



Corte III
C-5015/2017

Sentenza del 29 novembre 2018

Composizione

Michela Bürki Moreni, statuenta quale giudice unica,
Cancelliere Graziano Mordasini.

Parti

A. _____, (Italia)
patrocinato da UNIA Ticino e Moesa, Segretariato regionale,
Via Canonica 3, casella postale 5650, 6901 Lugano,
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, rendita limitata nel tempo
(decisioni del 4 luglio 2017).

Fatti:**A.**

A._____, cittadino italiano, nato il (...), separato, senza figli, frontaliere, ha lavorato in Svizzera dal 29 aprile 2005 in qualità di gessatore (doc. 7 e 20 dell'incarto dell'Ufficio dell'assicurazione per l'invalidità per gli assicurati residenti all'estero [UAIE]). Egli ha interrotto il lavoro il 17 settembre 2014 a seguito della comparsa improvvisa di un offuscamento all'occhio destro a cui è subentrata una verosimile neuropatia ottica infiammatoria acuta destra che lo ha poi costretto ad un ricovero presso l'Ospedale di B._____ dal 23 settembre al 10 ottobre 2014 (doc. UAIE 7 e 22-105 a 22-113).

B.

B.a Il 26 febbraio 2015 l'interessato ha formulato all'attenzione dell'Ufficio dell'assicurazione invalidità del Cantone C._____ (Ufficio AI) una richiesta volta all'ottenimento di una rendita dell'assicurazione svizzera per l'invalidità (doc. UAIE 7).

B.b Nel corso dell'istruttoria l'Ufficio AI ha assunto agli atti l'incarto dell'Helsana, cassa malati dell'assicurato, di data intercorrente tra settembre 2014 e ottobre 2016 (doc. CM 1-24), segnatamente i rapporti intermedi LAMal del 10 ottobre 2014 della dott.ssa D._____, la cui specializzazione non è nota (doc. CM 3) e del 4 novembre successivo della dott.ssa E._____, generalista (doc. CM 15), i rapporti, commissionati dall'Helsana del 4 marzo 2015 (doc. CM 11) e del 23 febbraio 2016 (doc. CM 17) della dott.ssa F._____, specialista in oftalmologia e oftalmochirurgia e la perizia del 21 aprile 2016, anch'essa richiesta dall'Helsana, della dott.ssa G._____, specialista in psichiatria e psicoterapia (doc. CM 21).

Esso si è inoltre fondato sulla relazione clinica del dott. H._____, specialista in neurologia, del 10 ottobre 2014 (doc. UAIE 22-111 a 22-113), sulla perizia particolareggiata (formulario E231) del 1°aprile 2015, della dott.ssa I._____, la cui specializzazione non è nota (doc. UAIE 27), nonché sul questionario per il datore di lavoro del 20 aprile seguente (doc. UAIE 25).

B.c Tramite rapporto finale del 13 agosto 2015 (doc. UAIE 34) il dott. L._____, medico SMR, generalista, ha riconosciuto all'assicurato una completa incapacità lavorativa sia nel lavoro abituale di gessatore che in attività sostitutive idonee dal 17 settembre 2014.

C.

C.a Con scritto del 12 luglio 2016 (doc. CM 22) l'Helsana ha comunicato all'assicurato la cessazione del versamento delle prestazioni d'indennità giornaliera con effetto al 5 settembre 2016 in ragione del raggiungimento del massimo del diritto a prestazioni.

C.b Tramite scritto del 13 ottobre 2016 (doc. UAIE 59-220) A._____ ha contestato le suddette conclusioni e ha prodotto un rapporto del dott. M._____, specialista in oculistica, del 30 settembre 2016 (doc. UAIE 59-222) nonché una relazione clinica del dott. N._____, specialista in neurologia, del 4 ottobre seguente (doc. UAIE 59-223).

D.

D.a Con rapporto finale del 14 ottobre 2016 (doc. UAIE 58) il dott. O._____, medico SMR, generalista, dopo aver visionato la documentazione della cassa malati, ha riconosciuto all'assicurato una completa incapacità lavorativa nell'attività abituale di gessatore dal 17 settembre 2014, mentre un'incapacità lavorativa del 100% dalla stessa data al 31 agosto 2016 e nulla dal settembre 2016 in attività sostitutive idonee, rispettose di determinate limitazioni funzionali.

D.b Il dott. O._____, chiamato nuovamente a pronunciarsi in merito ad un'ulteriore relazione clinica del dott. N._____ del 12 dicembre 2016 (doc. UAIE 65) e al rapporto del Servizio Integrazione Professionale (SIP) del 15 dicembre seguente redatto da P._____, consulente AI per l'integrazione professionale (doc. UAIE 63), con annotazione del 3 marzo 2017 (doc. UAIE 68) ha per l'essenziale confermato le conclusioni del rapporto finale SMR del 13 agosto 2015 (recte 14 ottobre 2016).

E.

Tramite rapporto finale SIP del 6 marzo 2017 il consulente P._____ ha indicato che nel corso dell'incontro tenutosi il 15 dicembre 2016 l'assicurato aveva rinunciato ai provvedimenti professionali propostigli (doc. UAIE 73).

F.

F.a Mediante progetto di decisione del 7 marzo 2017 l'Ufficio AI ha riconosciuto all'interessato una rendita intera d'invalidità dal 1° settembre 2015 al 31 dicembre 2016. Esso ha per contro respinto la domanda di rendita per

il periodo successivo, fissando un grado di invalidità dello 0% (doc. UAIE 69).

F.b Il 29 marzo 2017 (doc. UAIE 77), agendo per il tramite dell'Istituto nazionale confederale di assistenza (INAS), A. _____ si è opposto al progetto di decisione. Egli ha in particolare prodotto un rapporto del 29 marzo 2017 del dott. Q. _____, specialista in neurologia (allegato al doc. UAIE 77).

F.c Il dott. O. _____, chiamato nuovamente a pronunciarsi, con annotazione del 9 maggio 2017 (doc. UAIE 79) ha affermato che la documentazione prodotta non apportava novità diagnostiche rispetto a quanto già noto e valutato in sede di perizia oculistica.

F.d Con decisioni del 4 luglio 2017 (doc. UAIE 82-83) l'UAIE ha ripreso le argomentazioni e le conclusioni del progetto di decisione dell'Ufficio AI del 7 marzo precedente (doc. UAIE 69). Esso ha altresì evidenziato che il referto medico prodotto dall'interessato in sede di osservazioni (consid. F.b) non era tale da inficiarne le conclusioni.

G.

G.a Il 6 settembre 2017 A. _____, agendo per il tramite del sindacato UNIA, ha interposto ricorso dinanzi al Tribunale amministrativo federale, chiedendo l'annullamento della decisione impugnata ed il rinvio della causa all'Ufficio AI (recte UAIE) per esecuzione di una perizia psichiatrica. Egli ha inoltre postulato un nuovo apprezzamento dello stato valetudinario alla luce delle conclusioni peritali, della riduzione del rendimento anche in attività confacenti dovuta alla cecità totale dell'occhio destro e delle deduzioni sociali da applicare al momento del calcolo del grado della rendita (doc. TAF 1 e allegati). Delle motivazioni si dirà, se necessario, nei considerandi di diritto.

G.b Il 13 settembre 2017 l'insorgente ha versato l'anticipo spese di fr. 800.- (doc. TAF 5).

H.

Tramite risposta del 30 ottobre 2017 (doc. TAF 7) l'UAIE ha proposto la rieiezione del gravame, rinviando alla presa di posizione dell'Ufficio AI del 23 ottobre precedente (allegato al doc. TAF 7). L'autorità di prime cure ha in particolare riconosciuto una deduzione del 5% dal reddito da invalido in relazione all'eventuale necessità di effettuare maggiori pause, precisando

nel contempo che pure da un'applicazione della percentuale massima del 25% deriverebbe un grado di invalidità inferiore al 40%.

I.

Con replica del 29 novembre 2017 (doc. TAF 9) l'insorgente si è, per l'essenziale, riconfermato nelle argomentazioni esposte nel ricorso.

J.

Con duplica del 21 dicembre 2017 l'UAIE, richiamata la presa di posizione dell'Ufficio AI del 15 dicembre precedente, ha proposto la reiezione del ricorso e la conferma della decisione impugnata (doc. TAF 11 e allegato).

K.

Invitata il 24 luglio 2018 a prendere posizione in merito alla vertenza (doc. TAF 14), con scritto del 6 agosto seguente la R. _____ ha rinunciato a tale prerogativa (doc. TAF 15).

Diritto:

1.

1.1 Tribunale amministrativo federale esamina d'ufficio e con piena cognizione la sua competenza (art. 31 e segg. LTAF), rispettivamente l'ammissibilità dei gravami che gli vengono sottoposti (DTF 133 I 185 consid. 2 e relativi riferimenti).

1.2 Riservate le eccezioni – non realizzate nel caso di specie – di cui all'art. 32 LTAF, questo Tribunale giudica, in virtù dell'art. 31 LTAF in combinazione con l'art. 33 lett. d LTAF e l'art. 69 cpv. 1 lett. b LAI, i ricorsi contro le decisioni, ai sensi dell'art. 5 PA, rese dall'Ufficio AI per le persone residenti all'estero.

1.3 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 LPGGA (RS 830.1). Giusta l'art. 1 cpv. 1 LAI, le disposizioni della LPGGA sono applicabili all'assicurazione per l'invalidità (art. 1a-26^{bis} e 28-70), sempre che la LAI non deroghi alla LPGGA.

1.4 Presentato da una parte direttamente toccata dalla decisione e avente un interesse degno di protezione al suo annullamento o alla sua modifica (art. 59 LPGGA), che ha altresì pagato l'acconto spese, il ricorso – interposto

tempestivamente e rispettoso dei requisiti previsti dalla legge (art. 60 LPGA nonché art. 52 PA) – è pertanto ammissibile.

2.

2.1

2.1.1 Il ricorrente è cittadino di uno Stato membro della Comunità europea, per cui è applicabile, di principio, l'ALC (RS 0.142.112.681).

2.1.2 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). Nella sua nuova versione esso prevede in particolare che le parti contraenti applicano tra di loro, nel campo del coordinamento dei sistemi di sicurezza sociale, gli atti giuridici di cui alla sezione A dello stesso allegato, comprese eventuali loro modifiche o altre regole equivalenti ad essi (art. 1 ch. 1) ed assimila la Svizzera, a questo scopo, ad uno Stato membro dell'Unione europea (art. 1 ch. 2).

2.1.3 Gli atti giuridici riportati nella sezione A dell'allegato II sono, in particolare, il regolamento (CE) n. 883/2004 del Parlamento europeo e del Consiglio del 29 aprile 2004 (RS 0.831.109.268.1) relativo al coordinamento dei sistemi di sicurezza sociale, con le relative modifiche, e il regolamento (CE) n. 987/2009 del Parlamento europeo e del Consiglio del 16 settembre 2009 (RS 0.831.109.268.11) che stabilisce le modalità di applicazione del regolamento (CE) n. 883/2004, nonché il regolamento (CEE) n. 1408/71 del Consiglio del 14 giugno 1971 (RU 2004 121, 2008 4219 4237, 2009 4831) 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, con le relative modifiche, e il regolamento (CEE) n. 574/72 del Consiglio del 21 marzo 1972 (RU 2005 3909, 2008 4273, 2009 621 4845) che stabilisce le modalità di applicazione del regolamento (CEE) n. 1408/71, con le relative modifiche, entrambi applicabili tra la Svizzera e gli Stati membri fino al 31 marzo 2012 e quando vi si fa riferimento nel regolamento (CE) n. 883/2004 o nel regolamento (CE) n. 987/2009 oppure quando si tratta di casi verificatisi in passato.

2.1.4 Secondo l'art. 4 del regolamento (CE) n. 883/2004, salvo quanto diversamente previsto dallo stesso, le persone ad esso soggette godono delle medesime prestazioni e sottostanno agli stessi obblighi di cui alla legislazione di ciascuno Stato membro, alle stesse condizioni dei cittadini di tale Stato. Ciò premesso, nella misura in cui l'ALC e, in particolare, il suo

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 253 consid. 2.4).

2.1.5 Il regolamento (CE) n. 883/2004 è stato inoltre ulteriormente modificato dal regolamento (CE) n. 465/2012 del Parlamento europeo e del Consiglio del 22 maggio 2012, ripreso dalla Svizzera a decorrere dal 1° gennaio 2015 (cfr. sentenza del TF 8C_580/2015 del 26 aprile 2016 consid. 4.2 con rinvii).

2.2

2.2.1 Dal profilo temporale sono applicabili le disposizioni in vigore al momento della realizzazione dello stato di fatto che deve essere valutato giuridicamente o che produce conseguenze giuridiche (DTF 136 V 24 consid. 4.3 e 130 V 445 consid. 1.2 e relativi riferimenti nonché DTF 129 V 1 consid. 1.2).

2.2.2 Le decisioni impugnate, con cui è stata riconosciuta all'assicurato una rendita intera d'invalidità limitata nel tempo dal 1° settembre 2015 al 31 dicembre 2016, sono state emesse il 4 luglio 2017. Ne consegue che sono applicabili le modifiche legislative di cui alla 6^a revisione della LAI (primo pacchetto) entrate in vigore il 1° gennaio 2012 e le eventuali modifiche successive intervenute fino alla data della decisione impugnata.

3.

Giova altresì rilevare che il potere cognitivo di questo Tribunale è delimitato dalla data della decisione impugnata. Il giudice delle assicurazioni sociali esamina infatti la decisione impugnata sulla base della situazione di fatto esistente al momento in cui essa è stata pronunciata, e meglio il 6° maggio 2016. Tiene tuttavia conto dei fatti verificatisi dopo tale data quando essi possano imporsi quali elementi d'accertamento retrospettivo della situazione anteriore alla decisione stessa (DTF 129 V 1 consid. 1.2 e 121 V 362 consid. 1b), in altri termini se gli stessi sono strettamente connessi all'oggetto litigioso e se sono suscettibili di influire sull'apprezzamento del giudice al momento in cui detta decisione litigiosa è stata resa (cfr. sentenza del TF 8C_278/2011 del 26 luglio 2011 consid. 5.5 nonché 9C_116/2010 del 20 aprile 2010 consid. 3.2.2; DTF 118 V consid. 3a in fine).

4.

Il TAF applica il diritto d'ufficio, senza essere vincolato in nessun caso dai

motivi del ricorso (art. 62 cpv. 4 PA). In virtù dell'art. 12 PA e dell'art. 19 PA in relazione con l'art. 40 della legge federale di procedura civile del 4 dicembre 1947 (PCF, RS 273), il Tribunale accerta i fatti determinanti per la soluzione della controversia, assume le prove necessarie e le valuta liberamente. Le parti sono tenute a cooperare all'accertamento dei fatti (art. 13 PA) ed a motivare il proprio ricorso (art. 52 PA). Ne consegue che l'autorità di ricorso adita si limita di principio ad esaminare le censure sollevate, mentre le questioni di diritto non invocate dalle parti solo nella misura in cui queste emergono dagli argomenti delle parti o dall'incarto (DTF 122 V 157 consid. 1a; 121 V 204 consid. 6c e sentenza del TAF C-6034/2009 del 20 gennaio 2010 consid. 2).

5.

Oggetto del contendere è il diritto di A. _____ di percepire una rendita anche dopo il 31 dicembre 2016. In concreto va quindi esaminato se la situazione di salute, rispettivamente la capacità lavorativa dell'assicurato, sono migliorate in misura tale dal settembre 2016 da giustificare la soppressione, come sostiene l'amministrazione. Al riguardo il ricorrente adduce la necessità di esperire una perizia psichiatrica, di tener conto di una riduzione del rendimento anche in attività confacenti dovuta alla cecità totale di un occhio e all'accresciuta faticabilità dell'occhio sano, nonché di effettuare delle deduzioni sociali al momento di determinare l'incapacità di guadagno.

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'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 al 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%.

6.3 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).

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.

7.

7.1 Secondo l'art. 17 LPGGA, se il grado d'invalidità del beneficiario della rendita subisce una notevole modificazione, per il futuro la rendita è aumentata o ridotta proporzionalmente o soppressa, d'ufficio o su richiesta. Il cpv. 2 della stessa norma prevede che ogni altra prestazione durevole accordata in virtù di una disposizione formalmente passata in giudicato è, d'ufficio o su richiesta, aumentata, diminuita o soppressa se le condizioni che l'hanno giustificata hanno subito una notevole modificazione.

7.2 L'art. 88a cpv. 1 OAI prevede che se la capacità al guadagno dell'assicurato o la capacità di svolgere le mansioni consuete migliora oppure se la grande invalidità o il bisogno di assistenza o di aiuto dovuto all'invalidità si riduce, il cambiamento va considerato ai fini della riduzione o della soppressione del diritto a prestazioni dal momento in cui si può supporre che il miglioramento constatato perduri. Lo si deve in ogni caso tenere in considerazione allorché è durato tre mesi, senza interruzione notevole, e che presumibilmente continuerà a durare. Detta norma si applica anche in caso di assegnazione retroattiva di una rendita scalare (sentenze del TF 9C_837/2009 del 23 giugno 2010 consid. 2, 9C_443/2009 del 19 agosto 2009 consid. 5, I 727/02 del 21 luglio 2005 consid. 5 nonché I 297/03 del 3 maggio 2005 consid. 1 e relativi riferimenti; cfr. pure sentenza del TAF C-1446/2011 del 27 giugno 2013 consid. 6.5 e relativi riferimenti).

7.3 Secondo la giurisprudenza del Tribunale federale, costituisce motivo di revisione della rendita d'invalidità ogni modifica rilevante delle circostanze di fatto suscettibile d'influire sul grado di invalidità e, quindi, sul diritto alla rendita. Ne consegue che la rendita può essere soggetta a revisione non soltanto in caso di modifica significativa dello stato di salute, ma anche quando detto stato è rimasto invariato, ma le sue conseguenze sulla capacità di guadagno hanno subito un cambiamento significativo (sentenza del TF I 870/05 del 2 maggio 2007; DTF 130 V 343 consid. 3.5).

8.

8.1 In caso d'assegnazione retroattiva di una rendita scalare la data di modifica del diritto deve essere stabilita conformemente all'art. 88a OAI (RS 831.201; sentenze del TF 9C_837/2009 del 23 giugno 2010 consid. 2, 9C_443/2009 del 19 agosto 2009 consid. 5, I 727/02 del 21 luglio 2005 consid. 5 nonché I 297/03 del 3 maggio 2005 consid. 1 e relativi riferimenti; cfr. pure sentenza del TAF C-1446/2011 del 27 giugno 2013 consid. 6.5 e relativi riferimenti). Inoltre, il termine di attesa di tre mesi dell'art. 88a OAI non può iniziare a decorrere prima della nascita del diritto ad una rendita (cfr. sentenza del TF 9C_110/2014 del 13 giugno 2014).

8.2 Assegnando retroattivamente una rendita d'invalidità decrescente/crescente e/o limitata nel tempo, l'autorità amministrativa disciplina un rapporto giuridico suscettibile, in caso di contestazione, di essere oggetto della lite e dell'impugnativa. Qualora sia contestata solo la riduzione o la soppressione delle prestazioni, il potere cognitivo del giudice non è limitato nel senso che egli debba astenersi dallo statuire circa i periodi per i quali il riconoscimento di prestazioni non è censurato (DTF 125 V 413 consid. 2.2 et 2.3 confermato in 131 V 164). Va ricordato che nel caso in cui la prestazione sia accordata con effetto retroattivo – ma limitata nel tempo, aumentata oppure ridotta – esiste un'unica relazione giuridica. Ciò vale anche se l'assegnazione della rendita d'invalidità graduata e/o limitata nel tempo è stata comunicata mediante più decisioni (DTF 131 V 164 consid. 2.2 e 2.3).

9.

9.1 La nozione d'invalidità di cui all'art. 4 LAI e 8 LPGGA è di carattere giuridico economico e 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 (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).

9.2 In assenza 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 grado 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, 114 V 314 consid. 3c).

9.3 Quanto alla valenza probatoria di un rapporto medico, determinante, secondo la giurisprudenza, è che i punti litigiosi importanti siano stati oggetto di uno studio approfondito, che il rapporto si fondi su esami completi, che consideri parimenti le censure espresse, che sia stato approntato in piena conoscenza dell'incarto (anamnesi), che la descrizione del contesto medico sia chiara e che le conclusioni del perito siano ben motivate. Determinante quindi per stabilire se un rapporto medico ha valore di prova non è tanto né l'origine del mezzo di prova, né la denominazione, ad esempio, quale perizia o rapporto (sentenza del TF 8C_153/2007 del 7 maggio 2008; DTF 125 V 351 consid. 3a pag. 352; 122 V 157 consid. 1c pag. 160; HANS-JAKOB MOSIMANN, Zum Stellenwert ärztlicher Beurteilungen, in: *Aktuelles im Sozialversicherungsrecht*, 2001, pag. 266). Nella sentenza pubblicata in VSI 2001 pag. 106 segg. la Corte ha però ritenuto conforme al principio del libero apprezzamento delle prove (art. 40 PC e art. 19 PA, art. 95 cpv. 2, art. 113 e 132 vOG) definire delle direttive in relazione alla valutazione di determinate forme di rapporti e perizie.

9.4 Una valutazione medica completa, comprensibile e concludente che, considerata a sé stante in occasione di un'unica (prima) valutazione del diritto alla rendita, andrebbe ritenuta probante, non assurge a prova attendibile in caso di revisione, se non attesta in modo sufficiente in che modo rispettivamente in che misura ha avuto luogo un effettivo cambiamento nello stato di salute. Sono tuttavia riservati i casi evidenti (SVR 2012 IV n. 18 pag. 81 consid. 4.2). Dalla perizia deve quindi emergere chiaramente

che i fatti con cui viene motivata la modifica sono nuovi o che i fatti preesistenti si sono modificati sostanzialmente per quanto riguarda la loro natura rispettivamente la loro entità. L'accertamento di una modifica dei fatti è in particolare sufficientemente comprovata se i periti descrivono quali aspetti concreti nell'evoluzione della malattia e nell'andamento dell'incapacità lavorativa hanno condotto alla nuova valutazione diagnostica e alla stima dell'entità dei disturbi. Le summenzionate esigenze devono trovare riscontro nel tenore delle domande poste al perito (sentenza del TF 9C_158/2012 del 5 aprile 2013; SVR 2012 IV pag. 81 consid. 4.3).

10.

In via preliminare questo Tribunale rileva che con relazione clinica di dimissione del 10 ottobre 2014, relativa alla degenza di A._____ presso il presidio ospedaliero di B._____ tra il 23 settembre e il 10 ottobre 2014, il dott. H._____ ha posto la diagnosi di “ verosimile neuropatia ottica infiammatoria acuta destra “ (doc. UAIE 22-111 a 22-113).

11.

11.1

11.1.1 Nel quadro della procedura LAMal, sfociata nello scritto dell'Helsana del 12 luglio 2016 (consid. C), mediante rapporto intermedio del 10 ottobre 2014 redatto all'attenzione dell'Helsana (doc. CM 3) la dott.ssa D._____ ha posto la diagnosi di otticopatia infiammatoria, ritenendo A._____ inabile al 100% dal 17 settembre 2014 nella precedente attività di gessatore, evidenziando altresì l'esigibilità di attività sostitutive adeguate (senza indicarne il grado) nel rispetto di determinate limitazioni (illeggibili).

11.1.2 Con rapporto intermedio del 4 novembre 2014 (doc. CM 15), anch'esso redatto all'attenzione dell'Helsana, la dott.ssa E._____ ha posto la diagnosi di cecità occhio Dx (Crion, neuropatia ottica infiammatoria crocico recidivante). L'esperta ha quindi reputato l'assicurato totalmente inabile sia nel suo precedente lavoro che in attività sostitutive idonee dal 17 settembre 2014.

11.1.3 Mediante rapporto 4 marzo 2015 (doc. CM 11), commissionato dall'Helsana, la dott.ssa F._____, dopo aver rammentato la diagnosi di Crion all'occhio destro posta dai colleghi italiani, ha evidenziato che “ i disturbi dell'assicurato sono causati dalla perdita completa di un occhio con conseguente limitazione della stereopsi. Questa limitazione potrebbe essere potenzialmente pericolosa sul luogo di lavoro poiché il Sig. A._____

deve muoversi continuamente. Sicuramente al momento non è in grado di lavorare con un solo occhio. Inoltre è molto spaventato dopo che gli è stato spiegato che probabilmente perderà la vista anche all'occhio sinistro restando del tutto cieco. L'assicurato è molto preoccupato e si sveglia ogni giorno con il timore di non poter più vedere, ha una situazione psichica comprensibilmente molto labile. Al momento penso che l'assicurato non sia in grado di lavorare sia dal punto di vista oftalmologico sia dal punto di vista psichico ". L'esperta ha pertanto ritenuto A. _____ inabile al 100% dal 17 settembre 2014.

11.2 Con rapporto finale del 13 agosto 2015 (doc. UAIE 34) il dott. L. _____ ha posto la diagnosi di Crion all'occhio destro con completa cecità destra e riconosciuto all'assicurato un'incapacità lavorativa totale sia nel lavoro abituale di gessatore che in attività sostitutive idonee dal 17 settembre 2014.

11.3

11.3.1 Tramite nuovo rapporto del 23 febbraio 2016 (doc. CM 17), sempre richiesto dall'Helsana, la dott.ssa F. _____ ha posto le diagnosi di OD atrofia del nervo ottico di origine non chiara; esclusa in gran parte (mutazioni più importanti) l'otticoneuropatia secondo Leber, non escluse però e non meglio determinate e diagnosticate le cause dell'atrofia che potrebbe avere origine sia vascolare che post-infiammatoria. Essa ha poi indicato che " il reperto oftalmologico oggettivo è identico a quello rilevato un anno prima, non posso riferire modificazioni. All'occhio destro si nota una cecità completa, all'occhio sinistro un visus di 100% e un campo visivo normale. Il segmento anteriore è libero in entrambi gli occhi, la pressione intraoculare è normale, all'occhio destro si nota un'atrofia del nervo ottico mentre all'occhio sinistro la situazione è normale, la retina è normale ". L'esperta ha ritenuto A. _____ inabile al 100% nell'ultima attività di gessatore evidenziando nel contempo che " il paziente ha avuto una fase di adattamento di più di un anno per abituarsi alla situazione della perdita di un occhio. Dal punto di vista oftalmologico sarebbe di nuovo in grado di iniziare un lavoro dopo 1 anno dalla perdita della vista. Dal punto di vista psicofisico il paziente non si è ancora abituato alla situazione, e questo fattore deve essere valutato da uno psichiatra o da uno psicologo ". La dottoressa ha infine indicato che " il paziente sarebbe abile ad eseguire attività leggere come fare fotocopie e telefonate in ufficio, potrebbe eseguire lavori leggeri manuali per esempio come pittore però escludendo la possibilità di raggiungere posizioni di altezza elevata, di sollevare o trasportare pesi e di utilizzare strumenti o manipoli pericolosi ".

11.3.2 Con perizia del 21 aprile 2016 (doc. CM 21), allestita all'attenzione dell'Helsana, la dott.ssa G. _____ ha rilevato l'assenza di diagnosi psichiatriche. L'esperta ha pertanto ritenuto A. _____, dal punto di vista prettamente psichiatrico, abile al lavoro in misura completa per qualsiasi attività (abituale e confacente).

12.

12.1.1 In occasione della procedura relativa alla domanda di rendita avviata il 26 febbraio 2015 è stata inoltre assunta agli atti la perizia del 1° aprile 2015 (doc. UAIE 27; formulario E213) in cui la dott.ssa I. _____ ha posto le diagnosi di "neurite ottica, non specificata (ICD 37730), un occhio: danno totale della visione; 1 altro occhio: visione normale (ICD 36963)". Il medico ha precisato che lo stato di salute è migliorato e che l'assicurato è in grado di svolgere regolarmente lavori pesanti (doc. UAIE 27-7). Per quanto attiene alla capacità lavorativa l'esperta ha poi ritenuto l'insorgente capace a svolgere a tempo pieno sia il suo ultimo lavoro che attività adeguate (doc. UAIE 27-9).

12.1.2 Con rapporto del 30 settembre 2016 (doc. UAIE 59-222) il dott. M. _____ ha posto la diagnosi di Crion. L'esperto ha ritenuto l'insorgente "idoneo ad un lavoro leggero (dipingere, fotocopie, lavoro d'ufficio che non comporti l'uso del PC); è di fondamentale importanza che il lavoro non comprenda l'uso di scale o impalcature per la mancanza di profondità vedendo solo con un occhio" e proposto di valutare "riposi giornalieri di 1 ora o 2 ore a seconda dell'orario di lavoro; tre giorni di permesso retribuito mensile (frazionabili in ore) "

12.1.3 Tramite relazioni cliniche del 4 ottobre 2016 (doc. UAIE 59-223) e 12 dicembre 2016 (doc. UAIE 65) il dott. N. _____ ha posto le diagnosi di "cecità assoluta in occhio destro in esiti di verosimile neurite ottica infiammatoria esordita nel 2014, resistente a plurimi trattamenti con plasmaferesi. Ai controlli oculistici successivi nessun recupero della vista, con evidenza di atrofia della testa del nervo ottico all'esame del fundus oculi e all'esame OCT". Al riguardo egli ha evidenziato che "la compromissione totale della vista nell'occhio destro comporta facile affaticamento della vista con l'occhio sinistro, soprattutto se il paziente mantiene la fissazione su un determinato punto per lungo tempo. In considerazione di ciò è opportuno che il paziente svolga compiti lavorativi adeguati, con eventualmente periodi di riposo della vista".

12.2 Con rapporto del 14 ottobre 2016 (doc. UAI 58) il dott. O. _____ ha posto, in virtù delle menzionate valutazioni mediche, la diagnosi di atrofia del nervo ottico OD e ha ripreso le conclusioni della dott.ssa F. _____ e del dott. M. _____ per quanto attiene le limitazioni funzionali per l'integrazione professionale. Il medico interpellato ha riconosciuto all'assicurato una completa incapacità lavorativa nell'attività abituale di gessatore dal 17 settembre 2014, mentre un'incapacità lavorativa del 100% dalla stessa data al 31 agosto 2016 e nulla dal settembre 2016 in attività sostitutive idonee.

12.3 Con annotazione del 3 marzo 2017 (doc. UAIE 68) il dott. O. _____ ha sostenuto che la documentazione nuovamente trasmessa non mostrava una modifica dello stato di salute rispetto alla situazione presente in occasione del rapporto finale SMR del 13 agosto 2015 (recte 14 ottobre 2016), evidenziando nel contempo che il dott. N. _____ non aveva quantificato i periodi di riposo della vista nell'ambito dell'esercizio di un'attività adeguata.

13.

13.1 In sede di osservazioni al progetto di decisione del 7 marzo 2017 l'insorgente ha prodotto un rapporto del 29 marzo seguente (allegato al doc. UAIE 77) in cui il dott. Q. _____ ha posto la diagnosi di "neuromielite ottica spectrum disorder (ab anti-AQP4 negativi ed antiMOG positivi)", e ripreso le conclusioni del dott. N. _____ per quanto concerne l'esercizio di attività adeguate (cfr. consid. 12.1.3).

13.2 Con annotazione del 9 maggio 2017 (doc. UAIE 79) il dott. O. _____ ha sostenuto che la documentazione prodotta non metteva in dubbio il quadro diagnostico valutato in sede di perizia oculistica.

14.

Va innanzitutto rilevato che l'autorità inferiore ha rettamente ritenuto verosimile, sulla base degli accertamenti esperiti nell'ambito della procedura LAMal, nonché delle valutazioni univoche dei periti e medici di parte, che vi è stata un'incapacità lavorativa totale in qualsivoglia attività dal 17 settembre 2014, giorno della perdita della vista all'occhio destro, al 30 agosto 2016, attribuendo una rendita intera dal 1° settembre 2015 fino al 31 dicembre 2016.

15.

15.1 A. _____, sia nel gravame che nella replica, ha postulato il rinvio della causa all'autorità inferiore per esecuzione di una perizia psichiatrica. Egli ha in particolare sostenuto che la valutazione della capacità lavorativa in attività confacenti effettuata dall'UAIE non ha tenuto debito conto della componente psichiatrica.

15.2

15.2.1 Dagli atti di causa si evince che con perizia del 21 aprile 2016 (doc. CM 21, consid. 11.3.2), allestita su richiesta dell'Helsana dando seguito alla raccomandazione espressa in questo senso dalla dott.ssa F. _____ con rapporto del 23 febbraio precedente (doc. CM 17, consid. 11.3.1), la dott.ssa G. _____ ha attestato l'assenza di diagnosi psichiatriche.

Giova innanzitutto evidenziare come la perizia in questione contiene una ricostruzione dettagliata dei referti specialistici agli atti, un'anamnesi personale, professionale e patologica, referti oggettivi emersi dagli esami clinici eseguiti durante la visita del 19 aprile 2016 e conclusioni sufficientemente motivate. Essa adempie quindi – da un punto di vista formale – i requisiti posti dalla dottrina e dalla giurisprudenza (cfr. consid. 9.3-9.4).

15.2.2 La perita ha inoltre evidenziato che “ mi confronto con un 40enne senza alcun antecedente psichiatrico che, allo stato attuale non mostra segni e/o sintomi di una patologia psichiatrica; il tono dell'umore è in asse, assente una sintomatologia ansiosa, nessun disturbo cognitivo, assente apatia, assente anedonia, assente abulia, nessun disturbo psicotico, non evidenti tratti ascrivibili ad un disturbo di personalità... “. Essa ha poi precisato che “ credo una considerazione ulteriore vada fatta onde escludere una sindrome da disadattamento che, in base ad ICD 10, avrebbe dovuto verificarsi entro un mese dall'esposizione al fattore stressante e limitarsi ai sei mesi (reazione mista ansioso-depressiva) o al massimo due anni (reazione depressiva prolungata) dall'evento. Questo, a detta dell'assicurato, non sarebbe avvenuto: egli pur riferendo di aver accettato la malattia non nega che vi siano grosse preoccupazioni rispetto al futuro. Se ci fosse stato lo sviluppo di una sintomatologia ansioso-depressiva anche nell'immediatezza della scoperta della malattia presumo che, con la mole di specialisti incontrati in questi 18 mesi, egli sarebbe giunto all'attenzione di qualche collega psicoterapeuta e/o psichiatra, cosa non avvenuta “.

15.2.3 La Corte adita non ha motivo di scostarsi, nella sostanza, dall'apprezzamento della dott.ssa G._____. Le sue conclusioni, in particolare l'assenza di diagnosi psichiatriche e pertanto di limitazioni dell'attività lavorativa riconducibile a tali patologie, sono approfondite, adeguatamente motivate e concludenti. Esse possono pertanto essere riprese integralmente. Del resto il ricorrente non ha prodotto in corso di causa né in ambito amministrativo documentazione psichiatrica atta a mettere in discussione la perizia.

Di conseguenza la richiesta dell'insorgente tendente al rinvio della causa all'autorità inferiore per esecuzione di una perizia psichiatrica deve essere respinta.

16.

16.1 Va quindi esaminato se la documentazione medica agli atti, in particolare il rapporto del 23 febbraio 2016 della dott.ssa F._____ su cui si è fondato il SMR e, a sua volta, l'UAIE, permette di desumere in maniera completa, motivata, convincente e pertanto concludente un'evoluzione positiva della capacità lavorativa nell'esercizio di attività adeguate rispettose dei limiti funzionali posti, in misura tale da giustificare la soppressione della rendita posteriormente al 31 dicembre 2016.

16.2

16.2.1 A titolo preliminare giova rammentare che le uniche patologie con influenza sulla capacità lavorativa sono quelle oftalmologiche (consid. 15), la cui diagnosi non è contestata dal ricorrente. A suo avviso non sarebbe stato tenuto conto della riduzione del rendimento dovuta alla cecità ad un occhio e all'affaticabilità dell'occhio sano.

16.2.2 Dagli atti di causa emerge che la patologia oftalmologica manifestatasi nel settembre 2014 risulta sostanzialmente stabile. In particolare con rapporto del 23 febbraio 2016 (consid. 11.3.1) la dott.ssa F._____ ha indicato che " il reperto oftalmologico oggettivo è identico a quello di un anno prima, non posso riferire modificazioni ". L'esperta ha per contro ritenuto che l'assicurato, dopo una fase di adattamento di più di un anno per abituarsi alla situazione della perdita di un occhio, " (...) sarebbe abile ad eseguire attività leggere come fare fotocopie e telefonate in ufficio, potrebbe eseguire lavori leggeri manuali per esempio come pittore però escludendo la possibilità di raggiungere posizioni di altezza elevata, di sollevare o trasportare pesi e di utilizzare strumenti o manipoli pericolosi ".

16.2.3 Gli ulteriori referti medici agli atti non mettono in dubbio il quadro clinico descritto dalla dott.ssa F._____ e non permettono di discostarsi dalla valutazione da essa esposta riguardo allo stato di salute dell'assicurato e alla sua capacità lavorativa a seguito del danno alla salute patito all'occhio destro.

16.2.3.1 Con rapporto del 30 settembre 2016 (doc. UAIE 59-222) il dott. M._____ ha ritenuto l'insorgente " idoneo ad un lavoro leggero (dipingere, fotocopie, lavoro d'ufficio che non comporti l'uso del PC); è di fondamentale importanza che il lavoro non comprenda l'uso di scale o impalcature per la mancanza di profondità vedendo solo con un occhio " e proposto di valutare " riposi giornalieri di 1 ora o 2 ore a seconda dell'orario di lavoro; tre giorni di permesso retribuito mensile (frazionabili in ore) ".

16.2.3.2 Dal canto suo con relazioni cliniche del 4 ottobre 2016 (doc. UAIE 59-223) e 12 dicembre 2016 (doc. UAIE 65) il dott. N._____ ha evidenziato che " la compromissione totale della vista nell'occhio destro comporta facile affaticamento della vista con l'occhio sinistro, soprattutto se il paziente mantiene la fissazione su un determinato punto per lungo tempo. In considerazione di ciò è opportuno che il paziente svolga compiti lavorativi adeguati, con eventualmente periodi di riposo della vista ", conclusioni riprese peraltro dal dott. Q._____, il quale, mediante rapporto del 29 marzo 2017 (allegato al doc. UAIE 77), ribadisce il facile affaticamento della vista con l'occhio sinistro e la necessità di periodi di riposo della vista.

16.2.4 In estrema sintesi, si osserva che la dott.ssa F._____ si è espressa favorevolmente quanto ad una ripresa dell'attività lavorativa in misura completa dal settembre 2016, in un'attività sostitutiva e rispettosa dei limiti funzionali (doc. CM 17). Le conclusioni a cui giunge l'esperta, in punto all'abilità lavorativa, coincidono per altro anche con quelle esposte dal dott. M._____ (doc. UAIE 59-22), dal dott. N._____ (doc. UAIE 59-223 e 65) e dal dott. Q._____ (allegato al doc. UAIE 77).

Giova altresì rilevare che la necessità di effettuare pause attestata dai dott. M._____, Q._____ e N._____ per non affaticare l'occhio sano non è stata quantificata concretamente da nessun medico curante né perito.

Il dottor M._____ si limita infatti a proporre, in relazione ad un accertamento chiesto dall'INPPS, svolto ai fini dell'ottenimento di prestazioni di invalidità in patria, pause da 1 a 2 ore giornaliere o tre giorni di permesso retribuito come previsto dalla legge italiana. Concretamente alla luce di un rapporto di lavoro di 40 ore la settimana la limitazione corrisponde ad una

riduzione del rendimento tra il 9 e il 15%.

La questione se di detto limite funzionale vada tenuto conto nell'ambito di una riduzione del rendimento o quale deduzione dal reddito da invalido, può restare indecisa in quanto come verrà precisato al consid. 19 anche una deduzione massimo del 25% non permette di attribuire una rendita all'interessato.

Di transenna si evidenzia infine che le attività d'ufficio e di pittore, escludendo la possibilità di raggiungere posizioni di altezza elevata, proposte dagli esperti appaiono conformi alle incontestate limitazioni funzionali (elencate ai consid. 11.3.1 e 12.1.2) e pertanto idonee.

16.3 In conclusione la documentazione medica prodotta dal ricorrente non oggettiva alcun sostanziale cambiamento dello stato di salute dell'interessato, né mette in discussione l'intervenuto miglioramento. Così stando le cose, al fine di definire lo stato di salute dell'assicurato dal settembre 2016, occorre attenersi agli accertamenti figuranti agli atti, confluiti nel rapporto finale SMR del 4 ottobre 2016, stante il quale, a partire da tale data è esigibile una ripresa del lavoro, in un'attività leggera consona ai limiti funzionali (fra i quali figurano l'incapacità di eseguire lavori pericolosi per la mancanza del senso di profondità e la sensibilità ad alcune distanze, di sollevare pesi importanti e di lavorare ad altezze elevate) per l'intera giornata con un rendimento completo (doc. UAIE 58).

16.4 Alla luce di quanto sopra esposto risulta comprovato con il grado della verosimiglianza valido nelle assicurazioni sociali che A. _____ – a far tempo dal settembre 2016 – risulta abile al lavoro nella misura del 100% in attività adeguate rispettose dei limiti funzionali posti.

17.

17.1 L'insorgente adduce infine la necessità di tener conto di una riduzione del rendimento anche in attività confacenti dovuta alla cecità totale di un occhio e all'accresciuta faticabilità dell'occhio sano, nonché di effettuare delle deduzioni sociali.

17.2

17.2.1 Per determinare il reddito ipotetico conseguibile dalla persona assicurata senza il danno alla salute (reddito da valido), occorre stabilire quanto la stessa, nel momento determinante (corrispondente all'inizio

dell'eventuale diritto alla rendita), guadagnerebbe secondo il grado di verosimiglianza preponderante quale persona sana, tenuto conto delle sue capacità professionali e delle circostanze personali. Tale reddito dev'essere determinato il più concretamente possibile. Di regola ci si fonderà sull'ultimo reddito che la persona assicurata ha conseguito prima del danno alla salute, se del caso adeguandolo all'evoluzione dei salari. Soltanto in presenza di circostanze particolari ci si potrà scostare da questo valore e ricorrere ai dati statistici risultanti dall'ISS (cfr. sentenza del TF 9C_501/2013 del 28 novembre 2013 consid. 4.2 con riferimenti). L'applicazione dei salari statistici è infatti sussidiaria (DTF 142 V 178 consid. 2.5.7 e giurisprudenza citata). Questo sarà in particolare il caso qualora dovessero mancare indicazioni riguardanti l'ultima attività professionale dell'assicurato o se l'ultimo salario da lui percepito non corrisponde manifestamente a quello che egli sarebbe stato in grado di conseguire con ogni verosimiglianza in qualità di persona valida; per esempio se l'assicurato, prima di essere riconosciuto definitivamente incapace al lavoro, si trovava in disoccupazione o aveva già delle difficoltà professionali a causa del deterioramento progressivo del suo stato di salute o ancora percepiva una remunerazione inferiore alle usuali norme salariali. Entra ugualmente in linea di conto la situazione in cui il posto di lavoro della persona assicurata prima dell'insorgenza del danno alla salute non esiste più al momento determinante della valutazione dell'invalidità (cfr. sentenza del TF 9C_501/2013 consid. 4.2 con riferimenti).

17.2.2 Per determinare il reddito da invalido, fa stato in primo luogo la situazione salariale concreta dell'assicurato, a condizione che, cumulativamente, il rapporto di lavoro sia particolarmente stabile, egli sfrutti in maniera completa e ragionevole la capacità lavorativa residua, il reddito derivante dall'attività effettivamente svolta sia adeguato e non costituisca un salario sociale (DTF 126 V 75 consid. 3b/aa). Qualora difettino indicazioni economiche effettive, possono essere ritenuti i dati forniti dalle statistiche salariali, come risultano dall'inchiesta svizzera sulla struttura dei salari (cfr. sentenza del TF 9C_205/2011 consid. 7 e relativi riferimenti).

17.3

17.3.1 Nelle decisioni impugnate l'autorità di prime cure ha indicato che, sebbene il confronto dei redditi avrebbe dovuto avvenire nel 2016 (recte 2017, la soppressione della rendita è avvenuta con effetto dal 1° gennaio 2017), in assenza di dati statistici aggiornati, aveva effettuato il calcolo per il 2015. Sulla base delle indicazioni fornite dal datore di lavoro (doc. UAIE 25) l'UAIE ha ritenuto che, senza danno alla salute, nel 2015 A. _____

avrebbe percepito nella sua attività abituale di aiuto gessatore un reddito ipotetico annuo pari a 56'949.- franchi (doc. UAIE 71, 72 e 82).

17.3.2 Utilizzando i dati ufficiali editi dall'Ufficio federale di statistica (UFS, [RSS 2010, tabella TA1 nazionale, anno 2012), l'UAIE ha ritenuto quale reddito da invalido, il salario annuo ottenibile dall'insorgente nel 2015 (categoria 4.2: attività semplici e ripetitive), ossia fr. 66'944.94, tenuto conto di un salario mensile a tempo pieno aggiornato al 2015 di fr. 5'351.31 e di un orario usuale di 41,7 ore settimanali (doc. UAI 71 e 82).

17.4 Dal raffronto dei redditi è scaturito quindi un grado d'invalidità dello 0% (doc. UAIE 71 e 82).

18.

18.1 In primo luogo va rilevato che secondo le informazioni fornite dal datore di lavoro (questionario per il datore di lavoro del 20 aprile 2015 [doc. UAIE 25]) il reddito da valido, indicizzato dall'autorità di prime cure al 2015 (doc. UAIE 72 e consid. 17.3.1) ammonta a fr. 56'949.-. Indicizzato al 2017 (anno di riferimento per il raffronto dei redditi) a mezzo della tabella T1.2.10 (costruzioni [cat. 41-43], + 0,4% nel 2016 – 0,2% nel 2017), è pari a fr. 57'176.12.

18.2 Per quanto attiene al reddito da invalido giova rilevare che al momento della decisione litigiosa, il 4 luglio 2017 l'UAIE poteva già disporre dei dati del 2014, ritenuto che sono stati pubblicati nell'aprile 2016 (cfr. sito internet: <https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/statistiken/kataloge-datenbanken/tabellen.assetdetail.327902.html>). Per stabilire il reddito da invalido andava di conseguenza fatto riferimento alla pertinente tabella dell'ISS 2014 e non a quella del 2012. Analogamente a quanto fatto con il salario da valido, occorre poi indicizzare i dati ottenuti al 2017.

Ne discende che da invalido, in attività semplice e ripetitiva, l'assicurato avrebbe potuto percepire nel 2014 un salario medio mensile di fr. 5'312.- (TA1 2014, categoria 1, uomini), che riportato su un orario usuale di 41,7 ore settimanali, corrisponderebbe ad un salario mensile di fr. 5'537.76 ed annuale di fr. 66'453.12, mentre nel 2017 un salario mensile di fr. 5'593.24 (fr. 5'537.76 + 0,4% [2015], + 0,7% [2016], - 0,1% [2017]), ed annuale di fr. 67'118.88.

18.3

18.3.1 Tenuto conto del fatto che il reddito da invalido risulta essere superiore a quello da valido, occorre ancora domandarsi se il reddito da valido così calcolato è inferiore o meno alla media dei salari per un'attività equivalente nel settore economico nel quale lavorava l'interessato.

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

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

Il TF ha precisato che un reddito è inferiore alla media dei salari per un'attività equivalente, allorquando il guadagno effettivamente conseguito diverge di almeno il 5% dal salario statistico usuale nel settore. Pertanto, il

parallelismo dei redditi di paragone va effettuato soltanto per la parte percentuale eccedente la soglia del 5% (DTF 135 V 297 consid. 6.1.2).

Il parallelismo dei redditi può realizzarsi in particolare a livello del reddito da valido, tramite adeguato aumento oppure facendo capo ai valori statistici, o ancora a livello del reddito da invalido, mediante una riduzione adeguata del valore statistico (DTF 135 V 58 consid. 3.1 pag. 59; 134 V 322 consid. 4.1 pag. 326).

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

18.3.3 In concreto, stando ai dati dell'Ufficio federale di statistica (UFS) per il 2014 (tabella TA1, uomini, livello 1), nel settore delle costruzioni (cat. 41-43), il salario medio equivaleva a fr. 5'507.- mensili, ossia fr. 66'084.- all'anno, per un orario settimanale di 40 ore. Rapportato ad un orario usuale di 41,7 ore settimanali e indicizzando tale dato al 2017 a mezzo della tabella T1.2.10 (costruzioni [cat. 41-43], -0.2% nel 2015, + 0,4% nel 2016, -0,2% nel 2017), si ottiene così un importo di fr. 68'891.75.

Ciò significa che un gessatore attivo in Svizzera avrebbe potuto mediamente conseguire nel 2016 un guadagno di fr. 68'891.75, mentre l'interessato, nello stesso anno, avrebbe percepito in C._____ un reddito di fr. 57'176.12. In concreto, la differenza è di fr. 11'715.63, pari al 25,72% (arrotondato a 25,7%).

18.3.4 Alla luce di quanto appena esposto in concreto essendo emersa una differenza del 25,7% occorre riconoscere che il salario da valido dell'interessato è notevolmente inferiore alla media svizzera. Non emergono inoltre indizi a favore del fatto che fosse intenzione di quest'ultimo di accontentarsi di un guadagno modesto; l'entità del salario percepito è infatti riconducibile

alla situazione del mercato del lavoro in C._____. Tenuto conto della franchigia del 5%, il salario da invalido dovrà quindi essere ridotto del 20,7% in ragione del gap salariale.

19.

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

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

Va aggiunto che è compito dell'amministrazione e, in caso di ricorso, del giudice, motivare l'entità della deduzione, fermo restando che quest'ultimo non può scostarsi dalla valutazione dell'amministrazione senza fondati motivi (DTF 126 V 75 consid. 5b/dd e 6; cfr. pure 129 V 472 che conferma questi principi). Al riguardo va rilevato che quando è chiamato a verificare il potere di apprezzamento esercitato dall'amministrazione (v. art. 37 LTAF in relazione con l'art. 49 PA), per stabilire l'estensione della riduzione da apporre al reddito da invalido, il Tribunale amministrativo federale deve valutare le differenti soluzioni di cui disponevano agli organi esecutivi dell'AI e domandarsi se una deduzione più o meno elevata fosse maggiormente appropriata e quindi si imponga per un valido motivo, senza tuttavia sostituire il proprio apprezzamento a quello dell'amministrazione (DTF 137 V 71 consid. 5.2; sentenze del TF 9C_273/2011 del 27 gennaio 2012 consid. 1.3, 9C_280/2010 del 12 aprile 2011 consid. 5.2 in fine).

19.2

19.2.1 L'UAIE ha operato in concreto una decurtazione del 5% per l'eventuale necessità di effettuare maggiori pause (doc. TAF 7 e allegato). Di tale circostanza va senz'altro tenuto conto, alla luce non soltanto delle dichiarazioni dei dottori ma anche della generale esperienza della vita. Lavorare disponendo di un solo occhio è senz'altro più faticoso. Alla luce delle precisazioni del dottor M. _____ fornite in occasione dell'accertamento del diritto a prestazioni secondo il diritto italiano la limitazione in oggetto è pari al 9-15% dell'attività lavorativa e provoca quindi una riduzione del rendimento.

19.2.2 Va inoltre senz'altro riconosciuta una deduzione per il fatto che l'assicurato, dopo aver sempre svolto attività manuali pesanti (meccanico d'auto, manovale, aiuto gessatore; cfr. curriculum vitae, doc. UAIE 20, vedi anche questionario per il datore di lavoro, doc. UAIE 25 pag. 5), può occuparsi unicamente di attività leggere (tra le tante sentenze del TF 9C_455/2013 consid. 4.4). Oltre a ciò al momento dell'interruzione dell'attività professionale (settembre 2014) l'insorgente non disponeva di una particolare formazione scolastica, avendo terminato solo le scuole dell'obbligo (DTF 138 V 457 consid. 2.2, sentenze del TF 8C_594/2011 del 20 ottobre 2011 consid. 5, 9C_334/13 del 24 luglio 2013 consid. 3, si confrontino anche sentenze del Tribunale federale delle assicurazioni U 436/04 del 12 aprile 2005 e U 86/06 del 13 giugno 2006; in simili circostanza l'amministrazione deduce per prassi costante un tasso del 10%).

19.2.3 Non vanno, per contro, considerati nel calcolo altri fattori di riduzione – come età, anni di servizio, nazionalità e tipo di permesso – posto che non ne sono date le condizioni.

20.

Alla luce di quanto sopra esposto una deduzione ben superiore al 5% è chiaramente giustificata. L'importo esatto non necessita tuttavia di essere quantificato ritenuto che anche la riduzione massima del 25%, fondata su una valutazione globale della situazione, non permette di assegnare alcuna prestazione.

21.

Applicando al reddito conseguibile da invalido il tasso di riduzione del 25%, previa deduzione del 20,7% per gap salariale (cfr. consid. 18.3.4) si ottiene un importo annuo di fr. 36'445.55 (= fr. 67'185.60 – 30'673.33).

Dal confronto fra il reddito da valido di fr. 57'176.12 e quello da invalido di fr. 36'445.55 risulta dunque un grado d'invalidità del 36,25% ($\frac{57'176.12 - 36'445.55}{57'176.12} \times 100$), insufficiente per giustificare il diritto a prestazioni AI.

In simili condizioni, alla luce del raffronto dei redditi operato da codesto Tribunale, è dunque a giusto titolo che il diritto alla rendita non è stato riconosciuto.

22.

Da quanto esposto consegue che il ricorso, destituito di fondamento, non merita tutela e la decisione impugnata va confermata.

23.

23.1 Visto l'esito della procedura le spese processuali di fr. 800.- , sono poste a carico del ricorrente (art. 63 cpv. 1 e cpv. 5 PA nonché art. 3 lett. b del regolamento del 21 febbraio 2008 sulle tasse e sulle spese ripetibili nelle cause dinanzi al Tribunale amministrativo federale [TS-TAF, RS 173.320.2]) e vengono compensate con l'anticipo spese, di identico ammontare, versato dall'insorgente il 13 settembre 2017.

23.2 Al ricorrente, soccombente, non spetta altresì alcuna indennità per spese ripetibili (art. 64 PA in combinazione con gli art. 7 cpv. 1 e 2 TS-TAF a contrario).

Peraltro, le autorità federali, quand'anche vincenti, non hanno di principio diritto a un'indennità a titolo di ripetibili (art. 7 cpv. 3 TS-TAF), salvo eccezioni non ravvisabili nel caso concreto (v., fra l'altro, DTF 127 V 205).

(dispositivo alla pagina seguente)

Per questi motivi, il Tribunale amministrativo federale pronuncia:

1.

Il ricorso è respinto.

2.

Le spese processuali di fr. 800.-, già anticipate dal ricorrente, sono poste a suo carico e vengono compensate con l'acconto già versato.

3.

Non si attribuiscono spese ripetibili.

4.

Comunicazione a:

- rappresentante del ricorrente (atto giudiziario)
- autorità inferiore (n. di rif. [...]; raccomandata)
- Ufficio federale delle assicurazioni sociali (raccomandata)
- R. _____ (raccomandata)

I rimedi giuridici sono menzionati alla pagina seguente.

La giudice unica:

Il cancelliere:

Michela Bürki Moreni

Graziano Mordasini

Rimedi giuridici:

Contro la presente decisione può essere interposto ricorso in materia di diritto pubblico al Tribunale federale, Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerna, entro un termine di 30 giorni dalla sua notificazione (art. 82 e segg., 90 e segg. e 100 LTF). 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: