



Sentenza del 7 marzo 2011

Composizione

Giudici: Francesco Parrino (presidente del collegio),
Madeleine Hirsig-Vouilloz, Michael Peterli;
Cancelliere: Dario Croci Torti

Parti

A. _____,
patrocinato dall'avv. Salvatore Forgione, Corso Trieste – Pal.
Uffici, IT-82037 Telesse Terme,
ricorrente,

contro

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

Oggetto

Assicurazione invalidità (decisione del 18 gennaio 2010)

Fatti:**A.**

A._____, cittadino italiano, nato il _____, ha lavorato in Svizzera dal 1979 al 1982 e dal 1984 al 1987, nel settore edile, solvendo regolari contributi all'assicurazione svizzera per la vecchiaia, i superstiti e l'invalidità (AVS/AI), durante tale periodo (doc. 7). In precedenza aveva lavorato anche nella Repubblica federale tedesca (doc. 9). Rientrato in Italia nel 1987, non avrebbe più svolto attività lucrativa per ragioni di salute (doc. 2 pag. 2, 12 cifre 5 e 7). In base alle sue dichiarazioni, avrebbe comunque svolto fino al 2008 un lavoro di aiutante della moglie nell'ambito di un commercio ambulante (cfr. doc. 24, cifra 3).

B.

In data 18 febbraio 2009, A._____ ha formulato una domanda volta al conseguimento di una rendita dell'assicurazione svizzera per l'invalidità (doc. 1, 5).

Il richiedente è stato visitato il 6 luglio 2009 presso i servizi medici dell'Istituto nazionale della previdenza sociale (INPS) di Benevento, ove il medico incaricato ha evidenziato la diagnosi di *"esiti di ischemia cerebellare determinante disturbi dell'andatura (andatura a base allargata) e sindrome vertiginosa soggettiva, cervicodorsolomboartrosi in assenza di segni clinici e/o manifestazioni funzionali in atto, ipertensione arteriosa in buon controllo farmacologico in dislipidemico"* ed ha posto un tasso d'invalidità del 60% (doc. 24). Sono stati esibiti documenti oggettivi, segnatamente:

- la cartella clinica, completa di tutti gli esami, relativa alla degenza del novembre 2007 per ictus ischemico a sede cerebellare mediana e paramediana prevalente a sinistra (doc. 13);
- un referto di risonanza magnetica (RMN) del cervello e del tronco encefalico del 19 dicembre 2007 ed un referto tomografico assiale computerizzato (TAC) del cranio del 23 giugno 2008 (doc. 14, 15);
- un rapporto di visita neurologica del 15 luglio 2008 (doc. 16);
- l'attestato di riconoscimento dell'invalidità civile del 25 settembre 2008 (doc. 17);
- un referto radiografico del rachide cervicale e lombosacrale del 2 febbraio 2009 (doc. 18);
- i risultati di esami cardiologici con elettrocardiogramma del febbraio 2009 (doc. 19-21);
- un rapporto d'esame neurologico del 16 aprile 2009 (doc. 22);

- un referto RMN encefalo dell'11 maggio 2009 (doc. 23);
- esami ematochimici del 16 settembre 2009 (doc. 25).

Va rilevato che il nominato ha presentato una domanda di prestazioni anche all'assicuratore sociale tedesco il 18 febbraio 2009 e la stessa è stata respinta l'11 agosto successivo in quanto la capacità di guadagno non risultava ridotta ai sensi di legge (doc. 10).

C.

Nel suo rapporto del 13 ottobre 2009, il Dott. Milnersic, del Servizio medico regionale "Rhône" dell'Ufficio dell'assicurazione per l'invalidità per gli assicurati residenti all'estero (UAIE), dopo aver ripreso la diagnosi sopra riferita, ha affermato che l'interessato non presenterebbe alcuna incapacità di lavoro (doc. 27).

L'amministrazione ha aderito al parere del proprio servizio medico ed un progetto di decisione comportante il diniego di prestazioni assicurative è stato inviato, il 23 ottobre 2009, al Patronato ACLI di Benevento, regolare rappresentante del nominato (doc. 30). Lo stesso si è opposto a tale provvedimento con atto del 17 novembre 2009 preannunciando l'invio di nuova documentazione sanitaria. Il Patronato ha quindi inviato un referto RMN della colonna in toto del 25 novembre 2009 ed un referto TAC del tratto cervicale e lombosacrale del 13 novembre 2009 (doc. 31, 33). L'incarto è stato risottoposto in esame al Dott. Milnersic, il quale nella relazione del 7 gennaio 2010, si è riconfermato nelle sue precedenti conclusioni (doc. 40).

Mediante decisione del 18 gennaio 2010, l'UAIE ha respinto la richiesta di prestazioni (doc. 41).

D.

Con il ricorso depositato il 24 febbraio 2010, A._____, regolarmente rappresentato dal Patronato ACLI, chiede, sostanzialmente, l'annullamento del summenzionato provvedimento amministrativo e, di conseguenza, il riconoscimento del suo diritto a prestazioni assicurative. Produce, a suffragio delle sue conclusioni, oltre a documentazione già ad atti, una relazione sanitaria del Dott. Bocchini (all'intenzione del Tribunale di Benevento) del 17 dicembre 2009. Nella perizia si attestano gli esiti poco significativi dell'incidente vascolare ischemico del 2007 e la presenza di una osteoartrosi cervicale e lombosacrale a modico impegno funzionale, nonché segni di ipertensione ben controllata, note catarrali e sinusite mascellare. Questo causerebbe, secondo le tabelle d'invalidità italiane (somma del tasso invalidante delle singole patologie), un'invalidità del 65%.

Nelle sue osservazioni ricorsuali del 9 giugno 2010, l'UAIE propone la reiezione dell'impugnativa con argomenti di cui, per quanto occorra, si riferirà nei considerandi in diritto del presente giudizio.

E.

Dopo aver preso atto delle osservazioni dell'amministrazione e di altra documentazione di rilievo, A._____, regolarmente rappresentato dall'avv. Meoli, ha confermato la sua intenzione di mantenere il ricorso. A suffragio delle sue conclusioni ha esibito: un rapporto d'esame neurologico (Dott. Di Santo) del 5 luglio 2010 attestante la diagnosi nota; un rapporto d'esame ortopedico (Dott. Varricchio) del 6 luglio 2010 attestante soprattutto problemi a livello cervicale.

Ricevuta la replica, l'amministrazione ha sottoposto gli atti al Dott. Lehmann, del proprio servizio medico, il quale, nella sua relazione del 10 agosto 2010, ha affermato che la documentazione esibita non pone in rilievo sostanziali modifiche rispetto a quella già acquisita ad atti (doc. 47).

Duplicando in data 17 agosto 2010, l'UAIE ha riproposto la reiezione del ricorso.

F.

Con decisione incidentale del 23 agosto 2010, il Tribunale amministrativo federale (TAF) ha invitato l'insorgente a versare un anticipo di Fr. 300.-, corrispondente alle presunte spese processuali. Nel contempo ha inviato allo stesso, per conoscenza, copia delle duplica dell'UAIE con il parere del Dott. Lehmann. L'anticipo richiesto è stato pagato il 22 settembre 2010 nella misura di Fr 295.- ed il 19 ottobre 2010, nella misura di Fr. 10.- (eccedente Fr. 5.-).

La parte ricorrente, per il tramite dell'avv. Salvatore Forgione, ha inviato ancora delle osservazioni (alla duplica dell'UAIE) il 19 ottobre 2010, nelle quali non si fanno valere argomentazioni nuove a parte il fatto che la patologia in corso avrebbe avuto origine nel 1986, quando l'interessato si trovava, per lavoro, nel nostro Paese.

Diritto:**1.**

Riservate le eccezioni di cui all'art. 32 della legge del 17 giugno 2005 sul Tribunale amministrativo federale (LTAF, RS 173.32), il Tribunale amministrativo federale giudica, in virtù dell'art. 31 LTAF, i ricorsi contro le decisioni ai sensi dell'art. 5 della legge federale del 20 dicembre 1968 sulla procedura amministrativa (PA, RS 172.021) emanate dalle autorità menzionate all'art. 33 LTAF. In particolare, le decisioni rese dall'UAIE concernenti l'assicurazione per l'invalidità possono essere portate innanzi al TAF conformemente all'art. 69 cpv. 1 lett. b della legge federale del 19 giugno 1959 sull'assicurazione per l'invalidità (LAI, RS 831.20).

2.

2.1. In virtù dell'art. 3 lett. d^{bis} PA la procedura in materia di assicurazioni sociali non è disciplinata dalla PA nella misura in cui è applicabile la legge federale del 6 ottobre 2000 sulla parte generale del diritto delle assicurazioni sociali (LPGA, RS 830.1). Giusta l'art. 1 LAI le disposizioni della LPGA sono applicabili all'assicurazione per l'invalidità (art. 1a-26^{bis} e 28-70), sempre che la presente legge non preveda espressamente una deroga.

2.2. Secondo l'art. 59 LPGA ha diritto di ricorrere chiunque è toccato dalla decisione o dalla decisione su opposizione ed ha un interesse degno di protezione al suo annullamento o alla sua modificazione. Queste condizioni sono adempiute nella specie.

2.3. Il ricorso è tempestivo e rispetta i requisiti minimi prescritti dalla legge (art. 60 LPGA e 52 PA). L'interessato ha versato l'anticipo corrispondente alle presunte spese processuali, entro il termine impartito. Il gravame è dunque ammissibile, nulla ostando all'esame del merito dello stesso.

3.

3.1. Il 1° giugno 2002 sono entrati in vigore l'Accordo tra la Confederazione svizzera, da una parte, e la Comunità europea ed i suoi Stati membri, dall'altra, sulla libera circolazione delle persone del 21 giugno 1999 (ALC, RS 0.142.112.681) ed il correlato Allegato II che regola il coordinamento dei sistemi di sicurezza sociale nonché il Regolamento (CEE) n° 1408/71 del Consiglio del 14 giugno 1971 relativo all'applicazione dei regimi di sicurezza sociale ai lavoratori subordinati, ai lavoratori autonomi e ai loro familiari che si spostano all'interno della Comunità (RS 0.831.109.268.1) come pure il corrispondente Regolamento di applicazione (Regolamento CEE n° 574/72 del Consiglio del 21 marzo 1972 relativo all'applicazione del Regolamento n° 1408/71, RS 0.831.109.268.11). Si tratta di una normativa che si applica a tutte le rendite il cui diritto sorge a far data dal 1° giugno 2002 o successivamente e che sancisce il principio della parità di trattamento tra cittadini che risiedono in uno Stato membro della Comunità europea ed i cittadini svizzeri (art. 3 e 6 del Regolamento CEE n° 1408/71).

3.2. Giusta l'art. 20 ALC, salvo disposizione contraria contenuta nell'allegato II, gli accordi bilaterali tra la Svizzera e gli Stati membri della Comunità europea in materia di sicurezza sociale vengono sospesi a decorrere dall'entrata in vigore del presente Accordo qualora il medesimo campo sia disciplinato da quest'ultimo. Nella misura in cui l'Accordo, in particolare l'Allegato II che regola il coordinamento dei sistemi di sicurezza sociale (art. 8 ALC), non prevede disposizioni contrarie, l'organizzazione della procedura come pure l'esame delle condizioni di ottenimento di una rendita di invalidità svizzera sono regolate dal diritto interno svizzero (DTF 130 V 257 consid. 2.4).

3.3. L'art. 80a LAI sancisce espressamente l'applicabilità nella presente procedura, trattandosi di un cittadino che risiede nell'Unione europea, dell'ALC e dei Regolamenti (CEE) n° 1408/71 del Consiglio del 14 giugno 1971 e (CEE) n° 574/72 del Consiglio del 21 marzo 1972 relativo all'applicazione del Regolamento n° 1408/71.

4.

4.1. Relativamente al diritto applicabile, deve essere precisato che, a partire dal 1° gennaio 2008, la presente procedura è retta dalla LAI nel suo tenore modificato il 6 ottobre 2006 (5ª revisione), ritenuto tuttavia il

principio secondo il quale le norme applicabili sono quelle in vigore al momento in cui dei fatti giuridicamente rilevanti si sono verificati (DTF 130 V 445 consid. 1.2).

4.2. Il periodo di cognizione giudiziaria dello scrivente Tribunale amministrativo federale si estende fino al 18 gennaio 2010, data dell'impugnata decisione. Il giudice delle assicurazioni sociali analizza, infatti, la legalità della decisione impugnata, in generale, secondo lo stato di fatto esistente al momento in cui la decisione in lite è stata resa (DTF 130 V citata).

5.

Per avere diritto ad una rendita dell'assicurazione invalidità svizzera, ogni richiedente deve adempiere cumulativamente le seguenti condizioni:

- essere invalido ai sensi della legge svizzera;
- aver versato contributi all'AVS/AI svizzera per tre anni (art. 36 LAI).

A tal fine è possibile prendere in considerazione anche i contributi versati ad un'assicurazione sociale assimilata di uno Stato membro dell'Unione europea (UE) o dell'Associazione europea di libero scambio (AELS), a condizione che almeno un anno di contributi sia registrato all'AVS/AI svizzera (FF 2005 p. 4065; art. 45 del regolamento 1408/71).

Nella specie, il ricorrente ha versato contributi all'AVS/AI svizzera per un periodo superiore ai tre anni (doc.7). Pertanto, l'interessato adempie la condizione della durata minima di contribuzione, alla quale la legge subordina l'erogazione di una rendita. Rimane ora da esaminare se sia invalido ai sensi di legge.

6.

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

6.2. L'assicurato ha diritto ad una rendita intera se è invalido per almeno il 70%, a tre quarti di rendita se è invalido per almeno il 60%, ad una mezza rendita se è invalido per almeno la metà e ad un quarto di rendita se è invalido per almeno il 40% (art. 28 cpv. 2 LAI). In seguito all'entrata in vigore dell'Accordo bilaterale, la limitazione prevista dall'art. 29 cpv. 4 LAI, secondo il quale le rendite per un grado d'invalidità inferiore al 50%

sono versate solo ad assicurati che sono domiciliati e dimorano abitualmente in Svizzera (art. 13 LPGGA), non è più applicabile quando l'assicurato è cittadino svizzero o dell'UE e vi risiede.

6.3. L'art. 28 cpv. 1 LAI stabilisce che l'assicurato ha diritto ad una rendita alle seguenti condizioni: a. la sua capacità di guadagno o la sua capacità di svolgere le mansioni consuete non può essere ristabilita, mantenuta o migliorata mediante provvedimenti d'integrazione ragionevolmente esigibili; b. ha avuto un'incapacità di lavoro (art. 6 LPGGA) almeno del 40% in media durante un anno senza notevole interruzione; e c. al termine di questo anno è invalido almeno al 40%. Tuttavia, il diritto alla rendita nasce al più presto dopo 6 mesi dalla data in cui l'assicurato ha rivendicato il diritto alle prestazioni conformemente all'art. 29 cpv. 1 LPGGA, ma al più presto a partire dal mese seguente il compimento dei 18 anni (art. 29 cpv. 1 LAI).

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

7.

7.1. Per quanto risulta dagli atti, l'interessato non avrebbe più lavorato dal 1987 (doc. 12). Tuttavia, risulta dalle considerazioni contenute nella perizia medica dettagliata (doc. 24) che da quando è rimpatriato ha aiutato la moglie nella gestione di un commercio ambulante fino al 2008 (cifra 3.1), attività confermata anche alla fine del documento medico (cifra 11.4).

7.2. La nozione d'invalidità di cui all'art. 4 LAI e 8 LPGA è di carattere giuridico economico, non medico (DTF 116 V 249 consid. 1b). In base all'art. 16 LPGA, applicabile per il rinvio dell'art. 28a cpv. 1 LAI, per valutare il grado d'invalidità, il reddito che l'assicurato potrebbe conseguire esercitando l'attività ragionevolmente esigibile da lui dopo la cura medica e l'eventuale esecuzione di provvedimenti d'integrazione (reddito da invalido), tenuto conto di una situazione equilibrata del mercato del lavoro, è confrontato con il reddito che egli avrebbe potuto ottenere se non fosse diventato invalido (reddito da valido). In altri termini l'assicurazione svizzera per l'invalidità risarcisce soltanto la perdita economica che deriva da un danno alla salute fisica o psichica dovuto a malattia o infortunio, non la malattia o la conseguente incapacità lavorativa (metodo generale del raffronto dei redditi).

In carenza di documentazione economica, la documentazione medica costituisce un importante elemento di giudizio per determinare quali lavori siano ancora esigibili dall'assicurato, ma non spetta al medico graduare il tasso d'invalidità dell'assicurato (DTF 114 V 314). Infatti, per costante giurisprudenza le certificazioni mediche possono costituire importanti elementi d'apprezzamento del danno invalidante, allorché permettono di valutare l'incapacità lavorativa e di guadagno dell'interessato in un'attività da lui ragionevolmente esigibile (DTF 115 V 134 consid. 2).

7.3. Inoltre, perché un rapporto medico abbia valore probatorio è determinante che esso valuti ed esamini in maniera completa i punti litigiosi, si fondi su degli esami approfonditi, prenda conto di tutte le affezioni di cui si lamenta l'assicurato, sia stabilito in piena conoscenza dei suoi antecedenti (anamnesi) e sia chiaro nell'esposizione delle correlazioni mediche o nell'apprezzamento della situazione medica; le conclusioni dell'esperto devono inoltre essere motivate (DTF 125 V 352 e 122 V 160).

8.

Nel caso in esame è stata evidenziata la sostanziale diagnosi di esiti di ischemia cerebellare determinante disturbi dell'andatura (andatura a base allargata) e sindrome vertiginosa soggettiva, cervicolombodiscoatosi in assenza di segni clinici e/o manifestazioni funzionali in atto, ipertensione arteriosa in buon controllo farmacologico in dislipidemico. La documentazione esibita in sede di audizione, di ricorso e di replica non pone in evidenza ulteriori patologie di rilievo.

9.

9.1. Per quanto concerne le conseguenze invalidanti delle menzionate affezioni, il servizio medico dell'INPS (perizia del 6 luglio 2009, doc. 24) pone un tasso d'invalidità del 60%. I sanitari dell'UAIE (Dott.ri Milnersic e Lehmann) ritengono invece che l'assicurato non presenti un'incapacità di lavoro di livello rilevante ai fini pensionistici.

9.2. La patologia affliggente il ricorrente è quasi esclusivamente neurologica e, per il resto, si notano modesti problemi di tipo ortopedico. L'incarto d'istruttoria contiene un completo e recente rapporto d'esame neurologico, allestito il 16 aprile 2009 (doc. 22). Ora, gli esiti dell'episodio ischemico-cerebellare del novembre 2007 sono scarsamente invalidanti. Il paziente presenta unicamente, quale conseguenza, un'andatura a base allargata, comunque possibile anche ad occhi chiusi. L'esame Romberg è nella norma; la capacità di espressione (parola, eloquio) è rimasta intatta; gli arti superiori ed inferiori non presentano conseguenze visibili dell'episodio ischemico del 2007 (ROT normoreagenti, forza normale, muscolatura normale, non chiari segni di dismetria, ecc). Dal punto di vista prettamente psichico, non vi sono elementi patologici; il soggetto è lucido, ma piuttosto irritabile, il che può far pensare ad una forma di ansietà. La relazione neurologica prodotta in sede di replica (Dott. Di Santo) del 5 luglio 2010 attesta anch'essa una buona situazione valetudinaria. Il paziente viene descritto vigile, ben orientato nel tempo e nello spazio, con lacune mnesiche per la memoria di fissazione, tono tendenzialmente depresso con spunti ansiosi e polarizzazione su tematiche ipocondriache; deambulazione autonoma con andatura tendenzialmente atassica (...); assenza di segni di extrapiramidalismo, tono, forza e trofismo come per età. Per quanto concerne il visus questo risulta poco diminuito comunque in modo irrilevante, dal momento che nell'E 213 viene considerato normale.

9.3. Per il resto, la patologia ortopedica, nonostante la presenza oggettiva (TAC, RMN) di lesioni a livello cervicale e, più modestamente, a livello lombare, non comporta limitazioni funzionali di rilievo. Si ricorda che secondo il diritto svizzero in materia d'invalidità non è tanto una malattia in quanto tale ad essere indennizzata, pur oggettiva ed evidente che possa essere, quanto piuttosto le conseguenze di questa sulla capacità di lavoro e di guadagno dell'assicurato. Ora, dall'esame dell'apparato locomotorio/articolare dell'E 213 non sussistono limitazioni funzionali. Solo il rapporto del Dott. Varricchio, esibito in sede di replica, fa stato di problemi algici non meglio precisati e di limitazioni funzionali soprattutto a livello cervicale. Questo quadro, comunque, era già stato espresso in diagnosi nella perizia medica particolareggiata (E 213), senza che tale

processo costituisse un elemento determinante per uno stato d'invalidità. Infine, l'assicurato soffre di una comune ipertensione ben controllata da terapia farmacologica.

9.4. Per il resto egli gode di buona salute. Va ancora osservato che la domanda di prestazioni presso l'Istituto assicuratore tedesco è stata respinta in quanto "la capacità di guadagno non è ridotta né parzialmente né totalmente" (cfr. decisione del "Deutsche Rentenversicherung Schwaben", dell'11 agosto 2009, doc. 10). Parimenti, la perizia Bocchini del 17 dicembre 2009 (esibita con il ricorso) attesta un quadro generale ancora migliore di quello posto in evidenza dalla perizia INPS. Infatti, il perito segnala che l'incidente ischemico del 2007 non ha lasciato esiti significativi sul piano clinico e che il fenomeno pluriartrosico, pur oggettivo, non comporta che un modico impegno funzionale. È vero che il Dott. Bocchini indica un'invalidità del 65% risultante dalla somma delle differenti patologie che affliggono l'interessato (calcolata in base alle apposite tabelle italiane). Tuttavia, in diritto svizzero, il grado d'invalidità non risulta dalla somma delle singole incapacità lavorative (di origine somatica o psichica), ma piuttosto da una valutazione globale dell'incidenza di queste patologie sulla capacità di lavoro residua (tra gli altri SVR 2008 IV n. 15 consid. 2.1).

10.

10.1. Il collegio giudicante, sulla scorta del parere del servizio medico dell'UAIE, ritiene che A._____, nonostante le turbe di cui è portatore, avrebbe potuto svolgere un'attività come quella precedente di commerciante ambulante (coadiuvante). Ogni attività simile, non troppo pesante, è parimenti esigibile. Ora, è probabile che il rendimento non possa raggiungere il 100%, come sembra essere avanzato dai sanitari dell'UAIE, tuttavia, in ogni caso, il nominato potrebbe lavorare in misura certamente superiore al 60% con modalità e tempi a lui più consoni (orario di lavoro normale, ma con rendimento ridotto; orario ridotto; tempo settimanale ridotto, ecc.).

10.2. Vero è che la ricerca di un posto di lavoro adatto alle capacità dell'interessato appare difficoltosa, vista la sua età, la situazione congiunturale; tuttavia, se il mercato del lavoro locale non gli offre di sfruttare la sua residua capacità lavorativa e di guadagno, non può essere compito dell'assicurazione svizzera per l'invalidità di sopperire con il versamento di prestazioni assicurative a quello che sarebbe dovuto, semmai, dall'assicurazione italiana contro la disoccupazione. Secondo

una costante giurisprudenza, la persona che richiede prestazioni d'invalidità deve intraprendere tutto quanto sia da lei esigibile per ovviare alle conseguenze della sua incapacità, mettendo soprattutto a profitto le superstiti energie lavorative e cambiando, se del caso, anche il lavoro e il domicilio (DTF 130 V 97 consid. 3.2).

11.

11.1. In queste circostanze il ricorso deve essere respinto e l'impugnata decisione confermata.

11.2. Le spese processuali, ammontanti a Fr. 300.-, sono addossate al ricorrente e vengono compensate con l'anticipo fornito.

11.3. Visto l'esito del ricorso, non vengono riconosciute indennità per spese ripetibili. Per quel che concerne l'UAIE, le autorità federali non hanno diritto ad un'indennità a titolo di ripetibili (art. 7 cpv. 3 del regolamento del 21 febbraio 2008 sulla tasse e sulle spese ripetibili nelle cause dinanzi al Tribunale amministrativo federale [TS-TAF, RS 173.320.2]).

Per questi motivi, il Tribunale amministrativo federale pronuncia:

1.

Il ricorso è respinto.

2.

Le spese processuali, di Fr. 300.-, sono poste a carico del ricorrente e sono compensate con l'anticipo spese già versato.

3.

Non sono assegnate indennità per spese ripetibili.

4.

Comunicazione a:

- rappresentante del ricorrente (Raccomandata A/R)
- autorità inferiore (n. di rif.)
- Ufficio federale delle assicurazioni sociali, Berna

Il presidente del collegio:

Il cancelliere:

Francesco Parrino

Dario Croci Torti

Rimedi giuridici:

Contro la presente decisione può essere interposto ricorso in materia di diritto pubblico al Tribunale federale, Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerna, entro un termine di 30 giorni dalla sua notificazione (art. 82 e segg., 90 e segg. e 100 della legge sul Tribunale federale del 17 giugno 2005 [LTF, RS 173.110]). 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: