



Corte III
C-5181/2007
{T 0/2}

Sentenza del 24 agosto 2009

Composizione

Giudici Vito Valenti (presidente del collegio),
Beat Weber e Madeleine Hirsig,
cancelliera Marcella Lurà.

Parti

A. _____,
patrocinato dall'avv. Giovanni Canepa, Studio legale
Item & Partners Avvocatura e Notariato,
ricorrente,

contro

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

Oggetto

Assicurazione per l'invalidità (decisione del
14 giugno 2007).

Fatti:**A.**

A._____, cittadino italiano, nato il (...), coniugato con figli, ha lavorato in Svizzera dal 1978 al 1982, dal 1983 al 1984, dal 1986 al 1995, dal 1996 al 1997 e dal 1999 al 2005 (doc. A 16-4), solvendo regolari contributi all'assicurazione svizzera per la vecchiaia, i superstiti e l'invalidità durante tali periodi (doc. A 2-13). Dal 27 luglio 1999, è stato alle dipendenze dell'impresa B._____ in qualità di muratore (doc. A 11). Ha interrotto il lavoro il 30 aprile 2002 a seguito di un infortunio (incidente della circolazione stradale; doc. A 1). Il 24 gennaio 2003, ha formulato una richiesta volta all'ottenimento di una rendita dell'assicurazione svizzera per l'invalidità (doc. A 1).

B.

Nel corso dell'istruttoria, l'Ufficio dell'assicurazione invalidità del Cantone C._____ (Ufficio AI) ha in particolare assunto agli atti la seguente documentazione:

- una cartella clinica unitamente alla scheda di dimissione concernente il ricovero dal 30 aprile al 10 maggio 2002 segnatamente per frattura biossea esposta avambraccio sinistro, ferita lacero-contusa (FLC) alla mano sinistra con avulsione della falange distale del pollice nonché frattura lussazione astragaloscafoidea sinistra con scuoiamento del calcagno (doc. A 2-10 e B 2-41);
- un referto di esame RX (avambraccio sx e piede sx) del 2 ottobre 2002 (doc. B 2-31);
- un rapporto di visita medica del 9 gennaio 2003 del dott. D._____ specialista in chirurgia (incaricato dall'assicurazione E._____), basato su una visita del 6 novembre 2002, nel quale è indicato l'assicurato non può ancora lavorare nell'attività di muratore (doc. B 2-28);
- un certificato medico del 10 marzo 2003 della dott.ssa F._____, medico curante dell'assicurato, giusta il quale l'interessato è seguito dall'aprile del 2002 con una diagnosi di politrauma con frattura biossea esposta avambraccio sin, FLC mano sin con avulsione della falange distale del 1° dito e

frattura osso navicolare con scuoiamento del calcagno; secondo il medico lo stato di salute del paziente è suscettibile di miglioramento, ma è giustificata una completa inabilità lavorativa dal 30 aprile 2002 (doc. A 7-1);

- una relazione di dimissione del 28 aprile 2003 concernente il ricovero dal 5 marzo al 16 aprile 2003 presso la Clinica di riabilitazione di G._____ (cura fisioterapeutica richiesta dall'assicurazione E._____), in cui è, da un lato, evidenziata la diagnosi segnatamente di dolori agli sforzi al piede sinistro, limitazione della rotazione dell'avambraccio sinistro nonché neuroma al moncone del pollice sinistro e, dall'altro, posta un'incapacità al lavoro del 100% a far tempo dal 17 aprile 2003 (doc. B 2-6);
- un certificato medico del 26 maggio 2003 secondo cui il paziente è affetto da esiti di frattura del calcagno, artrosi posttraumatica dell'articolazione sottoastragalica, astragaloscafoidea e calcaneo-cuboidea (doc. B 3-5);
- un rapporto dell'ispettore della E._____ del 28 maggio 2003, il quale ha ritenuto l'assicurato incapace di riprendere il lavoro a breve termine (doc. B 3-7);
- un rapporto di visita medica del 30 giugno 2003 del dott. H._____ (basato su una visita del 27 giugno 2003), specialista in chirurgia ortopedica (incaricato dall'assicurazione E._____), nel quale è stata ritenuta un'incapacità lavorativa del 100% nella precedente attività (doc. B 3-2);
- una relazione medica concernente il ricovero dal 17 al 19 luglio 2003 per postumi frattura biossea avambraccio sinistro (doc. B 5-9);
- la perizia medica del 9 ottobre 2003 del dott. I._____ (basata su una visita del 1° ottobre 2003), specialista in chirurgia ortopedica (incaricato dall'assicurazione E._____), nella quale è proposta la diagnosi di artrosi posttraumatica dell'articolazione trasversa del tarso e lesione posttraumatica del nervo plantare laterale e del nervo calcaneare a sinistra ed è prescritto un intervento segnatamente di artrodesi

dell'articolazione tala-navicolare calcaneo-cuboidea del piede sinistro (doc. B 5-4);

- un rapporto medico del 6 gennaio 2004 del dott. I._____ concernente l'intervento chirurgico del 5 gennaio 2004 segnatamente per neurolisi del nervo mediano ed artrodesi talo-navicolare e calcaneo-cuboidea (doc. B 7-3);
- i rapporti medici del 15 gennaio, 5 marzo e 13 maggio 2004 del dott. I._____, giusta i quali è evidenziata la diagnosi di artrosi postraumatica dell'articolazione trasversa del tarso e lesione postraumatica del tunnel tarsale, il decorso clinico e radiologico appare regolare, è proposto un ricovero terapeutico di riabilitazione e l'interessato è considerato inabile al lavoro al 100% (doc. B 8-14, 8-17 e 8-18);
- una relazione di dimissione del 26 luglio 2004 concernente il ricovero dal 2 giugno al 7 luglio 2004 presso la Clinica di riabilitazione di G._____ (soggiorno terapeutico richiesto dall'assicurazione E._____), secondo cui il paziente presenta segnatamente dolori agli sforzi al piede sinistro e formazione di dita d'artiglio al piede sinistro, il risultato della terapia appare insoddisfacente, una ripresa a breve termine della precedente attività quale muratore appare incerta e dall'8 luglio 2004 l'interessato è da considerare incapace al lavoro al 100% (doc. B 8-7);
- un rapporto medico del 7 settembre 2004 del dott. I._____ (basato su una visita del 6 settembre 2004) da cui risulta la diagnosi di artrodesi dell'articolazione tala-navicolare calcaneo-cuboidea sinistra con artrosi postraumatica dell'articolazione trasversa del tarso ed è consigliato un ulteriore intervento di artrodesi (doc. B 8-4);
- un rapporto di visita medica del 21 ottobre 2004 del dott. J._____ (basato su una visita del 20 ottobre 2004), specialista in chirurgia ortopedica (incaricato dall'assicurazione E._____), giusta il quale l'assicurato deambula con marcata zoppia di risparmio a sinistra e lamenta dolori al piede sinistro alla palpazione ed al carico, è proposto un trattamento all'articolazione calcaneo-cuboidea e confermata una completa incapacità lavorativa (doc. B 9-2);

- un rapporto medico del 15 novembre 2004 del dott. I._____, (doc. B 10-19);
- un'annotazione del 18 novembre 2004 del dott. J._____, nella quale è proposta la sospensione dei trattamenti di chirurgia (doc. B 10-18);
- un rapporto medico del 6 dicembre 2004 del dott. K._____, specialista in chirurgia ortopedica, fisioterapia e riabilitazione, attestante dolori residui della caviglia e del metatarso sx su limitazione strutturale e algica della caviglia, limitazione della funzione delle dita da II a V dopo trauma con frattura dell'astragalo e del navicolare, artrosi dell'articolazione di Chopart a sx che si evidenzia con una pseudoartrosi calcaneo-cuboidale; nello stesso, è previsto un appuntamento in cui l'assicurato "dovrà portare tutte le scarpe e durante il quale controllerò con il footscan per ottimizzare la situazione" (doc. B 10-15);
- un rapporto medico del 7 marzo 2005 del dott. K._____, giusta il quale le possibilità di trattamento sono esaurite (sospensione delle visite di controllo) (doc. B 10-4);
- un rapporto di visita medica di chiusura del 22 aprile 2005 del dott. L._____, specialista in chirurgia ortopedica e ortopedia (incaricato dall'assicurazione E._____), da cui emerge che l'assicurato è affetto da stato dopo frattura e osteosintesi ulna-radio sinistro, stato dopo amputazione traumatica falange distale pollice sinistro, stato dopo frattura astraglica e navicolare piede sinistro, stato dopo artrodesi talo-navicolare e calcaneo-cuboidea a sinistra per sviluppo di una artrosi dell'articolazione di Chopart nonché pseudo artrosi calcaneo-cuboidea; il medico ha concluso che l'interessato presenta da subito una completa capacità lavorativa in un'attività adeguata alle sue condizioni (segnatamente attività leggera, talvolta semi-pesante, di rado pesante, seduto e inclinato in avanti, inginocchiato e a ginocchia flesse, talvolta in piedi e inclinato in avanti, con sollevamento di pesi fino a 5 kg, talvolta da 5 a 10 kg, di rado da 10 a 15 kg, mai superiori ai 20 kg, con camminate fino a 50 metri, talvolta oltre i 50 metri, di rado per tragitti lunghi, con salita e discesa dalle scale, ad esclusione di un lavoro molto pesante) (doc. B 12-3);

- il questionario del datore di lavoro del 9 maggio 2005 (doc. A 11-1).

C.

C.a Nel suo rapporto del 10 giugno 2005, il dott. M._____, medico del Servizio medico regionale dell'AI (SMR), ha ritenuto, in virtù di un esame degli atti di causa, che l'assicurato è completamente abile al lavoro a far tempo dal 22 aprile 2005 in un'attività confacente allo stato di salute, ossia in un lavoro che tenga conto delle limitazioni proposte dal dott. L._____ nel rapporto di visita medica di chiusura del 22 aprile 2005. Ha altresì precisato che l'interessato non è affetto da alcuna patologia extra-infortunistica a carattere invalidante (doc. A 12-1).

C.b Nel rapporto del 22 dicembre 2005, la consulente N._____, del Servizio integrazione professionale dell'AI, ha reputato che l'assicurato non sarebbe più in grado di svolgere la precedente attività di muratore. Ha comunque considerato siccome esigibile da parte dell'interessato l'esercizio di un'attività sostitutiva adeguata alle condizioni del medesimo – rispettosa delle limitazioni indicate dal dott. L._____ nel rapporto del 22 aprile 2005 – segnatamente quella di addetto all'assemblaggio, stampa, rifinitura, lucidatura, controllo del funzionamento, magazziniere, ausiliare in attività manuali/artigianali, venditore non qualificato, agente di custodia, addetto all'informazione, portiere/custode, autista o fattorino. La consulente ha infine proceduto ad un calcolo comparativo dei redditi, dal quale è risultato che, svolgendo attività semplici, medio-leggere e poco qualificate, l'assicurato subirebbe una perdita di guadagno del 22% (doc. A 17-1).

D.

D.a Il 6 marzo 2006, l'interessato ha segnalato che il suo stato di salute non gli consentirebbe di svolgere un'attività lucrativa medio-leggera a tempo pieno nel settore secondario (doc. A 21-1).

D.b Il 9 maggio 2006, la E._____ ha posto l'assicurato al beneficio di una rendita d'invalidità del 20% a far tempo dal 1° maggio 2006 nonché di un'indennità per menomazione all'integrità del 20%, prestazione quest'ultima non versata in ragione della rinuncia da parte dell'assicurato medesimo (doc. B 16-1).

D.c Il 2 giugno 2006, l'interessato ha interposto opposizione contro la decisione della E. _____ del 9 maggio 2006. Ha contestato, da un lato, che il suo stato di salute gli consentirebbe di svolgere un'attività lucrativa medio-leggera a tempo pieno nel settore secondario (e chiesto una nuova perizia medica) nonché, dall'altro lato, la valutazione in merito al suo grado d'invalidità (doc. B 17-2 e 18-2).

D.d Il 21 agosto 2006, l'insorgente ha esibito una relazione medica (non datata) del dott. O. _____ nonché un certificato medico del 17 agosto 2006 del dott. P. _____ (doc. A 29-1 a 29-11).

D.e Il dott. M. _____, nel suo rapporto del 10 ottobre 2006, ha rilevato che i rapporti medici esibiti, da un lato, riferiscono di affezioni note (affezioni legate all'infortunio dell'aprile 2002) e, dall'altro, non menzionano alcuna patologia extra-infortunistica. Ha in particolare ritenuto che la documentazione prodotta non contiene elementi clinici tali da modificare il precedente apprezzamento (doc. A 32-1).

E.

Nella decisione del 1° dicembre 2006, la E. _____ ha parzialmente accolto l'opposizione inoltrata dall'interessato nel senso che il grado d'invalidità, a seguito dei postumi dell'infortunio, è stato portato al 32% a far tempo dal 1° maggio 2006. Il calcolo della perdita di guadagno viene indicato come segue: $[(73'500.90 - 49'647.76) \times 100] : 73'500.90 = 32,45\%$ (doc. B 18-2).

F.

Nel suo rapporto del 19 febbraio 2007, la consulente N. _____ ha ribadito che l'assicurato presenta una capacità al lavoro del 100% in un'attività sostitutiva a far tempo dal 22 aprile 2005. Ha in particolare effettuato una nuova valutazione del grado di invalidità del medesimo sulla base di un salario annuale da valido di fr. 73'501.--, conseguibile come muratore nel 2006 (secondo le indicazioni del datore di lavoro alla E. _____; v. decisione su opposizione del 1° dicembre 2006; doc. 18-2) e l'ha contrapposto ad un salario annuale da invalido di fr. 58'409.-- in attività semplici e ripetitive, tenuto conto di un orario usuale nel 2006 di 41.6 ore settimanali nonché di un'indicizzazione del salario dell'1% rispetto al 2005 (cfr. statistiche pubblicate dall'Ufficio federale di statistica). Quest'ultimo importo è stato ridotto del 15% ($58'409 - 8'761.35 = 49'647.35$), per tenere conto delle particolarità personali e professionali dell'interessato nonché del fatto che quest'ultimo può esercitare solo delle attività leggere. Perciò, detta

consulente ha confrontato un reddito di fr. 73'501.-- ed un introito teorico di fr. 49'648.--. Ne consegue una perdita di guadagno del 32% (doc. A 35.1).

G.

Nel suo rapporto del 20 febbraio 2007, il dott. M._____ ha confermato la valutazione in merito alle condizioni di salute dell'interessato nonché alla sua capacità lavorativa, fondata sulle risultanze del rapporto di visita medica di chiusura del 22 aprile 2005 del dott. L._____ (doc. A 37-1).

H.

Nel progetto di decisione del 13 marzo 2007, l'Ufficio dell'assicurazione invalidità del Cantone C._____ ha ritenuto, in virtù della documentazione medica agli atti, che risulta giustificato riconoscere che lo stato di salute dell'assicurato ha impedito al medesimo di svolgere una qualsiasi attività lavorativa dal mese di maggio del 2002 al 22 aprile 2005 (data della visita medica di chiusura della E._____). Successivamente, farebbe stato un grado d'invalidità massimo del 32%. Pertanto, l'UAIE ha deciso di erogare in favore dell'assicurato una rendita intera dell'assicurazione svizzera per l'invalidità dal 1° maggio 2003 al 31 luglio 2005 (doc. A 38-1).

I.

Nelle sue osservazioni del 17 aprile 2007, l'interessato ha segnalato che non si può esigere da lui l'esercizio delle attività di sostituzione proposte dalla consulente N._____ nel suo rapporto del 22 dicembre 2005 ed ha chiesto l'effettuazione di una visita medica rispettivamente di nuovi accertamenti medici, segnatamente al fine di stabilire con precisione quali fossero le attività che egli era ancora in grado di svolgere. Nella misura in cui non fosse stata ritenuta necessaria una nuova indagine medica, l'interessato ha postulato il riconoscimento di un grado di invalidità del 52% (doc. A 41-1).

J.

Nel suo rapporto del 23 aprile 2007, il dott. M._____ ha confermato che il rapporto medico del 22 aprile 2005 del dott. L._____ costituisce un idoneo mezzo probatorio per una valutazione sullo stato di salute dell'assicurato e l'esigibilità dell'esercizio di un'attività sostitutiva. A suo giudizio, esso "prende in considerazione in modo esaustivo le sue limitazioni funzionali. Un'altra valutazione medica non è dunque né necessaria né opportuna per la definizione del caso". Il

dott. M._____ ha altresì rilevato che l'interessato non ha esibito nuova documentazione medica attestante delle nuove diagnosi rispettivamente comprovante un peggioramento del suo stato di salute (doc. A 42-1).

K.

Nella decisione del 14 giugno 2007, l'Ufficio AI per gli assicurati residenti all'estero, dopo avere ritenuto – non avendo l'interessato apportato alcun nuovo elemento clinico oggettivo nelle osservazioni al progetto di decisione – che non vi sono motivi per scostarsi dalla valutazione di cui al progetto di decisione, ha riconosciuto all'interessato il diritto ad una rendita intera d'invalidità dal 1° maggio 2003 sino al 31 luglio 2005, unitamente alle rendite complete in favore delle figlie (doc. A 45-1).

L.

Con sentenza del 27 giugno 2007, il Tribunale cantonale delle assicurazioni del Cantone C._____ ha respinto il ricorso interposto dall'interessato il 26 febbraio 2007 contro la decisione su opposizione della E._____ del 1° dicembre 2006. Tale sentenza è cresciuta in giudicato (doc. TAF 11).

M.

Il 31 luglio 2007, l'interessato ha interposto ricorso dinanzi al Tribunale amministrativo federale contro la decisione dell'UAIE del 14 giugno 2007 mediante il quale ha chiesto, in via principale, l'accoglimento del gravame e l'annullamento della decisione impugnata e il rinvio degli atti all'autorità inferiore per nuovi accertamenti medici ed economici, nonché, in via subordinata, il riconoscimento di un grado di invalidità del 52% nonché del suo diritto ad una mezza rendita d'invalidità a decorrere dal 1° agosto 2005. Ha segnalato che, in virtù della sua età, delle affezioni di cui soffre, fra cui dolori al rachide, dell'assenza di formazione professionale specifica come pure delle limitazioni funzionali addebitabili al danno alla salute, non si può esigere da lui l'esercizio di un'attività di sostituzione su un mercato del lavoro equilibrato nei limiti indicati dalla consulente dell'Ufficio dell'integrazione professionale dell'AI. Ha contestato l'accertamento delle limitazioni funzionali nello svolgimento di un'attività sostitutiva medio-leggera nonché la valutazione del suo grado di invalidità (doc. TAF 1).

N.

Con risposta del 17 settembre 2007, l'UAIE ha proposto la reiezione del gravame e rinviato alla presa di posizione dell'Ufficio AI del Cantone C._____ del 12 settembre 2007, secondo il quale – in virtù dei rapporti medici dell'assicuratore infortuni E._____, segnatamente del rapporto medico del 22 aprile 2005 del dott. L._____, e della valutazione del dott. M._____ rispettivamente della consulente N._____ – la determinazione delle attività esigibili da parte dell'assicurato nonché del suo grado di invalidità merita conferma. Pertanto, ha proposto la reiezione del ricorso e la conferma della decisione resa il 14 giugno 2007 (doc. TAF 5).

O.

Nella replica del 18 ottobre 2007, il ricorrente si è riconfermato nelle proprie argomentazioni di fatto e di diritto di cui al ricorso del 31 luglio 2007 (doc. TAF 7).

P.

P.a Con decisione incidentale del 24 ottobre 2007 (notificata il 29 ottobre 2007; cfr. avviso di ricevimento agli atti), questo Tribunale ha invitato il ricorrente a versare, nel termine di 30 giorni dalla notificazione della decisione incidentale medesima, un anticipo di fr. 300.-- a copertura delle presumibili spese processuali.

P.b L'anticipo è stato versato il 5 novembre 2007 (doc. TAF 8 a 10).

Diritto:**1.**

1.1 Il Tribunale amministrativo federale esamina d'ufficio e con piena cognizione la sua competenza (art. 31 e segg. della legge del 17 giugno 2005 sul Tribunale amministrativo federale [LTAF, RS 173.32]), 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 della legge federale del 19 giugno 1959 sull'assicurazione per l'invalidità (LAI, RS 831.20), i ricorsi di persone residenti all'estero contro le

decisioni, ai sensi dell'art. 5 della legge federale del 20 dicembre 1968 sulla procedura amministrativa (PA, RS 172.021), rese dall'UAIE.

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 legge federale del 6 ottobre 2000 sulla parte generale del diritto delle assicurazioni sociali (LPGA, RS 830.1). 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), sempre che la LAI non deroghi alla LPGA.

1.4 Il ricorso – presentato tempestivamente e rispettoso dei requisiti previsti dalla legge (art. 59 e 60 LPGA nonché art. 52 PA) – è pertanto ammissibile.

2.

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

2.2 Giusta l'art. 20 ALC, salvo disposizione contraria contenuta nell'allegato II, gli accordi bilaterali tra la Svizzera e gli Stati membri della Comunità europea in materia di sicurezza sociale vengono sospesi a decorrere dall'entrata in vigore del presente Accordo qualora il medesimo campo sia disciplinato da quest'ultimo. Nella misura in cui l'Accordo, in particolare l'Allegato II che regola il coordinamento dei sistemi di sicurezza sociale (art. 8 ALC), non prevede disposizioni

contrarie, l'organizzazione della procedura come pure l'esame delle condizioni di ottenimento di una rendita di invalidità svizzera sono regolate dal diritto interno svizzero.

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

2.4 Per costante giurisprudenza, l'ottenimento di una pensione straniera d'invalidità non pregiudica l'apprezzamento di un'invalidità secondo il diritto svizzero (v. sentenza del Tribunale federale I 435/02 del 4 febbraio 2003 consid. 2). Anche in seguito all'entrata in vigore dell'ALC, il grado d'invalidità di un assicurato che pretende una rendita dell'assicurazione svizzera è determinato esclusivamente secondo il diritto svizzero (DTF 130 V 253 consid. 2.4).

3.

3.1 Secondo l'art. 2 LPGA, le disposizioni della legge stessa sono applicabili alle assicurazioni sociali disciplinate dalla legislazione federale, se e per quanto le singole leggi sulle assicurazioni sociali lo prevedano.

3.2 L'esame del diritto a prestazioni secondo la LAI è retto dal tenore della LAI 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 5a revisione della LAI, in vigore dal 1° gennaio 2008, non sono pertanto applicabili nel caso concreto e di seguito è fatto riferimento alle disposizioni in vigore fino al 31 dicembre 2007.

3.3 Il ricorrente ha presentato la richiesta di rendita il 24 gennaio 2003. In deroga all'art. 24 LPGA, l'art. 48 cpv. 2 LAI precisa che, se l'assicurato si annuncia più di dodici mesi dopo l'inizio del diritto, le prestazioni sono assegnate soltanto per i 12 mesi precedenti la richiesta. In concreto, questo Tribunale può limitarsi ad esaminare se il ricorrente avesse diritto ad una rendita il 24 gennaio 2002 (ossia 12 mesi precedenti la presentazione della domanda), oppure se un diritto alla rendita sia sorto tra tale data e il 14 giugno 2007, data della

decisione impugnata. Il giudice delle assicurazioni sociali esamina la decisione impugnata sulla base della situazione di fatto esistente al momento in cui essa è stata resa. Tiene 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 DTF 121 V 362 consid. 1b).

4.

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

- essere invalido ai sensi della LPGA e della LAI (art. 8 LPGA nonché art. 4, 28 e 29 cpv. 1 LAI);
- aver pagato i contributi durante un anno intero (art. 36 cpv. 1 LAI).

Il ricorrente ha versato contributi all'AVS/AI svizzera durante più di un anno intero in totale e, pertanto, adempie la condizione della durata minima di contribuzione. Rimane ora da esaminare se sia invalido ai sensi di legge.

5.

5.1 L'invalidità ai sensi della LPGA e della LAI è l'incapacità al guadagno totale o parziale presumibilmente permanente o di lunga durata che può essere conseguente ad infermità congenita, malattia o infortunio (art. 8 LPGA e 4 cpv. 1 LAI). Secondo l'art. 7 LPGA, è considerata incapacità al guadagno la 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. 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).

5.2 Giusta l'art. 28 cpv. 1 LAI, in vigore dal 1° gennaio 2004, l'assicurato ha diritto ad un quarto di rendita se è invalido per almeno il 40%, ad una mezza rendita se è invalido per almeno la metà, a tre quarti di rendita se è invalido per almeno il 60% e ad una rendita

intera se è invalido per almeno il 70%. In seguito all'entrata in vigore dell'Accordo sulla libera circolazione, la limitazione prevista dall'art. 28 cpv. 1^{ter} LAI, secondo cui le rendite per un grado d'invalidità inferiore al 50%, ma pari almeno al 40%, sono versate solo ad assicurati che sono domiciliati e dimorano abitualmente in Svizzera (art. 13 LPGGA), non è più applicabile segnatamente quando l'assicurato è cittadino dell'UE o svizzero e risiede nell'UE (DTF 132 V 423 consid. 6.4.1 e sentenza del Tribunale federale I 702/03 del 28 maggio 2004 consid. 1 e relativi riferimenti).

5.3 Il diritto alla rendita, secondo l'art. 29 cpv. 1 LAI, nasce, il più presto, nel momento in cui l'assicurato presenta un'incapacità permanente al guadagno pari almeno al 40% (lettera a), oppure quando egli è stato per un anno senza notevoli interruzioni, incapace al lavoro per almeno il 40% in media (lettera b). La lettera a della citata norma si applica allorché lo stato di salute dell'assicurato si è stabilizzato ed è essenzialmente irreversibile e suscettibile di pregiudicare la capacità di guadagno probabilmente in modo permanente, in una misura giustificante il riconoscimento di una rendita (sentenza del Tribunale federale I 146/02 del 5 agosto 2002). La lettera b se lo stato di salute è labile, vale a dire suscettibile di evolvere verso un miglioramento od un peggioramento (DTF 111 V 21 consid. 2). Un danno alla salute tipicamente labile può essere reputato relativamente stabilizzato soltanto se la sua natura si è modificata a tal punto che si possa ammettere non essere verosimilmente suscettibile di subire modifiche di rilievo in un futuro presagibile (sentenza del Tribunale federale I 282/01 del 4 ottobre 2001; DTF 119 V 98 consid. 4a).

5.4 Un'incapacità al lavoro del 20% deve essere presa in considerazione per il calcolo dell'incapacità al lavoro media giusta l'art. 29 cpv. 1 lett. b LAI (cfr. nota marginale 2020 della Circolare sull'invalidità e la grande invalidità nel suo tenore applicabile fino al 31 dicembre 2007; *Jurisprudence et pratique administrative des autorités d'exécution de l'AVS/AI [Pratique VSI] 1998 p. 126 consid. 3c*).

6.

6.1 La nozione d'invalidità di cui all'art. 4 LAI e 8 LPGGA è di carattere economico-giuridico e non medico (DTF 116 V 246 consid. 1b, DTF 110 V 273 e DTF 105 V 205). In base all'art. 16 LPGGA, applicabile per

il rinvio dell'art. 28 cpv. 2 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; metodo generale del raffronto dei redditi). Se non è possibile determinare o stimare in maniera attendibile i due redditi di cui si tratta, si deve procedere, ispirandosi al metodo specifico applicabile alle persone non esercitanti un'attività lucrativa (art. 27 dell'ordinanza del 17 gennaio 1961 sull'assicurazione per l'invalidità [OAI; RS 831.201]), al confronto delle attività e valutare il grado d'invalidità ritenendo l'incidenza della diminuita capacità di rendimento sulla situazione economica concreta (metodo straordinario di graduazione; v. sentenza del Tribunale federale I 782/03 del 24 maggio 2006 consid. 2.3, DTF 128 V 29 e DTF 104 V 135). Peraltro, l'invalidità degli assicurati che esercitano solo parzialmente un'attività lucrativa e per il resto sono dediti allo svolgimento delle proprie mansioni va computata secondo il metodo ordinario del raffronto dei redditi (art. 16 LPGGA) per la parte di attività lucrativa, mentre in merito all'impedimento a svolgere le mansioni consuete l'invalidità deve essere valutata sulla base di un confronto delle attività – da attuare mediante un'inchiesta domiciliare (DTF 130 V 97) – conformemente all'art. 27 OAI. In tal caso occorre determinare la parte rispettiva dell'attività lucrativa e quella del compimento degli altri lavori abituali e calcolare il grado d'invalidità globale in funzione dell'impedimento nei due ambiti in questione (metodo misto; cfr. DTF 125 V 148 consid. 2; sentenze del Tribunale federale 9C_35/2007 del 4 aprile 2008 consid. 2, I 503/04 del 13 settembre 2006 consid. 2, nonché in particolare I 382/04 del 18 ottobre 2005 consid. 2 e I 540/02 del 12 maggio 2004 consid. 2).

6.2 L'assicurazione svizzera per l'invalidità risarcisce pertanto, e di principio, 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. L'invalidità dell'assicurato che non esercita un'attività lucrativa, ma svolge le mansioni consuete e dal quale non si può ragionevolmente esigere che intraprenda un'attività lucrativa, è determinata, in deroga all'art. 16 LPGGA, in funzione dell'incapacità di svolgere le mansioni consuete (art. 28 cpv. 2^{bis} LAI; metodo specifico). L'art. 27 OAI precisa che per mansioni consuete di

una persona senza attività lucrativa occupata nell'economia domestica s'intendono gli usuali lavori domestici, l'educazione dei figli nonché le attività artistiche e di pubblica utilità.

6.3 Benché l'invalidità sia una nozione economico-giuridica, le certificazioni mediche possono costituire importanti elementi per apprezzare il danno invalidante e per determinare quali lavori siano ancora ragionevolmente esigibili dall'assicurato (DTF 115 V 133 consid. 2 e DTF 114 V 310 consid. 3c).

7.

7.1 Giusta il principio inquisitorio che regge la procedura in materia di assicurazioni sociali (art. 43 LPG), l'amministrazione deve intraprendere d'ufficio i necessari accertamenti e raccogliere le informazioni di cui ha bisogno. In particolare, deve ordinare una perizia allorquando è necessario per la valutazione medica del caso (DTF 117 V 282 consid. 4a).

Se gli accertamenti svolti d'ufficio permettono all'amministrazione o al giudice, che si sono fondati su un apprezzamento diligente delle prove, di giungere alla convinzione che certi fatti presentino una verosimiglianza preponderante, e che ulteriori misure probatorie non potrebbero modificare questo apprezzamento, è superfluo assumere altre prove (apprezzamento anticipato delle prove; UELI KIESER, ATSG-Kommentar, 2a ed., Zurigo 2009, art. 42 n. 19 pag. 536; sentenza del Tribunale federale K 24/04 del 20 aprile 2005; DTF 122 II 464 consid. 4a). In tal caso, non sussiste una violazione del diritto costituzionale di essere sentito secondo l'art. 29 cpv. 2 Cst. (Sozialversicherungsrecht [SVR] 2001 IV n. 10 pag. 28).

7.2 In virtù degli art. 12 e 13 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, con la collaborazione delle parti, i fatti determinanti per la soluzione della controversia, assume le prove necessarie e le valuta liberamente.

8.

Il giudice delle assicurazioni sociali deve esaminare in maniera obiettiva tutti i mezzi di prova, indipendentemente dalla loro provenienza, e poi decidere se i documenti messi a disposizione permettono di giungere ad un giudizio attendibile sulle pretese

giuridiche litigiose. Affinché il giudizio medico acquisti valore di prova rilevante, esso deve essere completo in merito ai temi sollevati, deve fondarsi, in piena conoscenza della pregressa situazione valetudinaria (anamnesi), su esami approfonditi e tenere conto delle censure sollevate dal paziente, per poi giungere in maniera chiara a fondate, logiche e motivate deduzioni. Peraltro, per stabilire se un rapporto medico ha valore di prova non è determinante né la sua origine né la sua denominazione – ad esempio quale perizia o rapporto – ma il suo contenuto (DTF 125 V 351 consid. 3a).

8.1 In particolare, per quanto concerne le perizie giudiziarie la giurisprudenza ha stabilito che il giudice non si scosta senza motivi imperativi dal parere degli esperti, il cui compito è quello di mettere a disposizione del tribunale le loro conoscenze specifiche e di valutare, da un punto di vista medico, una certa fattispecie (sentenza del Tribunale federale U 505/06 del 17 dicembre 2007). Ragioni che possono indurre il giudice a non fondarsi su un tale referto sono ad esempio affermazioni contraddittorie, il contenuto di una superperizia, o altri rapporti da cui emergono validi motivi per farlo e, meglio, se l'opinione di altri esperti appare sufficientemente fondata da mettere in discussione le conclusioni peritali (sentenza del Tribunale federale I 166/03 del 30 giugno 2004 consid. 3.3).

8.2 Per quel che riguarda le perizie di parte, il Tribunale federale ha precisato che esse contengono considerazioni specialistiche che possono contribuire ad accertare i fatti, da un punto di vista medico. Malgrado esse abbiano lo stesso valore probatorio di una perizia giudiziaria, il giudice deve valutare se questi referti medici sono atti a mettere in discussione la perizia giudiziaria oppure quella ordinata dall'amministrazione (DTF 125 V 351). Giova altresì rilevare come debba essere considerato con la necessaria prudenza l'avviso dei medici curanti, i quali possono tendere a pronunciarsi in favore del proprio paziente a dipendenza dei particolari legami che essi hanno con gli stessi (DTF 125 V 351 consid. 3b e relativi riferimenti).

8.3 Non va infine dimenticato che se vi sono dei rapporti medici contraddittori il giudice non può evadere la vertenza senza valutare l'intero materiale e indicare i motivi per cui egli si fonda su un rapporto piuttosto che su un altro. Al riguardo va tuttavia precisato che non si può pretendere dal giudice che raffronti i diversi pareri medici e parimenti esponga correttamente da un punto di vista

medico, come farebbe un perito, i punti in cui si evidenziano delle carenze e quale sia l'opinione più adeguata (sentenza del Tribunale federale I 166/03 del 30 giugno 2004 consid. 3.3).

9.

9.1 Dal luglio 1999, il ricorrente è stato alle dipendenze dell'impresa B._____ in qualità di muratore. Ha interrotto il lavoro il 30 aprile 2002 a seguito di un infortunio della circolazione stradale (doc. A 11). Non appare dalle carte processuali che successivamente abbia ancora lavorato.

9.2 Dalla documentazione medica agli atti emerge sostanzialmente che l'insorgente soffre di stato dopo frattura e osteosintesi ulna-radio sinistro, stato dopo amputazione traumatica falange distale pollice sinistro, stato dopo frattura astragalica e navicolare piede sinistro, stato dopo artrodesi talo-navicolare e calcaneo-cuboidea a sinistra per sviluppo di un'artrosi dell'articolazione di Chopart nonché di pseudo artrosi calcaneo-cuboidea.

9.3 Si tratta di affezioni di carattere labile, ossia suscettibili di migliorare o di peggiorare (o anche solo di peggiorare). Ne discende che, in mancanza di uno stato di salute sufficientemente stabilizzato, è inapplicabile la prima lettera dell'art. 29 cpv. 1 LAI, per cui può entrare in considerazione solo la seconda lettera della citata norma legale, la quale prevede un termine di attesa di un anno. Pertanto, il ricorrente potrebbe pretendere una rendita dell'assicurazione svizzera per l'invalidità solo a partire dal momento in cui ha subito, senza interruzione notevole, un'incapacità lavorativa media di almeno il 40% durante un anno.

10.

10.1 La decisione del 14 giugno 2007 dell'autorità inferiore è basata sui rapporti del 10 giugno 2005, del 10 ottobre 2006 e del 20 febbraio e 23 aprile 2007 del dott. M._____, medico del SMR, nonché sui rapporti del 22 dicembre 2005 e del 19 febbraio 2007 della consulente N._____, del Servizio integrazione professionale dell'AI, i quali, a loro volta, si sono fondati sul rapporto del 22 aprile 2005 del dott. L._____, specialista in chirurgia e chirurgia ortopedica (medico incaricato dall'assicurazione E._____) nonché sulla decisione su opposizione della E._____ del 1° dicembre 2006.

10.2 Questo Tribunale rileva preliminarmente che, con sentenza del 27 giugno 2007, il Tribunale cantonale delle assicurazioni del Cantone C._____ ha confermato nella sostanza la decisione su opposizione della E._____ del 1° dicembre 2006, segnatamente in merito alla determinazione del danno alla salute in relazione all'infortunio del 30 aprile 2002, alla capacità lavorativa dell'interessato nella precedente attività ed in attività confacenti allo stato di salute, all'esigibilità dell'esercizio di un'attività leggera (attività sedentaria e senza sollevamento/trasporto di pesi), al reddito da valido, al reddito da invalido nonché al grado di invalidità. Il Tribunale cantonale delle assicurazioni ha altresì ritenuto che "i disturbi localizzati al rachide dorso-lombare hanno un'eziologia extra-traumatica" (sentenza del Tribunale cantonale delle assicurazioni 35.2007.33 del 27 giugno 2007 consid. 2.5 e 2.8).

10.3

10.3.1 Nel referto del 22 aprile 2005, il dott. L._____ ha preliminarmente evidenziato il decorso dell'infortunio della circolazione stradale (aprile 2002), segnatamente gli esiti degli interventi chirurgici a cui è stato sottoposto l'assicurato nel 2002 e 2004. Il medico ha poi posto la seguente diagnosi: stato dopo frattura e osteosintesi ulna-radio sinistra (con materiale di osteosintesi già asportato), stato dopo amputazione traumatica falange distale pollice sinistro, stato dopo frattura astragalica e navicolare piede sinistro, stato dopo artrodesi talo-navicolare e calcaneo-cuboidea a sinistra per sviluppo di una artrosi dell'articolazione di Chopart e pseudo artrosi calcaneo-cuboidea. Sulla base di tale diagnosi ha considerato il ricorrente abile al 100% in attività sostitutive medio-leggere, descrivendo nel modo seguente l'esigibilità al lavoro dell'insorgente: "può portare molto spesso pesi fino a 5 kg, talvolta da 5 a 10 kg, di rado da 10 a 25 kg, mai oltre i 25 kg. Può molto spesso sollevare sopra al petto pesi fino a 5 kg. Talvolta oltre i 5 kg. Può effettuare lavori di montaggio leggeri molto spesso. Talvolta può eseguire lavori medi come forare ed avvitare. Di rado può effettuare lavori pesanti come lavoro manuale. Mai può effettuare lavori molto pesanti. Molto spesso può usare il cacciavite in quanto il paziente è destrimano e non ha nessuna limitazione per quanto riguarda il braccio destro. Può molto spesso fare lavori sopra la testa non ha limitazione per quanto riguarda la rotazione. Può molto spesso mantenere la posizione seduta e inclinata in avanti. Talvolta la posizione in piedi e inclinata in avanti. Può molto

spesso mantenere la posizione sia inginocchiata che a ginocchia flesse. Può molto spesso mantenere la posizione seduta, mentre talvolta la posizione in piedi. Può molto spesso camminare fino a 50 metri, talvolta oltre i 50 m. Di rado per tragitti lunghi". Ha altresì segnalato che il ricorrente non assume alcun medicamento e non si sottopone ad alcun trattamento di fisioterapia. Infine, ha reputato che ulteriori trattamenti medici non permetterebbero di migliorare le condizioni di salute dell'assicurato (doc. B 12-3).

10.3.2 Questo Tribunale osserva che la menzionata relazione medica si fonda su informazioni fornite dal paziente e da terzi medici, sull'esame del quadro clinico e sulle risultanze della visita dell'assicurato. Il referto medico comporta l'anamnesi, informazioni tratte dall'incarto, indicazioni dell'interessato, i risultati d'esami, la diagnosi nonché la discussione. A giusta ragione, il dott. M._____, nel suo rapporto del 23 aprile 2007 (doc. A 42-1), ha ritenuto tale rapporto come mezzo probatorio idoneo per la valutazione dello stato di salute dell'assicurato e dell'esigibilità dell'esercizio di un'attività di sostituzione. Ha altresì precisato che non è stata prodotta documentazione medica da cui risulti una nuova diagnosi o un peggioramento dello stato di salute dell'assicurato stesso.

10.3.3 Questo Tribunale non ritiene vi siano motivi per scostarsi da siffatta valutazione perlomeno per quanto attiene alle conseguenze dell'infortunio subito dal ricorrente nell'aprile del 2002, come peraltro ritenuto dal Tribunale delle assicurazioni del Cantone C._____ nella sua sentenza del 27 giugno 2007 (cresciuta in giudicato), cui può essere rinviato nella sostanza anche per quanto attiene alla valutazione dei singoli rapporti medici, segnatamente di quelli dei dott. O._____ e P._____ presentati dall'insorgente nell'agosto del 2006 (doc. A 29-3 a 29-11).

10.3.4 Certo, il ricorrente fa valere, in sede ricorsuale, che per potere stabilire con certezza le sue condizioni di salute nonché l'esigibilità dell'esercizio di un'attività sostitutiva si dovrebbe effettuare un'ulteriore visita medica, almeno per quanto attiene ai "gravi problemi di schiena di cui soffre l'interessato e che sono stati più volte evidenziati dallo stesso in occasione delle varie visite mediche" (v. ricorso pag. 5), problemi ritenuti extra-infortunistici nella citata sentenza del Tribunale delle assicurazioni del Cantone C._____. Tuttavia, come giustamente evidenziato dal dott. M._____, nel suo rapporto del 23

aprile 2007, non è stata prodotta agli atti di causa nuova documentazione medica che comporti una nuova diagnosi (segnatamente relativa a gravi problemi di schiena) o renda plausibile, ai sensi della giurisprudenza di cui a DTF 130 V 64, un peggioramento dello stato di salute del ricorrente con riferimento alle conseguenze delle affezioni connesse all'infortunio dell'aprile del 2002. Certo, incombe all'assicuratore l'onere di dimostrare il miglioramento dello stato di salute dell'assicurato suscettibile di giustificare una riduzione della rendita ai sensi dell'art. 17 LPGa, ma l'assicurato ha pure un dovere di collaborazione nell'accertamento dei fatti determinanti (v. in merito DTF 125 V 193 consid. 2 e relativi riferimenti). Giova in particolare rilevare che già sulla base della decisione su opposizione della E._____ del 1° dicembre 2006 e del progetto di decisione dell'Ufficio dell'assicurazione invalidità del Cantone C._____ del 13 marzo 2007, non poteva sfuggire al ricorrente la necessità di rendere plausibile, sulla scorta di nuova documentazione medica obiettiva, l'esistenza di nuove diagnosi extra-infortunistiche (legate agli evocati gravi mal di schiena) rispettivamente l'aggravamento delle conseguenze delle affezioni infortunistiche. Invero, nella perizia di chiusura del 22 aprile del 2005 del dott. L._____ (medico incaricato dalla E._____) risulta che l'insorgente fa stato di dolori alla schiena (ma non di gravi dolori alla schiena) camminando non correttamente. Nella relazione clinica del dott. O._____ (doc. A 29-3), ma non in quella del dott. P._____ del 17 agosto 2006 (doc. A 29-11), è pure fatto riferimento a soggettivi dolori alla schiena (a livello del rachide dorso-lombare) manifestati dal ricorrente in caso di deambulazione (non è indicato che ciò accade anche in caso di mantenimento a lungo della posizione seduta). Ma visto che anche in detti documenti, in cui peraltro non è fatto riferimento ad una specifica incapacità lavorativa riferita ad attività sostitutive medio-leggere, non è stata posta alcuna nuova diagnosi in relazione ai dolori segnalati dall'insorgente alla schiena e che non risulta dalle carte processuali che l'insorgente abbia assunto medicinali o effettuato altre terapie in relazione a detti dolori alla schiena, ben poteva l'autorità inferiore, in ciò confortata dall'opinione del dott. M._____ nel suo rapporto del 23 aprile 2007, ritenere, con probabilità preponderante, che altri provvedimenti probatori non avrebbero più potuto modificare il risultato (v. consid. 7.1 del presente giudizio e relativi riferimenti). Peraltro, neppure in sede di ricorso, dopo la chiara pronuncia del Tribunale delle assicurazioni del Cantone C._____ del 27 giugno 2007, sono stati esibiti dei documenti con una nuova diagnosi relativamente ai dolori alla schiena

(eventuali problematiche a livello di rachide dorso-lombare) o con riferimento ad un eventuale peggioramento delle conseguenze delle affezioni connesse con l'infortunio dell'aprile del 2002. In siffatte circostanze, questo Tribunale non ritiene necessari ulteriori accertamenti fattuali con riferimento agli evocati dolori alla schiena del ricorrente, che non appaiono neppure avere spinto il ricorrente a prendere dei medicinali o effettuare specifiche terapie (v. rapporto finale del dott. L._____ del 22 aprile 2005 pag. 2), benché incomba comunque all'assicurato il dovere di intraprendere tutto quanto sia ragionevolmente esigibile per ovviare nel modo migliore possibile alle conseguenze di un'invalidità (DTF 130 V 97 consid. 3.2 e DTF 112 V 22 consid. 4a).

10.4 Sulla scorta delle risultanze del rapporto medico del dott. L._____ del 22 aprile 2005, delle valutazioni del dott. M._____ e della consulente in integrazione professionale N._____, e delle considerazioni che precedono, questo Tribunale ritiene che il ricorrente non avrebbe certamente più potuto svolgere il lavoro di muratore. A lui sarebbero comunque state proponibili, da aprile 2005 a tempo pieno e con un rendimento completo, attività sostitutive confacenti al suo stato di salute, in lavori semplici medio-leggeri (o comunque leggeri) e poco qualificati sia nel settore secondario (in particolare mansioni d'assemblaggio, stampa, rifinitura, controllo del funzionamento, magazziniere, ausiliare in attività artigianali) sia nel settore terziario (in particolare venditore non qualificato, addetto all'informazione, portiere/custode o fattorino) (v. rapporto dalla consulente N._____ del 22 dicembre 2005; doc. 17-1). Il ricorrente sostiene che sarebbero da lui esigibili per tutto il giorno dei lavori leggeri, ma solo nell'ambito del commercio e della riparazione. Si tratta, tuttavia, di una mera affermazione di parte che, da un lato, non trova alcun riscontro oggettivo negli atti di causa e che, dall'altro lato, non appare convincente, dal momento che vi sono lavori leggeri e poco qualificati idonei allo stato di salute del ricorrente anche nel settore secondario, come rettamente ritenuto dalla consulente per l'integrazione N._____.

11.

Infine, occorre esaminare la conformità del tasso d'invalidità calcolato dall'autorità inferiore.

11.1 Questo Tribunale osserva che il calcolo effettuato dall'autorità inferiore per la determinazione del tasso d'invalidità (cfr. lettera F del presente giudizio) si fonda sul salario con e senza invalidità come calcolati dalla consulente in integrazione professionale nel documento del 19 febbraio 2007 in applicazione dei valori nazionali delle tabelle edite dall'Ufficio federale della statistica (TA1; doc. A 35-1). L'autorità inferiore ha pertanto considerato quale reddito annuale da valido il salario conseguibile dal ricorrente nel 2006 (secondo le indicazioni del datore di lavoro e del ricorrente stesso), ossia fr. 73'501.--, ed ha ritenuto quale reddito da invalido per il 2006, il salario annuale ottenibile in attività semplici e ripetitive, ossia fr. 58'409.--, valore cui si è giunti mediante un adattamento prudenziale dell'1% del dato 2005 per l'anno 2006, allorché l'adattamento avrebbe dovuto essere dell'1,2% secondo le pertinenti tabelle (ciò che comporterebbe un reddito senza invalidità di fr. 58'524.-- che non modificherebbe comunque il tasso d'invalidità arrotondato infine ottenuto). L'autorità inferiore ha poi operato una riduzione del 15% su una massima possibile del 25% (v. al riguardo DTF 126 V 75), la quale può essere confermata, conto tenuto segnatamente del fatto che il ricorrente non può più esercitare lavori pesanti, che vi sono delle limitazioni anche nelle attività leggere e che egli ha lo statuto di frontaliere. La relativamente giovane età dell'insorgente al momento determinante non giustifica invece alcuna riduzione supplementare e neppure la sua reintegrazione professionale in attività sostitutive semplici e poco qualificate che non richiedono necessariamente la messa in atto di particolari misure che non siano altresì ragionevolmente esigibili dall'insorgente stesso. Da quanto esposto, è disceso un reddito dopo l'insorgenza dell'invalidità di fr. 49'647.35 (sarebbe di fr. 49'754.40 con l'adattamento dell'1,2% del salario 2005 per il 2006). Dal confronto fra il reddito da valido di fr. 73'501.-- e quello da invalido di fr. 49'647.35 è risultato un tasso d'invalidità arrotondato (v. sulle regole d'arrotondamento DTF 130 V 121) del 32%, che sarebbe rimasto tale, come già evocato, anche qualora l'adattamento dei salari del 2005 al 2006 fosse stato effettuato all'1,2% ($(73'501 - 49'754) \times 100 : 73'501 = 32.30\%$). In simile evenienza, è escluso il riconoscimento del diritto ad una rendita dell'assicurazione svizzera per l'invalidità. Peraltro, anche se si volesse fare riferimento ai dati dell'anno 2007, il risultato non cambierebbe, la differenza tra i redditi di riferimento non permettendo in alcun modo di raggiungere la percentuale minima del 40% necessaria per maturare il diritto ad una rendita. Infine, e quand'anche, per denegata ipotesi, si prendessero in considerazione esclusivamente le attività sostitutive

leggere nel settore del commercio e riparazione di autoveicoli, secondo quanto postulato dal ricorrente nel gravame, il confronto dei redditi senza e con invalidità (fr. 73'501.-- e fr. 54'696.--; il reddito con invalidità indicato dal ricorrente nel gravame in fr. 47'064.-- non trovando riscontro nella tabella TA1) non comporterebbe comunque, ferma restando una riduzione massima ammessa del 15%, il raggiungimento di un grado d'invalidità del 40% necessario per l'erogazione di una rendita AI ($(73'501 - 46'492) \times 100 : 73'501 = 36.74\%$).

11.2 Sulla scorta delle risultanze processuali – segnatamente della sufficiente documentazione medica agli atti e delle considerazioni che precedono – questo Tribunale ritiene che non vi è ragione di scostarsi dalla valutazione di cui alla decisione impugnata secondo la quale una rendita d'invalidità ai sensi del diritto svizzero va versata al ricorrente solo per il periodo tra il 1° maggio 2003 ed il 31 luglio 2005.

12.

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

13.

13.1 Visto l'esito della procedura, le spese processuali, di fr. 300.--, sono poste a carico del ricorrente (art. 63 cpv. 1 e cpv. 5 PA nonché art. 3 lett. b del regolamento sulle tasse e sulle spese ripetibili nelle cause dinanzi al Tribunale amministrativo federale del 21 febbraio 2008 [TS-TAF, RS 173.320.2]). Esse sono computate con l'anticipo spese, di identico ammontare, versato dal ricorrente stesso il 5 novembre 2007. Non si giustifica altresì la richiesta esenzione dalle spese processuali, avuto riguardo al fatto che le esigenze della motivazione di un progetto di decisione non possono essere troppo elevate e che al ricorrente era altresì nota la documentazione (in particolare decisione su opposizione della E._____ del 1° dicembre 2006 e referti medici), richiamata nelle proprie osservazioni, che ha originato la valutazione dell'autorità inferiore.

13.2 Al ricorrente, soccombente, non spetta altresì alcuna indennità per spese ripetibili della sede federale (art. 64 PA in combinazione con l'art. 7 cpv. 1 e 2 TS-TAF a contrario). Peraltro, le autorità federali, quand'anche vincenti, non hanno di principio diritto ad 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. 300.--, sono poste a carico del ricorrente. L'anticipo spese di fr. 300.--, versato il 5 novembre 2007, è computato con le spese processuali.

3.

Non si attribuiscono spese ripetibili.

4.

Comunicazione a:

- rappresentante del ricorrente (Atto giudiziario)
- autorità inferiore (n. di rif.)
- Ufficio federale delle assicurazioni sociali

Il presidente del collegio:

La cancelliera:

Vito Valenti

Marcella Lurà

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: