



Sentenza del 27 gennaio 2015

Composizione

Giudici Michela Bürki Moreni (presidente del collegio),
Madeleine Hirsig-Vouilloz, Markus Metz,
cancelliere Dario Croci Torti.

Parti

A. _____,
patrocinato dall'avv. Lina Ratano,
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
Nuova domanda di prestazioni
(decisione del 27 febbraio 2013).

Fatti:**A.**

A.a A._____, cittadino italiano, nato il , ha lavorato in Svizzera dal 1970 al 1988 nel settore edile (doc. 83). Dopo il rimpatrio, ha iniziato un'attività di commerciante ambulante fino al maggio del 2008, quando subì un infarto miocardico; il lavoro venne ripreso nel giugno successivo, a tempo parziale (20 ore settimanali invece di 40) con sole mansioni di sorveglianza (doc. 15 pag. 6 e 7; doc. 15, pag. 1 e 2).

A.b In data 10 giugno 2008 A._____ presentò all'Ufficio dell'assicurazione per l'invalidità per gli assicurati residenti all'estero (UAIE), una prima domanda volta al conseguimento di una prestazione dell'assicurazione svizzera per l'invalidità (doc. 11).

L'indagine medica, in particolare la perizia particolareggiata dell'INPS di Casarano del 9 settembre 2008 aveva posto in evidenza che il richiedente era portatore di una cardiopatia ischemica in infarto inferiore trattato con PTCA+Stent (maggio 2008) in attuale discreto compenso emodinamico, diabete mellito, artrosi del rachide senza evidente impegno funzionale (doc. 9).

Il medico dell'UAIE, nel suo rapporto del 26 marzo 2009, ritenne che l'interessato, nonostante le affezioni subite ed in corso, avrebbe potuto riprendere il suo precedente lavoro in misura completa da settembre 2008 (doc. 17). L'UAIE dal canto suo aderì al parere del proprio medico ed un progetto di decisione comportante il diniego di prestazioni assicurative venne inviato a A._____ il 16 aprile 2009 (doc. 18). L'interpellato non prese posizione, per cui l'UAIE emanò, il 22 giugno successivo, una decisione conformemente al progetto (doc. 19).

A.c A._____ impugnò detto provvedimento amministrativo innanzi al Tribunale amministrativo federale, producendo, nel corso dell'istruttoria, diversa documentazione medica di più recente esecuzione (cfr. incarto TAF C-4901/2009), chiedendo il riconoscimento di prestazioni assicurative. Con sentenza del 2 giugno 2010 questo Tribunale ha respinto il ricorso di A._____ e confermato la decisione amministrativa del 22 giugno 2009 (doc. 28). L'autorità giudiziaria, sulla scorta degli atti sanitari, ha condiviso l'opinione dell'autorità inferiore, secondo cui l'assicurato avrebbe potuto

svolgere l'attuale attività in misura completa, astenendosi dai compiti più gravosi.

B.

B.a In data 18 aprile 2012 l'interessato ha formulato una nuova domanda volta al conseguimento di prestazioni AI (doc. 67, 68).

Alla nuova richiesta, per il tramite dell'INPS, ha segnatamente allegato:

- una perizia medica particolareggiata redatta il 5 ottobre 2012 dal medico fiduciario dell'INPS di Casarano, il quale evidenzia la diagnosi di cardiopatia ischemica da coronaropatia multivasale in esiti di IMA anteriore trattato con PTCA + stent medicato su IVA, diabete mellito non insulinodipendente, OSAS (sindrome delle apnee ostruttive del sonno), spondilodiscoartrosi diffusa e gonartrosi e fissa nel 65% il grado d'invalidità (doc. 64);
- un rapporto d'esame cardiologico dell'8 luglio 2011 con referto d'ecocardiogramma e elettrocardiogramma (doc. 44);
- un referto radiologico del rachide cervicodorsolombosacrale del 29 settembre 2011 (doc. 30);
- un rapporto d'esame cardiologico con elettrocardiogramma del 1° ottobre 2011 che attesta episodi di angor per sforzi di grado modesto nitratosen-sibili (doc. 31, 32);
- un breve e poco leggibile rapporto di esame ortopedico del 31 ottobre 2011 nel quale vengono segnalate cervicalgie e dorsalgie da schiacciamenti discali plurisettoriali (doc. 38), con un referto rx del rachide in toto del 29 settembre 2011 (doc. 41 = doc. 30);
- un certificato medico redatto il 15 marzo 2012 dal Dott. B. _____, attestante la nota patologia cardiaca, attuale angor anche al minimo sforzo, diabete mellito II, poliartrosi ed OSAS (doc. 63);
- un rapporto d'esame cardiologico del 12 giugno 2012 con referto elettro e eco cardiografico con conclusione "attuale compenso emodinamico" (doc. 45);
- un elettrocardiogramma del 26 luglio 2012 (doc. 43);

- una perizia medica particolareggiata redatta il 5 ottobre 2012 dal medico fiduciario dell'INPS di Casarano, il quale evidenzia la diagnosi di cardiopatia ischemica da coronaropatia multivasale in esiti di IMA anteriore trattato con PTCA + stent medicato su IVA, diabete mellito non insulino-dipendente, OSAS (sindrome delle apnee ostruttive del sonno), spondilodiscoartrosi diffusa e gonartrosi e fissa nel 65% il grado d'invalidità (doc. 64);

- infine diversi atti riguardanti la patologia insorta nel 2008 (già nell'incarto) ed altri del 2004 relativi all'OSAS (doc. 58-61);

L'incarto è stato sottoposto in esame alla Dott.ssa C._____, dell'UAIE, la quale, nel rapporto dell'11 dicembre 2012, ha rilevato che nell'attività attuale (commercio in proprio) l'interessato presenta un grado d'incapacità lavorativa del 20% all'incirca dal settembre 2011 (referti radiologici del rachide in toto), come pure in attività sostitutive (doc. 73).

B.b Con progetto di decisione del 20 dicembre 2012, l'Ufficio AI ha disposto di non entrare nel merito della nuova domanda, in quanto il richiedente non avrebbe reso plausibile una modifica del suo grado d'invalidità (doc. 74).

Con presa di posizione del 5 febbraio 2013 A._____, rappresentato dal Patronato INAPA, ha confermato la sua richiesta di prestazioni ed ha esibito un referto d'esame cardiologico recente (8 gennaio 2013, doc. 76), attestante un episodio di insufficienza ventricolare sinistra (da referto ecocardiografico) ed ove viene consigliata una coronarografia. Un altro rapporto cardiologico manoscritto del 5 febbraio 2013 evoca un nuovo intervento PTCA con DES su Cdx nel gennaio 2013 (doc. 75).

L'incarto è stato sottoposto nuovamente alla Dott.ssa C._____, la quale, nel rapporto del 24 febbraio 2013, afferma come la nuova refertazione non ponga in evidenza novità dal punto di vista patologico (doc. 79).

B.c In data 27 febbraio 2013, l'UAIE ha emanato una decisione conformemente al progetto (doc. 80).

C.

Con il ricorso depositato il 4 aprile 2013 (doc. TAF 1), A._____, regolarmente rappresentato dall'avv. Lina Ratano, chiede la trasmissione degli atti in visione, il riconoscimento del diritto alla rendita intera AI e la condanna dell'UAIE al pagamento delle spese e ripetibili. Se l'autorità amministrativa dovesse contestare lo stato d'invalidità dell'interessato, questi postula l'e-

rezione di una perizia indipendente. Produce diversa documentazione sanitaria e, segnatamente (oltre a documentazione già ad atti), la lettera di dimissione ospedaliera relativa al ricovero dal 20 al 22 gennaio 2013 per impianto di PTCA con stent su coronaria destra media e stent su coronaria destra distale al ramo postero-laterale in paziente con sospetto equivalente anginoso e un certificato medico del 25 marzo 2013 del Dott. B._____.

D.

Ricevuta l'impugnativa, l'UAIE ha sottoposto gli atti alla Dott.ssa C._____, la quale, nel rapporto del 22 maggio 2013, si è riconfermata nelle sue precedenti considerazioni (doc. 82).

Nelle sue osservazioni ricorsuali del 4 giugno 2013, l'UAIE ha proposto la reiezione del ricorso (doc. TAF 3), in quanto l'assicurato non raggiunge il grado di invalidità pensionabile. L'amministrazione ha inoltre rilevato che, contrariamente a quanto indicato nella decisione impugnata, sarebbe entrata nel merito della seconda domanda.

E.

Il 12 giugno 2013 questo Tribunale ha invitato la parte ricorrente e volersi pronunciare in merito alla risposta di causa dell'UAIE ed ad altra documentazione di rilievo (doc. TAF 4). Con atto del 9 luglio 2013 (doc. TAF 6) il ricorrente ha ribadito la sua intenzione di mantenere il ricorso criticando, segnatamente, l'interpretazione e lo scarso rilievo dati dalla Dott.ssa C._____ ai documenti ad atti ed a quelli esibiti che, a suo dire, attestano in modo inequivocabile il peggioramento del suo stato di salute e della conseguente capacità di lavoro (doc. TAF 6).

F.

Invitato a presentare una duplica, l'UAIE, con atto del 30 luglio 2013, si è confermato nelle sue precedenti considerazioni (doc. TAF 8).

G.

Con decisione incidentale del 13 agosto 2013, il Tribunale amministrativo federale ha invitato la parte ricorrente a versare un anticipo di fr. 400.-, a titolo di copertura delle spese processuali. Detto anticipo è stato versato il 15 settembre 2013 (doc. TAF 11, 12).

Diritto:

1.

1.1 Il 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 (RS 831.20), 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), il ricorso – interposto tempestivamente e rispettoso dei requisiti previsti dalla legge (art. 60 LPGGA 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'ALC (RS 0.142.112.681).

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 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).

2.3 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.

2.4 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).

3.

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). La domanda di rendita AI è stata presentata l'8 ottobre 2012, mentre il diritto alla rendita nasce al più presto dopo sei mesi dalla data in cui l'assicurato ha rivendicato il diritto alle prestazioni conformemente all'articolo 29 capoverso 1 LPGGA.

Al caso in esame si applicano pertanto le disposizioni della 6a revisione della LAI (primo pacchetto) entrate in vigore il 1° gennaio 2012.

4.

4.1 Il potere cognitivo di questo Tribunale è delimitato dalla data della decisione impugnata, in quanto il giudice delle assicurazioni sociali esamina il provvedimento sulla base della situazione di fatto esistente al momento in cui essa è stata resa (DTF 136 V 24 consid. 4.3). 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 200 consid. 3a in fine).

4.2 Il ricorrente, come già menzionato, ha presentato la nuova domanda di rendita il 18 aprile 2012 (doc. 67, 68). Il periodo di cognizione giudiziario del Tribunale amministrativo federale si estende fino al 27 febbraio 2013, data dell'impugnata decisione (si confronti pure DTF 130 V 64 per quanto attiene alle decisioni di non entrata nel merito di una nuova domanda di rendita).

5.

Giova peraltro rilevare che il ricorrente ha versato contributi all'AVS/AI svizzera per ben oltre tre anni (cfr. estratto del conto individuale della Cassa svizzera di compensazione [doc. 83]) e, pertanto, adempie la condizione della durata minima di contribuzione riferita alle norme entrate in vigore il 1° gennaio 2012 (art. 36 cpv. 1 LAI).

6.

6.1 L'invalidità ai sensi della LPGGA 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 LPGGA e 4 cpv. 1 LAI). Secondo l'art. 7 LPGGA, 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 LPGGA).

6.2 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%.

6.3 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).

6.4 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 e 110 V 273; v. pure sentenze del TF 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).

6.5 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.

7.

Per quanto attiene alle regole che reggono la procedura di nuova domanda di rendita, va rilevato che qualora, nell'ambito di una prima domanda, la rendita sia stata negata perché il grado d'invalidità era insufficiente, una nuova domanda è riesaminata soltanto se l'assicurato rende verosimile che il grado d'invalidità si è modificato in misura rilevante per il diritto alle prestazioni (art. 87 cpv. 3 e 4 OAI [RS 831.201]). Per valutare questo aspetto occorre confrontare la situazione al momento della nuova decisione (in concreto al 27 febbraio 2013) con quella esistente al momento dell'ultima decisione cresciuta in giudicato che è stata oggetto di un esame materiale del diritto alla rendita (nel caso di specie la decisione del 22 giugno 2009,

doc. 19) dopo contestuale accertamento pertinente dei fatti, apprezzamento delle prove e determinazione del grado d'invalidità (DTF 130 V 108 e 130 V 71 consid. 3.2.3). La verosimiglianza richiesta dall'art. 87 cpv. 3 OAI non è la verosimiglianza preponderante altrimenti valida nel diritto delle assicurazioni sociali. Il grado della prova dell'art. 87 cpv. 3 OAI è attenuato in quanto non è necessario che l'amministrazione raggiunga il convincimento, nel senso di una prova piena, che rispetto all'ultima decisione cresciuta in giudicato sia effettivamente subentrata una modifica rilevante. Basta piuttosto che sussistano almeno certi indizi a favore della circostanza invocata, fermo restando comunque la possibilità che la modifica invocata venga poi smentita da un più attento esame successivo (cfr. sentenza del TF 9C_68/2007 del 19 ottobre 2007 consid. 4.4 con riferimenti). Adita con una nuova domanda, l'amministrazione comincerà con l'esaminare se le allegazioni dell'assicurato sono, in maniera generale, plausibili. Se ciò non dovesse essere il caso, potrà di principio liquidare l'istanza senza ulteriori indagini con un rifiuto di entrata nel merito. A tal proposito occorre precisare che quanto più breve è il tempo trascorso dalla decisione precedente, tanto più rigorosamente l'amministrazione apprezzerà la plausibilità delle allegazioni dell'assicurato. Su questo aspetto, l'amministrazione dispone di un certo potere d'apprezzamento che il giudice è di principio tenuto a rispettare (cfr. sentenza del TF 9C_667/2010 del 28 aprile 2011 consid. 2.1 e 2.2 nonché relativi riferimenti). Peraltro, allorquando l'autorità inferiore è entrata nel merito di una domanda di rendita il giudice non ha da esaminare la legittimità di siffatta entrata nel merito (DTF 133 V 108 consid. 5.2 e 109 V 108 consid. 2b).

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, 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 137 V 210 consid. 6.2.4 pag 270; 134 V 232 consid. 5.1 oag. 232 con riferimenti, 125 V 351 consid. 3).

9.

Oggetto del contendere è unicamente la questione formale di sapere se a ragione o meno l'amministrazione, con decisione del 27 febbraio 2013, non è entrata nel merito della seconda domanda di rendita presentata dall'assicurato. Nella decisione impugnata l'UAIE, contrariamente a quanto sostenuto nella risposta di causa, non si è infatti pronunciata su un eventuale diritto alla rendita del ricorrente, bensì si è limitata ad affermare che il ricorrente non avrebbe reso plausibile una modifica del suo grado d'invalidità, essendo la situazione rimasta invariata. Il fatto che nella risposta di causa l'amministrazione abbia dichiarato (il 4 giugno 2013, doc. TAF 3, pag. 2 in fine) di essere entrata nel merito è invece irrilevante.

10.

10.1 Nel caso in esame il ricorso va accolto, seppur per motivi diversi da quelli invocati dal ricorrente, che pretende l'assegnazione di una rendita di invalidità. In effetti, nel periodo in esame che va da giugno 2009 al 27 febbraio 2013, l'UAIE avrebbe dovuto concludere come in tutta evidenza l'insorgente aveva reso plausibile, con il grado di prova ridotto richiesto dalla giurisprudenza (cfr. sentenza del TF 9C_683/2014 consid. 3.4.1 e 3.4.2 con relativi riferimenti), un peggioramento del suo stato di salute, così come della capacità lavorativa residua.

Dagli atti dell'incarto emerge in particolare che fino al 22 giugno 2009 erano stati diagnosticati, segnatamente cardiopatia ischemica in infarto inferiore trattato con PTCA+stent (maggio 2008) in attuale discreto compenso emodinamico, diabete mellito, artrosi del rachide senza impegno funzionale (cfr. segnatamente la perizia medica particolareggiata dell'INPS di Casarano del 9 settembre 2008, doc. 9).

Le diagnosi al momento della resa della decisione impugnata sono invece le seguenti: cardiopatia ischemica da coronaropatia multivasale in esiti di IMA anteriore trattato con PTCA, stent medicato su IVA, diabete mellito non insulinodipendente, OSAS, spondilodiscoartrosi (cfr. perizia medica particolareggiata del 5 ottobre 2012, doc. 64). Un recente esame cardiologico, eseguito l'8 gennaio 2013, attestava inoltre un episodio di insufficienza ventricolare sinistra (secondo un esame ecocardiografico) e al paziente veniva consigliata una coronarografia (doc. 76). Inoltre, un referto radiografico del 29 settembre 2011 (doc. 30 = doc. 41) poneva in evidenza un sicuro quadro patologico, tanto che la stessa Dott.ssa C._____, dell'UAIE, ha ammesso un'incapacità lavorativa di almeno il 20% in qualsivoglia attività

(doc. 73), incapacità non riscontrata nel corso della prima domanda di prestazioni. In più, l'interessato è stato ospedalizzato nel gennaio 2013 per un nuovo impianto PTCA con stent su coronaria destra media e stent su coronaria destra distale al ramo postero-laterale in paziente con sospetto equivalente anginoso (cfr., segnatamente, l'allegato 12 al ricorso, TAF 1). Già in virtù dei menzionati elementi diagnostici, non vi è chi non veda come risulti più che plausibile che lo stato di salute dell'assicurato ha subito peggioramento.

La plausibilità di un intervenuto peggioramento dello stato di salute dell'insorgente, giustificante l'entrata nel merito della seconda domanda di rendita, è quindi data alla luce di un insieme di indizi importanti, che avrebbero dovuto indurre l'amministrazione a svolgere una migliore istruttoria. Si può dapprima ricordare il peggioramento del quadro cardiaco che ha richiesto un nuovo intervento, fattore che induce questo collegio giudicante a non condividere il parere della Dott.ssa C._____ secondo cui l'assicurato sarebbe ancora in grado di svolgere all'80% il suo precedente lavoro di commerciante ambulante. Poi il quadro ortopedico/articolare sembra abbia avuto una progressione soprattutto a livello cervicale dorsale e lombare, come del resto viene ammesso dalla stessa Dott.ssa C._____ (doc. 73). Inoltre, lo stesso E 213 attesta un peggioramento del quadro patologico affliggente l'interessato (doc. 64, pag. 7) ed il grado d'invalidità secondo le disposizioni in vigore in Italia viene aumentato al 65% (doc. 64, pag. 8 e doc. 9 precedente perizia medica particolareggiata).

Alla luce di quanto appena esposto non solo lo stato di salute risulta peggiorato, bensì anche le conseguenze dello stesso sulla capacità lavorativa. Infatti nella prima procedura il ricorrente era stato ritenuto abile al lavoro al 100% nell'attività svolta, mentre nell'ambito della seconda procedura tale attività era stata considerata ridotta del 20% in ogni attività dallo stesso medico dell'UAIE, mentre era stato considerato inabile al lavoro al 65% dai periti dell'INPS.

In simili condizioni l'insieme delle circostanze agli atti e le argomentazioni addotte avrebbero dovuto indurre l'UAIE ad approfondire la domanda e far allestire tutti quegli esami che detti indizi di aggravamento giustificavano. A livello cardiologico occorre un esame specialistico completo, accompagnato da tutte quelle prove strumentali che la malattia in corso richiede. A livello ortopedico inoltre occorre aggiornare il quadro radiologico e far eseguire un esame specialistico, anche questo sorretto da esami di carattere radiologico e/o analoghi (RMN, TAC).

10.2 In conclusione quindi emergono dalle carte processuali sufficienti elementi per ritenere plausibile l'invocato peggioramento dello stato di salute del ricorrente rispetto al 2009, di modo che la decisione impugnata viola il diritto federale e deve essere pertanto annullata. Gli atti vengono quindi rinviati all'UAIE affinché entri nel merito della seconda domanda di rendita depositata dal ricorrente, assuma le prove necessarie (per esempio una perizia pluridisciplinare) e si pronunci sul diritto di A. _____ di percepire una rendita di invalidità.

11.

11.1 Visto l'esito della procedura non sono percepite delle spese processuali e l'anticipo versato dal ricorrente il 15 settembre 2013 gli sarà restituito dopo che la presente sentenza sarà cresciuta in giudicato.

11.2 Si giustifica altresì l'attribuzione di un'indennità a titolo di spese ripetibili (art. 64 PA in combinazione con gli art. 7 e segg. 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]). La stessa, in assenza di una nota dettagliata, è fissata d'ufficio (art. 14 cpv. 2 TS-TAF) in fr. 1'500.-, tenuto conto del lavoro utile e necessario svolto dal rappresentante del ricorrente. L'indennità per ripetibili è posta a carico dell'UAIE.

(dispositivo alla pagina seguente)

Per questi motivi, il Tribunale amministrativo federale pronuncia:

1.

Il ricorso è accolto, la decisione impugnata è annullata e gli atti di causa sono rinviati all'autorità inferiore affinché entri nel merito della domanda di rendita depositata il 18 aprile 2012, assuma le prove necessarie e pronunci una decisione sul diritto ad una rendita di invalidità di A._____.

2.

Non si prelevano spese processuali. L'anticipo spese di fr. 400.-, corrisposto il 15 settembre 2013, sarà restituito al ricorrente allorquando la presente sentenza sarà cresciuta in giudicato.

3.

L'UAIE rifonderà al ricorrente fr. 1'500.- a titolo di ripetibili.

4.

Comunicazione a:

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

I rimedi giuridici sono menzionati alla pagina seguente

La presidente del collegio:

Il cancelliere:

Michela Bürki Moreni

Dario Croci Torti

Rimedi giuridici:

Contro la presente decisione può essere interposto ricorso in materia di diritto pubblico al Tribunale federale, Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerna, entro un termine di 30 giorni dalla sua notificazione (art. 82 e segg., 90 e segg. e 100 della legge sul Tribunale federale del 17 giugno 2005 [LTF, RS 173.110]). Gli atti scritti devono contenere le conclusioni, i motivi e l'indicazione dei mezzi di prova ed essere firmati. La decisione impugnata e – se in possesso della parte ricorrente – i documenti indicati come mezzi di prova devono essere allegati (art. 42 LTF).

Data di spedizione: