



Corte III
C-5777/2012

Sentenza del 28 novembre 2013

Composizione

Giudice Vito Valenti (giudice unico),
cancelliera Marcella Lurà.

Parti

A. _____,
patrocinato dall'avvocato Giacomo Lisi, Studio legale,
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 24 settembre
2012).

Fatti:**A.**

A._____, cittadino italiano, nato il (...), coniugato, ha lavorato in Svizzera nel 1972 (11 mesi), nel 1973 (10 mesi), dal 1974 al novembre del 1982 e nel 1999 (8 mesi), solvendo contributi all'assicurazione svizzera per la vecchiaia, i superstiti e l'invalidità (doc. 30). Rientrato in Italia, ha svolto attività lucrativa, da ultimo, dal 1° settembre 2005, come intonacatore-pavimentista in proprio, in ragione di 40 ore alla settimana. L'assicurato ha dichiarato d'aver ridotto l'attività lucrativa per motivi di salute a 12 ore alla settimana dal 1° maggio 2011 (doc. 23). Il 10 marzo 2012, ha formulato una richiesta volta all'ottenimento di una rendita dell'assicurazione svizzera per l'invalidità (doc. 3).

B.

Nel corso dell'istruttoria, l'Ufficio dell'assicurazione per l'invalidità per gli assicurati residenti all'estero (UAIE) ha in particolare assunto agli atti la seguente documentazione:

- documenti medici di data intercorrente da settembre 2008 a marzo 2012 (doc. 7 a 22);
- la perizia medica particolareggiata E 213 del 16 aprile 2012, da cui emerge la diagnosi di spondiloartrosi e discopatie multiple lombari, modesta coxartrosi bilaterale a lieve incidenza funzionale senza segni di sofferenza radicolare e sindrome ansioso-depressiva reattiva; l'interessato è stato ritenuto in grado di svolgere regolarmente lavori pesanti nonché, e a tempo pieno, sia il suo ultimo lavoro sia un lavoro adeguato alle sue condizioni. È stato segnalato che il medesimo è considerato invalido al 50%, conformemente alle disposizioni di legge del Paese di residenza, nella precedente attività (doc. 1);
- il questionario per l'assicurato dell'8 giugno 2012, unitamente all'attestazione dell'Agenzia delle Entrate di B._____ del 5 giugno 2012 concernente i redditi per gli anni 2009 e 2010 (doc. 23).

C.

Nel rapporto del 18 luglio 2012, il dott. C._____, del Servizio medico regionale "Rhône" (SMR), ha esposto la diagnosi di poliartrosi incipiente. Detto medico ha quindi ritenuto che l'interessato presenta una capacità lavorativa intatta, dunque del 100%, nella precedente attività (di intonacatore-pavimentista; doc. 25).

D.

Il 24 luglio 2012, l'autorità inferiore, mediante progetto di decisione, ha comunicato all'interessato che la domanda di prestazioni è (recte sarebbe stata) respinta, ritenuto in particolare che un'attività lucrativa confacente allo stato di salute è esercitata con orario normale e senza diminuzione di guadagno. L'autorità inferiore ha altresì concesso all'interessato la facoltà di formulare, nel termine di 30 giorni dalla notificazione del progetto di decisione, delle obiezioni per iscritto (doc. 26), facoltà di cui l'interessato non ha fatto uso.

E.

Il 24 settembre 2012, l'autorità inferiore ha respinto la domanda di prestazioni dell'assicurazione svizzera per l'invalidità. Ha osservato che l'interessato non ha subito un'incapacità al lavoro media sufficiente per un anno, ai sensi delle disposizioni dell'assicurazione svizzera per l'invalidità. In particolare, ha precisato che dagli atti risulta che l'interessato esercita un'attività lucrativa confacente al suo stato di salute, con orario normale e senza diminuzione di guadagno (doc. 27).

F.

F.a Il 31 ottobre 2012, l'interessato ha interposto ricorso dinanzi al Tribunale amministrativo federale contro la decisione dell'UAIE del 24 settembre 2012 mediante il quale ha chiesto il riconoscimento di una rendita intera d'invalidità subordinatamente di una rendita secondo il grado d'invalidità (del 70%, del 60%, del 50% oppure del 40%) che verrà riconosciuto da marzo del 2012 (data della richiesta volta all'ottenimento di una rendita). Ha segnalato che le patologie all'apparato osteo-articolare e lo stato ansioso-depressivo di cui è affetto nonché la sua età (di 58 anni) non gli consentono di svolgere una qualsiasi attività lucrativa, quindi tanto meno la sua attività di manovale edile. Ha precisato di avere interrotto il lavoro il 20 gennaio 2012 per motivi di salute. Ha esibito un'attestazione dell'Agenzia delle Entrate del 6 ottobre 2012 (secondo cui l'attività dell'impresa individuale dell'interessato è cessata il 15 settembre 2012; doc. TAF 1).

F.b Il 17 dicembre 2012, l'insorgente ha versato l'anticipo spese (doc. TAF 2 a 11).

G.

Nella risposta al ricorso del 30 aprile 2013, l'autorità inferiore ha proposto la reiezione del ricorso. In virtù del rapporto del 18 luglio 2012 del proprio servizio medico, il ricorrente è stato ritenuto in grado di svolgere la prece-

dente attività. Per conseguenza, non ha mai subito un'incapacità lavorativa di livello pensionabile. L'autorità inferiore ha altresì rilevato che l'insorgente non ha esibito nuova documentazione medica suscettibile di giustificare un diverso apprezzamento (doc. TAF 13).

H.

Nella replica del 1° luglio 2013, l'interessato si è riconfermato nelle argomentazioni in fatto e in diritto di cui al ricorso del 31 ottobre 2012. In particolare, l'insorgente ha segnalato che, secondo la relazione medica del 26 aprile 2013 del dott. D._____, allegata in copia, le affezioni di cui soffre "determinano una riduzione permanente a meno di 1/3 della capacità di lavoro in occupazioni confacenti (...) presumibilmente, decorrere dal mese di settembre 2012". Ha prodotto un decreto del 1° luglio 2013 del Tribunale di E._____, (doc. TAF 16).

I.

Nella duplice del 22 agosto 2013, l'autorità inferiore ha ritenuto, in virtù del rapporto del 19 agosto 2013 del proprio servizio medico (in cui è segnalato che la relazione medica dell'aprile 2013 permette di oggettivare un [eventuale] peggioramento dello stato di salute, peggioramento che si riferisce comunque ad un'epoca successiva alla data di emissione della perizia E 213 dell'aprile 2012; doc. 29), che la documentazione medica prodotta in replica non apporta nuovi elementi clinico oggettivi tali da modificare la valutazione clinica-lavorativa dell'interessato. L'autorità inferiore ha quindi nuovamente proposto la reiezione del ricorso (doc. TAF 18).

J.

In una presa di posizione inoltrata il 18 settembre 2013, l'interessato si è riconfermato nelle argomentazioni in fatto e in diritto di cui al ricorso del 31 ottobre 2012 (doc. TAF 21), scritto di osservazioni che è poi stato trasmesso da questo Tribunale con provvedimento del 30 settembre 2013 all'autorità inferiore per conoscenza (doc. TAF 22).

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 contro le decisioni, ai sensi dell'art. 5 della legge federale del 20 dicembre 1968 sulla procedura amministrativa (PA, RS 172.021), rese dall'Ufficio dell'assicurazione per l'invalidità 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 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 Presentato da una parte direttamente toccata dalla decisione e avente un interesse degno di protezione al suo annullamento o alla sua modifica (art. 59 LPGA), il ricorso – interposto tempestivamente e rispettoso dei requisiti previsti dalla legge (art. 60 LPGA nonché art. 52 PA) – è pertanto ammissibile.

2.

2.1 Il ricorrente è cittadino di uno Stato membro della Comunità europea, per cui è applicabile, di principio, l'Accordo sulla libera circolazione delle persone del 21 giugno 1999 fra la Confederazione svizzera, da una parte, e la Comunità europea ed i suoi Stati membri, dall'altra, entrato in vigore il 1° giugno 2002 (ALC, RS 0.142.112.681), in particolare il suo allegato II relativo al coordinamento dei sistemi di sicurezza sociale. Secondo l'art. 20 ALC, salvo disposizione contraria contenuta nell'allegato II, gli accordi bilaterali fra la Svizzera e gli Stati membri della Comunità europea in materia di sicurezza sociale sono sospesi con l'entrata in vigore dell'Accordo, qualora il medesimo campo sia disciplinato da quest'ultimo.

2.2 L'allegato II è stato modificato con effetto dal 1° aprile 2012 (Decisione 1/2012 del Comitato misto del 31 marzo 2012; RU 2012 2345). Nella sua nuova versione esso prevede 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), assimila la Svizzera, a questo scopo, ad uno Stato membro dell'Unione europea

(UE; art. 1 ch. 2), e stabilisce, ai fini dell'applicazione delle disposizioni dello stesso allegato, la necessità di tenere in debita considerazione gli atti giuridici dell'UE di cui alla sezione B (art. 2 ch. 1) e di prendere atto di quelli menzionati alla sezione C (art. 2 ch. 2).

2.3 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.

Gli atti giuridici elencati nella sezione B dell'allegato II rappresentano diverse decisioni della Commissione amministrativa per il coordinamento dei sistemi di sicurezza sociale, mentre quelli esposti nella sezione C corrispondono a due raccomandazioni della stessa commissione.

L'allegato II è peraltro completato da un protocollo, che ne costituisce parte integrante (art. 3 ch. 2), in cui sono stipulate regole speciali riguardo all'assicurazione contro la disoccupazione, agli assegni per grandi invalidi e alla previdenza professionale per la vecchiaia, i superstiti e l'invalidità.

2.4 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 detto, 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).

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 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 DTF 130 V 445 consid. 1.2 e relativi riferimenti nonché DTF 129 V 1 consid. 1.2). La domanda di una rendita AI essendo stata presentata il 10 marzo 2012, al caso in esame si applicano di principio le disposizioni della 6a revisione della LAI entrate in vigore il 1° gennaio 2012.

3.3

3.3.1 Il ricorrente, come già menzionato, ha presentato la domanda di rendita il 10 marzo 2012. In deroga all'art. 24 LPGA, l'art. 29 LAI prevede che il diritto alla rendita nasce al più presto dopo sei mesi dalla data in cui l'assicurato ha rivendicato il diritto alle prestazioni conformemente all'art. 29 cpv. 1 LPGA (riservate altresì le condizioni dell'art. 28 cpv. 1 LAI [cfr. consid. 5.3 del presente giudizio]).

3.3.2 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 resa. 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 DTF 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 Tribunale federale 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 200 consid. 3a in fine).

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 28a LAI);
- aver pagato i contributi all'AVS/AI svizzera o ad un'assicurazione sociale assimilata (FF 2005 p. 4065; art. 45 del regolamento 1408/71) di uno Stato membro dell'Unione europea (UE) o dell'Associazione europea di libero scambio (AELS), durante tre anni (art. 36 cpv. 1 LAI), ferma restando la necessità di un periodo contributivo minimo in Svizzera di un anno (art. 36 cpv. 2 LAI in combinazione con l'art. 29 cpv. 1 LAVS; cfr. DTF 130 V 335 consid. 3 e 4).

Il ricorrente ha versato contributi all'AVS/AI svizzera per più di 11 anni (v. doc. 30) e, pertanto, adempie in ogni caso 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. 2 LAI, 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. 29 cpv. 4, 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 LPGA), 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 L'art. 28 cpv. 1 LAI prevede che l'assicurato ha diritto a una rendita se la sua capacità al guadagno o la sua capacità di svolgere le mansioni consuete non può essere ristabilita, mantenuta o migliorata mediante provvedimenti d'integrazione ragionevolmente esigibili (lettera a), ha avuto un'incapacità al lavoro (art. 6 LPGGA) almeno del 40% in media durante un anno senza notevole interruzione (lettera b) e al termine di questo anno è invalido (art. 8 LPGGA) almeno al 40% (lettera c).

6.

6.1 La nozione d'invalidità di cui all'art. 4 LAI e 8 LPGGA è un concetto di carattere economico-giuridico e non medico (DTF 116 V 246 consid. 1b, DTF 110 V 273; v. pure sentenze del Tribunale federale 8C_636/2010 del 17 gennaio 2011 consid. 3 e 9C_529/2008 del 18 maggio 2009). 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).

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.

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 LPGGA), 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).

7.2 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).

7.3 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.

8.1 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. 3).

8.2 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.

Dalla documentazione medica agli atti appare che il ricorrente soffre segnatamente di spondiloartrosi e discopatie multiple lombari, modesta coxartrosi bilaterale a lieve incidenza funzionale senza segni di sofferenza radicolare e sindrome ansioso-depressiva reattiva (cfr. perizia medica particolareggiata E 213 del 16 aprile 2012; doc. 1).

10.

10.1 Nella fattispecie in esame, occorre determinare se, e a partire da quando, il ricorrente abbia subito, e senza interruzione notevole, un'incapacità lavorativa media del 40% durante un anno giusta l'art. 28 cpv. 1 lett. b LAI.

10.2 Dalla necessaria e sufficiente istruttoria effettuata dall'autorità inferiore risulta che un diritto ad una rendita svizzera d'invalidità non avrebbe potuto sorgere prima del settembre 2013 (termine di attesa di un anno; art. 28 cpv. 1 LAI in combinazione con l'art. 29 cpv. 1 LAI), ritenuto che alcun documento agli atti di causa permette di concludere che un'incapacità al lavoro sia sorta anteriormente al settembre del 2012.

10.2.1 In effetti, nel rapporto del 18 luglio 2012 (doc. 25), il dott. C._____, medico SMR, ha rilevato, in virtù delle risultanze processuali (segnatamente sulla base dei referti medici dell'ottobre 2008, dell'ottobre 2011 e del gennaio rispettivamente marzo 2012), che le alterazioni degenerative all'apparato locomotorio sono radiologicamente poco marcate e compatibili con l'età, non implicano alcuna incidenza funzionale significativa e non giustificano alcuna incapacità al lavoro. I dolori sono insignificanti e saltuari dal momento che l'insorgente assume dei medicinali leggeri di tanto in tanto. L'incidente del 2008 non ha comportato né limitazione funzionali né incapacità lavorativa duratura. Il dott. C._____ ha quindi ritenuto, anche tenuto conto della diagnosticata sindrome ansioso depressiva reattiva (certificato dello psichiatra del 9 marzo 2012), che il ricorrente è completamente abile nella precedente attività (di intonacatore-pavimentista). Questo Tribunale non ha motivo di scostarsi, nella sostanza, dal suddetto apprezzamento ritenuto come lo stesso trovi fondamento anche nella perizia medica particolareggiata E 213 del 16 aprile

2012 (doc. 1). In effetti, il medico incaricato dell'esame ha indicato che l'insorgente è in grado di svolgere, e a tempo pieno, il suo ultimo lavoro (doc. 1 pag. 8 n. 11.4). Nella perizia E 213 è stata certo evidenziata un'invalidità del 50%, nella precedente attività, ritenuta in Italia conformemente alle disposizioni di legge di detto Paese. Sennonché a tale riguardo giova rammentare che la valutazione di un'autorità straniera con riferimento all'incapacità lavorativa di un assicurato non vincola di principio le autorità svizzere nell'apprezzamento del caso secondo il diritto svizzero (v. sentenza del Tribunale federale I 435/02 del 4 febbraio 2003 consid. 2 nonché consid. 2.4 del presente giudizio), fermo restando che l'indicata, ed immotivata, incapacità lavorativa appare fondarsi su una valutazione dell'invalidità come vigente in Italia, peraltro di per sé non conciliabile con il sistema svizzero.

10.2.2 Ma vi è di più. In sede di ricorso, il ricorrente ha presentato una relazione di consulenza tecnica del dott. D. _____ del 26 aprile 2013 da cui emerge che il ricorrente è da considerarsi soggetto invalido, ritenuto che a carico dello stesso sono presenti infermità che determinano una riduzione permanente a meno di 1/3 della capacità di lavoro in occupazioni confacenti, ma solo a decorrere dal mese di settembre del 2012 (doc. TAF 16, allegato 2). In virtù di tale relazione di consulenza tecnica, che non sarebbe stata contestata, il Tribunale di E. _____, sezione del lavoro, nell'atto di omologazione del 1° luglio 2013, ha accertato un'invalidità a decorrere dal 1° settembre 2012 solamente, e indicato che il riconoscimento del requisito sanitario è intervenuto in epoca successiva alla proposizione della domanda amministrativa da parte dell'interessato (aggravamento sopravvenuto).

10.2.3 Anche i succitati documenti dell'aprile e luglio 2013 dimostrano pertanto in modo incontrovertibile che al momento dell'emanazione della decisione impugnata, il 24 settembre 2012, non risultava manifestamente un'incapacità al lavoro media sufficiente, per un anno (tutt'al più per 24 giorni), ai sensi delle pertinenti disposizioni di legge svizzere.

10.3 Può essere ancora rilevato che né nell'ambito della procedura di prima istanza né in sede di ricorso l'insorgente ha mai indicato con la necessaria precisione, tanto meno dimostrato con documentazione medica oggettiva, quali specifiche attività della sua professione (in percentuale rispetto al totale) non sarebbe più (stato) in grado di svolgere, e a partire da quando, a causa delle affezioni da lui evocate, non essendo decisivo per la determinazione del grado d'invalidità la sua decisione di ridurre l'o-

rario di lavoro da maggio del 2011 rispettivamente di interrompere il lavoro da gennaio del 2012.

10.4 Infine, giova pure ancora rilevare che, per costante giurisprudenza, allorquando, come in nel caso in esame, l'attività lavorativa abituale è esigibile, l'applicazione del metodo straordinario per la determinazione del grado d'invalidità non presuppone né la presa in considerazione dell'età del ricorrente o del mercato equilibrato del lavoro, né un raffronto dei redditi ipotetici o il riferimento a dei redditi comparativi nella medesima professione, né l'esame della fase iniziale dell'attività indipendente in questione, il tasso d'incapacità al lavoro (dello 0%) corrisponde allora al grado d'invalidità (dello 0%; cfr. sentenze del Tribunale federale 9C_1/2011 del 22 febbraio 2012 e 9C_947/2008 del 29 maggio 2009 nonché sentenza del Tribunale amministrativo federale C-1446/2011 del 27 giugno 2013 consid. 11.5), grado d'invalidità che esclude il riconoscimento del diritto ad una rendita dell'assicurazione svizzera per l'invalidità.

11.

Da quanto esposto, consegue che il ricorso, privo di qualsivoglia fondamento, non merita tutela e la decisione impugnata va confermata. Il giudice dell'istruzione – anteriormente o posteriormente ad uno scambio di scritti – decide quale giudice unico, con motivazione sommaria, i ricorsi manifestamente infondati (art. 85^{bis} cpv. 3 LAVS in combinazione con l'art. 69 cpv. 2 LAI). Nel caso concreto il gravame – in considerazione, fra l'altro, dei generici argomenti presentati – deve ritenersi siccome manifestamente infondato. La presente sentenza di rigetto del ricorso può pertanto essere resa a giudice unico.

12.

Come già rilevato al considerando 10.2.2 del presente giudizio, il ricorrente, nella replica del 1° luglio 2013, ha fatto presente (implicitamente) che le sue condizioni di salute sono peggiorate ed ha esibito una relazione medica dell'aprile 2013 del dott. D._____. Per quanto risulta dagli atti di causa, occorre rilevare, come indicato dal dott. C._____. (v. rapporto del 19 agosto 2013 [doc. 29]), che l'incidenza funzionale delle patologie ortopedico-reumatologiche diagnosticate ha subito un cambiamento significativo. Se il rapporto ortopedico del gennaio 2012 (doc. 19) evidenziava un rachide mobile per 3/4 su vari piani, un'anca destra limitata nelle rotazioni per pochi gradi ed una manovra di Lasègue negativa e la perizia medica E 213 dell'aprile 2012 (doc. 1) riferiva di escursioni articolari del tronco complete, manovre di stiramento radicolare negative, scapolo omerali con escursioni articolari complete, movimenti delle coxo-femorali

complete, movimenti (forza e tono) e andatura nella norma, la situazione appare essersi modificata significativamente a partire al più tardi dal 26 aprile 2013, data della relazione medica del dott. D. _____ (doc. TAF 16, allegato 2), in cui è fatto stato di un deficit flesso-estensorio del tronco con ipomobilità del rachide cervicale, manovra di Lasègue positiva a destra ai gradi medi, spalla destra dolente all'elevazione del braccio con blocco ai gradi medi, coxo-femorali limitate nei movimenti e ridotta forza prensile alle mani. Detta documentazione va pertanto trasmessa all'UAIE quale nuova domanda di rendita.

13.

13.1 Visto l'esito della procedura, le spese processuali, di fr. 400.--, 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 [TS-TAF, RS 173.320.2]). Esse sono computate con l'anticipo spese, di identico ammontare, versato dall'insorgente stesso il 17 dicembre 2012.

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.

La replica e la relazione di consulenza tecnica del 26 aprile 2013 sono trasmesse all'autorità inferiore quale nuova domanda di rendita.

3.

Le spese processuali, di fr. 400.--, sono poste a carico del ricorrente. L'anticipo spese di fr. 400.--, versato il 17 dicembre 2012, è computato con le spese processuali.

4.

Non si attribuiscono spese ripetibili.

5.

Comunicazione a:

- rappresentante del ricorrente (Raccomandata con avviso di ricevimento)
- autorità inferiore (n. di rif. ; Raccomandata; allegati: menzionati)
- Ufficio federale delle assicurazioni sociali (Raccomandata)

Il giudice unico:

La cancelliera:

Vito Valenti

Marcella Lurà

I rimedi giuridici sono menzionati alla pagina seguente.

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: