



Corte III
C-295/2008/

{T 0/2}

Sentenza del 13 ottobre 2009

Composizione

Giudici Elena Avenati-Carpani (presidente del collegio),
Stefan Mesmer, Johannes Frölicher,
cancelliere Dario Quirici.

Parti

A. _____,
rappresentato dal Patronato INAS, via G. Lanz 25,
6850 Mendrisio,
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 invalidità, decisione del
30 novembre 2007.

Fatti:**A.**

A._____, cittadino italiano nato il (...), coniugato e padre di due figli, ha lavorato in Svizzera quale meccanico, con permesso di frontaliere, nel 1988 e dal 2000 al 2002, versando i contributi obbligatori all'assicurazione per la vecchiaia, i superstiti e l'invalidità (AVS/AI; incarto AI, doc. 2 e 3).

B.

L'8 marzo 2002 l'assicurato ha cessato di lavorare e, il 12 marzo successivo, ha annunciato all'assicurazione malattia collettiva del suo datore di lavoro, l'Allianz, di essere affetto da una trombosi venosa della gamba destra (incarto Allianz, doc. 1/36). Dopo aver preso a carico il caso, l'Allianz ha conferito mandato al dott. P._____, specialista in medicina interna, di valutare la situazione. Nel suo rapporto del 17 giugno 2002, quest'ultimo ha posto la diagnosi di trombosi venosa profonda delle vene tibiali della gamba destra, con sindrome post-trombotica, di varicosi della safena alla gamba destra e d'obesità, ed ha confermato l'incapacità lavorativa completa dell'assicurato, aggiungendo che, se la ripresa del lavoro non fosse intervenuta entro la fine dell'estate, sarebbe stato necessario eseguire una valutazione specialistica presso un flebologo (incarto Allianz, doc. 1/19). Non avendo l'assicurato ripreso il lavoro, l'Allianz ha incaricato il dott. Pe._____, specialista in angiologia e flebologo, di pronunciarsi sul caso. Nel suo rapporto del 21 ottobre 2002, redatto dopo aver visitato l'assicurato il 15 ottobre, il dott. Pe._____ ha diagnosticato un'insufficienza venosa cronica profonda allo stadio due a destra, con varicosi troncolare della vena safena magna, un'obesità ed uno stato dopo trombosi delle vene tibiali posteriori a destra, con sindrome post-trombotica, ed ha espresso il parere che l'assicurato avrebbe dovuto continuare ad esercitare la propria attività lavorativa, qualsiasi altra attività, in particolare sedentaria, essendo deleteria per questo tipo di patologia. Il 10 dicembre 2002 il dott. Pe._____ ha precisato che l'assicurato era in grado di lavorare circa tre ore e mezza al giorno, senza pause (incarto Allianz, doc. 1/7 a 11).

C.

Il 17 febbraio 2003, l'assicurato ha formulato all'Ufficio dell'assicurazione invalidità del canton Ticino (UAI) una domanda per l'ottenimento di una rendita dell'assicurazione svizzera per l'invalidità

(incarto AI, doc. 2).

Nell'ambito dell'istruzione della domanda, l'UAI ha acquisito, tra gli altri, i documenti seguenti:

- l'incarto dell'Allianz, con in particolare i rapporti medici menzionati al punto B,

- il questionario per il datore di lavoro, del 12 marzo 2003, dal quale si evince che l'assicurato ha lavorato quale meccanico, dal 1° gennaio 2000 fino al 7 marzo 2002, per la ditta "...", eseguendo, nel 2003, otto ore al giorno, cinque giorni alla settimana, e percependo da ultimo un salario orario di Fr. 30.85 (incarto AI, doc. 11),

- un rapporto della dott.ssa Ro_____, medico curante dell'assicurato, del 7 maggio 2003, dal quale si evince, in particolare, la diagnosi d'esiti da tromboflebite venosa profonda tibiale e femorale a destra, con incapacità a mantenere la posizione eretta e seduta per lungo tempo (incarto AI, doc. 13),

- una proposta del dott. E._____, medico dell'UAI, del 23 giugno 2003, di chiarire in quale misura l'assicurato abbia lavorato nei mesi di novembre e dicembre 2002, e di eseguire una perizia presso il dott. S._____, specialista in angiologia (doc. 17),

- la perizia del dott. S._____, stilata il 23 agosto 2003 dopo visita dell'assicurato eseguita il 29 luglio, facente stato della diagnosi d'insufficienza venosa cronica allo stadio due a destra, con varicosi troncolari della vena safena magna e, all'ecodoppler, assenza di segni compatibili con una sindrome post-trombotica, come pure, anamnesticamente, di trombosi venosa profonda alla gamba destra (doc. 19),

- una lettera della ditta "...", del 28 gennaio 2004, nella quale si attesta che l'assicurato ha lavorato da ottobre a dicembre 2002, rispettivamente venti, quaranta e quarantasei ore, con un rendimento del 25% (doc. 28),

- la perizia pluridisciplinare del Servizio d'accertamento medico dell'assicurazione invalidità (SAM), del 12 luglio 2004, facente seguito al soggiorno dell'assicurato presso il detto servizio dal 7 al 9 giugno ed

alle visite ambulatoriali dell'11 e del 14 giugno, nella quale si certifica, in sostanza, che non sussistono affezioni con influsso sulla capacità lavorativa, mentre sono diagnosticate, dal punto di vista reumatologico, delle lombalgie intermittenti comuni con assenza di anomalie rilevanti a livello clinico e neuroradiologico. La perizia pluridisciplinare si compone di un esame angiologico del Prof. Ga. _____ e del dott. T. _____, dell'11 giugno 2004, di un consulto psichiatrico del dott. M. _____, del 13 giugno 2004, di una valutazione reumatologica del dott. Ba. _____, del 21 giugno 2004, e di un esame pneumologico del dott. Q. _____, del 30 giugno 2004 (doc. 37/1 a 16),

- una lettera dell'Istituto nazionale italiano di assistenza sociale (INAS), del 13 ottobre 2004, nella quale si precisa che l'assicurato è stato riconosciuto invalido civile in Italia all'85% (doc. 40/1 a 4),

- una lettera della dott.ssa Es. _____, medico del SAM, del 3 dicembre 2004, dalla quale si evince che l'assicurato è stato incapace di lavorare, a causa della patologia vascolare, dal marzo 2002 per un periodo massimo di sei mesi, e che quindi, a partire dal 1° ottobre 2002, deve essere considerato abile al lavoro in modo completo, come stabilito nella perizia del SAM (doc. 44),

- un'annotazione del dott. E. _____, del 7 dicembre 2004, nella quale è confermata un'incapacità lavorativa da marzo 2002 per sei mesi al massimo (doc. 45).

D.

Sulla base della documentazione sopra elencata, il 10 dicembre 2004, l'UAI ha deliberato il rigetto della domanda di rendita, formulando un progetto di decisione all'intenzione dell'Ufficio dell'assicurazione per l'invalidità per gli assicurati residenti all'estero (UAIE), competente per evadere la domanda, visto il domicilio all'estero dell'assicurato (doc. 46 e 47).

Il 22 dicembre 2004 l'UAIE ha così emanato una decisione di rigetto della domanda di prestazioni assicurative per l'invalidità, presentata dall'assicurato il 17 febbraio 2003 (doc. 48).

E.

Il 20 gennaio 2005, per il tramite dell'INAS, l'assicurato ha formulato opposizione contro questa decisione, chiedendo che gli fosse riconosciuto il diritto ad almeno una mezza rendita d'invalidità, ed ha esibito un rapporto medico della "FSM", del 24 febbraio 2004, facente stato di una sindrome delle apnee morfeiche ostruttive in paziente affetto da obesità di terzo grado e con esiti di trombosi venosa profonda all'arto inferiore destro, ed ha annunciato di produrre un rapporto del dott. H._____, non appena in suo possesso (doc. 49/1 a 5).

Con scritto del 24 gennaio 2005, l'assicurato ha fatto pervenire all'UAI il rapporto del dott. H._____, redatto il 20 gennaio 2005, nel quale si afferma, in particolare, che l'assicurato presenta una sindrome post-trombotica, la quale lo limita chiaramente nei lavori che implicano le posizioni eretta o seduta, che egli non è in grado di sopportare per più di tre o, al massimo, quattro ore, e che egli deve costantemente riposarsi per almeno due ore nel corso del pomeriggio, a causa dell'insorgenza dell'algia alla gamba destra, la quale si presenta regolarmente e diviene via più importante a partire da due ore in stazione eretta o seduta (doc. 51/1 a 4).

Il 13 aprile 2005 il dott. E._____ ha preso posizione sui due rapporti esibiti dall'assicurato. Egli ha diagnosticato, sulla base della perizia del SAM, una lombalgia intermittente con assenza di anomalie rilevanti a livello clinico e neuroradiologico, una modica periartropatia omeroscapolare tendinotica alla spalla destra, un'insufficienza venosa cronica, una polineuropatia sensitiva distale di origine non chiara e un'obesità permagna. Dopo avere constatato che il rapporto della "FSM" è anteriore alla perizia del SAM, il dott. E._____ ha rilevato che la diagnosi e la descrizione dello stato di salute dell'assicurato avanzate dal dott. H._____, sono sovrapponibili a quelle contenute nella perizia del SAM, concludendo che le risultanze di quest'ultima devono perciò essere confermate (doc. 60).

Il 3 gennaio 2006 l'UAIE ha quindi emanato una decisione, con la quale ha respinto l'opposizione del 20 gennaio 2005 e confermato la decisione del 22 dicembre 2004 (doc. 64). Non essendo stata impugnata, questa decisione è cresciuta in giudicato.

F.

Con scritto del 5 aprile 2006, l'assicurato ha presentato, per il tramite dell'INAS, una seconda domanda di rendita d'invalidità, facendo valere un peggioramento del suo stato di salute. Egli ha prodotto due rapporti medici a suffragio della sua nuova domanda: una valutazione medico-legale del dott. Ga._____, del 1° febbraio 2006, in cui è stabilito, sulla base della nota diagnosi e di una lombosciatalgia a destra con fenomeno di Lasègue positivo a 45°, senza segni di sofferenza radicolare, un danno alla capacità lucrativa non inferiore all'80%, ed un certificato della dott.ssa Ro_____, del 28 marzo 2006, facente stato della nota diagnosi e di una sindrome depressiva reattiva (doc. 65 a 67, 70 e 71).

Il 18 aprile 2006 il dott. K._____, medico dell'UAI, si è pronunciato su questi due rapporti, concludendo che il dott. Ga._____ non descrive differenze sostanziali rispetto alla perizia del SAM, che la lombosciatalgia con fenomeno di Lasègue positivo a 45°, senza segni di sofferenza radicolare, non costituisce un peggioramento conclamato, e che lo stato depressivo corrisponde a quanto ritenuto dal dott. M._____ nell'ambito della perizia del SAM, per cui non vi sono segni di un peggioramento (doc. 73).

Il 1° maggio 2006 l'UAIE ha così emesso una decisione, con la quale ha pronunciato la non entrata in materia sulla richiesta di prestazione dell'assicurazione per l'invalidità presentata dall'assicurato (doc. 76).

G.

Con scritto del 23 maggio 2006, l'assicurato ha formulato, per il tramite dell'INAS, opposizione contro questa decisione, chiedendo che gli sia riconosciuto il diritto ad una rendita d'invalidità con grado superiore al 60%, ed ha riprodotto i rapporti dei dott.ri H._____ e Ga._____ (doc. 78).

Il 20 settembre 2006 il dott. K._____ si è pronunciato sugli argomenti di natura medica avanzati con l'opposizione, ed ha concluso che non è subentrato un peggioramento dello stato di salute dell'assicurato con ripercussioni sulla sua capacità lavorativa (doc. 81).

Il 30 novembre 2006 (recte: 2007) l'UAIE ha perciò reso una decisione, con la quale ha respinto l'opposizione del 23 maggio 2006 e confermato la decisione del 1° maggio 2006 (doc. 85).

H.

Contro questa decisione su opposizione, rappresentato dall'INAS, l'assicurato ha inoltrato ricorso al Tribunale amministrativo federale il 15 gennaio 2008, chiedendo il riconoscimento del diritto ad una rendita di almeno il 60% o nella percentuale determinata da una nuova perizia medica, l'esonero dal pagamento delle spese processuali e la rifusione delle ripetibili, e vi ha allegato il rapporto del dott. Ga._____, del 1° febbraio 2006, già agli atti.

Il 31 gennaio 2008 il ricorrente ha esibito un nuovo rapporto del dott. Ga._____, del 28 gennaio precedente, nel quale è posta la nota diagnosi ed è stabilita una riduzione della capacità lucrativa dell'80%.

L'UAI ha risposto il 13 febbraio 2008, concludendo al rigetto del ricorso. Il 21 febbraio 2008, dopo aver preso conoscenza del nuovo rapporto del dott. Ga._____, l'UAI ha ribadito le proprie conclusioni. Il 13 marzo 2008 l'UAIE ha concluso alla reiezione del ricorso.

Il 30 aprile 2008 il ricorrente ha replicato, esibendo un nuovo rapporto del dott. Ga._____, del 24 aprile 2008, nel quale si fa stato, in particolare, di una riduzione della capacità lavorativa dell'85%.

Il 21 maggio 2008, dopo aver preso conoscenza anche di ques'ultimo rapporto medico, l'UAI ha nuovamente ribadito il proprio punto di vista e, il 2 giugno 2008, l'UAIE ha pure riconfermato la sua proposta di rigetto del ricorso.

I.

Con decisione incidentale del 5 giugno 2008, questo Tribunale ha invitato il ricorrente a versare un anticipo equivalente alle presunte spese processuali di Fr. 300.-. Il relativo versamento è stato effettuato il 4 luglio 2008.

Diritto:**1.**

1.1 In virtù dell'art. 31 della legge sul Tribunale amministrativo federale del 17 giugno 2005 (LTAF, RS 173.32), questo tribunale giudica i ricorsi contro le decisioni ai sensi dell'art. 5 della legge federale sulla procedura amministrativa del 20 dicembre 1968 (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 portate davanti al Tribunale amministrativo federale conformemente all'art. 69 cpv. 1 lett. b della legge federale sull'assicurazione per l'invalidità del 19 giugno 1959 (LAI, RS 831.20).

1.2 Secondo l'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.

1.3 Conformemente all'art. 59 LPGA, ha diritto di ricorrere chiunque è toccato dalla decisione o dalla decisione su opposizione ed ha un interesse degno di protezione al suo annullamento o alla sua modificazione. Il ricorso deve essere interposto entro 30 giorni dalla notificazione della decisione o della decisione contro cui l'opposizione è esclusa (art. 60 LPGA). Esso deve contenere le conclusioni, i motivi, l'indicazione dei mezzi di prova e la firma del ricorrente o del suo rappresentante, con allegati la decisione impugnata e i documenti indicati come mezzi di prova, se sono in possesso del ricorrente (art. 52 cpv. 1 PA).

1.4 In concreto, il ricorso è stato presentato tempestivamente, nel rispetto dei requisiti previsti dalla legge (art. 59 e 60 LPGA, nonché l'art. 52 cpv. 1 PA), e l'anticipo equivalente alle presunte spese processuali di Fr. 300.- è stato versato nei termini, per cui esso è di principio ammissibile.

2.

2.1 Il 1° giugno 2002 sono entrati in vigore l'Accordo tra la Confederazione svizzera, da una parte, e la Comunità europea ed i suoi Stati membri, dall'altra, sulla libera circolazione delle persone del 21 giugno 1999 (ALC, RS 0.142.112.681) ed il correlato Allegato II che regola il coordinamento dei sistemi di sicurezza sociale nonché il Regolamento (CEE) n° 1408/71 del Consiglio del 14 giugno 1971 relativo all'applicazione dei regimi di sicurezza sociale ai lavoratori subordinati, ai lavoratori autonomi e ai loro familiari che si spostano

all'interno della Comunità (RS 0.831.109.268.1) come pure il corrispondente Regolamento di applicazione (Regolamento CEE n° 574/72 del Consiglio del 21 marzo 1972 relativo all'applicazione del Regolamento n° 1408/71, RS 0.831.109.268.11). Trattasi di una normativa che si applica a tutte le rendite il cui diritto sorge a far data dal 1° giugno 2002 o successivamente e che sancisce il principio della parità di trattamento tra cittadini che risiedono in uno Stato membro della Comunità europea ed i cittadini svizzeri (art. 3 del Regolamento CEE n° 1408/71).

2.2 Giusta l'art. 20 ALC, salvo disposizione contraria contenuta nell'Allegato II, gli accordi bilaterali tra la Svizzera e gli Stati membri della Comunità europea in materia di sicurezza sociale vengono sospesi a decorrere dall'entrata in vigore del presente Accordo qualora il medesimo campo sia disciplinato da quest'ultimo (art. 6 del Regolamento CEE n° 1408/71). Nella misura in cui l'Accordo, in particolare l'Allegato II che regola il coordinamento dei sistemi di sicurezza sociale (art. 8 ALC), non prevede disposizioni contrarie, l'organizzazione della procedura come pure l'esame delle condizioni di ottenimento di una rendita di invalidità svizzera sono regolate dal diritto interno svizzero (DTF 130 V 257 consid. 2.4).

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

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

3.

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

3.2 L'esame del diritto a prestazioni secondo la LAI è retto dal tenore della LAI al momento della decisione impugnata, in virtù del principio secondo il quale sono determinanti le norme materiali in vigore al momento della realizzazione dello stato di fatto giuridicamente determinante (DTF 130 V 445 consid. 1.2 e relativi riferimenti). Le disposizioni della 5^a revisione della LAI e della LPGA, in vigore dal 1° gennaio 2008, non sono pertanto applicabili nel caso concreto e, di seguito, è fatto riferimento alle disposizioni in vigore fino al 31 dicembre 2007.

4.

4.1 Il ricorrente contesta implicitamente la fondatezza della decisione su opposizione del 30 novembre 2006 (recte: 2007), con la quale l'UAIE ha confermato la propria decisione, resa il 1° maggio 2006, di non entrata in materia sulla domanda di rendita d'invalidità.

4.2 A questo proposito, nella misura in cui l'oggetto della decisione impugnata è la non entrata in materia sulla domanda di rendita d'invalidità e non il riconoscimento del diritto ad una tale rendita, come invece richiesto esplicitamente dal ricorrente, il ricorso risulta essere solo parzialmente ammissibile (DTF 125 V 413).

5.

5.1 Qualora una prima richiesta di rendita sia stata negata perché il grado d'invalidità era insufficiente o perché l'invalido poteva provvedere a se stesso, 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 dell'Ordinanza federale sull'assicurazione per l'invalidità del 17 gennaio 1961/OAI, RS 831.201). Se non è il caso, l'amministrazione non entra nel merito della richiesta (DTF 109 V 114 consid. 2a). Se l'amministrazione entra nel merito della nuova domanda deve esaminare la fattispecie da un punto di vista materiale e, in particolare, verificare se la modifica del grado d'invalidità resa verosimile dall'assicurato si è effettivamente realizzata (DTF 109 V 115). In tal caso applicherà, per analogia, le disposizioni sulla revisione di rendite in corso (art. 17 cpv. 1 LPGA, art. 87 segg. OAI, *Jurisprudence et pratique administrative* [Pratique VSI] 1999 pag. 8, DTF 117 V 198).

5.2 La condizione di verosimiglianza posta dall'art. 87 cpv. 3 OAI deve permettere all'amministrazione, che ha precedentemente rifiutato una prestazione o già effettuato una sua revisione con provvedimento cresciuto in giudicato, di scartare senza ulteriori esami nuove domande con le quali l'assicurato si limita a ripetere gli stessi argomenti, senza allegare una modifica di fatti determinanti (DTF 125 V 410 consid. 2b). Adita con una nuova domanda, l'amministrazione deve così cominciare con l'esaminare se le allegazioni dell'assicurato sono, in maniera generale, plausibili, in altri termini se l'assicurato ha reso plausibile una modifica importante dello stato di salute, suscettibile d'incidere sulla sua capacità lavorativa rispettivamente sul grado d'invalidità, rispetto a quella precedentemente ritenuta. Se ciò non è il caso, l'amministrazione può liquidare l'istanza senza ulteriori indagini con un rifiuto di entrata in materia. A tal proposito, occorre precisare che quanto più breve è il lasso di tempo trascorso dalla decisione precedente, tanto più rigorosamente l'amministrazione apprezzerà la plausibilità delle allegazioni dell'assicurato. Su questo aspetto, essa dispone di un certo margine di apprezzamento che il giudice è di principio tenuto a rispettare (v. sentenze del Tribunale federale 9C_708/2007 dell'11 settembre 2008 consid. 2.3 e relativi riferimenti, 9C_860/2007 del 10 dicembre 2008 consid. 5 e I 52/03 del 16 gennaio 2004 consid. 3).

5.3 In concreto, la decisione su opposizione, cresciuta in giudicato, che ha rifiutato di accordare al ricorrente una rendita d'invalidità, è stata resa il 3 gennaio 2006 (doc. 64). Il ricorrente ha poi presentato la sua seconda domanda di rendita il 5 aprile 2006 (doc. 67), sulla quale l'UAIE ha rifiutato di entrare in materia mediante decisione su opposizione del 30 novembre 2007 (doc. 85).

Ne consegue che il periodo di riferimento per giudicare se è intervenuta una modifica rilevante del grado d'invalidità, può essere limitato dal 3 gennaio 2006 al 30 novembre 2007.

6.

6.1 In concreto, dalla documentazione agli atti, e in particolare dal rapporto del dott. Ba. _____, approntato nel quadro della perizia pluridisciplinare del SAM (doc. 37), risulta che il ricorrente soffre, sostanzialmente, di una sindrome dolorosa cronica all'arto inferiore destro, di lombalgie intermittenti comuni, di una modica

periartropia tendinotica alla spalla destra e di modiche cervicalgie intermittenti comuni. Il ricorrente è inoltre affetto da una grave obesità.

Questa diagnosi è condivisa da tutti gli specialisti, sia dai medici dell'UAI, sia dai medici che hanno visitato il ricorrente in Italia, per cui il collegio giudicante non intravede nessun motivo per discostarsene.

A questo proposito, è opportuno sottolineare che i due rapporti del dott. Ga._____, del 28 gennaio e del 24 aprile 2008, esibiti in fase di ricorso, chiaramente non apportano nuovi elementi diagnostici fondati su referti oggettivi e, soprattutto, esorbitano indubbiamente dal periodo d'esame, che si protrae dal 3 gennaio 2006 al 30 novembre 2007, e il quale vincola questo Tribunale.

6.2 Per quanto riguarda la capacità lavorativa, la perizia del SAM e l'apprezzamento complementare della dott.ssa Es._____, del 3 ottobre 2004 (doc. 44), hanno stabilito che essa doveva considerarsi completa dal 1° ottobre 2002.

Come peggioramento del proprio stato di salute, il ricorrente ha fatto valere, sulla base di un rapporto medico del dott. Ga._____, del 1° febbraio 2006, e di un certificato medico della dott.ssa Ro_____, del 28 marzo 2006 (doc. 70 e 71), una lombosciatalgia a destra con fenomeno di Lasègue a 45° ed una sindrome depressiva reattiva. Il dott. Ga._____ ha inoltre valutato un'incapacità lavorativa completa nella professione di meccanico e un danno alla capacità lucrativa non inferiore all'80%. Dal canto suo, la dott.ssa Ro_____ non si è pronunciata sulla capacità lavorativa.

Prendendo posizione su questi due rapporti (doc. 73), il dott. K._____ ha considerato, da un lato, che una lombosciatalgia con fenomeno di Lasègue positivo a 45°, senza segni di sofferenza radicolare, non costituisce un peggioramento determinante dello stato di salute, e, dall'altro lato, che la sindrome depressiva reattiva corrisponde alla valutazione, rilasciata nell'ambito della perizia del SAM, del dott. M._____ (doc. 37/23 a 26), il quale aveva ritenuto dell'ansia, una certa apprensione e una riduzione della capacità d'autoaffermazione come quadro psichico caratteristico del ricorrente, ininfluyente però sulla sua abilità lavorativa. Il dott. K._____ ha quindi concluso che non sussistono gli elementi per considerare la presenza di un peggioramento determinante dello stato

di salute del ricorrente.

Per il resto, come già sottolineato al punto 6.1, il ricorrente ha prodotto due nuovi rapporti del dott. Ga._____, i quali non hanno apportato nessuna novità dal punto di vista diagnostico.

6.3 Visto quanto precede, il collegio giudicante considera che il ricorrente non è riuscito a rendere verosimile che il suo stato di salute ha subito un peggioramento determinate, tra il 3 gennaio 2006 ed il 30 novembre 2007, tale da giustificare l'entrata in materia da parte dell'UAIE sulla sua domanda di rendita d'invalidità del 5 aprile 2006, come da lui implicitamente richiesto.

7.

Di conseguenza, il ricorso deve essere respinto e la decisione impugnata confermata.

8.

Secondo l'art. 63 cpv. 1 PA, le spese processuali sono di regola messe a carico della parte soccombente.

In concreto, visto l'esito della procedura che vede il ricorrente soccombere, le spese processuali di Fr. 300.- sono poste a carico di quest'ultimo e compensate con l'anticipo dello stesso ammontare, versato il 4 luglio 2008.

In conformità con l'art. 64 cpv. 1 PA, l'autorità di ricorso, se ammette il ricorso in tutto o in parte, può assegnare al ricorrente una indennità per le spese indispensabili e relativamente elevate che ha sopportato (spese ripetibili).

Visto l'esito della procedura, non si assegnano al ricorrente indennità per spese ripetibili.

Per quanto concerne l'UAIE, le autorità federali non hanno diritto ad un'indennità a titolo di ripetibili (art. 7 cpv. 3 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]).

Per questi motivi, il Tribunale amministrativo federale pronuncia:

1.

Nella misura in cui è ammissibile, il ricorso è respinto.

2.

Le spese processuali di Fr. 300.- sono poste a carico del ricorrente, e computate con l'anticipo dello stesso ammontare versato il 4 luglio 2008.

3.

Non si assegnano indennità per spese ripetibili.

4.

Comunicazione:

- al rappresentante del ricorrente (atto giudiziario);
- all'autorità inferiore (n. di rif. ...);
- all'Ufficio federale delle assicurazioni sociali;
- all'Allianz Suisse LPP, Hohlstrasse 552, 8048 Zurigo.

I rimedi giuridici sono menzionati alla pagina seguente.

La presidente del collegio:

Il cancelliere:

Elena Avenati-Carpani

Dario Quirici

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: