



Corte III
C-4832/2011

Sentenza del 21 febbraio 2013

Composizione

Giudice unica Elena Avenati-Carpani,
cancelliere Dario Quirici.

Parti

A. _____,
rappresentato dal Patronato INAS, via G. Lanz 25,
6850 Mendrisio,
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 luglio 2011.

Fatti:**A.**

A. _____, cittadino italiano nato il ..., coniugato e padre di due figli, ha lavorato in Svizzera come muratore, con permesso per confinanti, dal 2007 al 2010, versando i relativi contributi obbligatori all'assicurazione per la vecchiaia, i superstiti e l'invalidità (AVS/AI; incarto AI, doc. 8). Il 30 novembre 2010, facendo valere un disturbo depressivo maggiore con attacchi di panico, l'assicurato ha formulato all'Ufficio dell'assicurazione invalidità del Cantone Ticino (UAI-TI) una domanda di rendita d'invalidità svizzera (incarto AI, doc. 1 e 2), la cui istruzione ha permesso di acquisire, tra gli altri, i documenti seguenti:

- l'incarto dell'assicuratore collettivo Helsana per perdita di guadagno in caso di malattia, incompleto (cfr. punto H),

- il questionario per il datore di lavoro, del 14 dicembre 2010 (incarto AI, doc. 8), da cui si evince che l'assicurato è stato attivo come muratore in una ditta di costruzioni ticinese dal 27 agosto 2007 al 31 ottobre 2010, data che ha segnato la fine del contratto in seguito a disdetta e sospensione della stessa per un'incapacità lavorativa manifestatasi il 20 luglio 2010, ad un ritmo di ore otto o nove giornaliere e quaranta fino a quarantacinque settimanali, con uno stipendio orario totale di Fr. 35.33 nel 2010,

- la lettera di disdetta, del 21 maggio 2010 per il 31 luglio 2010, seguita da una seconda lettera del 14 ottobre 2010, in cui è precisato che il termine di protezione dalla disdetta di novanta giorni scade il 31 ottobre 2010 (incarto AI, doc. 8/7 e 8),

- i conteggi salariali finali per gli anni 2009 e 2008 (incarto AI, doc. 8/9 a 14),

- un rapporto del consulente in integrazione professionale dell'UAI-TI, del 29 dicembre 2010 (incarto AI, doc. 13), in cui è concluso che è ancora presto per considerare misure d'intervento tempestivo,

- diversi certificati medici italiani, di difficile lettura, di natura psichiatrica e internistica (incarto AI, doc. 18/2 a 13), riferenti sostanzialmente la presenza di una sindrome ansioso-depressiva dal 21 luglio 2010, con la prescrizione di diversi medicinali, ed un'inabilità al lavoro del 100%,

- il vE. _____ le di chiusura del consulente in integrazione professionale, del 24 febbraio 2011 (incarto AI, doc. 22), in cui è espressa l'inutilità della messa in atto di provvedimenti d'intervento tempestivo.

B.

Su proposta del dott. B. _____, psichiatra presso il servizio medico dell'UAI-TI, l'assicurato è stato convocato per un colloquio specialistico il 23 marzo 2011 (incarto AI, doc. 24 e 25), e ciò in ragione della pochezza della documentazione medica all'incarto. Nel suo rapporto stilato lo stesso giorno del colloquio (incarto AI, doc. 28), il dott. B. _____ ha diagnosticato, con influsso sulla capacità lavorativa, una sintomatologia ansioso-depressiva di lieve entità (codice infermità 646), come pure, senza una tale influenza, dei problemi relativi a circostanze economiche ("International Classification of Diseases, 10th Revision" / ICD10: Z59.8). Il medico dell'UAI-TI ha constatato l'assenza di qualsiasi incapacità lavorativa dal punto di vista psichiatrico, i sentimenti e i disturbi lamentati corrispondendo a modalità reattive adeguate, legate alla situazione psicosociale e alla sintomatologia soggettiva di dolori alla schiena, senza essere attribuibili ad un'evoluzione psichica patologica, con prognosi comunque incerta a causa dei problemi fisici, psicosociali ed economici riferiti, della dubbia volontà di ripresa di un'attività lavorativa e di resistenze evidenti.

L'UAI-TI ha quindi approntato un progetto di decisione il 5 aprile 2011 (incarto AI, doc. 29), con il quale ha prospettato all'assicurato il rigetto della sua richiesta, invitandolo nel contempo a formulare eventuali osservazioni entro un termine di trenta giorni. L'interessato si è opposto al progetto il 9 maggio 2011 (incarto, doc. 33/1 a 3), producendo due brevi certificati medici italiani, il primo del 29 aprile 2011, facente stato in particolare di un'astenia, il secondo annunciante un consulto in materia di stanchezza cronica il 28 maggio 2011.

C.

Il dott. B. _____ si è pronunciato su questi due nuovi documenti il 31 maggio 2011 (incarto AI, doc. 35), affermando che l'astenia o stanchezza cronica, malattia difficilmente oggettivabile, salvo se sono soddisfatti i cosiddetti principi di Förster, era stata considerata, come sintomo soggettivo, durante il colloquio del 23 marzo 2011, ed ha concluso alla necessità di procurarsi il rapporto relativo alla visita del 28 maggio 2011, ciò che l'UAI-TI ha fatto.

Prendendo posizione il 30 giugno 2011 (incarto AI, doc. 38) sul rapporto manoscritto del Prof. C._____, chirurgo ed oncologo, primario presso il "... di ...e responsabile dell'..." presso l'..." di ..., del 28 maggio 2011 (incarto AI, doc. 36/2 e 3), facente stato di un'astenia cronica da sindrome ansioso-depressiva con incapacità lavorativa completa, trattata mediante antidepressivo a modesto dosaggio per due mesi, il dott. B._____ ha precisato, riferendosi all'ICD10, che una sindrome ansioso-depressiva non giustifica di per sé un'incapacità lavorativa e che la diagnosi di sindrome da stanchezza cronica non è in definitiva stata posta, nella misura in cui il rapporto del Prof. C._____ è scevro da qualsiasi riferimento alle linee guida e alle "checklist" universalmente accettate, relative ai sintomi propri di tale affezione. Il medico dell'UAI-TI ha così confermato le conclusioni contenute nel suo rapporto del 23 marzo 2011.

Dopo avere ottenuto dall'UAI-TI la delibera relativa al progetto di decisione del 5 aprile 2011 (incarto AI, doc. 39), l'Ufficio dell'assicurazione per l'invalidità per gli assicurati residenti all'estero (UAIE), competente a decidere visto il domicilio in Italia dell'interessato, ha emanato una decisione di rigetto della domanda di rendita d'invalidità il 18 luglio 2011 (incarto AI, doc. 41).

D.

Contro questa decisione, per il tramite del Patronato INAS, l'assicurato ha inoltrato ricorso al Tribunale amministrativo federale (TAF) il 2 settembre 2011 (incarto TAF, doc. 1), chiedendo, previo annullamento della stessa, che gli sia attribuita una rendita intera d'invalidità, con la dispensa dal pagamento delle spese processuali. Il ricorrente ha allegato diversa documentazione, in parte già agli atti, tra cui una valutazione medico-legale del dott. D._____, chirurgo, del 31 agosto 2011, in cui è riferito un disturbo depressivo maggiore caratterizzato da grave astenia, cronicizzato e refrattario alle terapie farmacologiche, con una diminuzione permanente dell'integrità fisica globale superiore al 66%, un'incapacità lavorativa del 100% come muratore, ma anche in lavori più leggeri, considerata la compromissione delle capacità intellettive e relazionali, ed un danno alla capacità lucrativa non inferiore al 75%.

Il 16 settembre 2011 il ricorrente ha ritornato a questo Tribunale il formulario "Domanda di gratuito patrocinio" compilato, ma senza giustificativi, dal quale risultano un salario netto mensile del coniuge di EUR 250.- e spese mensili totali di EUR 270.-.

E.

Il servizio medico dell'UAI-TI, nelle persone dei dottori B._____ ed E._____, internista, ha preso posizione sui documenti allegati al ricorso il _____ 26 settembre 2011, constatando che essi non permettono di oggettivare nessun cambiamento dello stato di salute del ricorrente. In particolare, i medici dell'UAI-TI hanno rilevato che la valutazione medico-legale del _____ 31 agosto 2011 si limita ad enunciare, senza alcuna descrizione approfondita, solamente due, ossia un umore depresso ed un rallentamento ideo-motorio, dei come minimo cinque sintomi necessari per potere identificare un disturbo depressivo maggiore secondo il "Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th Edition, Text Revision" (DSM-IV-TR). L'UAI-TI ha quindi presentato le sue osservazioni sul caso il 28 dicembre 2011, e l'UAIE ha formalmente risposto al ricorso il 4 gennaio 2012, entrambi chiedendo il rigetto dell'impugnativa con la conseguente conferma della decisione avversata (incarto TAF, doc. 7).

F.

Il ricorrente ha replicato il 9 febbraio 2012 (incarto TAF, doc. 9), riaffermando le richieste espresse con il ricorso, ed ha esibito due brevi nuovi certificati del Prof. C._____, del 28 e 30 gennaio 2012, facenti stato di un'astenia cronica da sindrome ansioso-depressiva, con attacchi di panico, dolori muscolari ed ipersonnia, causa di un'inabilità al lavoro totale.

Il dott. B._____ si è pronunciato su questi due certificati il 2 maggio 2012, sottolineando sostanzialmente che essi non apportano nulla di nuovo rispetto alle constatazioni precedenti. L'UAI-TI ha dunque formulato le sue osservazioni il 2 maggio 2012, e l'UAIE ha formalmente duplicato il _____ 9 maggio 2012, entrambi riaffermando l'esito negativo da riservare al ricorso (incarto TAF, doc. 14).

G.

Con lettera del 14 giugno 2012 (incarto TAF, doc. 16), il ricorrente ha prodotto un nuovo certificato psichiatrico manoscritto, di non facile lettura, dell'11 giugno 2012, referente un disturbo depressivo maggiore, un disturbo di panico con agorafobia e sintomi di derealizzazione e depersonalizzazione, nonché un disturbo somatoforme (algico), la capacità lavorativa essendo marcatamente compromessa.

H.

Mediante scritto del 25 gennaio 2013, questo Tribunale ha chiesto al Tribunale federale di potere prendere visione degli atti relativi alla

procedura pendente davanti a quest'ultima istanza e concernente un ricorso di diritto pubblico contro una sentenza del Tribunale delle assicurazioni del Canton Ticino, del 14 maggio 2012, nella quale è stato riconosciuto, come base di calcolo delle indennità giornaliere per malattia dovute di principio dall'assicuratore Helsana al ricorrente a decorrere dal 1° novembre 2012, l'ultimo salario percepito prima dell'inizio del caso d'assicurazione. Gli atti visionati sono stati restituiti al Tribunale federale il 15 febbraio 2013 (incarto TAF, doc. 18 a 22).

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).

In concreto, la decisione impugnata è stata emessa dall'UAIE conformemente all'art. 40 cpv. 2 dell'ordinanza sull'assicurazione per l'invalidità del 17 gennaio 1961 (OAI, RS 831.201), relativo alla notificazione delle decisioni ai frontalieri. 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).

2.

2.1 Il ricorrente è cittadino di uno Stato membro della Comunità europea, per cui è applicabile, di principio, 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 parte, entrato in vigore il 1° giugno 2002 (ALC, RS 0142.112.681), in particolare il suo allegato II relativo al coordinamento dei sistemi di sicurezza sociale. Secondo l'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 sospesi con l'entrata in vigore dell'Accordo, qualora il medesimo campo sia disciplinato da quest'ultimo.

2.2 L'allegato II è stato modificato con effetto dal 1° aprile 2012 (Decisione 1/2012 del Comitato misto, del 31 marzo 2012; RU 2012 2345). Tuttavia, il caso in esame rimane regolato, anche a seguito del rinvio dell'art. 80a LAI, dalla versione dell'allegato II in vigore fino al 31 marzo 2012 (RU 2002 1527, 2006 979 e 995, 2006 5851, 2009 2411 e 2421), in base alla 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, 2008 4219, 2009 4831), normativa applicabile a tutte le rendite il cui diritto nasce 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 n. 1408/71), ed il regolamento (CEE) n. 574/71 del Consiglio, del 21 marzo 1972, relativo all'applicazione del regolamento n. 1408/71 (RU 2005 3909, 2009 621, 2009 4845).

2.3 Secondo l'art. 3 del regolamento n. 1408/71, i cittadini degli Stati membri della Comunità europea ed i cittadini svizzeri godono della parità di trattamento. Ciò detto, nella misura in cui l'Accordo, in particolare l'allegato II, 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). Così, per costante giurisprudenza, l'ottenimento di una pensione straniera d'invalidità non pregiudica l'apprezzamento di un'invalidità secondo il diritto svizzero (sentenza del Tribunale federale I 435/02 del 4 febbraio 2003, consid. 2).

3.

L'esame del diritto a prestazioni secondo la LAI è retto dal tenore della stessa al momento della decisione impugnata, in virtù del principio secondo il quale sono determinanti le norme materiali in vigore al momento della realizzazione dello stato di fatto giuridicamente determinante (DTF 130 V 445 consid. 1.2 e relativi riferimenti). Le disposizioni della 5^a revisione della LAI, in vigore dal 1° gennaio 2008, si applicano quindi in concreto, visto che la procedura di revisione è stata iniziata nel 2010, ma non le norme della 6^a revisione della LAI (primo pacchetto di misure), in vigore dal 1° gennaio 2012 (RU 2011 5659; FF 2010 1603). Sono inoltre applicabili le disposizioni della LPGa, se e per quanto la LAI lo preveda (art. 2 LPGa).

4.

Il periodo di cognizione giudiziaria di questo Tribunale si estende fino al 18 luglio 2011, data della decisione 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 per l'invalidità svizzera, un cittadino italiano deve, cumulativamente, essere invalido ai sensi della legge svizzera ed avere versato contributi all'AVS/AI svizzera durante almeno tre anni (art. 36 LAI). A tale fine è possibile prendere in considerazione anche i contributi versati ad un'assicurazione sociale assimilata di uno Stato membro dell'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 pag. 4065; art. 45 del Regolamento n. 1408/71).

In concreto, è pacifico che il ricorrente adempie la condizione della durata minima di contribuzione. 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 diciotto 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 LPGA). L'incapacità al guadagno è definita all'art. 7 cpv. 1 LPGA 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 LPGA, 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 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, 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.

8.

Il giudice delle assicurazioni sociali fonda la sua decisione, salvo disposizioni di legge contrarie, su fatti che, senza essere stabiliti in modo irrefutabile, appaiono come i più verosimili, ossia che presentano un grado di verosimiglianza preponderante (DTF 126 V 353 consid. 5b e

relativi riferimenti). Egli 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 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, 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, dalla documentazione medica agli atti, che si compone essenzialmente delle prese di posizione del dott. B._____, psichiatra, medico dell'UAI-TI, ossia il rapporto stilato il 23 marzo 2011 dopo colloquio con il ricorrente avvenuto lo stesso giorno, e le annotazioni del 30 giugno e 26 settembre 2011, quest'ultima in collaborazione con il dott. E._____, internista, pure medico dell'UAI-TI, nonché del 2 maggio 2012 (incarto AI, doc. 28 e 38; incarto TAF, doc. 7 e 14), risulta la diagnosi di sintomatologia ansioso-depressiva di lieve entità (codice infermità 646) e di problemi relativi a circostanze economiche (ICD10: Z59.8). Rispetto alle conseguenze invalidanti di queste affezioni, il dott. B._____, unitamente al dott. E._____, ha constatato senza equivoci che esse non diminuiscono la capacità lavorativa del ricorrente.

9.2 A proposito della diagnosi appena esposta occorre rilevare che il ricorrente ha dapprima fatto valere di essere affetto da un disturbo depressivo maggiore con attacchi di panico (incarto AI, doc. 1), quindi ha avanzato la diagnosi d'astenia cronica da sindrome ansioso-depressiva (incarto AI, doc. 36/2 e 3), di disturbo depressivo maggiore caratterizzato da grave astenia, cronicizzato e refrattario alle terapie farmacologiche

(incarto TAF, doc. 1), e per finire di disturbo depressivo maggiore con attacchi di panico, dolori muscolari ed ipersonnia (incarto TAF, doc. 9). A partire da questa diagnosi il ricorrente ha avanzato indistintamente un'incapacità lavorativa totale e un'incapacità lucrativa non inferiore al 75%.

9.3 In sede d'istruzione della domanda di rendita e nel corso della presente procedura, il Prof. C._____, chirurgo ed oncologo, primario presso il "... di ...e responsabile dell'..." presso l'..." di ..., ha posto la diagnosi, il 28 maggio 2011 nonché il 28 e 30 gennaio 2012 (incarto AI, doc. 36/2 e 3; incarto TAF, doc. 9), d'astenia cronica da sindrome ansioso-depressiva (sindrome da stanchezza cronica). Ora, come sottolineato dal dott. B._____ il 30 giugno 2011 (incarto AI, doc. 38), questa valutazione, che emana da un medico non psichiatra, non fa nessun riferimento, nemmeno implicito, ai criteri universalmente riconosciuti per identificare una sindrome da stanchezza cronica, elencati in particolare nel manuale DSM-IV-TR. Essa appare quindi infondata, o comunque non sufficientemente fondata, dal punto di vista psichiatrico, dimodoché la presenza di una sindrome da stanchezza cronica non risulta essere provata secondo il grado della verosimiglianza preponderante (cfr. consid. 8), e questo Tribunale non può quindi considerarla come parte integrante della diagnosi determinante.

9.4 Nell'ambito della presente procedura, il ricorrente ha esibito la valutazione medico-legale del dott. D._____, chirurgo, del 31 agosto 2011 (incarto TAF, doc. 1), nella quale, per fondare la diagnosi di disturbo depressivo maggiore caratterizzato da grave astenia, cronicizzato e refrattario alle terapie farmacologiche, è fatto esplicito riferimento al manuale DSM-IV-TR, secondo cui questa affezione è identificabile tramite nove sintomi, dei quali almeno cinque devono essere contemporaneamente presenti. Ora, come chiaramente rilevato dai dottori B._____ ed E._____ il 26 settembre 2011, il dott. D._____ si è limitato ad enunciare, senza alcuna descrizione approfondita, unicamente due di questi sintomi, ossia un umore depresso ed un rallentamento ideo-motorio, aggiungendo peraltro vagamente che molti degli altri sintomi sarebbero tuttora presenti. Anche questo apprezzamento, che emana da un medico non psichiatra, si palesa così infondato, o comunque non sufficientemente fondato, dal punto di vista psichiatrico, dimodoché la presenza di un disturbo depressivo maggiore non risulta essere provata secondo il grado della verosimiglianza preponderante (cfr. consid. 8), e questo Tribunale non può quindi ritenerlo come parte integrante della diagnosi determinante.

9.5 Visto quanto precede, questo Tribunale considera, fondandosi sulle diverse prese di posizione chiare e dettagliate del dott. B._____, nella sua qualità di medico psichiatra, che il ricorrente presenta una sintomatologia ansioso-depressiva di lieve entità (codice infermità 646) e dei problemi relativi a circostanze economiche (ICD10: Z59.8), escludendo che egli sia affetto da una sindrome da stanchezza cronica e/o da un disturbo depressivo maggiore. Sempre seguendo il dott. B._____, unitamente al dott. E._____, questo Tribunale non può che constatare che le patologie diagnosticate non diminuiscono, dal punto di vista psichiatrico, la capacità lavorativa del ricorrente, e che perciò non sussiste alcun diritto ad una rendita d'invalidità svizzera.

10.

È necessario a questo punto ricordare che, secondo un principio generale del diritto delle assicurazioni sociali, ogni assicurato ha l'obbligo di ridurre il danno conseguente alla sua invalidità (sentenza del Tribunale federale I 147/01 del 9 maggio 2001; DTF 123 V 230 consid. 3c e DTF 117 V 275 consid. 2b). 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 lavorativa, se necessario in una nuova professione (sentenza del Tribunale federale I 543/03 del 27 agosto 2004; DTF 113 V 22 consid. 4a).

11.

Di conseguenza, il ricorso deve essere respinto e la decisione impugnata confermata.

12.

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.

13.

Il ricorrente ha chiesto di essere posto al beneficio dell'assistenza giudiziaria per quanto attiene alle spese di procedura.

Giusta l'art. 65 cpv. 1 PA, se una parte non dispone dei mezzi necessari e le sue conclusioni non sembrano prive di probabilità di successo, l'autorità di ricorso, il suo presidente o il giudice dell'istruzione la dispensa, a domanda, dopo il deposito del ricorso, dal pagamento delle spese processuali. Secondo la giurisprudenza consolidata, i presupposti per la concessione dell'assistenza giudiziaria sono di massima adempiuti se il richiedente si trova nel bisogno e se le sue conclusioni non sembrano dover avere esito sfavorevole (DTF 125 V 202 consid. 4a, 372 consid. 5b e riferimenti, sentenza della II Corte di diritto pubblico del Tribunale federale I 134/06 del 7 maggio 2007). A tale proposito si osserva che per valutare la probabilità di esito favorevole non si deve adottare un criterio particolarmente severo: è infatti sufficiente che, di primo acchito, il gravame non presenti notevolmente meno possibilità di essere accolto che di essere respinto, ovvero che non si debba ammettere che un ricorrente ragionevole non lo avrebbe finanziato con i propri mezzi (DTF 125 II 275 e 124 I 304 consid. 2c). Inoltre, quando le prospettive di successo e i rischi di perdere il processo si eguagliano o le prime sono soltanto leggermente inferiori rispetto ai secondi, le domande non possono essere considerate senza esito favorevole (DTF 125 II 275; 124 I 304 consid. 2c; 122 I 267 consid. 2b).

In concreto, questo Tribunale constata che il ricorso è manifestamente infondato, per cui non si può ammettere che un ricorrente ragionevole lo avrebbe finanziato con i propri mezzi. Ne consegue che al ricorrente non può essere concessa l'assistenza giudiziaria parziale e, pertanto, le spese processuali di Fr. 400.- sono poste a suo carico.

Per questi motivi, il Tribunale amministrativo federale pronuncia:

1.

Il ricorso è respinto.

2.

La domanda d'assistenza giudiziaria parziale è respinta.

3.

Le spese processuali di Fr. 400.- sono poste a carico del ricorrente, le quali dovranno essere versate alla cassa di questo Tribunale dopo la crescita in giudicato della presente sentenza.

4.

Non si assegnano indennità per spese ripetibili.

5.

Comunicazione:

- al rappresentante del ricorrente (Atto giudiziario; il bollettino di versamento per le spese processuali di Fr. 400.- seguirà);
- 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: