



Corte III
C-3777/2010

Sentenza del 22 agosto 2011

Composizione

Giudici Vito Valenti (presidente del collegio),
Michael Peterli e Stefan Mesmer,
cancelliera Marcella Lurà.

Parti

A. _____,
rappresentato dal Patronato INCA,
ricorrente,

contro

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

Oggetto

Assicurazione per l'invalidità (decisione del 26 aprile 2010).

Fatti:**A.**

A.a A. _____, cittadino italiano e svizzero, nato il (...), coniugato, con figli, ha lavorato in Svizzera nel 1978 (5 mesi), nel 1979 (10 mesi), nel 1980 (10 mesi), nel 1981 (7 mesi), nel 1982 (9 mesi), nel 1983 (10 mesi), nel 1984 (10 mesi), nel 1985 (10 mesi), nel 1986 (10 mesi), dal 1987 al novembre del 1989, nel 1990 (tre mesi) e dal 1991 al marzo del 1993 ed ha beneficiato di indennità dell'assicurazione svizzera contro la disoccupazione dall'aprile del 1993 al marzo del 1995, solvendo contributi all'assicurazione svizzera per la vecchiaia, i superstiti e l'invalidità durante tale periodo (doc. 30). Rientrato in Italia, non ha più lavorato (doc. 6 e 7). Il 20 aprile 2006, ha formulato una richiesta volta all'ottenimento di una rendita dell'assicurazione svizzera per l'invalidità (doc. 2).

A.b Nei rapporti del 5 aprile ed 8 settembre 2007, la dott.ssa B. _____, medico dell'UAIE, ha rilevato, sulla base della documentazione medica agli atti (doc. 8 a 14, 20 e 21), che l'interessato è affetto da emianopsia con neuropatia ottica e sospetta trombocitemia essenziale. Il medico ha quindi ritenuto per l'interessato un'incapacità lavorativa del 70% nella precedente attività di muratore a decorrere dal 3 maggio 2005, ma, sempre da tale data, una capacità al lavoro completa (ossia del 100%) in un'attività sostitutiva confacente al suo stato di salute (doc. 16 e 23).

A.c Il 23 maggio 2007, l'autorità inferiore ha determinato nel 32% il grado d'invalidità dell'assicurato in applicazione del metodo generale del confronto dei redditi (doc. 17).

A.d Il 12 settembre 2007, l'Ufficio dell'assicurazione per l'invalidità per gli assicurati residenti all'estero (UAIE) ha respinto la domanda di prestazioni dell'assicurazione svizzera per l'invalidità. Ha osservato che l'assicurato non ha subito né un'incapacità permanente di guadagno né un'incapacità al lavoro media sufficiente per un anno, ai sensi di legge. In particolare, ha precisato che dalle carte processuali risulta che a causa del danno alla salute l'interessato ha un'incapacità lavorativa del 70% nella precedente attività. Tuttavia, l'esercizio di un'attività sostitutiva leggera confacente allo stato di salute dell'interessato medesimo – quale ad esempio venditore, impiegato in un ufficio – è da considerare esigibile al 100%. Il grado d'invalidità del 32% esclude il riconoscimento del diritto ad una rendita dell'assicurazione svizzera per l'invalidità (doc. 24).

B.

Il 22 ottobre 2008, l'interessato ha formulato, tramite la competente sede dell'Istituto nazionale della previdenza sociale (INPS), una nuova richiesta volta all'ottenimento di una rendita dell'assicurazione svizzera per l'invalidità (doc. 25). Sono stati esibiti, per quanto emerge dalle carte processuali, i seguenti documenti:

- documenti medici di data intercorrente da maggio 2005 a febbraio 2009 (doc. 31 a 39);
- la perizia medica particolareggiata E 213 del 2 marzo 2009, da cui emerge la diagnosi di trombocitemia essenziale ben rispondente a trattamento farmacologico, visus ridotto in occhio destro per pregressa occlusione dell'arteria retinica, note ansiose; le condizioni di salute dell'interessato sono state definite come migliorate e lo stesso è stato ritenuto in grado di svolgere regolarmente lavori leggeri nonché un lavoro adeguato alle sue condizioni, ma non il suo ultimo lavoro a tempo pieno né un lavoro adeguato alle sue condizioni a tempo pieno (massimo 5-6 ore al giorno). È stato segnalato che l'interessato è considerato invalido al 50%, conformemente alle disposizioni di legge del Paese di residenza, sia nella precedente attività sia in un'attività adeguata alle sue condizioni (magazziniere-custode; [doc. 40]).

C.

Nel rapporto del 23 dicembre 2009, il dott. C. _____, medico dell'UAIE, ha concluso che la documentazione medica prodotta non comporta nuovi elementi clinici rispetto a quanto ritenuto nel 2007 (doc. 42).

D.

Nel progetto di decisione del 7 gennaio 2010, l'autorità inferiore ha comunicato all'assicurato che non risulta una modifica rilevante del grado d'invalidità rispetto alla prima domanda di rendita. Pertanto, la nuova domanda non poteva essere esaminata. L'autorità inferiore ha altresì concesso all'interessato la facoltà d'inoltrare, nel termine di 30 giorni dalla ricezione del progetto di decisione, delle obiezioni per iscritto (doc. 43).

E.

Con scritto ricevuto dall'UAIE il 5 febbraio 2010 (doc. 52), l'interessato ha segnalato che le sue condizioni di salute sono peggiorate. Ha esibito documenti medici di data intercorrente da maggio 2007 a gennaio 2010 (doc. 44 a 51).

F.

Nel rapporto dell'8 aprile 2010, il dott. C._____ ha rilevato che non vi erano motivi per modificare la sua precedente valutazione (doc. 54).

G.

Il 26 aprile 2010, l'autorità inferiore ha deciso che, conformemente all'art. 87 cpv. 4 dell'ordinanza del 17 gennaio 1961 sull'assicurazione per l'invalidità (OAI, RS 831.201), non erano date le condizioni per un esame di merito della nuova domanda, non avendo l'assicurato reso plausibile una modifica rilevante del grado d'invalidità (doc. 55).

H.

Il 22 maggio 2010, l'interessato ha interposto ricorso dinanzi al Tribunale amministrativo federale contro la decisione dell'UAIE del 26 aprile 2010 mediante il quale ha chiesto, sostanzialmente, il riconoscimento di una prestazione dell'assicurazione svizzera per l'invalidità. Si è doluto di un'errata valutazione della sua incapacità lavorativa (doc. TAF 1).

I.

Con decisione incidentale del 3 giugno 2010 (notificata il 9 giugno 2010; doc. TAF 3 [avviso di ricevimento]), questo Tribunale ha invitato il ricorrente a versare, entro il 5 luglio 2010, un anticipo di fr. 300.-- a copertura delle presumibili spese processuali. L'anticipo spese è stato versato il 30 giugno 2010 (doc. TAF 2 a 4).

J.

Nella risposta al ricorso del 6 ottobre 2010, l'autorità inferiore ha proposto la reiezione del ricorso. In virtù dei rapporti medici del 23 dicembre 2009 e dell'8 aprile 2010 del proprio servizio medico, lo stato di salute del ricorrente è nella sostanza immutato rispetto a quello esistente al momento della pronuncia della decisione del 12 settembre 2007 (doc. TAF 8).

K.

Nella replica del 18 novembre 2010, il ricorrente ha segnalato che secondo i rapporti medici del 19 maggio e 5 giugno 2010, allegati in copia all'atto di replica, le sue condizioni di salute sono peggiorate (doc. TAF 11).

L.

Nella duplice del 17 gennaio 2011, l'autorità inferiore ha constatato, in virtù del rapporto del 3 gennaio 2011 del servizio medico, che la

documentazione medica prodotta in replica non apporta nuovi elementi clinici rispetto allo stato di salute ritenuto nel 2007. L'autorità inferiore ha quindi nuovamente proposto la reiezione del ricorso (doc. TAF 13).

M.

Con provvedimento dell'11 febbraio 2011, questo Tribunale ha trasmesso la duplica al ricorrente per conoscenza (doc. TAF 14).

Diritto:

1.

1.1. Il Tribunale amministrativo federale esamina d'ufficio e con piena cognizione la sua competenza (art. 31 e segg. della legge del 17 giugno 2005 sul Tribunale amministrativo federale [LTAF, RS 173.32]), rispettivamente l'ammissibilità dei gravami che gli vengono sottoposti (DTF 133 I 185 consid. 2 e relativi riferimenti).

1.2. Riservate le eccezioni – non realizzate nel caso di specie – di cui all'art. 32 LTAF, questo Tribunale giudica, in virtù dell'art. 31 LTAF in combinazione con l'art. 33 lett. d LTAF e l'art. 69 cpv. 1 lett. b della legge federale del 19 giugno 1959 sull'assicurazione per l'invalidità (LAI, RS 831.20), i ricorsi contro le decisioni, ai sensi dell'art. 5 della legge federale del 20 dicembre 1968 sulla procedura amministrativa (PA, RS 172.021), rese dall'Ufficio 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 legge federale del 6 ottobre 2000 sulla parte generale del diritto delle assicurazioni sociali (LPGA, RS 830.1). Giusta l'art. 1 cpv. 1 LAI, le disposizioni della LPGA sono applicabili all'assicurazione per l'invalidità (art. 1a-26^{bis} e 28-70), sempre che la LAI non deroghi alla LPGA.

1.4. Presentato da una parte direttamente toccata dalla decisione e avente un interesse degno di protezione al suo annullamento o alla sua modifica (art. 59 LPGA), il ricorso – interposto tempestivamente e rispettoso dei requisiti previsti dalla legge (art. 60 LPGA nonché art. 52 PA) – è pertanto ammissibile nella misura in cui chiede l'annullamento della decisione impugnata (di non entrata nel merito della nuova domanda di rendita del 22 ottobre 2008). La causa verte, in effetti, sulla questione di sapere se l'UAIE abbia a ragione, o a torto, rifiutato di esaminare nel merito la nuova domanda di rendita presentata dal ricorrente. Per contro, non compete a questo Tribunale di statuire anche

sul merito della nuova domanda di rendita. Nella misura in cui è chiesto più o altro che la semplice entrata nel merito, nel caso concreto la concessione di una prestazione dell'assicurazione svizzera per l'invalidità, il ricorso è pertanto inammissibile (cfr. DTF 117 V 121 consid. 1 e DTF 116 V 265 consid. 2a).

2.

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

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

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

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

3.

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

3.2. 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 130 V 445 consid. 1.2 e relativi riferimenti nonché DTF 129 V 1 consid. 1.2). Ne discende che si applicano, da un lato, le norme materiali in vigore fino al 31 dicembre 2007, per quanto attiene allo stato di fatto realizzatosi fino a tale data, mentre dall'altro lato, e per il periodo successivo, le nuove norme della 5a revisione della LAI (cf. DTF 130 V 1 consid. 3.2 per quanto concerne le disposizioni formali della LPGA, immediatamente applicabili con la loro entrata in vigore). La nuova domanda di rendita essendo stata presentata il 22 ottobre 2008 e il ricorrente avendo fatto valere un peggioramento del suo stato di salute a partire dal 2008, al caso in esame si applicano di principio le disposizioni della 5a revisione della LAI entrate in vigore il 1° gennaio 2008. Giova altresì osservare, per sovrabbondanza, che l'applicazione del diritto previgente non avrebbe comportato, nella sostanza, un diverso esito della lite (cfr. sentenza del Tribunale federale 8C_249/2010 del 1° giugno 2010 consid. 2.1).

4.

4.1. L'invalidità ai sensi della LPGA e della LAI è l'incapacità al guadagno totale o parziale presumibilmente permanente o di lunga durata che può essere conseguente ad infermità congenita, malattia o infortunio (art. 8 LPGA e 4 cpv. 1 LAI). Secondo l'art. 7 LPGA, è considerata incapacità al guadagno la perdita, totale o parziale, della possibilità di guadagno sul mercato del lavoro equilibrato che entra in considerazione, provocata da un danno alla salute fisica, mentale o psichica e che perdura dopo aver sottoposto l'assicurato alle cure ed alle misure d'integrazione

ragionevolmente esigibili. In caso d'incapacità al lavoro di lunga durata, possono essere prese in considerazione anche le mansioni esigibili in un'altra professione o campo d'attività (art. 6 LPGGA).

4.2. Giusta l'art. 28 cpv. 2 LAI, l'assicurato ha diritto ad un quarto di rendita se è invalido per almeno il 40%, ad una mezza rendita se è invalido per almeno la metà, a tre quarti di rendita se è invalido per almeno il 60% e ad una rendita intera se è invalido per almeno il 70%. In seguito all'entrata in vigore dell'Accordo sulla libera circolazione, la limitazione prevista dall'art. 29 cpv. 4, secondo cui le rendite per un grado d'invalidità inferiore al 50%, ma pari almeno al 40%, sono versate solo ad assicurati che sono domiciliati e dimorano abitualmente in Svizzera (art. 13 LPGGA), non è più applicabile segnatamente quando l'assicurato è cittadino dell'UE o svizzero e risiede nell'UE (DTF 132 V 423 consid. 6.4.1 e sentenza del Tribunale federale I 702/03 del 28 maggio 2004 consid. 1 e relativi riferimenti).

4.3. La nozione d'invalidità di cui all'art. 4 LAI e 8 LPGGA è di carattere economico-giuridico e non medico (DTF 116 V 246 consid. 1b, DTF 110 V 273 e DTF 105 V 205). In base all'art. 16 LPGGA, applicabile per il rinvio dell'art. 28 cpv. 2 LAI, per valutare il grado d'invalidità, il reddito che l'assicurato potrebbe conseguire esercitando l'attività ragionevolmente esigibile da lui dopo la cura medica e l'eventuale esecuzione di provvedimenti d'integrazione (reddito da invalido), tenuto conto di una situazione equilibrata del mercato del lavoro, è confrontato con il reddito che egli avrebbe potuto ottenere se non fosse diventato invalido (reddito da valido; metodo generale del raffronto dei redditi).

4.4. 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.

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

5.

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). Per valutare questo aspetto occorre confrontare la situazione al momento della nuova domanda (in concreto al 22 ottobre 2008) con quella esistente al momento dell'ultima decisione cresciuta in giudicato (nel caso concreto al 12 settembre 2007) 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 130 V 108 e DTF 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 Tribunale federale 9C_68/2007 del 19 ottobre 2007 consid. 4.4 con riferimenti). Adita di 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 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 Tribunale federale 9C_667/2010 del 28 aprile 2011 consid. 2.1 e 2.2 nonché relativi riferimenti). Peraltro, allorché 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 DTF 109 V 108 consid. 2b).

6.

6.1. Il giudice delle assicurazioni sociali deve esaminare in maniera obiettiva tutti i mezzi di prova, indipendentemente dalla loro provenienza, e poi decidere se i documenti messi a disposizione permettono di giungere ad un giudizio attendibile sulle pretese giuridiche litigiose. Affinché il giudizio medico acquisti valore di prova rilevante, esso deve

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

6.2. Giova altresì rilevare come debba essere considerato con la necessaria prudenza l'avviso dei medici curanti, i quali possono tendere a pronunciarsi in favore del proprio paziente a dipendenza dei particolari legami che essi hanno con gli stessi (DTF 125 V 351 consid. 3b e relativi riferimenti).

6.3. Non va infine dimenticato che se vi sono dei rapporti medici contraddittori il giudice non può evadere la vertenza senza valutare l'intero materiale e indicare i motivi per cui egli si fonda su un rapporto piuttosto che su un altro. Al riguardo va tuttavia precisato che non si può pretendere dal giudice che raffronti i diversi pareri medici e parimenti esponga correttamente da un punto di vista medico, come farebbe un perito, i punti in cui si evidenziano delle carenze e quale sia l'opinione più adeguata (sentenza del Tribunale federale I 166/03 del 30 giugno 2004 consid. 3.3).

7.

7.1. Questo Tribunale rileva che il 12 settembre 2007, momento in cui è stata respinta la richiesta di una rendita all'assicurazione svizzera per l'invalidità, è stato stabilito, segnatamente sulla base della presa di posizione del 5 aprile 2007 della dott.ssa B._____ (doc. 16), che il ricorrente era affetto da emianopsia con neuropatia ottica e sospetta trombocitemia essenziale.

7.2. Nell'ambito della nuova domanda di rendita, dalla documentazione medica agli atti (cfr. in particolare perizia medica particolareggiata E 213 del 2 marzo 2009 [doc. 40]) emerge che il ricorrente soffre di trombocitemia essenziale ben rispondente a trattamento farmacologico, visus ridotto in occhio destro per pregressa occlusione dell'arteria retinica e note ansiose.

7.3. Il dott. C._____, medico dell'UAIE, nei rapporti del 23 dicembre 2009 e dell'8 aprile 2010 (doc. 42 e 54), su cui si fonda la decisione impugnata, ha rilevato, sulla base della documentazione medica agli atti, che il ricorrente presenta una riduzione dell'acutezza visiva all'occhio destro, ma un occhio sinistro sano e soglia di udibilità nella norma. Ha altresì constatato che l'insorgente soffre di trombocitemia essenziale in buon controllo farmacologico. Il dott. C._____ ha quindi ritenuto che, in virtù della documentazione medica esibita, non è ravvisabile, rispetto a quanto ritenuto nel 2007, un indizio concreto di una modifica significativa dello stato di salute del ricorrente suscettibile di giustificare una modifica della completa capacità al lavoro (ossia del 100%) in un'attività sostitutiva confacente allo stato di salute.

7.4. Certo, nella perizia medica particolareggiata E 213 del 2 marzo 2009 (doc. 40), l'insorgente è stato ritenuto capace di svolgere un lavoro adeguato alle sue condizioni solo nella misura di 5-6 ore al giorno. Sennonché, detta valutazione medica non è condivisibile, risultando difficilmente compatibile con la diagnosi nonché le limitazioni funzionali accertate, fermo restando che non vi è alcuna ragione di ritenere che delle note ansiose (doc. 40 pag. 7 n. 7), disturbo peraltro diagnosticato senza alcun riferimento ad una classificazione secondo un metodo scientifico riconosciuto internazionalmente ed in assenza di un certificato di uno specialista psichiatra agli atti di causa, possano avere una qualsivoglia incidenza significativa sulla capacità lavorativa del ricorrente in un'attività sostitutiva confacente al suo stato di salute. Il medico incaricato dell'esame ha pure indicato che le condizioni di salute dell'insorgente sono migliorate e che lo stesso è in grado di svolgere regolarmente lavori leggeri (doc. 40 pag. 7 n. 8). Nella perizia E 213 è stata altresì evidenziata un'invalidità del 50%, per qualsiasi attività, ritenuta in Italia conformemente alle disposizioni di legge di detto Paese. Sennonché, a tale riguardo giova rammentare che la valutazione di un'autorità straniera con riferimento all'incapacità lavorativa di un assicurato non vincola di principio le autorità svizzere nell'apprezzamento del caso secondo il diritto svizzero (v. sentenza del Tribunale federale I 435/02 del 4 febbraio 2003 consid. 2 nonché consid. 2.4 del presente giudizio), fermo restando che il medico dell'INSP stesso si è distanziato da quanto ritenuto dalle autorità italiane sull'incapacità lavorativa, il ricorrente essendo stato considerato "non invalido – non inabile" (doc. 40 pag. 9 n. 11.9).

7.5. Per quanto attiene al rapporto medico del 19 maggio 2010 (doc. TAF 11), lo stesso si limita a riferire l'anamnesi e le affezioni già note e

precedentemente diagnosticate. Non soccorre l'insorgente neppure il referto di risonanza magnetica del rachide del 19 maggio 2010 (doc. TAF 11), in cui è certo segnalata la presenza di protrusioni discali senza compressione nervosa e di un'artrosi (cfr. rapporto medico del 3 gennaio 2011 del dott. C._____ [doc. 57]), ma tali affezioni risultano diagnosticate nel maggio del 2010, ossia in data posteriore alla decisione impugnata, e non è fatto riferimento ad una specifica incapacità lavorativa in un'attività sostitutiva confacente allo stato di salute.

7.6. Sulla scorta delle considerazioni che precedono, questo Tribunale reputa che il ricorrente non ha reso plausibile che sia subentrata rispetto a settembre 2007 una modifica significativa del suo stato di salute suscettibile d'incidere sul grado d'invalidità allora ritenuto. Giova infine rilevare che il principio inquisitorio non si applica alla procedura prevista all'art. 87 cpv. 3 OAI (cfr. DTF 130 V 64 consid. 5.2.5), di modo che non incombe a questo Tribunale un obbligo d'esperire delle investigazioni complementari (cfr. sentenze del Tribunale federale I 951/06 del 31 ottobre 2007 consid. 2.1 nonché I 607/04 del 6 dicembre 2005 consid. 3, v. sulla necessità d'esperire delle investigazioni complementari la sentenza del Tribunale federale 9C_286/2009 del 28 maggio 2009 consid. 2.3.3).

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

8.

8.1. Visto l'esito della procedura, le spese processuali, di fr. 300.--, sono poste a carico del ricorrente (art. 63 cpv. 1 e cpv. 5 PA nonché art. 3 lett. b del regolamento sulle tasse e sulle spese ripetibili nelle cause dinanzi al Tribunale amministrativo federale [TS-TAF, RS 173.320.2]). Esse sono computate con l'anticipo spese, di identico ammontare, versato dal ricorrente stesso il 30 giugno 2010.

8.2. Al ricorrente, soccombente, non spetta altresì alcuna indennità per spese ripetibili della sede federale (art. 64 PA in combinazione con l'art. 7 cpv. 1 e 2 TS-TAF a contrario). Peraltro, le autorità federali, quand'anche vincenti, non hanno di principio diritto ad un'indennità a titolo di ripetibili (art. 7 cpv. 3 TS-TAF), salvo eccezioni non ravvisabili nel caso concreto (v., fra l'altro, DTF 127 V 205).

(dispositivo alla pagina seguente)

Per questi motivi, il Tribunale amministrativo federale pronuncia:

1.

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

2.

Le spese processuali, di fr. 300.--, sono poste a carico del ricorrente. L'anticipo spese di fr. 300.--, versato il 30 giugno 2010, è computato con le spese processuali

3.

Non si attribuiscono spese ripetibili.

4.

Comunicazione a:

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

Il presidente del collegio:

La cancelliera:

Vito Valenti

Marcella Lurà

Rimedi giuridici:

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

Data di spedizione: