



Corte III
C-1595/2012

Sentenza del 7 marzo 2013

Composizione

Francesco Parrino, statuento come giudice unico;
Cancelliere: Dario Croci Torti.

Parti

A. _____,
patrocinato dall'avv. Eleonora De Donno,
Piazza Dei Pellai, 38, IT-73039 Tricase,
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 16 febbraio 2012.

Fatti:**A.**

A. _____, cittadino italiano, nato il , ha lavorato in Svizzera dal 1973 al 1974 e dal 1976 al 1992, solvendo regolari contributi all'assicurazione svizzera per la vecchiaia, i superstiti e l'invalidità durante tali periodi (doc. 15, TAF). Dopo il rimpatrio, ha continuato a svolgere un'attività lucrativa segnatamente dal 1998 all'agosto 2011 come operaio edile e da quest'ultima data, per la stessa ditta, come pittore (lavoro più leggero); le assenze dal lavoro da imputare a malattia od infortunio (dopo il 2009) si sono verificate dall'8 luglio al 1° ottobre 2010 (infortunio), dal 14 marzo al 24 maggio, dal 6 giugno al 22 agosto 2011 (doc. 27). In data 31 maggio 2011, l'interessato ha presentato una domanda volta al conseguimento di una prestazione dell'assicurazione svizzera per l'invalidità (doc. 1, 4).

B.

Il richiedente è stato visitato il 30 giugno 2011 presso i servizi medici dell'Istituto nazionale della previdenza sociale di Casarano, dove il medico incaricato ha rilevato la diagnosi di "diabete mellito tipo 2 non complicato, spondilodiscoartrosi diffusa e gonartrosi bilaterale con discreto impegno funzionale, esiti di pregressa frattura scomposta II, III e IV metatarso piede sinistro (2010), cataratta in OO trattata chirurgicamente, anamnestica ipertensione arteriosa" ed ha posto un tasso d'invalidità del 45% (doc. 5). Sono stati esibiti documenti oggettivi, segnatamente (dopo il 2008):

- il verbale di pronto soccorso dell'8 luglio 2010 per trauma al piede sinistro (doc. 6);
- i rapporti d'esami ortopedici del 5 luglio, 9 e 25 agosto 2010 (doc. 7, 8, 9); un rapporto d'esame di controllo (U.O. day surgery) del 24 settembre 2010 (doc. 10);
- un rapporto d'esame neurologico del 21 aprile 2011 (Dott. Carbone) (doc. 14);
- un rapporto d'esame elettromiografico del 21 aprile 2011 di diversi nervi e muscoli con risultati di danno neurogeno di tipo assonale cronico nel tibiale anteriore destro e sinistro e gastrocnemio mediale destro da sofferenza radicolare L4-L5-S1, sindrome d'intrappolamento del nervo ulnare di destra al gomito con reperto di netto danno neurogeno e ricca dener-

vazione in atto nel I interosseo dorsale omolaterale, danno neurogeno di tipo assonale cronico nel bicipite destro e sinistro e deltoide destro da sofferenza radicolare C5-C6 (doc. 15);

- un referto RM colonna lombosacrale del 31 marzo 2011 (doc. 16);

- un referto della colonna lombo-sacrale del 16 marzo 2001 (doc. 17);

- un referto radiografico ginocchio sinistro del 25 gennaio 2011 (doc. 23);

- un certificato medico del 9 maggio 2011 a cura del Dott. Retucci attestante oltre alla nota diagnosi esposta dal medico dell'INPS anche scoliosi cervicodorsolombare, grave gonartrosi bilaterale, deficit visivo, sindrome ansio-depressiva (doc. 24).

C.

Nel rapporto del 7 novembre 2011, il Dott. Marti, medico dell'Ufficio dell'assicurazione per l'invalidità per gli assicurati residenti all'estero (UAIE), dopo aver ripreso la diagnosi sopra riferita e preso atto della documentazione oggettiva esibita, ha affermato che l'interessato presenta un grado d'invalidità del 50% nell'attività abituale (muratore/pittore), mentre in attività di ripiego leggere e/o semisedentarie, la sua capacità di lavoro è completa (doc. 29).

L'Ufficio AI ha effettuato un calcolo comparativo dei redditi e dallo stesso è risultato che svolgendo attività alternativa in misura completa, invece di quella attuale, l'interessato subirebbe una perdita di guadagno del 32% (doc. 30). In questo calcolo il salario dopo l'invalidità è stato ridotto del 20% per tenere conto della situazione personale dell'assicurato (età, handicap) e l'introito da valido è stato aumentato del 1,56% per compensazione salariale (parallelismo dei redditi).

Con progetto di decisione del 9 dicembre 2011, l'UAIE ha disposto la reiezione della domanda di rendita per carenza d'invalidità di livello pensionabile (doc. 31). L'interpellato non ha preso posizione in merito.

In data 16 febbraio 2012, l'Ufficio AI ha emanato una decisione conformemente al progetto (doc. 34).

D.

Con il ricorso depositato il 16 marzo 2012, A. _____, regolarmente rappresentato dall'avvocata De Donno, chiede, in sostanza, il riconoscimento di un'invalidità di livello pensionabile nella misura massima possibile.

Produce, a suffragio delle sue conclusioni, documentazione in parte già ad atti. Come nuovo documento di rilievo si può menzionare la perizia medico-legale allestita il 12 marzo 2012 dalla Dott.ssa Ilaria De Fabrizio, la quale ricorda, in via principale, il danno ortopedico/traumatologico al piede sinistro, alle ginocchia ed alla colonna in toto, il danno neurologico documentato dalle indagini elettromiografiche (menzionate in istruttoria), il diabete con valori glicemici nettamente al disopra della norma; l'esperto medico-legale ritiene il paziente invalido in misura superiore ai due terzi nel suo lavoro e al 60% in attività leggere.

E.

Ricevuta l'impugnativa, l'UAIE ha sottoposto gli atti al Dott. Marty, il quale, nella sua relazione dell'11 luglio 2012, si è riconfermato nelle sue precedenti considerazioni pur riconoscendo un peggioramento delle condizioni di salute dell'assicurato a partire dalla data della perizia della Dott.ssa De Fabrizio stimando all'80% l'incapacità di lavoro nell'attività precedente ed al 20% in attività sostitutive (doc. 39).

Nelle osservazioni ricorsuali del 30 luglio 2012, l'UAIE propone la reiezione dell'impugnativa con argomenti di cui, per quanto occorra, si riferirà nei considerandi in diritto del presente giudizio.

F.

Dopo aver preso atto delle osservazioni dell'Ufficio AI e di altra documentazione di rilievo, l'avv. De Donno, con replica del 14 settembre 2012, ha ribadito l'intenzione del proprio assistito di mantenere il ricorso. Produce, segnatamente:

- una valutazione medico-legale completa della Dott.ssa De Fabrizio dell'11 settembre 2012;
- una RM della colonna lombosacrale del 31 marzo 2011 con referti radiografici del ginocchio destro del 13 gennaio 2012 e della colonna cervicale e dorsale del 20 marzo 2012;
- un rapporto d'esame ortopedico (Dott. Cardone) del 26 giugno 2012 come pure un rapporto d'esame neurologico del 27 giugno 2012;
- i risultati di esami ematochimici del 20 luglio 2012.

G.

Ricevuta la replica, l'UAIE ha risottoposto gli atti al Dott. Marty, il quale, nella relazione del 9 ottobre 2012, si è riconfermato nelle sue precedenti

conclusioni (doc. 41). Duplicando in data 30 ottobre 2012, l'UAIE ha riproposto la reiezione del ricorso.

H.

Con decisione incidentale del 7 novembre 2012, la parte ricorrente è stata invitata a versare un anticipo di 400 franchi corrispondente alle presunte spese processuali. Detto anticipo è stato versato il 5 dicembre 2012.

I.

Con lettera del 21 gennaio 2013, il Tribunale amministrativo federale ha invitato il ricorrente a rivolgersi al suo datore di lavoro per riferire circa le assenze dal lavoro del dipendente dopo il 13 settembre 2011, data di compilazione del precedente questionario (doc. 27). Con la risposta del 1° marzo 2013 (telecopia) la parte ricorrente ha inviato quanto richiesto. Dal questionario del datore di lavoro aggiornato al 1° marzo 2013, risulta che il dipendente è rimasto assente (v. anche i periodi indicati alla lettera A) dal 14 marzo al 24 maggio, dal 6 giugno al 22 agosto 2011, dal 19 al 21 marzo 2012 e dal 9 al 31 gennaio 2013.

Diritto:

1.

Riservate le eccezioni di cui all'art. 32 della legge del 17 giugno 2005 sul Tribunale amministrativo federale (LTAF, RS 173.32), questo Tribunale 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 a questo Tribunale 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). Il ricorrente ha versato l'anticipo di 400 franchi relativo alla presunte spese processuali, entro il termine impartito. Il gravame è dunque ammissibile, nulla ostando all'esame del merito dello stesso.

3.

3.1 Il ricorrente è cittadino di uno Stato membro della Comunità europea. Di conseguenza, è applicabile, nella specie, l'accordo sulla libera circolazione delle persone del 21 giugno 1999 fra la Confederazione svizzera, da una parte e la Comunità europea ed i suoi Stati membri dall'altra, entrato in vigore il 1° giugno 2002 (ALC, RS 0142.112.681).

3.2 L'allegato II che regola il coordinamento dei sistemi di sicurezza sociale è stato modificato il 1° aprile 2012 (decisione 1/2012 del Comitato misto del 31 marzo 2012; RU 2012 2345). Tuttavia, il caso in esame rimane regolato (a seguito del rinvio dell'art. 80a LAI) dalla versione dell'allegato II in vigore fino al 31 marzo 2012 (cfr. RU 2002 1527, RU 2006 979 e 995, RU 2006 5851, RU 2009 2411 e 2421), in base al quale le parti contraenti applicano fra di loro gli atti comunitari seguenti: 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 (RU 2004 121, RU 2008 4219, RU 2009 4831), normativa applicabile a tutte le rendite il cui diritto nasce a far data dal 1° giugno 2002 o successivamente e che sostituisce le Convenzioni di sicurezza sociale che disciplinavano i rapporti fra due o più Stati (art. 6 del regolamento) ed il regolamento (CEE) n° 574/71 del Consiglio del 21 marzo 1972 relativo all'applicazione del regolamento (CEE) n° 1408/71 (RU 2005 3909, RU 2009 621, RU 2009 4845).

3.3 Secondo l'art. 3 del regolamento (CEE) n° 1408/71, i cittadini degli Stati membri della Comunità europea ed i cittadini svizzeri godono della parità di trattamento. In base all'art. 20 ALC, salvo disposizione contraria contenuta nell'allegato II, gli accordi bilaterali fra la Svizzera e gli Stati membri della Comunità europea in materia di sicurezza sociale sono so-

spesi con l'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 i 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 d'invalidità svizzera sono regolate dal diritto interno svizzero (DTF 130 V 257 consid. 2.4).

4.

Relativamente al diritto applicabile, deve essere precisato che, a partire dal 1° gennaio 2012, la presente procedura è retta dalla LAI nel suo tenore modificato il 18 marzo 2011 (6^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 (DTF 130 V 445 consid. 1.2). Ne consegue che il diritto alla rendita si esamina fino al 31 dicembre 2011 alla luce delle precedenti norme e, a partire da quella data, secondo le nuove disposizioni.

5.

Il periodo di cognizione giudiziaria dello scrivente Tribunale amministrativo federale si estende fino al 18 febbraio 2012, 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 136 V 24 consid. 4.3).

6.

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 almeno 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. Pertanto, adempie la condizione della dura-

ta 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 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.

7.2 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 6 mesi dalla data in cui l'assicurato ha rivendicato il diritto alle prestazioni conformemente all'art. 29 cpv. 1 LPGA, ma al più presto a partire dal mese seguente il compimento dei 18 anni (art. 29 cpv. 1 LAI).

7.3 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 LPGA), non è più applicabile quando l'assicurato è cittadino dell'UE e vi risiede (DTF 130 V 253 consid. 2.3).

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 LPGA). L'incapacità al guadagno è definita all'art. 7 LPGA e consiste nella perdita, totale o parziale, della possibilità di guadagno sul mercato del lavoro equilibrato che entra in conside-

razione, 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 obbiettivamente superabile (art. 7 cpv. 2 LPGA).

8.

8.1 Nel caso in esame il ricorrente soffre di diabete mellito tipo II non complicato, spondilodiscoartrosi diffusa e gonartrosi bilaterale con discreto impegno funzionale, esiti di pregressa frattura composta II, III, IV metatarso piede sinistro, cataratta in OO trattata chirurgicamente, ipertensione arteriosa" (cfr. perizia del 30 giugno 2011). La documentazione oggettiva, segnatamente l'elettromiografia del 21 aprile 2011, fa stato anche di un danno neurogeno di tipo assonale tibiale anteriore destro e sinistro e gastrocnemio mediale destro da sofferenza radicolare destra L4-L5-S1, sindrome d'intrappolamento del nervo ulnare di destra al gomito con reperto di netto danno neurogeno e ricca denervazione nel I interosseo dorsale omolaterale, danno neurogeno nel bicipite destro e sinistro e nel deltoide destro da sofferenza radicolare C5-C6. Tali elementi diagnostici vengono ripresi anche dalla Dott.ssa De Fabrizio nella sua perizia medico-legale del 12 marzo 2012 (esibita con il ricorso) e 11 settembre successivo (replica).

8.2 Non concordi sono i pareri circa le ripercussioni invalidanti delle menzionate affezioni. Da una parte il medico dell'INPS pone un tasso d'invalidità limitato al 45%, pur annotando che il paziente sarebbe in grado di svolgere un'attività adeguata alle sue condizioni di salute (doc. 5, pag. 23). Dal canto suo, il Dott. Marty, dell'UAIE, pur constatando che l'interessato lavora, ritiene che comunque egli potrebbe svolgere a tempo pieno attività più leggere. Di contro, la Dott.ssa De Fabrizio, medico-legale, nei suoi rapporti esibiti in sede ricorsuale e di replica, ritiene il paziente invalido ad almeno il 60% anche in attività di sostituzione.

Ora, non è necessario, nella presente specie, dirimere le divergenze fra le diverse valutazioni sanitarie contenute sia nell'incarto di istruttoria che in quello di ricorso (Dott.ssa De Fabrizio in particolare) per i motivi indicati nel prossimo considerando.

9.

9.1 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. 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.

Solo 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).

9.2 In base al certificato di lavoro emesso il 13 settembre 2011 (doc. 27), A. _____, assunto da un'impresa edile locale nel 1998, ha sempre svolto le sue mansioni di operaio edile in misura di 40 ore giornaliere. Questa occupazione ha potuto essere esercitata fino al 6 giugno 2011. Per motivi di salute, il datore di lavoro ha mutato le mansioni del proprio dipendente da operaio edile a "lavori di pittura". Questo riclassamento in sede all'azienda non ha comportato alcuna perdita di guadagno da parte del lavoratore, che è rimasto di 11,19 Euro all'ora, pari a 1'708,75 Euro al mese (valori del 2011). L'attività di sostituzione, verosimilmente più leggera (cfr. cifra 7 del questionario), è stata iniziata il 29 agosto 2011.

Per quanto concerne le assenze dal lavoro da imputare a motivi di salute, si osserva che esse si sono protratte (a partire dal 2011, il periodo precedente essendo del tutto irrilevante ai fini assicurativi) dal 14 marzo al 24 maggio 2011 (71 giorni) e dal 6 giugno al 22 agosto 2011 (78 giorni). Con l'aggiornamento chiesto dallo scrivente Tribunale amministrativo federale (doc. 17 TAF), dopo quelle menzionate, risultano ulteriori assenze dal 19 al 21 marzo 2012 e dal 9 gennaio al 31 gennaio 2013. Queste due ultime assenze esulano tuttavia dal periodo di cognizione giudiziaria, limitato, come ricordato, alla data dell'impugnata decisione (consid. 5). I periodi

d'assenze da imputare a malattia, pur sommati, non costituiscono un'invalidità ai sensi della LAI, poiché non si tratta di incapacità di lavoro del 40% almeno per un anno senza notevole interruzione (consid. 7.2).

Il datore di lavoro non ha menzionato né nel questionario sottoscritto il 13 settembre 2011, né in quello del 1° marzo 2013, che al dipendente sia stato ridotto il salario dopo il riclassamento in "lavori di pittura" (agosto 2011). Non risulta da nessun documento che l'attuale attività costante e peraltro non interrotta da frequenti e/o prolungate assenze da imputare a malattia, sia svolta in usura e nemmeno il datore di lavoro ha sostenuto che il lavoratore offra uno scarso rendimento generale. Non è neppure emerso che l'attuale retribuzione dell'interessato sia erogata solo per dei motivi sociali. Non risulta infine che A._____ sia stato licenziato. Egli è tutt'ora in forza presso lo stesso datore di lavoro.

Queste risultanze di carattere economico-lavorativo smentiscono pertanto le affermazioni del ricorrente che sostiene di non essere più in grado di svolgere attività di ogni sorta.

9.3 Da quanto precede, ne consegue che, nonostante le lamentate affezioni che di principio non sono contestate, A._____ ha dimostrato, con comportamento concludente, di avere posto ad utile profitto in occupazione confacente alle sue attitudini la sua superstita energia lavorativa in misura superiore al 60%. La continuità dell'attività in questione, almeno fino al 16 febbraio 2012 (data dell'impugnata decisione), le scarse e, tutto sommato, non prolungate assenze dal lavoro, dimostrano l'esigibilità di tale attuale attività.

In proposito va ricordato che, secondo un principio generale del diritto delle assicurazioni sociali, ogni assicurato ha l'obbligo di ridurre il danno conseguente la sua invalidità. In virtù di tale obbligo, l'assicurato deve intraprendere tutto quanto sia ragionevolmente esigibile per ovviare nel modo migliore possibile alle conseguenze della sua invalidità, segnatamente mettendo a profitto la sua residua capacità al lavoro, se necessario in una nuova professione (DTF 130 V 97 consid. 3.2 con i rif.).

L'insorgente ha comunque la possibilità di inoltrare una nuova domanda di rendita se ritiene che le condizioni per avere diritto a una rendita si sono realizzate dopo la data della decisione impugnata.

10.

10.1 In queste circostanze, il ricorso deve essere respinto e l'impugnata decisione confermata. Il ricorso in esame può essere risolto da un giudice unico in applicazione dell'art. 69 cpv. 2 LAI.

10.2 Le spese processuali, ammontanti a Fr. 400.-, sono poste a carico del ricorrente e vengono compensate con l'anticipo versato il 5 dicembre 2012.

10.3 Visto l'esito del ricorso non si assegnano 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 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 400 franchi, sono poste a carico del ricorrente e vengono compensate con l'anticipo da lui fornito.

3.

Non si assegnano indennità per spese ripetibili.

4.

Comunicazione a:

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

Il giudice unico:

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: