



Corte III
C-2516/2016

Sentenza del 5 febbraio 2018

Composizione

Giudici Michela Bürki Moreni (presidente del collegio),
Madeleine Hirsig-Vouilloz, Caroline Bissegger,
cancelliere Oliver Engel.

Parti

A. _____, (Italia)
patrocinato dall'avv. Salvatore Corrado,
ricorrente,

contro

**Ufficio dell'assicurazione per l'invalidità per gli
assicurati residenti all'estero UAIE,**
autorità inferiore.

Oggetto

Assicurazione per l'invalidità, rifiuto di entrare nel merito di
una nuova domanda di rendita (decisione del 21 marzo
2016).

Fatti:**A.**

A. _____, cittadino italiano, nato il (...) 1958, ha lavorato in Svizzera dal 1976 al 1993, in qualità di carrozziere, solvendo regolari contributi all'assicurazione svizzera per la vecchiaia, i superstiti e l'invalidità (doc. 40 e 41 dell'incarto dell'Ufficio dell'assicurazione per l'invalidità per gli assicurati residenti all'estero, in seguito UAIE). Dal 1994, dopo il rimpatrio, l'assicurato ha gestito un impianto di autolavaggio (doc. 10), lavorando a tempo pieno fino al 2004 e riducendo in seguito progressivamente l'attività lavorativa (doc. 10 e 43).

B.

B.a In data 9 dicembre 2005, per il tramite dell'Istituto Nazionale di Previdenza Sociale (INPS), l'insorgente ha depositato alla Cassa svizzera di compensazione una prima domanda volta al conseguimento di prestazioni dell'assicurazione svizzera per l'invalidità (doc. 1).

B.b Dalla documentazione prodotta è emerso che l'assicurato soffre di tachiaritmia sopraventricolare e che tale affezione ha portato all'impianto di un pacemaker definitivo nel mese di settembre 2006 (doc. 17). Sulla base dei referti medici trasmessi, con parere del 24 novembre 2006, il dr. B. _____ del Servizio medico regionale (SMR), specialista in medicina interna generale, ha considerato che l'assicurato non presentava un'incapacità lavorativa persistente pari almeno al 40% (doc. 14). Di conseguenza, l'UAIE ha emesso il progetto di decisione del 29 novembre 2006 (doc. 15), con cui prospettava di respingere la domanda di prestazioni.

B.c A questo progetto l'assicurato si è opposto con scritto del 19 dicembre 2006 (doc. 16), senza addurre motivazioni e senza formulare particolari conclusioni, producendo tuttavia ulteriore documentazione medica.

B.d I nuovi referti sono stati sottoposti in esame al dr. B. _____ del SMR, il quale, con nota del 15 febbraio 2007, si è riconfermato nelle precedenti considerazioni, adducendo la piena esigibilità di qualsiasi lavoro leggero e medio-pesante (doc. 21).

B.e Con decisione del 21 febbraio 2007 (doc. 22), passata in giudicato, l'UAIE ha dunque respinto la domanda di prestazioni, ritenendo che dagli atti non risultava né un'incapacità permanente di guadagno, né un'incapacità al lavoro media sufficiente per un anno, dato che un'attività lucrativa

confacente allo stato di salute veniva esercitata, con orario normale e senza diminuzione di guadagno.

C.

C.a Con scritto del 30 gennaio 2013, tramite l'INPS, l'assicurato ha inoltrato una seconda richiesta di prestazioni dell'assicurazione svizzera per l'invalidità (doc. 23), producendo successivamente: i formulari E214 (doc. 24) e E207/E205 (doc. 25 e 41), la perizia medica particolareggiata E213 (doc. 26), il questionario per l'assicurato UE (doc. 43) e diversi referti medici (doc. 27 e segg.).

C.b Dalla documentazione inoltrata sono emerse delle affezioni posteriori alla decisione del 21 febbraio 2007 (doc. 22). Innanzitutto, è stata riscontrata una rottura completa del tendine del muscolo sovraspinoso della spalla destra (doc. 26, 27 [ripetuto in doc. 44], 30). Inoltre, all'assicurato è stato diagnosticato il diabete mellito tipo 2 (doc. 29 e 32) e una spondilodiscoartrosi (doc. 26 e 30).

C.c Tali diagnosi sono state considerate dalla dr. C. _____ – la cui specializzazione non è nota – in occasione dell'esecuzione della perizia particolareggiata E213 del 5 aprile 2013 (doc. 26). Essa ha nondimeno ritenuto che l'assicurato era in grado di svolgere regolarmente lavori pesanti e di lavorare ad uno schermo, che non vi erano particolari condizioni di lavoro non adeguate, che era autonomo nell'esercizio della sua attività professionale sia sul posto di lavoro, sia a domicilio e che pertanto era in grado di svolgere a tempo pieno il suo ultimo lavoro.

C.d L'incarto è stato quindi sottoposto al dr. D. _____, specialista in medicina interna generale del SMR, il quale, nella presa di posizione del 31 luglio 2013 (doc. 60), tenendo conto delle affezioni diagnosticate e del loro moderato impatto funzionale, ha ritenuto l'assicurato abile in misura completa nell'attività di gestore di un autolavaggio e precisato che quest'attività implicava lavori leggeri fino a mediamente pesanti. In particolare, il dr. D. _____ ha rilevato una funzione cardiaca normalizzata in seguito all'impianto del PM, un diabete di tipo 2 relativamente ben controllato e che non sembrava presentare complicazioni, un'affezione dell'apparato locomotore già debitamente considerata nell'ambito della procedura che ha condotto alla decisione di rifiuto del 21 febbraio 2007 (doc. 22) e dei problemi articolari al rachide che coincidono con quanto constatato in precedenza.

C.e Nel progetto di decisione del 20 agosto 2013 (doc. 61), l'UAIE ha di conseguenza considerato che "malgrado il danno alla salute, l'esercizio di un'attività lucrativa è sempre esigibile in misura sufficiente per escludere il diritto ad una rendita", negando all'assicurato il diritto alle prestazioni di invalidità richieste.

C.f Con decisione del 7 novembre 2013 (doc. 62), passata in giudicato, l'autorità inferiore ha confermato il progetto di decisione del 20 agosto 2013 e respinto la domanda di prestazioni.

D.

D.a In data 5 novembre 2015, l'assicurato ha trasmesso all'amministrazione una terza domanda di prestazioni corredata da diversi documenti medici, in particolare relativi agli esami cardiaci, reumatologici, metabolici e psichiatrici eseguiti in Italia dal 2013 in avanti (doc. 80).

D.b L'UAIE ha provveduto ad inoltrare la nuova documentazione al dr. E. _____ del SMR, specialista in medicina interna generale ed esperto medico SIM (Swiss Insurance Medicine). Quest'ultimo, in una prima annotazione del 21 dicembre 2015 (doc. 88), ha ritenuto che nessuno dei documenti forniti provava un peggioramento di una delle patologie esistenti o che fosse insorta una nuova patologia suscettibile di influire sulla capacità lavorativa, ragion per cui, l'autorità inferiore, con progetto di decisione del 29 dicembre 2015 (doc. 89), ha dichiarato di non entrare nel merito della nuova domanda.

D.c Dal canto suo, l'insorgente, con opposizione del 5 febbraio 2016, ha esibito ulteriore documentazione, postulando il riconoscimento di una totale inabilità al lavoro (doc. 90). La richiesta dell'assicurato si fonda segnatamente sulla relazione medico-legale di parte del 5 febbraio 2016, redatta dal dr. F. _____, la cui specializzazione non è nota (doc. 91). Quest'ultimo, conclude che "le patologie accertate ed obiettivate inducano una riduzione permanente della capacità lavorativa del 100%".

D.d L'amministrazione ha dunque sottoposto i più recenti referti medici al dr. E. _____, il quale ha ribadito la precedente valutazione del 21 dicembre 2015 (doc. 88), secondo cui non sarebbe stato reso verosimile un peggioramento delle attuali affezioni o l'esistenza di una nuova patologia atta ad influire negativamente sulla capacità lavorativa (doc. 106). Con decisione del 21 marzo 2016 (doc. 107) l'UAIE ha pertanto dichiarato di non poter esaminare la nuova domanda.

E.

Con ricorso del 19 aprile 2016 il ricorrente, per il tramite dell' avv. Salvatore Corrado, ha chiesto a questo Tribunale di dichiarare che sussistono gli elementi obiettivi per ritenere un cambiamento rilevante del grado di invalidità rispetto alle decisioni del 21 febbraio 2007 e del 7 novembre 2013 e di riconoscere il suo diritto alla rendita di invalidità. Riproponendo principalmente documenti già agli atti dell'amministrazione, l'assicurato reputa che gli allegati in questione comprovino in maniera certa ed obiettiva l'intervenuto aggravamento (doc. TAF 1).

F.

Il 6 maggio 2016 l'interessato ha versato un anticipo di CHF 800.-, corrispondente alle presumibili spese processuali (doc. TAF 4).

G.

Nella risposta di causa del 20 aprile 2016 l'UAIE ha proposto la reiezione dell'impugnativa (doc. TAF 7). Facendo riferimento alle varie prese di posizione del SMR, l'autorità inferiore osserva che l'assicurato non ha fatto valere alcun fatto nuovo o prodotto alcun documento suscettibile di infirmare la decisione impugnata.

H.

Replicando, in data 1° agosto 2016 (doc. TAF 10), l'assicurato si è sostanzialmente riconfermato nelle motivazioni e conclusioni già espresse nel memoriale di ricorso, censurando in particolare le valutazioni espresse dal SMR, segnatamente per quel che concerne la portata probatoria dei documenti prodotti, così come la mancata considerazione di alcuni di essi. Il ricorrente ha inoltre ribadito come posteriormente all'ultima decisione siano intervenuti peggioramenti rilevanti atti a giustificare la concessione della rendita. Dei motivi ulteriori e dei documenti allegati si dirà, se necessario, nei considerandi di diritto.

I.

Duplicando, in data 20 aprile 2016 l'UAIE, ha riproposto la reiezione del ricorso e la conferma della decisione impugnata (doc. TAF 12).

J.

Con osservazioni 17 ottobre 2016, il ricorrente ha nuovamente riaffermato la propria posizione, allegando l'ecocardiogramma effettuato dal dr. G._____, cardiologo, in data 11 ottobre 2016 (doc. TAF 15).

K.

Invitata a rispondere, l'autorità inferiore ha mantenuto le proprie conclusioni, evidenziando che i documenti ulteriormente prodotti dal ricorrente non fornivano nuovi elementi (doc. TAF 18).

L.

Nelle osservazioni del 27 dicembre 2016 l'insorgente ha postulato l'accoglimento del gravame e ribadito la propria disponibilità a sottoporsi ad una visita presso un medico nominato da questo Tribunale e prestare qualsiasi altra collaborazione volta all'accertamento del suo stato di salute (doc. TAF 20).

Diritto:**1.**

1.1 In virtù dell'art. 31 LTAF (RS 173.32), questo Tribunale giudica i ricorsi contro le decisioni ai sensi dell'art. 5 PA (RS 172.021), emanate dalle autorità menzionate all'art. 33 LTAF, riservate le eccezioni di cui all'art. 32 LTAF. In particolare, le decisioni rese dall'UAIE concernenti l'assicurazione per l'invalidità possono essere impugnate davanti al Tribunale amministrativo federale (TAF) conformemente all'art. 69 cpv. 1 lett. b LAI (RS 831.20). Di conseguenza questo Tribunale è competente a giudicare il presente ricorso.

1.2 Secondo l'art. 3 lett. d^{bis} PA, a cui rinvia l'art. 37 LTAF, la procedura in materia di assicurazioni sociali non è disciplinata dalla PA, nella misura in cui è applicabile la LPGGA (RS 830.1). In conformità con l'art. 2 LPGGA, le disposizioni di tale legge sono applicabili alle assicurazioni sociali disciplinate dalla legislazione federale, se e per quanto le singole leggi sulle assicurazioni sociali lo prevedano. Giusta l'art. 1 cpv. 1 LAI, le disposizioni della LPGGA sono applicabili all'assicurazione per l'invalidità (art. 1a-26^{bis} e 28-70), sempreché la LAI non deroghi alla LPGGA.

1.3 In concreto, il ricorso è ammissibile nella misura in cui è stato presentato tempestivamente e nel rispetto dei requisiti previsti dalla legge (art. 59 e 60 LPGGA, nonché l'art. 52 cpv. 1 PA). L'anticipo delle spese processuali è stato inoltre tempestivamente saldato (doc. TAF 4).

2.

2.1 Dal profilo temporale si applicano le disposizioni in vigore al momento della realizzazione dello stato di fatto che deve essere valutato giuridica-

mente o che produce conseguenze giuridiche (DTF 136 V 24 consid. 4.3 e 130 V 445 consid. 1.2 con rinvii, nonché 129 V 1 consid. 1.2). Se le disposizioni legali si sono modificate nel corso del periodo sottoposto ad esame giudiziario, il diritto alle prestazioni si determina secondo le vecchie disposizioni per il periodo anteriore e secondo le nuove a partire della loro entrata in vigore (applicazione pro rata temporis; DTF 130 V 445).

2.2 Il ricorrente è cittadino di uno Stato membro della Comunità europea, per cui è applicabile, di principio, l'ALC (RS 0.142.112.681), entrato in vigore il 1° giugno 2002.

2.3 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).

2.4 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.

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

di tale Stato. Ciò premesso, nella misura in cui l'ALC e, in particolare, il suo allegato II, non prevede disposizioni contrarie, l'organizzazione della procedura, come pure l'esame delle condizioni di ottenimento di una rendita d'invalidità svizzera, sono regolate dal diritto interno svizzero (DTF 130 V 253 consid. 2.4).

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

2.7 Nell'evenienza concreta, la decisione impugnata, con cui è stata respinta la richiesta di prestazioni AI del 5 novembre 2015, è stata emessa in data 21 marzo 2016 (doc. 107). Ne consegue che sono applicabili le modifiche legislative di cui alla 6a revisione in vigore dal 1° gennaio 2012 (RU 2011 5659; FF 2010 1603), pur non comportanti cambiamenti rispetto al diritto precedente in merito alla valutazione dell'invalidità, così come eventuali modifiche entrate in vigore successivamente, ritenuto che il diritto alle prestazioni di invalidità sarebbe sorto al più presto il 1° maggio 2016 (art. 29 cpv. 1 LAI).

3.

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.

4.1 Oggetto del contendere è, in concreto, unicamente la questione se a ragione o meno l'amministrazione, con decisione del 21 marzo 2016 (doc. 107), non è entrata nel merito della terza domanda di rendita presentata

dall'assicurato in data 5 novembre 2015 (doc. 80). In tali condizioni, la richiesta di riconoscere il diritto alla rendita è irricevibile, riguardando il merito della vertenza (cfr. DTF 132 V 74, consid. 1.1).

4.2 Fondandosi sulla documentazione prodotta dinanzi all'autorità inferiore ed in sede di ricorso, l'insorgente ritiene di aver dimostrato un mutamento rilevante delle circostanze oggettive rispetto alla decisione del 7 novembre 2013 (doc. 62). L'assicurato contesta in particolare le valutazioni effettuate dal medico SMR.

4.3 Dal canto suo, l'UAIE, alla luce dei rapporti del proprio servizio medico, considera non vi siano i presupposti per indagare ulteriormente, ritenuto che la documentazione medica prodotta non apporta nessun elemento nuovo e suscettibile di modificare le conclusioni a cui è giunto in occasione dell'ultima procedura in cui ha effettuato un esame materiale del diritto alla rendita.

5.

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

6.

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

6.2 Secondo la giurisprudenza del Tribunale federale, costituisce motivo di revisione della rendita d'invalidità ogni modifica rilevante delle circostanze di fatto suscettibile d'influire sul grado di invalidità e, quindi, sul diritto alla rendita. Ne consegue che la rendita può essere soggetta a revisione non soltanto in caso di modifica significativa dello stato di salute, ma anche quando detto stato è rimasto invariato, ma le sue conseguenze sulla capacità di guadagno hanno subito un cambiamento significativo (sentenza del Tribunale federale I 870/05 del 2 maggio 2007; DTF 130 V 343 consid. 3.5). Peraltro, per procedere alla revisione di una rendita d'invalidità occorre che il grado d'invalidità abbia subito una notevole modifica (art. 17 cpv. 1 LPGGA).

6.3 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. 2 e 3 OAI [RS 831.201]).

6.4 Per valutare questo aspetto occorre confrontare la situazione di fatto vigente al momento del provvedimento litigioso (in concreto al 21 marzo 2016) con quella esistente al momento dell'ultima decisione cresciuta in giudicato (nel caso concreto il 7 novembre 2013) che è stata oggetto di un esame materiale del diritto alla rendita dopo contestuale accertamento pertinente dei fatti, apprezzamento delle prove e determinazione del grado d'invalidità (DTF 133 V 108 e 130 V 71 consid. 3.2.3; sentenza del TF I 759/06 del 5 settembre 2007).

6.5 La verosimiglianza richiesta dall'art. 87 cpv. 2 OAI non è la verosimiglianza preponderante altrimenti valida nel diritto delle assicurazioni sociali. Il grado della prova dell'art. 87 cpv. 2 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 esaminerà 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 8C_947/2011 del 27 gennaio 2012 consid. 3.2; TF 9C_667/2010 del 28 aprile 2011 consid. 2.1 e 2.2 nonché relativi riferimenti; DTF 109 V 108 consid. 2b pag. 114; cfr. pure SVR 2003 IV no. 25 pag. 76 consid. 2.2).

6.6 Giova pure ricordare che nell'ambito di una nuova richiesta secondo l'art. 87 cpv. 2 e 3 OAI, incombe all'assicurato rendere verosimile che il grado di invalidità è cambiato in maniera rilevante. Non trovando applicazione il principio inquisitorio ex art. 12 PA e 43 LPGa, l'onere probatorio per quel che concerne i presupposti di entrata nel merito di una nuova domanda di prestazioni pesa difatti sul richiedente. Qualora quest'ultimo non dovesse rendere plausibili le proprie allegazioni, l'amministrazione liquida la procedura con un rifiuto di entrare in materia e senza ulteriori accertamenti (DTF 130 V 64, consid. 5.2.5; sentenza del Tribunale federale 9C_662/2014 del 23 aprile 2015, consid. 5.3.2; sentenza del Tribunale federale I 951/06 del 31 ottobre 2007 consid. 2.1).

6.7 In ogni caso la revisione della rendita è possibile unicamente se, posteriormente alla pronuncia della decisione iniziale, la situazione invalidante è effettivamente mutata. Non basta invece che una situazione, rimasta sostanzialmente invariata, sia valutata in modo diverso (RCC 1987 p. 38 consid. 1a e 1985 pag. 336).

7.

Nel caso concreto, l'autorità inferiore ha respinto entrambe le precedenti richieste con decisioni del 21 febbraio 2007 (doc. 22) e del 7 novembre 2013 (doc. 62). Fondando il proprio giudizio sui referti medici allora agli atti, segnatamente le perizie mediche particolareggiate E213 del 2 marzo 2005 (doc. 4) e del 5 aprile 2013 (doc. 26), così come i rapporti dei medici SMR (note del dr. B. _____ dell'11 novembre 2012 [doc. 14] e del 15 febbraio 2007 [doc. 21] e nota redatta dal dr. D. _____ in data 31 luglio 2013 [doc. 60]), l'UAIE ha considerato non essere adempiute le premesse per l'erogazione di prestazioni per invalidità. In particolare, perché, malgrado il danno alla salute, l'esercizio di un'attività lucrativa era sempre stato esigibile in misura sufficiente da escludere il diritto ad una rendita. Difatti, secondo la valutazione dell'autorità inferiore, le affezioni del ricorrente, non erano suscettibili di influenzare né la sua capacità lavorativa, né la sua capacità di guadagno.

8.

8.1 In via preliminare, questo Tribunale ritiene necessario apportare alcune precisazioni relativamente ad alcuni documenti trasmessi dall'assicurato.

8.2

8.2.1 Quando esamina la fondatezza di una decisione di non entrata in materia ex art. 87 cpv. 2 e 3 OAI, è in linea di massima determinante quanto prodotto in corso di procedura amministrativa posteriormente all'ultima decisione materiale di confronto, rispettivamente la situazione fattuale che si presentava all'autorità inferiore al momento in cui ha adottato la decisione impugnata. Ciò significa che i referti medici precedenti l'ultima decisione sono irrilevanti per determinare se è stata ulteriormente resa plausibile una modifica del diritto alle prestazioni (cfr. ad esempio sentenza del TAF C-5864/2014, consid. 6.2).

8.2.2 A tal proposito, giova ricordare che diversi dei documenti prodotti nel corso della terza richiesta di prestazioni, erano già stati trasmessi nell'ambito della procedura precedente (cfr. ad esempio doc 27 [71] e doc. 29 [doc. 37 e 38 [78]. Pertanto, si tratta di referti non idonei a rendere plausibile il peggioramento della situazione valetudinaria.

8.3

8.3.1 Altri referti, sono invece stati assunti agli atti unicamente nella procedura ricorsuale e dunque – di principio – non andrebbero considerati (cfr. consid. 3). Nella fattispecie si tratta in particolare della relazione di accertamento tecnico preventivo datata 6 marzo 2015 del dr. H. _____ (allegato a doc. TAF 10) e della relazione della commissione medica per l'accertamento dell'invalidità civile, delle condizioni visive e della sordità del 26 maggio 2014 (allegato a doc. TAF 10).

8.3.2 Questo Tribunale pertanto si riferirà ai documenti in questione unicamente nella misura in cui confermano quanto già reso verosimile con i referti prodotti durante la procedura dinanzi all'autorità inferiore, segnatamente dalla consulenza tecnica d'ufficio del dr. I. _____ (doc. 64), dalla consulenza medico legale di parte del dr. F. _____ (doc. 91), così come dalla perizia particolareggiata E213 compilata dalla dr. L. _____ (doc. 63)

e nella quale viene peraltro esplicitamente menzionato il grado di invalidità civile del 67% a partire dal 2014, constatato dalla commissione medica per l'accertamento dell'invalidità civile.

9.

In concreto l'ultima decisione emessa in seguito ad un esame materiale del diritto ad una rendita è quella del 7 novembre 2013 (doc. 62). Essa poggiava principalmente sulla presa di posizione del servizio medico dell'UAIE datata 31 luglio 2013 e redatta dal dr. D._____ (doc. 60). In tale referto, il medico SMR ha ritenuto le seguenti diagnosi:

- diagnosi principale: Sindrome subacromiale spalla destra, rottura del sovraspinoso;
- diagnosi correlata con ripercussioni sulla capacità lavorativa: Spondilodiscoartrosi
- diagnosi correlata senza ripercussioni sulla capacità lavorativa: Impianto di un pacemaker nel 2006 per disturbi del ritmo
Diabete tipo 2.

Inoltre, facendo riferimento anche alla perizia particolareggiata E213 del 5 aprile 2013 redatta dalla dr. C._____ (doc. 26), il medico ha considerato giustificata, in particolare in virtù dell'affezione alla spalla destra, una limitazione funzionale per determinate attività e che tuttavia l'handicap subito era moderato e l'attività svolta in precedenza restava possibile a tempo pieno.

10.

10.1

In occasione della terza domanda di prestazioni del 5 novembre 2015, il ricorrente ha trasmesso numerosa documentazione a supporto della propria richiesta, su cui il SMR, con rapporti del 21 dicembre 2015 (doc. 88) e del 14 marzo 2016 (doc. 106), ha fondato le proprie conclusioni.

10.2

10.2.1 Con riguardo alle problematiche cardiache, sono stati prodotti – in particolare – il referto di visita specialistica di cardiologia del 26 febbraio 2014 (doc. 79, illeggibile), la certificazione del 18 luglio 2014 del dr. M._____ (doc. 77), specialista in cardiologia, il quale certifica – tra l'altro

– una “ipertensione arteriosa sistemica in controllo farmacologico, cardiopatia ipertensiva, portatore di PM definitivo bicamerale per blocchi artrio-ventricolari di tipo Mobitz 1 e 2 sintomatici, pregresso episodio di fibrillazione atriale parossistica in profilassi antiaritmica. Classe funzionale NYHA: II. Elevato profilo di rischio cardiovascolare”.

10.2.2 In merito alle problematiche psichiche, è stata prodotta la relazione di consulenza psichiatrica del 10 aprile 2014 (doc. 75) del dr. N._____, psichiatra e direttore del centro di salute mentale (...). Quest’ultimo, riporta che il ricorrente da “circa due anni presenta una discreta reattività ansioso-depressiva”.

10.2.3 L’assicurato ha pure inoltrato il referto di visita specialistica neurologica del 26 febbraio 2014 (doc. 76, di difficile lettura) del dr. O._____, specialista in neurologia, dove è stata formulata la diagnosi di “sindrome depressivo-ansiosa con somatizzazione”.

10.2.4 Per quel che concerne i disturbi reumatologici sono stati trasmessi il referto radiologico della spalla destra dell’8 gennaio 2013, eseguito dal dr. P._____, radiologo (doc. 71 [di tenore identico doc. 27]); la relazione di visita specialistica del 14 novembre 2013 (doc. 72), del dr. Q._____, medico presso l’unità ospedaliera di ortopedia e traumatologia e il referto relativo alla tomografia computerizzata lombo-sacrale e bacino-anca del 18 ottobre 2013 (doc. 74), eseguita dal dr. R._____, radiologo.

Il dr. Q._____, certifica, tra l’altro, che il paziente è affetto da “spalla dx dolorosa ad elevata incidenza funzionale (...)”, “sindrome del tunnel carpale bilaterale con deficit della forza prensile delle mani” e “grave insufficienza vertebrale del rachide dorso-lombo-sacrale ad elevata incidenza funzionale (...)”.

10.2.5 Inoltre, sono stati prodotti vari referti medici riguardanti esami oculistici (doc. 65 e 66), urologici (doc. 67 e 98), nefrologici (doc. 68), diabetologici (doc. 69, 70) e pneumologici (doc. 95). Per quel che concerne il diabete si segnala in particolare un’iniziale retinopatia diabetica (cfr. doc. 64 e 77)

10.2.6 Infine, sono stati trasmessi:

- la perizia medica particolareggiata E 213 eseguita in data 3 settembre 2015 dalla dr. L._____, la cui specializzazione non è nota (doc. 63), in cui ha indicato che l’assicurato può svolgere a tempo pieno il suo

lavoro di gestore di un autolavaggio ma che conformemente alle disposizioni di legge del Paese di residenza, ossia l'Italia, l'invalidità per l'ultimo lavoro svolto è aumentata al 55%;

- la consulenza tecnica d'ufficio del 20 gennaio 2015, redatta dal dr. I. _____, specialista in angiologia e geriatria (doc. 64), che dopo aver esaminato il paziente, ed alla luce della documentazione sanitaria agli atti, ha formulato la diagnosi di: “cardiopatia ipertensiva in II classe NYHA in portatore di pace maker definitivo bicamerale. Diabete mellito tipo 2. Spondiloartrosi cervicale e lombare con discopatie multiple e periartrite della spalla destra e con moderato impegno funzionale. Sindrome ansioso-depressiva reattiva di grado moderato”, concludendo che “il periziando per le malattie diagnostiche debba essere considerato invalido con riduzione permanente a meno di un terzo delle proprie capacità di guadagno in occupazioni confacenti alle attitudini personali” e specificando che a suo modo di vedere, considerata la lenta progressione delle malattie da cui è affetto l'interessato, tale grado di invalidità sia intervenuto circa a gennaio 2014;
- la consulenza medico legale di parte del 5 febbraio 2016 allestita dal dr. F. _____ (doc. 91). Sulla base dell'esame obiettivo del paziente e dopo disamina della documentazione clinica allegata, il medico conclude che “le patologie accertate ed obiettivate inducono una riduzione permanente della capacità lavorativa del 100%”, specificando che “dalla analisi della documentazione in atti emerge che il quadro clinico attualmente rilevato rappresenta la risultante di più patologie instauratesi progressivamente nel tempo” e che “la poliartropatia degenerativa appare ad alta incidenza funzionale.

11.

Con il gravame del 19 aprile 2016 (doc. TAF 1) è stato tra l'altro ulteriormente inoltrata la relazione di accertamento tecnico preventivo datata 6 marzo 2015 del dr. H. _____, specialista in chirurgia d'urgenza, semeiotica d'urgenza e valutazione del danno alla persona in medicina legale, il quale, dopo aver passato in rassegna le varie affezioni da cui è afflitto l'assicurato, conclude che le infermità erano presenti all'atto della domanda amministrativa, ossia il 9 aprile 2014, e che le stesse comportano una valenza invalidante pari al 79% (allegato alla replica doc. TAF 10). L'assicurato ha inoltre trasmesso un estratto parziale di una relazione della commissione medica per l'accertamento dell'invalidità civile, delle condizioni visive e della sordità che ha riconosciuto l'interessato invalido con una percentuale del 67% a partire dal 9 aprile 2014 (allegato al doc. TAF 10).

12.

L'intera documentazione trasmessa dall'assicurato è stata sottoposta al dr. E. _____ del SMR du (...), il quale ha ripetutamente concluso che non è stata resa plausibile una nuova affezione o un peggioramento delle patologie conosciute suscettibile di limitare la capacità lavorativa (cfr. doc. 88, 106, doc. TAF 7, 12 e 18).

13.

13.1 L'art. 59 cpv. 2bis LAI ricorda che i servizi medici regionali sono a disposizione degli uffici AI per valutare le condizioni mediche del diritto alle prestazioni, stabiliscono la capacità funzionale dell'assicurato – determinante per l'AI secondo l'art. 6 LPGA – di esercitare un'attività lucrativa o di svolgere le mansioni consuete in una misura ragionevolmente esigibile e sono indipendenti per quanto concerne le decisioni in ambito medico nei singoli casi. Scopo e senso dell'art. 59 cpv. 2bis LAI, come pure dell'art. 49 OAI risiedono nella possibilità, per gli uffici AI, di fare capo ai propri medici per la valutazione degli aspetti sanitari del diritto alla rendita. Questi ultimi, grazie alle loro specifiche conoscenze medico-assicurative, sono quindi chiamati a valutare la capacità funzionale della persona assicurata. In questo modo è stata creata una chiara separazione di competenze tra medici curanti e assicurazione sociale. Sulla base delle indicazioni del SMR, l'UAI deve così decidere cosa si può ragionevolmente pretendere da un assicurato e cosa invece no (sentenza del TF 9C_9/2010 del 29 settembre 2010 consid. 2). Peraltro, i rapporti SMR hanno la funzione di effettuare una sintesi delle informazioni e degli esami medici di cui agli atti di causa e formulare delle raccomandazioni quanto al seguito da dare all'incarto da un punto di vista medico (sentenza del TF 9C_542/2011 del 26 gennaio 2012 consid. 4.1). Per poter loro attribuire pieno valore probatorio, i rapporti dei servizi medici regionali devono essere redatti da medici che dispongono delle qualifiche specialistiche richieste nel singolo caso di specie. Se ciò non è il caso, il loro valore probatorio è affievolito (sentenza del TF 9C_826/2009 del 20 luglio 2010 consid. 4.2).

13.2 I rapporti interni del SMR ai sensi dell'art. 49 cpv. 3 aOAI non pongono autonomamente delle diagnosi, bensì apprezzano sotto l'aspetto medico i reperti esistenti. Il loro compito è di sintetizzare – a beneficio anche dell'amministrazione e dei tribunali che altrimenti non dispongono necessariamente di simili conoscenze specialistiche – la situazione medica. Non è dunque indispensabile che la persona assicurata venga visitata. Il SMR esegue direttamente esami medici solo se lo ritiene necessario. Negli altri

casi rende la propria valutazione sulla base della documentazione esistente. L'assenza di propri esami diretti non costituisce, per invalsa giurisprudenza, un motivo per mettere in dubbio la validità di un rapporto SMR se esso soddisfa altrimenti le esigenze di natura probatoria generalmente riconosciute (SVR 2009 IV n. 56 pag. 174 [9C_323/2009] consid. 4.3.1 con riferimenti; cfr. pure sentenza 9C_294/2011 del 24 febbraio 2012 consid. 4.2; cfr. anche sentenza 9C_787/2012 del 20 dicembre 2012, consid. 4.2.1).

14.

14.1

14.1.1 In merito alla sindrome ansioso-depressiva va rilevato che essa veniva già segnalata nel certificato medico del dr. S._____ di data sconosciuta (prodotto quale doc. 58) e sembrerebbe, di conseguenza, anch'essa anteriore alla decisione del 7 novembre 2013 (doc. 62), tant'è che pure dall'anamnesi della relazione di consulenza psichiatrica del 10 aprile 2014 (doc. 75) si evince che l'assicurato "da circa 2 anni presenta una discreta reattività ansioso-depressiva". Tuttavia, questo disturbo non viene esplicitamente menzionato né nella perizia particolareggiata E213 del 5 aprile 2014 (doc. 26), né nel parere del dr. D._____ del 31 luglio 2013 (doc. 60). Pertanto, anche il dr. E._____ la considera un'affezione rilevante per la fattispecie, specificando tuttavia che non ha nessuna influenza sulla capacità lavorativa (doc. 88 e doc. TAF 12).

14.1.2 Questo Tribunale rileva che il disturbo psichico in questione non deve venir considerato in maniera isolata, bensì alla luce della situazione valetudinaria complessiva, in particolare per quel che concerne l'effetto sulla capacità lavorativa. A tal proposito, si considerino, ad esempio, le relazioni dei dr. I._____ (doc. 64) e dr. F._____ (doc. 91). Quest'ultimo riporta esplicitamente che la limitazione funzionale di cui è afflitto il ricorrente è il risultante di più patologie instauratesi progressivamente nel tempo ed alla quale contribuisce anche la sindrome ansioso-depressiva. Sotto questo profilo, la valutazione del dr. E._____, il quale si limita a considerare l'affezione isolata ed afferma in maniera lapidaria che la sindrome ansioso depressiva moderata e perdurante dal 2014 non esplica alcun effetto sulla capacità lavorativa non risulta convincente. In particolare, alla luce delle opposte conclusioni dei dr. I._____ e F._____.

In conclusione, il ricorrente ha pertanto reso plausibile l'esistenza di un disturbo psichico di cui va tenuto conto in questa procedura.

14.2 Inoltre, va ancora appurato se l'assicurato abbia eventualmente reso plausibile pure un peggioramento delle altre affezioni conosciute, con conseguente incidenza sulla capacità lavorativa.

A tal proposito, questo Tribunale rileva che, da una parte, alcuni referti medici prodotti attestano dei limiti funzionali aggravati. Nella relazione del 14 novembre 2013 (doc. 72), il dr. Q. _____ attesta ad esempio che il paziente è affetto da “spalla dx dolorosa ad elevata incidenza funzionale (...)”, “sindrome del tunnel carpale bilaterale con deficit della forza prensile delle mani” e “grave insufficienza vertebrale del rachide dorso-lombo-sacrale ad elevata incidenza funzionale. Ugualmente, anche la perizia particolareggiata E213 del 3 settembre 2015 (doc. 63), evidenzia una situazione di salute peggiorata rispetto a quanto appurato in precedenza (formulario E213 del 5 aprile 2013, doc. 26). Innanzitutto, il ricorrente non è più ritenuto idoneo a svolgere regolarmente lavori pesanti, ma unicamente lavori leggeri (p. 7). Inoltre, vengono anche, per la prima volta, indicate tutta una serie di controindicazioni in merito alle condizioni di lavoro (p. 8). Infine, anche il dr. H. _____, consulente tecnico d'ufficio, conferma che l'infermità riguardante l'apparato osteo-articolare, in particolare l'artrosi della colonna vertebrale, appare in avanzato stadio evolutivo e che dal punto di vista funzionale si manifesta in una rigidità del rachide cervicale, con ridotta escursione articolare e debolezza delle braccia. Inoltre, il medico attesta che le alterazioni alla spalla destra sono causa di “riduzione della mobilità articolare nei movimenti di estensione ed extrarotazione, con intralcio nel compiere gli atti quotidiani e nella forza di presa digito-palmare”. Di conseguenza, egli conclude che il complesso morboso osteo-articolare da solo presenta una valenza invalidante del 40%.

D'altra parte, i diversi medici che hanno visitato l'assicurato concordano nel ritenere che il grado di invalidità (secondo la normativa italiana) è aumentato dopo la decisione del 7 novembre 2013 (doc. 62). Nella consulenza tecnica d'ufficio del 20 gennaio 2015, il dr. I. _____ (doc. 64), conclude che il periziando deve essere considerato invalido con riduzione permanente a meno di un terzo delle proprie capacità di guadagno in occupazioni confacenti alle attitudini personali a partire da gennaio 2014. Il dr. F. _____ addirittura considera l'assicurato totalmente e permanentemente invalido al 100% (cfr. consulenza medico legale di parte del 5 febbraio 2016, doc. 91). Allo stesso modo, la commissione medica per l'accertamento dell'invalidità civile, delle condizioni visive e della sordità ha riconosciuto che la percentuale di invalidità è aumentata al 67%, a partire dal 9 aprile 2014 (allegato a doc. TAF 10). A tal proposito va rilevato che pure la perizia particolareggiata attesta questo aumento del grado

d'invalidità così come un generale peggioramento delle limitazioni funzionali. La perita ritiene che l'assicurato è ormai in grado di svolgere regolarmente unicamente dei lavori leggeri (doc 62. p. 7), che vi sono diverse condizioni di lavoro non adatte (es. umidità, calore, frequenti flessioni, trasporto e sollevamento pesi; cfr. p. 8) e – pur ritenendo il ricorrente abile a svolgere a tempo pieno il suo ultimo lavoro – attesta un aumentato grado di invalidità, che rispetto al precedente formulario E213 (doc. 26) passa dal 45% al 55% (p. 10).

Pur considerato che le valutazioni sul grado di invalidità effettuate da medici o autorità estere non sono vincolanti per le autorità svizzere (cfr. consid. 2.5), questo Tribunale ritiene che risultanze precise e convergenti, come nella fattispecie, non possano venir semplicemente ignorate, in particolare nell'ambito di un esame di plausibilità ex art. 87 cpv. 3 OAI. In effetti, come anche evidenziato in duplice dall'UAIE (cfr. doc. TAF 12), vanno presi in considerazione i documenti, i referti medici e le informazioni d'ordine amministrativo raccolti dall'istruzione di qualsiasi Stato come se fossero stati redatti nel proprio Stato membro ai sensi (cfr. art. 49 cpv. 2 del regolamento [CE] n. 987/2009).

Facendo pieno affidamento sul parere del medico SMR, l'UAIE ha pertanto omesso di considerare tale aspetto.

14.3 Alla luce di quanto precede, e considerato anche che tra la decisione del 7 novembre 2013 (doc. 62) e la decisione impugnata del 21 marzo 2016 (doc. 107) sono passati oltre due anni e tre mesi, questo Tribunale ritiene che il ricorrente ha reso plausibile una modifica rilevante dello stato di salute e le sue conseguenze sulla capacità lavorativa, segnatamente un peggioramento delle affezioni già riscontrate in precedenza e l'esistenza di una sindrome ansioso-depressiva non considerata in precedenza.

Di conseguenza, i requisiti dell'art. 87 cpv. 3 OAI risultano adempiuti ed è a torto che l'amministrazione non è entrata nel merito della richiesta dell'assicurato. Nella misura in cui è ricevibile, il ricorso va dunque accolto e la decisione impugnata annullata.

15.

La causa va rinviata all'autorità inferiore affinché entri nel merito della domanda di prestazioni e, dopo aver esperito tutti gli accertamenti medici ed economici del caso, si pronunci sul grado di invalidità del ricorrente.

A tale fine risulta necessario indagare in particolare lo stato di salute e gli effetti sulla capacità lavorativa tramite una perizia specialistica pluridisciplinare che esamini l'interessato da un punto di vista cardiologico, internistico, reumatologico ed eventualmente psichiatrico, conformemente a quanto previsto in DTF 137 V 210. Dai referti dovrà emergere segnatamente la misura dell'incapacità lavorativa nella precedente attività e in attività eventualmente ancora esigibili e la decorrenza della stessa alla luce di una valutazione espressa congiuntamente dai vari periti.

16.

16.1 Visto l'esito del ricorso, non vengono prelevate spese processuali. Al ricorrente viene restituito l'anticipo delle spese processuali di CHF 800.- versato il 6 maggio 2016 (doc. TAF 4).

16.2 Ritenuto che l'insorgente è rappresentato in questa sede da un avvocato, si giustifica l'attribuzione di un'indennità a titolo di spese ripetibili (art. 64 PA in combinazione con gli art. 7 e segg. 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]). La parte che ha presentato ricorso in materia d'assegnazione o rifiuto di prestazioni assicurative è reputata vincente, dal profilo delle ripetibili, anche se la causa è rinviata all'amministrazione per complemento istruttorio e nuova decisione (DTF 132 V 215 consid. 6.2). Giusta l'art. 14 cpv. 1 TS-TAF, le parti che chiedono la rifusione di spese ripetibili devono presentare al Tribunale, prima della pronuncia della decisione, una nota particolareggiata delle spese. Se non viene prodotta, come nel caso concreto, il giudice fisserà un'indennità sulla base degli atti (art. 14 cpv. 2 TS-TAF).

16.3 Stando così le cose, in assenza di una nota dettagliata, il collegio giudicante determina un'indennità di CHF 2'500.-, posta a carico dell'UAIE.

Per questi motivi, il Tribunale amministrativo federale pronuncia:

1.

Nella misura in cui è ricevibile, il ricorso è accolto, nel senso che, annullata la decisione del 21 marzo 2016, gli atti sono rinviati all'UAIE affinché entri nel merito della richiesta di prestazioni, completi l'istruttoria ai sensi dei considerandi ed emani una decisione sul grado di invalidità di A._____.

2.

Non si prelevano spese processuali. L'anticipo di CHF 800.-, già corrisposto dal ricorrente, verrà restituito allorquando la presente sentenza sarà passata in giudicato.

3.

L'UAIE rifonderà al ricorrente CHF 2'500.- a titolo di spese 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

Oliver Engel

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, nella misura in cui sono adempiute le condizioni di cui agli art. 82 segg. e 100 LTF. Gli atti scritti devono contenere le conclusioni, i motivi e l'indicazione dei mezzi di prova ed essere firmati. La decisione impugnata e – se in possesso della parte ricorrente – i documenti indicati come mezzi di prova devono essere allegati (art. 42 LTF).

Data di spedizione: