



Corte III
C-696/2020

Sentenza del 26 gennaio 2021

Composizione

Giudici Michela Bürki Moreni (presidente del collegio),
Christoph Rohrer, Caroline Gehring,
cancelliere Luca Rossi.

Parti

A. _____, (Italia)
patrocinato dall'avv. Sergio Sciuchetti,
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 9 gennaio 2020)

Fatti:**A.**

A.a A. _____, cittadino italiano, nato il (...) 1959, residente ad (...) (IT), ha lavorato in Svizzera come frontaliere in qualità di magazziniere e di capo reparto dal mese di settembre 1980 a giugno 2018, solvendo regolari contributi all'assicurazione svizzera per la vecchiaia, i superstiti e l'invalidità (AVS/AI, doc. 2, 3 dell'incarto dell'Ufficio dell'assicurazione per l'invalidità per gli assicurati residenti all'estero [in seguito UAIE]).

A.b In data 3 dicembre 2010 l'interessato, allora impiegato come capo reparto del settore taglierina della B. _____ di (...), ha formulato all'Ufficio AI del Cantone C. _____ (in seguito UAI-C. _____), una prima domanda volta al conseguimento di prestazioni dell'assicurazione svizzera per l'invalidità (doc. 2) in ragione dell'inabilità lavorativa dapprima totale, in seguito parziale persistente dal 24 luglio 2009 causata dai problemi al ginocchio sinistro. Tali problematiche, riconducibili all'incidente motociclistico del 2 settembre 2007 in occasione del quale era stata diagnosticata la rottura del legamento crociato anteriore, operato il 18 dicembre 2007 mediante meniscectomia mediale (doc. 3, 9), si erano nuovamente manifestate nel luglio 2009, richiedendo una ripresa chirurgica il 20 agosto 2009 mediante intervento di ricostruzione del crociato anteriore con semi-tendinoso e trapianto del menisco mediale (doc. 3, 9).

A.c Dal 15 marzo 2010, l'assicurato ha ripreso a lavorare presso il proprio datore di lavoro – sebbene con la mansione di aiuto magazziniere – dapprima in ragione del 50%, poi al 75%, infine, dal 6 giugno 2011 nella misura del 100% (doc. 21). Con decisione del 26 ottobre 2011, regolarmente cresciuta in giudicato, l'UAIE ha riconosciuto il diritto a una rendita intera limitata nel tempo, dal 1° giugno 2011, ossia sei mesi dopo la domanda di prestazioni, al 30 giugno 2011, mese in cui l'assicurato ha ripreso a lavorare al 100% (doc. 31).

B.

B.a Il 17 novembre 2017 A. _____ ha depositato una nuova domanda di prestazioni, essendo completamente inabile al lavoro dal 21 giugno 2017 a causa di un infortunio professionale (doc. 32-34, 58).

B.b

B.b.a Dall'incarto della SUVA, assicuratore infortuni al quale è stato notificato l'infortunio (doc. 53 inc. LAINF), è emerso che il 21 giugno 2017 l'assicurato ha subito sul posto di lavoro una distorsione del braccio destro, risentendo da subito dei forti dolori al braccio e alla spalla destra (doc. 63 inc. LAINF).

B.b.b Dagli accertamenti strumentali e ambulatoriali è risultata una rottura a tutto spessore del tendine del sovraspinoso, per la quale il dott. Taverna, specialista in chirurgia ortopedica, ha proposto ed eseguito il 4 ottobre 2017 un intervento di riparazione artroscopica dei tendini della cuffia dei rotatori della spalla destra (doc. 70-73 e 81-82 inc. LAINF).

B.b.c In occasione della visita medico-circondariale del 6 marzo 2018, il caso era stato ritenuto non ancora stabilizzato e il persistere dell'inabilità lavorativa totale era stato confermato (doc. 111 inc. LAINF).

B.b.d Sono quindi proseguite le visite di controllo a cura del dott. D._____, nonché il trattamento riabilitativo volto lenire i dolori e a migliorare la funzionalità dell'arto durante il quale è stata protratta l'incapacità lavorativa (doc. 113, 119, 121, 127, 128, 130 inc. LAINF).

Non avendo la terapia apportato i risultati sperati, in occasione della visita ambulatoriale del 13 giugno 2018 il dott. D._____ ha quindi consigliato una ripresa chirurgica mediante artroscopia di resezione dell'articolazione acromion-claveare della spalla destra, protraendo nel frattempo l'inabilità lavorativa in qualsiasi attività (doc. 134 inc. LAINF).

B.b.e Ritenendo gli attuali disturbi e il trattamento proposto dal dott. D._____ non più in relazione con l'evento infortunistico e considerando quindi l'assicurato completamente abile al lavoro (cfr. doc. 137 inc. LAINF), con decisione formale del 25 luglio 2018 (preceduta dalla comunicazione del 21 giugno 2018 [doc. 141 inc. LAINF]), la SUVA ha chiuso il caso a partire dal 22 giugno 2018 e invitato l'assicurato ad annunciare ogni ulteriore incapacità lavorativa e trattamento medico posteriore a tale data alla propria cassa malati (doc. 155 inc. LAINF).

B.b.f L'assicurato si è quindi rivolto al dott. E._____, specialista in medicina interna e reumatologia, che, nel rapporto del 3 agosto 2018, indirizzato alla SUVA, sul quale si tornerà nei considerandi in diritto, ha espresso dei dubbi quanto all'efficacia di una ripresa chirurgica, ritenendo opportuno richiedere un secondo parere ortopedico. Ha inoltre indicato di ritenere i

residui dolori in relazione al trauma subito e alla conseguente operazione chirurgica piuttosto che a una preesistente patologia degenerativa (doc. 77).

B.b.g Dopo aver raccolto una seconda valutazione ortopedica, di cui si riferirà nei considerandi in diritto, il 27 novembre 2018 il dott. F. _____ si è riconfermato nella valutazione precedentemente espressa il 16 giugno 2018 (doc. 4 e 8 dell'incarto di G. _____ [in seguito CM]).

B.b.h Nell'ambito della procedura avviata da G. _____, cassa malati dell'assicurato, è stata quindi assunta agli atti la perizia in medicina interna del 31 ottobre 2018 della dott.ssa H. _____, attestante uno stato di salute non ancora stabilizzato e una capacità lavorativa di al massimo 50% in un'attività sedentaria senza sforzi del braccio destro (doc. 6 inc. CM) e la perizia reumatologica del 13 maggio 2019 del dott. I. _____, dalla quale emerge un'incapacità lavorativa totale dal giorno del sinistro nella professione abituale e una capacità lavorativa completa a partire dal 9 maggio 2019 in un'attività lavorativa sostitutiva adatta alle limitazioni funzionali e di carico (doc. 10 inc. CM). Il contenuto di tali perizie verrà approfondito nei considerandi in diritto.

B.b.i Con decisione del 31 maggio 2019 G. _____ ha quindi decretato la sospensione dell'erogazione delle indennità giornaliere per malattia a decorrere dal 31 ottobre 2019, onde permettere all'assicurato di trovare un'attività lucrativa confacente al suo stato di salute (doc. 11 inc. CM).

B.c Alla luce degli accertamenti raccolti da SUVA e da G. _____, con rapporto finale del 3 giugno 2019 il dott. L. _____, medico generico del SMR, ha ritenuto l'assicurato completamente inabile nella professione abituale a partire dalla data dell'infortunio e completamente abile a partire dal 13 maggio 2019 in una professione sostitutiva adeguata ai limiti funzionali riscontrati (doc. 71).

B.d Il 29 agosto 2019, l'assicurato ha portato a termine il corso di informatica offerto nell'ambito del percorso di attivazione breve (PAB) avviato il 13 maggio 2019, dopo che il consulente in integrazione professionale (IP) aveva constatato l'assenza dei presupposti per il riconoscimento di provvedimenti professionali (doc. 63, 64, 74).

B.e Con progetto di decisione del 30 agosto 2019 l'UAI-C. _____ ha prospettato l'attribuzione di una rendita intera limitata nel tempo dal 1° giugno

2018, trascorso l'anno d'attesa, al 31 agosto 2019 ossia tre mesi dal miglioramento dello stato di salute (doc. 76).

B.f Il 23 settembre 2019, per il tramite del sindacato UNIA, l'assicurato ha formulato opposizione, lamentando un peggioramento della situazione fisica e l'insorgere di affezioni psichiche e contestando all'amministrazione un accertamento medico incompleto (doc. 79).

B.g Con annotazione SMR del 7 novembre 2019 il dott. L._____, si è riconfermato nel rapporto finale SMR, ritenendo il parere espresso dal dott. E._____ nel rapporto del 19 settembre 2019, trasmesso direttamente all'UAI-C._____ e sul quale si tornerà nei considerandi in diritto (doc. 77), null'altro che una differente valutazione nella medesima fattispecie (doc. 83).

B.h Con decisione del 9 gennaio 2020, l'autorità inferiore ha quindi confermato il progetto di decisione e riconosciuto il diritto a una rendita intera d'invalidità limitata nel tempo dal 1° giugno 2018 al 31 agosto 2019 (doc. 87), ritenuto a partire dal 1° settembre 2019 un grado di invalidità pari a zero.

C.

C.a Con ricorso del 5 febbraio 2020 A._____, rappresentato dall'avv. Scicchetti, è insorto dinanzi al Tribunale amministrativo federale (TAF), chiedendo l'annullamento della decisione dell'UAIE del 9 gennaio 2020 e in via principale il riconoscimento del diritto a una rendita intera AI a far tempo dal 1° giugno 2019 (recte: 1° settembre 2019), mentre in via subordinata il rinvio degli atti all'amministrazione al fine di completare l'istruttoria dal punto di vista medico. A suffragio delle conclusioni ricorsuali è stato prodotto il rapporto dell'11 settembre 2019 del dott. D._____ e della dott.ssa M._____, anch'essa specialista in chirurgia ortopedica, di cui si dirà nei considerandi in diritto. L'insorgente ha inoltre chiesto il riconoscimento di tasse, spese e ripetibili (doc. TAF 1).

C.b Con decisione incidentale dell'11 febbraio 2020 il ricorrente è stato invitato a versare un acconto di fr. 800.- corrispondente alle presumibili spese processuali (doc. TAF 2). L'importo è stato tempestivamente versato il 10 marzo 2020 (doc. TAF 5, 6).

C.c Con risposta dell'8 maggio 2020 l'UAIE, facendo riferimento al preavviso dell'UAI-C. _____ del 6 maggio 2020, a sua volta fondato sull'annotazione SMR del 23 aprile 2020 che ha confermato la correttezza delle conclusioni tratte dal punto di vista medico, ha proposto la reiezione del gravame e la conferma della decisione impugnata (doc. TAF 11).

C.d Il ricorrente ha rinunciato a presentare il memoriale di replica.

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

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 LPGA, nonché l'art. 52 cpv. 1 PA).

2.

Nell'ambito delle assicurazioni sociali, la procedura è retta dal principio inquisitorio (art. 43 cpv. 1 LPGA). Il Tribunale amministrativo federale applica il diritto d'ufficio, senza essere vincolato dai motivi del ricorso (art. 62 cpv. 4 PA) o dai considerandi della decisione impugnata. In altri termini, il ricorso potrebbe essere accolto per ragioni diverse da quelle addotte dal ricorrente o respinto in virtù d'argomenti che la decisione impugnata non ha preso in considerazione (DTF 134 III 102 consid. 1.1; 133 V 515 consid. 1.3; DTAF

2013/46 consid. 3.2). Il Tribunale accerta i fatti determinanti per la soluzione della controversia, assume le prove necessarie e le valuta liberamente (art. 12 PA; DTF 136 V 376 consid. 4.1.1). Sempre che la legge non disponga diversamente, il Tribunale statuisce secondo il grado di prova della verosimiglianza preponderante. Deve ritenere un fatto provato, soltanto quando è convinto della sua esistenza (DTF 138 V 218 consid. 6). Le parti sono tenute a cooperare all'accertamento dei fatti (art. 13 PA) e a motivare il ricorso (art. 52 PA). L'autorità di ricorso si limita, di principio, ad esaminare le censure sollevate, mentre le questioni di diritto non invocate dalle parti solo nella misura in cui gli argomenti delle parti o l'esame dell'incarto ne diano sufficiente motivo (DTF 122 V 157 consid. 1a; 121 V 204 consid. 6c).

3.

3.1

3.1.1 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).

3.1.2 Nel caso in esame, essendo contestata la soppressione del diritto alla rendita a far tempo dal 31 agosto 2019, salvo indicazione contraria, si applicano di principio le disposizioni della 6^a revisione della LAI entrate in vigore il 1° gennaio 2012 e le successive (RU 2011 5659; FF 2010 1603), entrate in vigore fino alla data della decisione impugnata.

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

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 alii, 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, nell'ambito della nuova domanda presentata il 17 novembre 2017, è il riconoscimento di una di rendita intera anche dopo il 1° giugno 2019 (recte: 1° settembre 2019), che l'amministrazione ha negato in ragione della stabilizzazione dello stato di salute grazie alla quale, a partire dal 13 maggio 2019, l'insorgente è risultato completamente abile al lavoro in un'attività sostitutiva adeguata ed il grado di invalidità pari a 0%.

5.1 A mente del ricorrente, le condizioni di salute in cui versa – in ragione delle problematiche fisiche e psichiche – e la sua particolare situazione personale – età, assenza di formazione, anni di lavoro presso il medesimo datore e le limitazioni funzionali che riducono lo specchio di attività esigibili

– giustificano il riconoscimento di un'incapacità lavorativa totale in qualsiasi attività anche dopo il 1° settembre 2019 e il conseguente diritto a una rendita intera.

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 LPGGA è un concetto di carattere economico-giuridico e non medico (DTF 116 V 246 consid. 1b; sentenze del TF 8C_636/2010 del 17 gennaio 2011 consid. 3 e 9C_529/2008 del 18 maggio 2009).

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

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

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

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 LPGGA (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 LPGGA 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^{bis} 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^{bis} 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 rap-

porto 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, nell'ambito della nuova domanda di prestazioni del 17 novembre 2017, il ricorrente ha lamentato un peggioramento dello stato di salute a partire dal 21 giugno 2017, quando un movimento inaspettato del timone del carrello elettrico che stava usando per spostare del materiale gli ha procurato una distorsione del braccio destro, con immediata comparsa di forti dolori al braccio e alla spalla destra (doc. 63 inc. LAINF).

9.2 Con rapporto del 10 agosto 2017 il dott. D. _____ riscontrando una rottura a tutto spessore del tendine del sovraspinoso (cfr. esami di RX, RM e artrografia alla spalla destra [doc. 70, 72, 73 inc. LAINF]), ha posto l'indicazione per un intervento di riparazione artroscopica dei tendini della cuffia dei rotatori della spalla destra (doc. 71 inc. LAINF). L'intervento è stato eseguito il 4 ottobre 2017; l'assicurato è stato dimesso il giorno seguente (doc. 81-82 inc. LAINF).

9.3 Dalla visita di controllo del 27 novembre 2017 è emerso un decorso nella norma ed all'interessato è stato indicato di proseguire il percorso riabilitativo sino a completo recupero dei movimenti (doc. 96 inc. LAINF). L'incapacità lavorativa totale prescritta dalla data del sinistro è stata quindi ulteriormente protratta (doc. 54, 55, 60, 61, 84, 85, 96, 101, 104 inc. LAINF).

9.4 Il 6 marzo 2018 si è tenuta la visita medico-circondariale, in occasione della quale il dott. N. _____, specialista in chirurgia ortopedica e traumatologia dell'apparato locomotore, ha posto la diagnosi di "contusione alla spalla destra del 21 giugno 2017 con lesione del tendine sovraspinato ed infraspinato con/su stato dopo intervento artroscopico di ricostruzione sovraspinato e infraspinato del 4 ottobre 2017". Il medico della SUVA ha ritenuto che dal punto di vista clinico il caso non fosse ancora completamente stabilizzato, ragione per cui, in attesa della visita di controllo del dott. D. _____, aveva confermato il persistere dell'incapacità lavorativa totale nell'attività di riferimento (doc. 111 inc. LAINF).

9.5 Con valutazione del 19 aprile 2018 il dott. D._____ ha descritto un decorso caratterizzato dal persistere di sintomatologia dolorosa nonostante la fisioterapia e la terapia antiflogistica regolarmente seguita dal paziente ed ha protratto l'incapacità lavorativa (doc. 121 inc. LAINF).

Preso atto dell'esame RM alla spalla destra del 3 maggio 2018 – che pur non avendo messo in evidenza recidive di rottura dei tendini della cuffia dei rotatori, ha comunque mostrato l'insorgere di un'artrosi dell'articolazione acromion-claveare (doc. 127 inc. LAINF) – con rapporto del 17 maggio 2018 il dott. D._____ ha proposto di proseguire con delle sedute di terapia e di idrokinesiterapia, nell'intento di migliorare la sintomatologia algica e la funzionalità dell'arto (doc. 130 inc. LAINF).

Con rapporto del 13 giugno 2018 il dott. D._____ ha riferito, in esito alla visita ambulatoriale, di un decorso post-operatorio inizialmente regolare ed in seguito caratterizzato dal persistere di sintomatologia algica resistente alla terapia fisioterapica ed ai medicinali prescritti. Egli ha quindi considerato che, alla luce del tempo trascorso dall'intervento di riparazione e della persistenza del dolore determinante un impedimento nello svolgere attività lavorative manuali, ripetitive e pesanti, fosse opportuno procedere ad una ripresa chirurgica mediante artroscopia di resezione dell'articolazione acromion-claveare della spalla destra. In attesa dell'operazione, prevista per il 5 settembre 2018 (ma poi non eseguita [si cfr. anche doc. 5 inc. CM]), il dott. D._____ ha protratto l'inabilità lavorativa totale nell'attività abituale di magazziniere (doc. 134 inc. LAINF).

9.6 Con presa di posizione del 14 giugno 2018 il dott. F._____, specialista in chirurgia ortopedica e traumatologia dell'apparato locomotore incaricato dalla SUVA, ha segnalato che gli attuali disturbi riscontrati dal dott. D._____ non risultavano essere in relazione causale con il sinistro e che per i soli postumi infortunistici l'assicurato poteva essere considerato abile al 100% (doc. 137 inc. LAINF).

9.7 Di opinione contraria il dott. E._____ che nel rapporto del 3 agosto 2018 indirizzato alla SUVA, ha ricondotto i dolori attualmente lamentati dall'assicurato al trauma subito nel giugno 2017 e al conseguente intervento chirurgico piuttosto che a una preesistente patologia degenerativa. Pur ritenendo l'ulteriore procedere terapeutico ancora a carico dell'assicuratore contro gli infortuni, il dott. E._____ ha espresso delle riserve riguardo alla nuova operazione prospettata dal dott. D._____ e dalla dott. M._____, ritenuta non risolutiva della

sintomatologia dolorosa. Egli ha quindi suggerito richiedere un secondo parere ortopedico (doc. 77).

9.8 Con rapporto peritale del 31 ottobre 2018 la dott.ssa H. _____, specialista in medicina interna generale incaricata da G. _____, ha posto la diagnosi con influsso sulla capacità lavorativa di “persistente omalgia a destra su stato dopo trauma diretto della spalla il 21 giugno 2017 con conseguente rottura del sopraspinato e dell’infraspinato; stato dopo ricostruzione dell’infraspinato e sopraspinato il 4 ottobre 2017” e la diagnosi senza influsso sulla capacità lavorativa di “sindrome lombovertebrale cronica su note alterazioni degenerative multisegmentali (attualmente asintomatica)”. Constatando una situazione non ancora stabilizzata essa ha riferito che l’assicurato si trova impedito a svolgere tutti quei lavori che richiedono il sollevamento di pesi, anche leggeri e lavori con il braccio destro sopra l’orizzontale. La dott.ssa H. _____ ha quindi descritto uno stato di salute non ancora stabilizzato e una capacità lavorativa del 50% al massimo in un’attività sedentaria senza sforzi del braccio destro (doc. 6 inc. CM).

9.9 Con rapporto del 19 novembre 2018 il dott. O. _____, specialista in chirurgia ortopedica e traumatologia dell’apparato locomotore, dopo aver visitato l’assicurato e visionato i referti medici (fra cui la radiografia alla spalla destra eseguita il 16 novembre 2018, non presente agli atti), ha ritenuto sussistere una sindrome da dolore cronico focalizzata a livello del bicipite destro, non del tutto oggettivabile e che non permette di spiegare o giustificare un’incapacità lavorativa. Egli ha inoltre riferito che per quanto valutabile – vista la bassa qualità dell’esame RM del 3 maggio 2018 – la guarigione del tendine sovraspinato parrebbe essere avvenuta. Per poter dare un giudizio definitivo circa la corretta consolidazione del tendine sovraspinato, una nuova RM con sequenze T1 e T2 in ciascuno dei tre piani sarebbe tuttavia necessaria. Per tale ragione egli si è astenuto dal formulare una proposta terapeutica, pur sconsigliando di procedere a una ripresa chirurgica, fondandosi tale proposta su aspetti clinici e radiologici insufficienti (doc. 8 inc. CM).

Dando seguito al suggerimento del dott. O. _____, il 28 febbraio 2019 la SUVA ha ordinato un’artro-RM alla spalla destra, dalla quale è emersa solo una piccola irregolarità di segnale di dubbia interpretazione (microfissurazione probabile) nello spessore del tendine del sovraspinato senza significative rotture (doc. 9 inc. CM).

9.10 Con rapporto SMR del 26 aprile 2019 il dott. L. _____, ha quindi considerato l’assicurato completamente inabile nella professione abituale

a partire dal 21 giugno 2017, mentre a partire dal 16 novembre 2018, data della visita del dott. O. _____, ha ritenuto esigibile in misura completa lo svolgimento di un'attività sostitutiva rispettosa delle limitazioni funzionali, e meglio che non richiedesse dei movimenti ripetuti e/o continui con il braccio destro sopra il limite delle spalle, la mobilizzazione di carichi superiore ai 2 kg con il braccio destro sopra il limite delle spalle e superiore ai 5 Kg vicino al tronco, nonché l'utilizzo di scale a pioli o ponteggi (doc. 60).

9.11 Con perizia del 13 maggio 2019 il dott. I. _____, specialista in reumatologia incaricato da G. _____, ha posto le seguenti diagnosi con influsso sulla capacità lavorativa:

- Dolori cronici alla spalla destra, in
 - Esiti da decompressione sottoacromiale, riparazione dei tendini del sovraspinoso e sottospinoso per via artroscopica alla spalla destra il 4 ottobre 2017;
- Sindrome cervicospondilogenica cronica intermittente, in
 - Ipercifosi della dorsale alta con protrazione del capo, con scoliosi sinistroconvessa dorsale,
 - Decondizionamento e sbilancio muscolare;
- Sindrome toracospondilogenica cronica bilaterale, in
 - Riferite discopatie plurisegmentali lombari con restringimento del canale spinale,
 - Disturbi statici del rachide (ipercifosi della dorsale alta con protrazione del capo, iperlordosi lombare corta, scoliosi sinistroconvessa dorsale, destroconvessa lombare)
- Probabile gonartrosi bilaterale, in
 - Esiti da ricostruzione dei legamenti crociati al ginocchio destro nell'agosto 1999,
 - Esiti da intervento meniscale al ginocchio sinistro nel 2007,
 - Esiti da intervento al legamento crociato anteriore con impianto di protesi meniscale al ginocchio sinistro nel 2009,
 - Esiti da artroscopia con toilette articolare al ginocchio sinistro nel 2010.

Riguardo alle limitazioni funzionali il dott. I. _____ ha riferito che l'assicurato "può molto spesso sollevare e portare pesi fino a 5 kg fino all'altezza dei fianchi, talvolta pesi tra 5-10 kg fino all'altezza dei fianchi, utilizzando quasi esclusivamente l'arto superiore sinistro, mai pesi oltrepassanti i 10 kg fino all'altezza dei fianchi; l'assicurato può talvolta sollevare pesi fino a 3 kg sopra l'altezza del petto con il braccio sinistro, mai pesi oltrepassanti i 3 kg sopra l'altezza del petto con il braccio sinistro, non è in grado di

sollevare pesi sopra l'altezza del petto con il braccio destro. L'assicurato può molto spesso maneggiare attrezzi di precisione, molto spesso maneggiare attrezzi molto leggeri, molto spesso maneggiare attrezzi leggeri, sia con l'arto superiore destro dominante, sia con quello sinistro; egli può di rado maneggiare attrezzi di media entità con l'arto superiore destro, molto spesso con il braccio sinistro; l'assicurato può mai maneggiare attrezzi pesanti o molto pesanti con l'arto superiore destro, di rado con quello sinistro. L'assicurato può di rado effettuare la rotazione manuale a destra, molto spesso a sinistra. L'assicurato può mai effettuare lavori al di sopra della testa, di rado effettuare la rotazione del tronco, spesso assumere la posizione seduta ed inclinata in avanti, talvolta la posizione in piedi ed inclinata in avanti, può di rado assumere la posizione inginocchiata, di rado assumere la posizione accovacciata, può molto spesso effettuare la flessione delle ginocchia. L'assicurato può assumere talvolta la posizione seduta di lunga durata, talvolta la posizione in piedi di lunga durata, dovendo tuttavia avere la possibilità di alternare le posizioni corporee. L'assicurato può molto spesso camminare fino a 50 metri, molto spesso oltre 50 metri, talvolta camminare per lunghi tragitti, come pure talvolta camminare su terreno accidentato, può talvolta salire le scale, mai salire su scale a pioli”.

Il perito ha quindi concluso che a partire dal 9 maggio 2019, in un lavoro adatto allo stato di salute che tiene pienamente conto di tutti i limiti funzionali e di carico indicati, l'insorgente può essere considerato abile al lavoro sull'arco di una normale giornata lavorativa con rendimento massimo del 100%. Nella professione abituale, per contro, ha ritenuto giustificata l'invalidità lavorativa totale dal giorno del sinistro (doc. 10 inc. CM).

9.12 Con rapporto finale SMR del 3 giugno 2019 (in sostituzione di quello del 23 maggio 2019 [doc. 70]), il dott. L. _____ ha innanzitutto distinto fra le diagnosi con effetto sulla capacità lavorativa (ossia quelle riguardanti la spalla destra), da quelle senza influsso sulla capacità lavorativa (ossia quelle riguardanti il ginocchio sinistro, la safanectomia dell'arto inferiore destro e la sindrome lombovertebrale cronica). Ha quindi fatto proprie le conclusioni riguardo alle limitazioni funzionali e alla capacità lavorativa esposte dal dott. I. _____, ritenendo l'assicurato completamente inabile nella professione abituale e totalmente abile in una professione sostitutiva adeguata a partire dal 13 maggio 2019. Considerando lo stato di salute stazionario, non ha quindi ritenuto che ulteriori terapie fossero suscettibili di migliorare sensibilmente la capacità lavorativa dell'assicurato (doc. 71).

9.13 Con rapporto del 18 settembre 2019 il dott. E. _____, ha riferito di un peggioramento delle condizioni fisiche e psichiche dell'assicurato, subentrato dalla visita eseguita l'anno precedente (cfr. consid. 9.7).

Egli ha posto le seguenti diagnosi:

- Persistente omalgia a dx su:
 - Stato dopo trauma diretto della spalla il 21 giugno 2017 con conseguente rottura del sopraspinato e dell'infraspinato.
 - Stato dopo ricostruzione di infraspinato e sopraspinato il 4 ottobre 2017 (fecit dott. E. D. _____).
- Sindrome lombovertebrale cronica su note alterazioni degenerative multisegmentali.
- Sviluppo depressivo reattivo.
- Sovrappeso.

Egli ha quindi confermato il persistere di un'inabilità lavorativa totale nell'attività di magazziniere/mulettista, mentre per lo svolgimento di una professione fisicamente leggera, che non richieda particolari sforzi né per la colonna vertebrale né tanto meno per le braccia, in modo particolare nessun lavoro ripetitivo con le braccia al di sopra dell'orizzontale, ha quantificato la residua capacità lavorativa ad almeno il 50% (giornata lavorativa completa ma con riduzione delle attività svolte)".

Il dott. E. _____ ha inoltre segnalato che: "a causa di uno sviluppo depressivo causato dai persistenti dolori e dall'impossibilità di ricominciare a svolgere la sua professione, egli è caduto in uno stato di sconforto, ciò che attualmente richiede un adeguato supporto psichiatrico". Per tale ragione e onde valutare correttamente la residua capacità lavorativa e la possibilità di una reintegrazione professionale, il medico ha considerato opportuno l'allestimento di una perizia pluridisciplinare in ambito reumatologico, psichiatrico presso il Servizio di accertamento medico (SAM) di (...) (doc. 77).

9.14 Con annotazione SMR del 7 novembre 2019 il dott. L. _____ ha ritenuto che il rapporto del dott. E. _____ non modificasse le conclusioni espresse nel Rapporto finale SMR del 3 giugno 2019, trattandosi di una diversa valutazione per una medesima condizione clinica. Inoltre gli aspetti psichiatrici non risultavano codificati da diagnosi espressa da uno specialista secondo ICD10 (doc. 83).

9.15 Con rapporto dell'11 settembre 2019 il dott. D. _____ e la dott.ssa M. _____, hanno riferito che tutti gli esami eseguiti dall'evento traumatico al febbraio 2019 mettono in evidenza una problematica post-traumatica

dell'articolazione acromion-claveare. Essi hanno quindi ritenuto trattarsi, con verosimiglianza, di un'artrite riacutizzata dal descritto evento traumatico (allegato al doc. TAF 1).

9.16 Con annotazione SMR del 23 aprile 2020, il dott. L. _____ – al quale è stato sottoposto il rapporto dell'11 settembre 2019 – ha precisato che delle affezioni riscontrate dalla dott. M. _____ era stato tenuto debito conto nel rapporto finale SMR e che le conclusioni in esso contenute riguardo alla capacità lavorativa residua rimangono invariate nonostante la diversa valutazione del medico curante (allegato al doc. TAF 10).

10.

10.1 Alla luce di quanto sopra esposto è in primo luogo pacifico e peraltro neppure contestato che, a partire dal 21 giugno 2017, in seguito all'infortunio subito, l'assicurato ha presentato una completa inabilità lavorativa in qualsiasi attività lavorativa. 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 riconosciuto all'insorgente il diritto a una rendita intera d'invalidità con grado AI del 100% a partire dal 1° giugno 2018, ossia trascorso l'anno di attesa previsto dall'art. 28 cpv. 1 let. b LAI (doc. 114).

10.3 Risulta inoltre senz'altro corretta l'attribuzione di tale prestazione fino al 31 agosto 2019, ossia tre mesi dopo il supposto miglioramento dello stato di salute, ritenuto che almeno fino a maggio 2019 tutti i medici coinvolti nelle varie procedure (infortunistica, dell'assicuratore malattia e AI) – con la sola eccezione del dott. O. _____ (doc. 8 inc. CM) – sono concordi nel ritenere l'assicurato totalmente inabile in qualsiasi attività (cfr. consid. 9). In tal senso si sono infatti espressi il dott. Bianchi con rapporto del 6 marzo 2018 (inc. 111 inc. LAINF), il dott. D. _____ e la dott. M. _____ con i rapporti del 19 aprile, del 17 maggio e del 13 giugno 2018 (doc. 121, 130, 134 inc. LAINF), il dott. E. _____ nei rapporti del 3 agosto 2018 e del 18 settembre 2019 (doc. 77), la dott. H. _____ nella perizia internistica del 31 ottobre 2018 (doc. 6 inc. CM), il dott. I. _____ nella perizia reumatologica 13 maggio 2019 (doc. 10 inc. CM) e infine il dott. L. _____ nel rapporto finale SMR del 3 giugno 2019, confermato dalle successive annotazioni del 7 novembre 2019 e del 23 aprile 2020 (doc. 71, 83 e allegata al doc. TAF 10).

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 2019. Occorre dunque valutare se un miglioramento rilevante (e che perduri) dello stato di salute del ricorrente possa effettivamente essere riconosciuto, come ritenuto dall'autorità inferiore, a partire dal mese di maggio 2019 e se quest'ultima, prima dell'emanazione della decisione impugnata, abbia svolto un sufficiente accertamento dei fatti giuridicamente rilevanti.

11.2 A tal proposito, si osserva che la decisione impugnata – pur tenendo conto degli accertamenti clinici e strumentali condotti dalla SUVA e dall'assicuratore malattia, oltre che dei referti del dott. E. _____ prodotti dall'assicurato – si fonda sostanzialmente sulle valutazioni espresse dal dott. I. _____ nel rapporto del 13 maggio 2019 (doc. 10 inc. CM), interamente riprese e avallate dal SMR (doc. 71).

11.3

11.3.1 A titolo preliminare, è bene precisare che nel suddetto rapporto il dott. I. _____ si basa sulle informazioni fornite dalla persona esaminata e dai medici curanti, sull'esame del quadro clinico e del comportamento del ricorrente, sulle risultanze della visita di quest'ultimo – svoltasi l'8 maggio 2019 – e sulla documentazione medica agli atti. Il rapporto è comprensivo dell'anamnesi, delle informazioni tratte dall'incarto, delle indicazioni dello stesso dott. I. _____, 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.

11.3.2 Dal punto di vista sostanziale, giova rilevare che la valutazione peritale del dott. I. _____, commissionata dall'assicuratore malattia, non si limita alle sole conseguenze dell'infortunio del 21 giugno 2017, ma tiene conto di tutte le affezioni rilevanti dal punto di vista reumatologico. Fra le diagnosi, il perito elenca infatti sia le problematiche post-infortunistiche alla spalla destra che quelle morbose, oltre che le preesistenti affezioni agli arti inferiori e al rachide cervicale e lombare. Le patologie riferite dal dott. I. _____, in particolare quelle alla spalla destra, coincidono per altro con quelle riscontrate dai medici curanti (dott. D. _____ e dott.ssa M. _____ [cfr. doc. 96, 113, 121, 130, 134 inc. LAINF e doc. allegato al doc. TAF 1]) e dagli specialisti da cui è stato visitato l'assicurato (dott. N. _____ [cfr. doc. 111 inc. LAINF], dott. F. _____ [cfr. 137 inc. LAINF], dott. E. _____ [cfr. doc. 77], dott.ssa H. _____ [cfr. doc. 6 inc. CM], dott. O. _____ [cfr.

doc. 8 inc. CMJ) e non ne è stata riscontrata nessun'altra, di nuova insorgenza o in precedenza non considerata, neppure dopo l'emanazione della decisione impugnata.

A ben vedere, il dott. E. _____ descrive nel certificato del 18 settembre 2019 l'insorgenza di una sindrome ansioso depressiva reattiva, necessitante a suo modo di vedere di un adeguato supporto psichiatrico. Orbene, nonostante tale indicazione – esposta unicamente nel referto menzionato, ma non nel precedente rapporto del 3 agosto 2018 – agli atti non figura alcun indizio che permetta di confermare tale valutazione, né tantomeno ritenere che l'assicurato stia beneficiando (o abbia beneficiato) di un sostegno psicologico o di una consulenza psichiatrica. Al di fuori dell'indicazione del perito di parte – che occorre precisare, non è specializzato in ambito psichiatrico – nessun altro medico si è mai espresso in tal senso. Sulla base degli atti a disposizione di questo Tribunale, l'esistenza di eventuali turbe psichiatriche correlate o meno al danno alla salute di cui l'assicurato è portatore non risulta pertanto accertata, né riscontrabile sotto il profilo della verosimiglianza preponderante.

11.3.3 Riguardo alla prognosi e alle conseguenze delle patologie riscontrate, nel rapporto del 18 settembre 2019 il dott. E. _____ concorda con il dott. I. _____ nel ritenere che la situazione non è suscettibile di miglioramento. Preso atto delle soluzioni terapeutiche in precedenza adottate e alle quali hanno fatto riferimento i vari specialisti da cui è stato visto il ricorrente (dott.ssa H. _____, dott. O. _____, dott. D. _____) a mente del dott. I. _____ non vi sono infatti altre possibilità in grado di migliorare la capacità lavorativa e funzionale.

11.3.4 Il parere del dott. E. _____ diverge per contro da quello del dott. I. _____ per quanto concerne l'influsso delle problematiche riscontrate sulla capacità lavorativa residua dell'insorgente. Secondo il dott. E. _____ dall'interessato è infatti esigibile al massimo lo svolgimento di una professione fisicamente leggera – rispettosa dei limiti funzionali – nella misura del 50%, intesa come riduzione del rendimento sull'arco di un'intera giornata. Dal canto suo il dott. I. _____, pur concordando con il fatto che l'assicurato non possa più riprendere la professione abituale di magazziniere/carrellista, ritiene che lo stesso a partire dal giorno successivo a quello della visita peritale (9 maggio 2019) è in grado di esercitare un'attività sostitutiva adatta allo stato di salute, che tenga pienamente conto dei limiti funzionali e di carico elencati, con rendimento massimo del 100%.

Vale la pena di rilevare che il dott. I. _____ ha formulato le proprie conclusioni da un punto di vista strettamente medico-teorico, tenendo conto degli handicap strutturalmente spiegabili inerenti al suo ambito di specializzazione. Egli ha precisato di non aver tenuto conto di “fattori non assicurati quali l’età, la formazione, fattori socio-culturali, la disoccupazione, difficoltà economiche, la disponibilità sul mercato del lavoro locale di un’attività perfettamente adatta allo stato di salute dell’assicurato, rispecchiante le aspettative, la sua disponibilità a reinserirsi in un altro contesto lavorativo, ecc.”.

Diverso è l’approccio del dott. E. _____ che giustifica la differente valutazione in punto alla capacità lavorativa menzionando, oltre alle affezioni fisiche note e alle pretese problematiche di natura psichica (la cui esistenza e il cui influsso non è appurato, cfr. consid. 11.3.2), anche aspetti non rilevanti per la determinazione dell’esigibilità medico teorica quali l’età, l’assenza di formazione scolastica e professionale e la difficoltà di reinserimento nel mondo del lavoro. Di tali aspetti, si rammenta, deve tenere conto unicamente l’amministrazione nell’ambito dell’indagine economica, volta a determinare il grado di invalidità, non il medico o il perito che accerta la capacità lavorativa residua.

Già solo per tale ragione, l’opinione esposta al riguardo dal dott. E. _____ non può essere considerata del tutto affidabile e concludente. Neppure la problematica psichica evocata fra le diagnosi con influsso sulla capacità lavorativa, ma senza essere codificata mediante ICD-10 e senza disporre dell’adeguata specializzazione in ambito psichiatrico, rende maggiormente attendibile il rapporto del 18 settembre 2019. Da ultimo, occorre precisare che il dott. E. _____ pur non essendo medico curante dell’assicurato, è comunque stato incaricato da quest’ultimo di redigere un parere specialistico da contrapporre a quello dei medici fiduciari delle assicurazioni sociali coinvolte. Con riferimento alla consolidata giurisprudenza del Tribunale federale relativa ai casi in cui vi è divergenza fra i pareri medici, occorre quindi ritenere che in ragione del rapporto di fiducia che lo lega al suo paziente, il referto del dott. E. _____ ha un valore di prova ridotto (cfr. DTF 125 V 353 consid. 3b/cc; DTF 124 I 175 consid. 4; DTF 122 V 161; Sentenza del TF 8C_828/2007 del 23 aprile 2008; R. SPIRA, *La preuve en droit des assurances sociales*, in *Mélanges en l’honneur de Henri-Robert Schüpbach*, Basilea 2000, p. 269s.).

Del resto neppure pendente causa contrariamente a quanto affermato nel ricorso il ricorrente ha trasmesso documentazione psichiatrica.

Alla luce di tali considerazioni occorre quindi relativizzare la valenza della perizia del dott. E._____. Dal canto suo il dott. I._____, ha agito nell'ambito del mandato peritale dell'assicuratore malattia, valutando lo stato di salute del ricorrente da un punto di vista medico-assicurativo ed elaborando le proprie conclusioni sulla base degli esami clinici personalmente condotti, dei pareri degli specialisti e delle indagini strumentali eseguite da quest'ultimi. Dopo aver correttamente raccolto l'anamnesi e l'esame obiettivo, il dott. I._____ non ha ritenuto necessario sottoporre l'assicurato a ulteriori esami strumentali, disponendo di tutti gli elementi necessari per poter porre le diagnosi note ed esprimere le conclusioni riguardo alle conseguenze delle stesse sullo stato di salute.

11.3.5 A ben vedere al di fuori dei due rapporti appena citati, non vi è nessun altro referto recente che abbia posto una valutazione attuale e conclusiva riguardo alla capacità lavorativa residua. Infatti, sebbene i dott. D._____ e M._____ avessero ancora attestato un'incapacità lavorativa totale in occasione della valutazione ambulatoriale del 12 giugno 2018 – quando avevano suggerito la ripresa chirurgica (doc. 134) – nel successivo rapporto dell' 11 settembre 2019 non si sono più espressi in merito (allegato al doc. TAF 1). Dal canto suo la dott. H._____, aveva esposto il 31 ottobre 2018 il proprio parere ritenendo lo stato di salute dell'assicurato non ancora stabilizzato e precisando che quest'ultimo avrebbe dovuto sottoporsi ancora nei mesi a seguire a visite specialistiche (cfr. doc. 6 inc. CM). Nel proprio rapporto la dott. H._____ aveva pure citato il referto del 6 settembre 2018 la dott. P._____, medico curante di cui non è nota la specializzazione, secondo la quale l'assicurato era incapace a riprendere la precedente attività come pure a svolgere un'attività sostitutiva (doc. 5 inc. CM – riguardo alla valenza probatoria dell'attestazione del medico curante, per altro privo di specializzazione, si rimanda alle considerazioni giurisprudenziali esposte al consid. 8.5). Il dott. O._____, per contro, nel rapporto del 19 novembre 2018 aveva considerato che le affezioni riscontrate e di cui l'assicurato si lamentava, non giustificassero alcun'incapacità lavorativa (doc. 8 inc. CM).

11.3.6 È pertanto a giusto titolo che il dott. L._____ – e di conseguenza l'autorità inferiore – ha interamente aderito alla valutazione del dott. I._____, pur facendo slittare al 13 maggio 2019 (ossia alla data della visita peritale), anziché al 9 maggio 2019 (come indicato dal perito) il momento a partire dal quale lo stato di salute poteva considerarsi stabilizzato e l'assicurato poteva considerarsi abile al lavoro in un'attività sostitutiva al 100%, discostandosi dalle valutazioni del medico curante e del dott. E._____.

11.4 A fronte 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 nel memoriale di ricorso, va quindi 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 Per esaminare in quale misura un assicurato possa ancora sfruttare la sua residua capacità di guadagno sul mercato del lavoro entrante in considerazione, 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).

12.2.2 Va inoltre rilevato che la giurisprudenza ha ammesso in maniera restrittiva come l'età, benché sia un elemento estraneo all'invalidità, possa condurre – cumulata a circostanze personali e professionali – a rendere inesigibile, ricordato che il concetto di mercato equilibrato del lavoro è 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), 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).

12.2.3 L'allora Tribunale federale delle assicurazioni ha constatato che un assicurato di 60 anni, attivo principalmente come lavoratore a maglia nell'industria tessile, non era facilmente collocabile. Tuttavia, con riferimento all'ipotetico mercato del lavoro equilibrato, l'Alta Corte ha comunque ravvisato opportunità di trovare un lavoro, soprattutto perché le attività non qualificate sono di principio richieste a prescindere dall'età del lavoratore e sebbene l'assicurato presentasse limitazioni funzionali era comunque in grado di svolgere un'attività a tempo pieno (sentenza del TFA I 376/05 del 5 agosto 2005, in particolare consid. 4.2). Il medesimo tribunale ha inoltre affermato che la capacità lavorativa residua di un assicurato sessantenne con una riduzione del 30% dovuta a varie limitazioni psicologiche e fisiche (segnatamente problemi reumatologici e cardiaci) poteva ancora essere sfruttata (sentenza del TFA I 304/06 del 22 gennaio 2007 consid. 4.1 e 4.2). Infine, il Tribunale federale ha considerato intatte le possibilità di una persona assicurata di 60 anni che era in grado di svolgere lavori fisicamente leggeri, che potevano essere eseguiti alternativamente in posizione seduta e eretta, senza l'obbligo di sollevare o trasportare regolarmente pesi supe-

riori ai 10 kg, senza attività frequenti sopra l'orizzontale e senza l'applicazione regolare di forza al braccio sinistro, con presenza a tempo pieno ma con riduzione del rendimento all'80% (cfr. sentenza del TF 9C_918/2008 del 28 maggio 2009 consid. 4.3).

12.2.4 Il Tribunale federale ha invece negato che fosse sfruttabile la capacità lavorativa residua di una persona di età superiore ai 61 anni, senza formazione professionale e senza esperienza in attività motorie fini esigibili al 50% dal punto di vista medico, la cui capacità lavorativa parziale era soggetta ad ulteriori restrizioni legate alla malattia e a cui era stata negata la capacità di adattamento necessaria per un cambio di professione da parte del consulente in materia di orientamento professionale (sentenza TFA I 392/02 del 23 ottobre 2003 consid. 3.2 e 3.3). Inoltre, è stata considerata inutilizzabile anche la capacità lavorativa del 50% di una persona assicurata di quasi 64 anni con svariate limitazioni funzionali che riducevano ulteriormente la capacità lavorativa (sentenza del TFA I 401/01 del 4 aprile 2002 consid. 4c e d), così come la capacità lavorativa del 50% di una persona assicurata che al momento della decisione aveva 61 anni e un mese e che avrebbe richiesto una riqualificazione professionale per le attività in questione (sentenza del TF 9C_437/2008 del 19 marzo 2009 consid. 4 con ulteriori rinvii). Il Tribunale federale ha poi stabilito che un assicurato di 60 anni, che in oltre 20 anni di attività come portiere d'albergo aveva svolto per lo più lavori da mediamente pesanti a pesanti e che, a causa della sua situazione valetudinaria, poteva lavorare solo alternando posizione eretta e seduta, sollevare al massimo pesi fino a 5 kg, impossibilitato ad eseguire lavori a turni e a guidare veicoli o utilizzare macchinari, con ogni probabilità non avrebbe più trovato lavoro sul mercato del lavoro equilibrato (sentenza del TF 9C_954/2012 del 10 maggio 2013 consid. 3.2).

12.2.5 Ai sensi della DTF 138 V 457 il momento in cui la questione della messa a profitto della capacità lavorativa (residua) di un assicurato in età avanzata viene esaminata corrisponde a quello in cui è stato accertato che l'esercizio di un'attività lucrativa (parziale) è ragionevolmente esigibile dal punto di vista medico. Si tratta quindi del momento in cui gli atti medici permettono di accertare i fatti in modo circostanziato (DTF 138 V 457).

12.3

12.3.1 Nel caso di specie il momento determinante ai sensi della DTF 138 V 457 è il 13 maggio 2019, data a partire dal quale è stato accertato, a seguito dell'esame clinico eseguito dal dott. I. _____, che l'insorgente era completamente abile al lavoro in attività adeguate al suo stato di salute

(doc. 10 inc. CM; cfr. consid. 11.3.6). L'insorgente, nato il 26 novembre 1959, aveva a tale data 59 anni e mezzo e gli restavano pertanto oltre 5 anni e mezzo di lavoro per raggiungere l'età del pensionamento. A mente del dott. I. _____, secondo il quale l'assicurato dispone di risorse fisiche che gli permetterebbero una reintegrazione professionale, quest'ultimo è sostanzialmente in grado di svolgere attività leggere che gli consentano di alternare saltuariamente posizione, che non richiedano lavori sopra la testa, frequenti rotazioni del tronco o sollevamento e trasporto di pesi maggiori (talvolta 5-10 kg fino all'altezza dei fianchi e di massimo 3 kg sopra l'altezza del petto, ma esclusivamente con il braccio sinistro, mai con il braccio destro). È inoltre ancora in grado di eseguire mansioni di precisione, di maneggiare attrezzi leggeri e di media entità con ambo le braccia e di camminare a lungo, anche su terreni accidentati oltre che salire delle scale. 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.

12.3.2 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 in età avanzata, 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 cinque 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 nel rapporto del 13 maggio 2019 (doc. 64) – 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).

12.3.3 A prescindere dalle professioni indicate a titolo esemplificativo dalla consulente IP quali attività adatte (doc. 64), resta il fatto che, sul mercato generale del lavoro, esistono delle attività sedentarie, 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.

Avendo appurato che, a far tempo dal mese di maggio 2019, 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 la quale, per il periodo oggetto di contestazione e meglio dal 1° settembre 2019, corrisponde a 0%.

13.1 Secondo il metodo generale di comparazione dei redditi (art. 16 LPGA, a cui rinvia l'art. 28a cpv. 1 LAI), per valutare il grado d'invalidità, occorre procedere a un confronto del reddito che l'assicurato conseguiva da valido con quello che lo stesso percepisce, o potrebbe ipoteticamente conseguire da invalido, esercitando l'attività ragionevolmente esigibile da lui dopo la cura medica e l'eventuale esecuzione di provvedimenti d'integrazione, tenuto conto di una situazione equilibrata del mercato del lavoro (cfr. anche DTF 137 V 334 consid. 3.1.1).

13.2 Nel contesto di una rendita scalare o limitata nel tempo, occorre di principio procedere a un duplice raffronto dei redditi: dapprima per stabilire l'esistenza e l'ammontare del diritto alla rendita, in seguito per valutare se

il cambiamento delle circostanze comporta una riduzione o una soppressione della stessa. Nel primo caso, il momento determinante per il raffronto dei redditi, è quello in cui al più presto potrebbe nascere il diritto alla rendita. Nel secondo caso quello in cui dovrebbe essere ridotta o soppressa la rendita (cfr. CR LPGA- MARGIT MOSER-SZELESS, art. 16 LPGA, N 41). In concreto, ritenuto che la soppressione è intervenuta con effetto dal 31 agosto 2019, andrebbero applicati i dati relativi all'indicizzazione per il 2019. È pur vero che al momento dell'emissione della decisione impugnata (9 gennaio 2020) ancora non erano disponibili i dati statistici del 2018, pubblicati il 21 aprile 2020, né quelli relativi all'indicizzazione per il 2019, pubblicati il 29 giugno 2020. Si può pertanto procedere, a un raffronto dei redditi attualizzati al 2018 (sentenze 9C_225/2016 del 14 luglio 2016 consid. 6.3.2 e 9C_767/2015 del 19 aprile 2016 consid. 3.4 con i riferimenti).

I redditi con e senza invalidità devono essere determinati sulla base delle indicazioni salariali o statistiche, valide per lo stesso anno (sentenza del TF I 471/05 del 11 maggio 2006 consid. 3.2) tenendo conto delle modifiche riguardanti tali redditi e suscettibili di influire sul diritto alla rendita fino all'emissione della decisione dell'autorità competente (DTF 129 V 222 consid. 4.1 e i riferimenti ivi citati; 128 V 174 consid 4.a; MICHEL VALTERIO, *Droit de l'assurance-vieillesse et survivants (AVS) e de l'assurance-invalidité (AI)*, Commentaire thématique, ed. Schulthess, Ginevra/Zurigo/Basilea 2011, p. 548, N. 2063-2064). Nel caso ci si fondi sui dati statistici, sono determinanti quelli pubblicati al momento della decisione impugnata (sentenza del TF 9C_699/2015 del 6 luglio 2016 consid. 5.2 e riferimenti; cfr. anche MICHEL VALTERIO, *Commentaire de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité [LAI]*, ad. art. 28a LAI, N. 35).

13.3

13.3.1 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 (corrispondente alla decorrenza dell'eventuale diritto alla rendita), 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. Tale regola non deve tuttavia essere applicata in maniera schematica. In caso di forti fluttuazione del reddito, ad esempio, conviene basarsi sul salario medio realizzato nel

corso di un lungo periodo per la determinazione del reddito da valido (MICHEL VALTERIO, Op. cit., p. 552, N. 2082).

13.3.2 In concreto l'autorità inferiore, avendo preso atto che il reddito dell'assicurato variava di anno in anno in funzione delle ore lavorative effettivamente prestate, ha ritenuto corretto definire il reddito da valido stabilendo la media dei redditi percepiti da quest'ultimo nei cinque anni precedenti l'insorgere del danno alla salute (doc. 62). Fondandosi sulle indicazioni fornite dal datore di lavoro per gli anni 2012-2016, ha quindi determinato che nel 2017 l'interessato avrebbe potuto percepire un reddito da valido pari a fr. 53'281.- (doc. 62).

13.4 Alla luce di quanto sopra esposto e non essendovi per altro alcuna particolare contestazione da parte del ricorrente, tale importo è senz'altro quello che maggiormente si avvicina al reddito ipotetico che l'assicurato avrebbe potuto concretamente percepire in assenza del danno alla salute nel 2017. Sulla scorta dell'indice dei salari nominali valido per gli uomini fra il 2011-2018 (T1.1.10, settore trasporto e magazzinaggio [49-53]), ne risulta quindi un reddito da valido indicizzato al 2018 pari a fr. 53'281.- (= 53'281 + 0%).

13.5

13.5.1 Sebbene non contestato, vale la pena esaminare se il reddito da valido così calcolato risulta essere inferiore o meno alla media dei salari per un'attività equivalente nel settore economico nel quale l'interessato lavorava.

Infatti, stando ai dati dell'Ufficio federale di statistica (UFS) per il 2016 (tabella TA1, uomini, livello 1), nel settore tessile (cat. 49-53), il salario medio equivaleva a fr. 5'470.- mensili, ossia fr. 69'742.50 all'anno, per un orario settimanale di 42.5 ore come quello dell'interessato (doc 39). Indicizzando tale dato al 2018 a mezzo della tabella T1.1.10 (settore trasporto e magazzinaggio [cat. 49-53], + 0.3% nel 2017, -0% nel 2018), si ottiene così un importo di fr. 69'951.75.

Ciò significa che un magazziniere attivo nel settore "Trasporto e magazzinaggio, Servizi postali e di corriere" in Svizzera avrebbe potuto mediamente conseguire nel 2018 un guadagno di fr. 69'951.75, mentre l'interessato, nello stesso anno, avrebbe percepito un reddito di fr. 53'281.-. In concreto, la differenza è di fr. 16'670.75, pari al 23.8%.

13.5.2 Secondo la giurisprudenza, se per motivi non imputabili all'invalidità (quali scarsa formazione scolastica, formazione professionale carente, conoscenze linguistiche lacunose, limitate possibilità di assunzione a causa dello statuto di residenza rispettivamente problematiche legate al mercato del lavoro: DTF 110 V 273 consid. 4c pag. 277; sentenza del Tribunale federale delle assicurazioni I 32/04 del 6 agosto 2004 consid. 3; sentenza 9C_310/2009 del 14 aprile 2010 consid. 4.1.1 concernente il Cantone C. _____), il reddito percepito dalla persona assicurata prima dell'insorgenza del danno alla salute era considerevolmente inferiore alla media dei salari erogati per un'attività simile nel settore interessato e altresì non vi è motivo di ritenere che fosse intenzionata ad accontentarsi di un reddito modesto, i medesimi fattori che hanno influenzato negativamente il reddito da valido devono essere considerati anche per fissare il reddito da invalido (cosiddetto principio del "parallelismo" dei dati da porre a confronto: DTF 134 V 322 consid. 4.1 pag. 326; 129 V 222 consid. 4.4 pag. 225; RAMI 1993 no. U 168 pag. 103 consid. 5a e b; RCC 1989 pag. 485 consid. 3b; sentenze 8C_399/2007 del 23 aprile 2008 consid. 6.1 e U 493/05 dell'11 gennaio 2007 consid. 3.2; sentenze del Tribunale federale delle assicurazioni I 801/03 del 20 luglio 2004 consid. 3.1.2, I 630/02 del 5 dicembre 2003 consid. 2.2.2 e giurisprudenza citata).

Alla base della citata giurisprudenza vi è la riflessione secondo cui un invalido non potrà realisticamente percepire il salario medio previsto dalle tabelle se già nell'attività svolta senza il danno alla salute conseguiva un reddito nettamente inferiore alla media per determinati motivi estranei all'invalidità (DTF 135 V 58 consid. 3.4.3 pag. 62; sentenza 9C_488/2008 del 5 settembre 2008 consid. 6.4, riassunta in RSAS 2008 pag. 570; sentenze del Tribunale federale delle assicurazioni I 428/04 del 7 giugno 2006 consid. 7.2.2 e I 630/02 del 5 dicembre 2003 consid. 2.2.2; cfr. pure sentenza 9C_205/2011 del 10 novembre 2011 consid. 6.2).

Il TF ha precisato che un reddito è inferiore alla media dei salari per un'attività equivalente, allorquando il guadagno effettivamente conseguito diverge di almeno il 5% dal salario statistico usuale nel settore. Pertanto, il parallelismo dei redditi di paragone va effettuato soltanto per la parte percentuale eccedente la soglia del 5% (DTF 135 V 297 consid. 6.1.2). Il parallelismo dei redditi può realizzarsi o a livello del reddito da valido, tramite adeguato aumento oppure facendo capo ai valori statistici, o ancora a livello del reddito da invalido, mediante una riduzione adeguata del valore statistico (DTF 135 V 58 consid. 3.1 pag. 59; 134 V 322 consid. 4.1 pag. 326).

La giurisprudenza sul parallelismo dei redditi è stata ulteriormente precisata nella sentenza pubblicata in DTF 135 V 58. In tale occasione il Tribunale federale ha evidenziato che, laddove un reddito da invalido appartenente alla fascia media appare realisticamente conseguibile rispettivamente ragionevolmente esigibile, un reddito da valido inferiore alla media per motivi economici non va adeguato al valore medio di tale reddito, in quanto il potenziale economico non sfruttato non è assicurato (DTF 135 V 58 consid. 3.4.1 - 3.4.3; cfr. pure sentenza 9C_179/2013 del 26 agosto 2013 consid. 4.4). Tale procedere non discrimina inoltre le persone a basso reddito, poiché per la determinazione del grado di invalidità è rilevante unicamente la perdita di guadagno causata da un danno alla salute (DTF 135 V 58 consid. 3.4.1-3.4.6 pag. 60 segg.; cfr. pure sentenza 9C_205/2011 del 10 novembre 2011 consid. 6.3).

13.5.3 Nel caso in esame, l'autorità inferiore nel calcolo comparativo dei redditi non ha tenuto conto della necessità di procedere ad un parallelismo. In concreto tuttavia, essendo emersa una differenza del 23.8% occorre riconoscere che il salario da valido dell'interessato è notevolmente inferiore alla media svizzera. Sebbene l'assicurato abbia lavorato per quasi 30 anni alle dipendenze del medesimo datore di lavoro, non emergono indizi a favore del fatto che fosse sua intenzione accontentarsi di un guadagno modesto. Tenuto conto della franchigia del 5%, il salario da invalido dovrà quindi essere ridotto del 18.8% in ragione del gap salariale.

13.6

13.6.1 Per stabilire il reddito da invalido, alla luce delle attività alternative, leggere e sedentarie esigibili al 100% dal 13 maggio 2019, va fatto riferimento a quello ottenibile dall'insorgente in attività semplici e ripetitive secondo la pertinente tabella dell'ISS 2016 (TA1), dal momento che all'epoca dell'emanazione della decisione litigiosa, il 9 gennaio 2020, l'UAIE non poteva ancora disporre dei dati del 2018, pubblicati il 21 aprile 2020 (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). Analogamente a quanto fatto con il salario da valido, occorre poi indicizzare i dati ottenuti al 2018 (sulla base dell'indice dei salari nominali, uomini, 2011-2018, categoria totale [05-96] – T1.1.10). Ne discende quindi che da invalido l'assicurato avrebbe potuto percepire nel 2018 un salario medio mensile di fr. 5'437.60 (5'389.- [TA1 2016, livello 1, uomini] +0.4% + 0.5% [T1.1.10, settore totale]), che riportato su un orario usuale di 41.7 ore settimanali corrisponderebbe a un salario mensile di fr. 5'410.55 ed annuale di fr. 64'926.75.

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

Se e in quale misura, nel singolo caso, i salari fondati su dati statistici debbano essere ridotti dipende dall'insieme delle circostanze personali e professionali concrete (limitazione addebitabile al danno alla salute, età, anni di servizio, nazionalità e tipo di permesso di dimora, grado di occupazione), criteri che l'amministrazione è tenuta a valutare globalmente. Il Tribunale federale ha precisato al riguardo che una deduzione globale massima del 25% del salario statistico permette di tenere conto delle varie particolarità suscettibili di influire sul reddito del lavoro. A seconda della loro incidenza infatti, è possibile che la persona assicurata, anche in un mercato del lavoro equilibrato, non sia in grado di realizzare un salario medio sfruttando la capacità lavorativa residua (DTF 126 V 75 consid. 5b/aa in fine). La deduzione non è automatica, ma deve essere valutata di caso in caso e complessivamente, non separatamente, in maniera schematica, sommando i singoli fattori di deduzione, tenendo conto di tutte le circostanze del singolo caso (sentenza del TF 9C_751/2011 del 30 aprile 2012 consid. 4.2.1 e DTF 126 V 75 consid. 5b/aa in fine).

Va da sé che i fattori estranei all'invalidità di cui è già stato tenuto conto con il parallelismo dei redditi non possono essere presi in considerazione una seconda volta nell'ambito della deduzione per circostanze personali e professionali (DTF 135 V 297; 134 V 322).

Va aggiunto che è compito dell'amministrazione e, in caso di ricorso, del giudice, motivare l'entità della deduzione, fermo restando che quest'ultimo non può scostarsi dalla valutazione dell'amministrazione senza fondati motivi (DTF 126 V 75 consid. 5b/dd e 6; cfr. pure 129 V 472 che conferma questi principi). Al riguardo va rilevato che, quando è chiamato a verificare il potere di apprezzamento esercitato dall'amministrazione (v. art. 37 LTAF in relazione con l'art. 49 PA), per stabilire l'estensione della riduzione da apporre al reddito da invalido, il 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).

13.6.3 Nel caso in esame l'UAIE ha operato una riduzione del 15% (per tenere conto del fatto che le attività leggere sono generalmente remunerate meno [10%] e di altri svantaggi salariali derivanti da contingenze particolari [5%], senza indicare di cosa si tratta esattamente [doc. 73]), soltanto genericamente e indirettamente contestata dal ricorrente.

13.6.4 La questione se una riduzione massima del 25% avrebbe potuto essere applicata al caso di specie, può tuttavia restare indecisa, essendo peraltro irrilevante. Applicando infatti il tasso di riduzione massimo del 25%, previa deduzione del 18.8% per gap salariale (cfr. consid. 13.5.3) si otterrebbe infatti un importo annuo di fr. 39'540.40 (= 64'926.75 – 18.8% - 25%).

13.6.5 Dal confronto fra il reddito da valido di 53'281.- (cfr. consid. 13.4) e quello da invalido di fr. 39'540.40 risulta dunque un grado di invalidità del 25.78% ($\frac{53'281.- - 39'540.40}{53'281.-} \times 100$), che pur arrotondato al 26% (ai sensi della DTF 130 V 121, consid. 3.2) risulta comunque insufficiente per giustificare il diritto a prestazioni AI.

13.7 In simili condizioni, alla luce del raffronto dei redditi operato da codesto Tribunale, la soppressione del diritto alla rendita con effetto al 31 agosto 2019 appare pertanto corretto.

14.

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

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 10 marzo 2020 (cfr. doc. TAF 5-6).

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).

(il dispositivo è alla pagina seguente)

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.

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)

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: