



Corte III
C-1514/2011

Sentenza dell'11 luglio 2012

Composizione

Giudice unica Elena Avenati-Carpani,
cancelliere Dario Quirici.

Parti

A. _____,
ricorrente,

contro

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

Oggetto

Assicurazione per l'invalidità, decisione del 1° febbraio 2011.

Fatti:**A.**

A._____, cittadino italiano nato il ..., coniugato, ha lavorato in Svizzera come operaio edile dal 1983 al 1992, versando i relativi contributi obbligatori all'assicurazione per la vecchiaia, i superstiti e l'invalidità (AVS/AI; doc. 7). Il 20 novembre 2009, per il tramite dell'Istituto nazionale italiano della previdenza sociale (INPS), l'assicurato ha formulato all'Ufficio dell'assicurazione per l'invalidità per gli assicurati residenti all'estero (UAIE) una domanda di rendita d'invalidità svizzera (doc. 1 a 5), la cui istruzione ha permesso di acquisire, tra gli altri, i documenti seguenti:

- il questionario per il datore di lavoro, del 26 maggio 2010 (doc. 9), dal quale risulta che l'assicurato ha lavorato in Italia, quale operaio edile, attività descritta come pesante, otto ore al giorno per quaranta ore settimanali, dal 25 settembre 2006 al 31 ottobre 2009, quando è stato licenziato, con un'interruzione per ragioni di salute protrattasi dal 23 settembre 2008 al 20 settembre 2009, attività ripresa a contare dal 21 settembre 2009 con compiti più leggeri (sorveglianza di cantieri e controllo del carico e dello scarico di merci), e che egli ha percepito da ultimo un salario di EUR 8.25 al giorno, 1'719.27 al mese e 13'894.60 all'anno (nel maggio 2010 egli avrebbe ottenuto la stessa remunerazione oraria e mensile, ma un salario annuo di EUR 20'631.24),

- il questionario per l'assicurato, del 27 maggio 2010 (doc. 10), da cui si evincono grosso modo gli stessi dati di quelli contenuti nel questionario per il datore di lavoro, oltre al fatto che l'interessato ha frequentato le scuole medie superiori e che è stato licenziato a causa di problemi di salute dovuti ad un tumore,

- un referto anatomico del 1° ottobre 2010 (doc. 11), facente stato di un melanoma cutaneo del dorso di tipo Clark III allo stadio T2a,

- un rapporto dell'...(…) di Milano, relativo ad un ricovero protrattosi dal 27 al 29 ottobre 2008 (doc. 12 e 13), nel corso del quale l'assicurato è stato sottoposto ad un intervento chirurgico di incisione ed escissione di cute-sottocute del dorso con esposizione della fascia muscolare (radicalizzazione e biopsia),

- una relazione di dimissione clinica, con la relativa cartella, concernente un ricovero presso la ... di Milano, protrattosi dal 5 al 7 gennaio 2009

(doc. 15 a 21), durante il quale l'assicurato ha subito un intervento chirurgico di dissezione inguino-iliaco-otturatoria destra (asportazione in blocco del pannicolo adiposo peri-vasale comprendente tutto il pacchetto linfo-nodale),

- un referto del 19 marzo 2010 (doc. 22), in cui è riferita la presenza di un linfedema dell'arto inferiore destro in soggetto operato di asportazione di melanoma nella regione dorsale e linfoadenectomia,

- una perizia medica particolareggiata E 213 del dott. B._____, medico dell'INPS, del 24 dicembre 2009 (doc. 23), diagnosticante esiti da escissione di melanoma cutaneo del dorso e di dissezione inguino-iliaco-otturatoria destra, di lombalgia con episodi di sciatalgia sinistra e di modesta ernia discale paramediana sinistra a modesto impegno funzionale. Nella perizia è inoltre esposto, nel quadro di condizioni di salute migliorate, che l'assicurato è in grado di svolgere regolarmente attività leggere, senza controindicazioni, come pure il suo ultimo lavoro, per il quale è nondimeno valutato un grado d'invalidità, secondo il diritto italiano, del 68%.

B.

L'UAIE ha quindi sottoposto la documentazione raccolta alla valutazione del proprio servizio medico, nella persona del dott. C._____, internista, il quale, mediante rapporto del 1° luglio 2010 (doc. 25), ha ritenuto la diagnosi di melanoma maligno del dorso di tipo Clark III T2N1 M0, di linfedema dell'arto inferiore destro dopo dissezione inguino-iliaco-otturatoria ("curage ganglionnaire") e di ernia discale paramediana sinistra, specificando che non sussiste alcuna incapacità lavorativa per l'attività abituale, leggera ed esercitata in posizione alternata. Il medico dell'UAIE ha inoltre rilevato che l'assicurato ha ripreso il suo lavoro dopo l'esecuzione dell'intervento di dissezione inguino-iliaco-otturatoria destra, non spiegandosi però l'interruzione dell'attività lavorativa dal 23 settembre 2008 al 30 settembre 2009, per cui ha richiesto i rapporti oncologici o dermatologici relativi al decorso delle affezioni diagnosticate.

L'UAIE ha di seguito ottenuto diversa documentazione medica, la maggior parte della quale già agli atti (doc. 27 a 45), che il dott. C._____ ha vagliato dettagliatamente per giungere alla conclusione, nel suo rapporto finale del 10 dicembre 2010 (doc. 47), che il melanoma si trova in remissione totale, non essendovi stati episodi recidivanti, e che il linfedema, quale unico handicap risultante dal trattamento dello stesso melanoma, necessita o ha necessitato unicamente di quattro sedute di drenaggio

all'anno e non di nove come d'abitudine, nonché dell'uso di una calza elastica. Il medico dell'UAIE ha quindi formulato un'incapacità lavorativa dello 0% dal 6 marzo 2009, riferendosi espressamente alle conclusioni contenute nella perizia E 213 del dott. B._____ riguardo all'ultima occupazione dell'assicurato, considerata essere leggera, e proposto un periodo di convalescenza di due mesi dopo l'intervento di dissezione inguinoliliaco-otturatoria destra, ossia dal 5 gennaio al 5 marzo 2009, come pure per il primo intervento di questo tipo effettuato il 28 ottobre 2008, dimodoché ha ammesso in definitiva un'incapacità lavorativa totale dal 28 ottobre 2008 al 5 marzo 2009.

Il 16 dicembre 2010 l'UAIE ha quindi messo a punto un progetto di decisione (doc. 48), con il quale ha ventilato all'assicurato il rigetto della sua domanda di rendita d'invalidità, invitandolo nel contempo a formulare eventuali osservazioni entro un termine di trenta giorni. L'interessato non essendosi manifestato, l'UAIE ha emanato la corrispondente decisione il 1° febbraio 2011 (doc. 52).

C.

Contro questa decisione, rappresentato dal Patronato INCA, l'assicurato ha inoltrato ricorso al Tribunale amministrativo federale l'8 marzo 2011, chiedendo sostanzialmente, previo annullamento della stessa, che gli sia riconosciuto il diritto ad una rendita intera d'invalidità da maggio 2010.

L'UAIE ha risposto al ricorso il 14 aprile 2011, postulandone il rigetto con la conseguente conferma della decisione avversata.

Il ricorrente ha informato questo Tribunale, il 24 maggio 2011, di non potere ancora replicare, essendo in attesa di nuova documentazione medica. In seguito, con lettera del 21 giugno 2011, il Patronato INCA ha comunicato di non più difendere gli interessi del ricorrente.

D.

Con decisione incidentale del 23 giugno 2011, questo Tribunale ha invitato il ricorrente a versare un anticipo equivalente alle presunte spese processuali di Fr. 400.-. Il relativo pagamento è stato effettuato il 21 luglio 2011.

Diritto:

1.

1.1 In virtù dell'art. 31 della legge sul Tribunale amministrativo federale del 17 giugno 2005 (LTAF, RS 173.32), questo tribunale giudica i ricorsi contro le decisioni ai sensi dell'art. 5 della legge federale sulla procedura amministrativa del 20 dicembre 1968 (PA, RS 172.021), emanate dalle autorità menzionate all'art. 33 LTAF, riservate le eccezioni di cui all'art. 32 LTAF. In particolare, le decisioni rese dall'UAIE concernenti l'assicurazione per l'invalidità possono essere portate davanti al Tribunale amministrativo federale conformemente all'art. 69 cpv. 1 lett. b della legge federale sull'assicurazione per l'invalidità del 19 giugno 1959 (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, 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). In conformità con l'art. 2 LPGA, le disposizioni della presente legge sono applicabili alle assicurazioni sociali disciplinate dalla legislazione federale, se e per quanto le singole leggi sulle assicurazioni sociali lo prevedano. Giusta l'art. 1 cpv. 1 LAI, le disposizioni della LPGA sono applicabili all'assicurazione per l'invalidità (art. 1a-26^{bis} e 28-70), sempreché la LAI non deroghi alla LPGA.

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

1.4 In concreto, il ricorso è ammissibile nella misura in cui è stato presentato tempestivamente e nel rispetto dei requisiti previsti dalla legge (art. 59 e 60 LPGA, nonché l'art. 52 cpv. 1 PA), e visto che l'anticipo di Fr. 400.-, relativo alle spese processuali, è stato versato nel termine impartito.

2.

2.1 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 i cittadini di uno Stato membro della Comunità europea, ivi risidenti, ed i cittadini svizzeri (art. 2 e 3 del Regolamento CEE n° 1408/71).

Questi testi sono applicabili al caso concreto nella loro versione in vigore per la Svizzera fino al 31 marzo 2012.

2.2 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 (art. 6 del Regolamento CEE n° 1408/71). 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).

2.3 L'art. 80a LAI sancisce espressamente l'applicabilità nella presente procedura, trattandosi di un cittadino italiano 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.

2.4 Per costante giurisprudenza, l'ottenimento di una pensione straniera d'invalidità non pregiudica l'apprezzamento di un'invalidità secondo il diritto svizzero (v. sentenza del Tribunale federale I 435/02 del 4 febbraio 2003 consid. 2). Anche in seguito all'entrata in vigore dell'ALC, il grado d'invalidità di un assicurato che pretende una rendita dell'assicurazione

svizzera è determinato esclusivamente secondo il diritto svizzero (DTF 130 V 253 consid. 2.4).

3.

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 (5^a 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 (ATF 136 V 24 consid. 4.3). Le disposizioni relative alla 6^a revisione AI (primo pacchetto di misure), che sono entrate in vigore il 1° gennaio 2012, non sono invece applicabili (RU 2011 5659, FF 2010 1603).

4.

Il periodo di cognizione giudiziaria di questo Tribunale si estende, in concreto, fino al 1° febbraio 2011, data della decisione qui avversata. 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 445 consid. 1.2). Egli può tuttavia tenere conto dei fatti verificatisi dopo la data della decisione impugnata quando essi possono imporsi quali elementi d'accertamento retrospettivo della situazione anteriore alla decisione stessa (DTF 130 V 138, vedi anche 121 V 366 consid. 1b, 116 V 248 consid. 1a).

5.

Il ricorrente contesta la validità materiale della decisione dell'UAIE, chiedendo che gli sia riconosciuto il diritto ad una rendita intera d'invalidità.

6.

Secondo le norme applicabili, per avere diritto ad una rendita dell'assicurazione invalidità svizzera, un cittadino italiano deve adempiere, cumulativamente, le seguenti condizioni:

- essere invalido ai sensi della legge svizzera;
- avere versato contributi all'AVS/AI svizzera per un anno (art. 36 LAI nel tenore in vigore fino al 31 dicembre 2007). A partire dal 1° gennaio 2008, è tuttavia necessario avere versato contributi durante almeno 3 anni (art. 36 LAI nel tenore modificato il 6 ottobre 2006). 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).

In concreto, è pacifico che il ricorrente 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.

7.

7.1 In base all'art. 8 cpv. 1 LPGA è considerata invalidità l'incapacità al guadagno totale o parziale presumibilmente permanente o di lunga durata. L'art. 4 cpv. 1 LAI precisa che l'invalidità può essere conseguente ad infermità congenita, malattia o infortunio; il cpv. 2 della stessa norma stabilisce che l'invalidità è considerata insorgere quando, per natura e gravità, motiva il diritto alla singola prestazione.

7.2 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'ALC, 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 LPGA), non è più applicabile quando l'assicurato è cittadino svizzero o dell'UE e vi risiede.

7.3 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 LPGA) 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 sei mesi dalla data in cui l'assicurato ha rivendicato il diritto alle prestazioni conformemente all'articolo 29 cpv. 1 LPGA, ma al più presto a partire dal mese seguente il compimento dei 18 anni (art. 29 cpv. 1 LAI).

7.4 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 obiettivamente superabile (art. 7 cpv. 2 LPGGA nel suo nuovo tenore dal 1° gennaio 2008).

7.5 La nozione d'invalidità di cui all'art. 4 cpv. 1 LAI e 8 cpv. 1 LPGGA è di carattere giuridico economico, non medico (DTF 116 V 249 consid. 1b). In base all'art. 16 LPGGA, applicabile per il rinvio dell'art. 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, tenuto conto di una situazione equilibrata del mercato del lavoro, è confrontato con il reddito che egli avrebbe potuto ottenere se non fosse diventato invalido. In altri termini, l'assicurazione svizzera per l'invalidità risarcisce soltanto la perdita economica che deriva da un danno alla salute fisica o psichica dovuto a malattia o infortunio, non la malattia o la conseguente incapacità lavorativa (metodo generale del raffronto dei redditi; DTF 128 V 30; Pratique VSI 2000 p. 84). La documentazione medica costituisce un importante elemento di giudizio per determinare quali lavori siano ancora ragionevolmente esigibili dall'assicurato, ma non spetta al medico graduare l'invalidità dell'assicurato (DTF 114 V 314).

8.

Il giudice delle assicurazioni sociali deve esaminare in maniera obiettiva tutti i mezzi di prova, indipendentemente dalla loro provenienza, e poi decidere se i documenti messi a disposizione permettono di giungere ad un giudizio attendibile sulle pretese giuridiche litigiose (DTF 125 V 352 consid. 3a). 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, 114 V 314 consid. 3c). Perché un rapporto medico abbia valore probatorio è determinante che esso valuti ed esamini in maniera comple-

ta 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, 122 V 160). Per quel che riguarda i rapporti concernenti il medico curante, secondo la generale esperienza della vita, il giudice deve tenere conto del fatto che, alla luce del rapporto di fiducia esistente con il paziente, il medico curante attesterà, in caso di dubbio, in favore del suo paziente (DTF 125 V 353; VSI 2001 p. 109).

9.

9.1 In concreto, il ricorrente ha cessato la sua attività di operaio edile il 31 ottobre 2009 e, da allora, apparentemente, non ha più ripreso alcuna attività lucrativa, per cui occorre fondarsi sui documenti medici al fine di valutare la sua capacità lavorativa.

9.2 Ora, nella documentazione medica all'incarto e, essenzialmente, nella perizia particolareggiata E 213 del dott. B._____, medico dell'INPS, del 24 dicembre 2009 (doc. 23), e nei rapporti del dott. C._____, medico dell'UAIE, del 1° luglio e 10 dicembre 2010 (doc. 25 e 47), sono diagnosticati degli esiti da escissione di melanoma cutaneo del dorso e di dissezione inguino-iliaco-otturatoria destra con conseguente linfedema, una lombalgia con episodi di sciatalgia sinistra ed una modesta ernia discale paramediana sinistra di vecchia data.

Questa diagnosi è univoca agli atti e non contestata dal ricorrente, per cui il collegio giudicante non può che adottarla.

9.3 Rispetto alle conseguenze invalidanti delle affezioni diagnosticate, il dott. B._____ ha stabilito, nella sua perizia E 213, che il ricorrente è in grado di svolgere regolarmente attività leggere, senza controindicazioni, come pure il suo ultimo lavoro, per il quale ha cionondimeno valutato, secondo il diritto italiano, un grado d'invalidità del 68%, senza alcuna spiegazione per giustificare un tale valore.

Dal canto suo, dopo avere rilevato che il melanoma si trova in remissione totale, non essendovi stati episodi recidivanti, e che il linfedema dell'arto inferiore destro, la cui sola conseguenza è peraltro la necessità di usare una calza elastica, è stato trattato unicamente con quattro sedute di drenaggio all'anno e non nove come d'abitudine, il dott. C._____ ha formu-

lato un'incapacità lavorativa dello 0% a contare dal 6 marzo 2009, tenendo conto di un periodo di convalescenza di due mesi dopo l'intervento di dissezione inguino-iliaco-otturatoria destra, ossia dal 5 gennaio al 5 marzo 2009, come pure per il primo intervento di questo tipo effettuato il 28 ottobre 2008, per un'incapacità lavorativa totale durante il lasso di tempo dal 28 ottobre 2008 al 5 marzo 2009.

9.4 Ne discende che il collegio giudicante non può che aderire alla valutazione del dott. C._____, corrispondente fondamentalmente a quella del dott. B._____, e ritenere il ricorrente capace di continuare ad esercitare il suo ultimo lavoro di operaio edile (attività leggera in posizione alternata) senza alcuna restrizione di natura funzionale.

10.

Di conseguenza, la decisione impugnata del 1° febbraio 2011 deve essere confermata e il ricorso respinto.

11.

In virtù dell'art. 24 cpv. 1 LTAF, il giudice dell'istruzione decide quale giudice unico circa lo stralcio dal ruolo delle cause divenute prive di oggetto (lett. a) e la non entrata nel merito di impugnazioni manifestamente inammissibili (lett. b). Sono fatte salve, conformemente al cpv. 2, le competenze del giudice unico secondo le leggi federali in materia di assicurazioni sociali.

Ai sensi dell'art. 85^{bis} cpv. 3 della legge federale sull'assicurazione per la vecchiaia e i superstiti (LAVS, RS 831.10), se l'esame preliminare, anteriore o posteriore a uno scambio di scritti, rileva che il ricorso al Tribunale amministrativo federale è inammissibile o manifestamente infondato, un giudice unico può, con motivazione sommaria, pronunciare la non entrata in materia o il rigetto. Questa disposizione è applicabile anche in ambito dell'assicurazione invalidità, conformemente all'art. 69 cpv. 2 3^a frase LAI.

In concreto, questo Tribunale può quindi pronunciare, quale giudice unico, il rigetto del presente ricorso manifestamente infondato.

12.

Secondo l'art. 63 cpv. 1 PA, le spese processuali sono di regola messe a carico della parte soccombente. In concreto, visto l'esito della procedura, le spese processuali di Fr. 400.- sono poste a carico del ricorrente e compensate con l'anticipo versato il 21 luglio 2011.

In conformità con l'art. 64 cpv. 1 PA, l'autorità di ricorso, se ammette il ricorso in tutto o in parte, può assegnare al ricorrente una indennità per le spese indispensabili e relativamente elevate che ha sopportato (spese ripetibili). Considerato l'esito della procedura, non si assegnano al ricorrente indennità per spese ripetibili.

Per quanto 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 sulle 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. 400.- sono poste a carico del ricorrente e compensate con l'anticipo dello stesso importo, versato il 21 luglio 2011.

3.

Non si assegnano indennità per spese ripetibili.

4.

Comunicazione:

- al ricorrente (Raccomandata/AR);
- all'autorità inferiore (n. di rif. ...; Raccomandata);
- all'Ufficio federale delle assicurazioni sociali, Berna (Raccomandata).

La giudice unica:

Il cancelliere:

Elena Avenati-Carpani

Dario Quirici

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: