattori professionali e personali del caso (DTF 126 V 75).

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 gli 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, 9C\_280/2010 del 12 aprile 2011 consid. 5.2 in fine).

**13.3.2.2** Nel caso di specie, a fronte delle limitazioni funzionali riscontrate e del ventaglio di possibilità professionali indicate dal consulente in integrazione professionale in cui mettere a frutto – nell'ipotetico mercato del lavoro equilibrato – la residua capacità lavorativa, la riduzione del 10% operata dall'UAIE appare piuttosto severa.

Tuttavia, la questione se il valore dev'essere corretto può restare irrisolta. Anche applicando infatti una riduzione massima del 25% non si otterrebbe comunque un tasso d'invalidità sufficiente per riconoscere il diritto a una rendita d'invalidità. Dal raffronto fra il reddito da valido (fr. 66'985.90) e il reddito da invalido (57'432.15 [= 63'813 – 10%]), ne risulta infatti un discapito economico del 14.26%, applicando la riduzione massima si otterrebbe un discapito del 28.55%, in entrambi i casi di gran lunga inferiore al 40% necessario per l'ottenimento di  $\frac{1}{4}$  di rendita AI.

**13.4** In simili condizioni, alla luce del raffronto dei redditi operato da codesto Tribunale, la soppressione del diritto alla rendita con effetto al 31 agosto 2018 appare corretta.

#### **14.**

Da quanto esposto consegue che il ricorso è destituito di fondamento e non merita tutela. La decisione impugnata, seppure con le correzioni indicate nei considerandi precedenti, riguardanti la valutazione del tasso di invalidità, va confermata.

#### **15.**

**15.1** Visto l'esito della procedura le spese processuali di fr. 800.-, sono poste a carico del ricorrente (art. 63 cpv. 1 e cpv. 5 PA nonché art. 3 lett. b 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]). Esse vengono compensate con l'anticipo spese versato dall'insorgente il 15 dicembre 2020 (cfr. doc. TAF 4-5).

**15.2** Al ricorrente, interamente soccombente, non spetta altresì alcuna indennità per spese ripetibili della sede federale (art. 64 PA in combinazione con l'art. 7 cpv. 1 e 2 TS-TAF a contrario).

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. fra l'altro, DTF 127 V 205).

**Per questi motivi, il Tribunale amministrativo federale pronuncia:**

**1.**

Il ricorso è respinto.

**2.**

Le spese processuali di fr. 800.-, già anticipate dal ricorrente, sono poste a suo carico e vengono compensate con l'acconto versato al momento della crescita in giudicato della sentenza.

**3.**

Non si attribuiscono indennità per spese ripetibili.

**4.**

Comunicazione a:

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

(i rimedi giuridici sono menzionati alla pagina seguente)

La presidente del collegio:

Il cancelliere:

Michela Bürki Moreni

Luca Rossi

### **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: