



Corte III
C-3904/2016

Sentenza del 18 maggio 2018

Composizione

Giudici Michela Bürki Moreni (presidente del collegio),
Michael Peterli, Franziska Schneider,
cancelliere Luca Rossi.

Parti

A. _____, (Italie),
ricorrente,

contro

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

Oggetto

Assicurazione per l'invalidità, nuova domanda di rendita,
decorrenza della rendita (decisione del 9 maggio 2016).

Fatti:**A.**

A.a A. _____, cittadino italiano, nato il (...) 1950, coniugato, ha lavorato in Svizzera, in qualità di meccanico, dal 1969 al 1985, solvendo contributi all'assicurazione svizzera per la vecchiaia, i superstiti e l'invalidità durante tale periodo (doc. 1, 2 e 200 dell'incarto dell'Ufficio dell'assicurazione per l'invalidità per gli assicurati residenti all'estero [UAIE]).

A.b Rientrato in Italia, da gennaio del 1986 ha lavorato in proprio, in qualità di meccanico d'auto a tempo pieno (48 ore settimanali), riducendo progressivamente l'attività per asseriti motivi di salute, dapprima a 25 ore settimanali da agosto 2003, in seguito a 10 ore da gennaio 2005 (doc. 9 e 133 pag. 2 [sentenza del Tribunale amministrativo federale (TAF) C-6166/2008 del 18 novembre 2010]).

B.

B.a Il 28 maggio 2004 ha formulato una prima domanda volta all'ottenimento di una rendita dell'assicurazione svizzera per l'invalidità (cfr. doc. 133 pag. 2), respinta dall'UAIE con decisione del 26 gennaio 2006 (doc. 56). Con sentenza dell'8 luglio 2007 il TAF ha parzialmente accolto il ricorso, annullato la decisione impugnata e rinviato gli atti di causa all'UAIE affinché procedesse al completamento dell'istruttoria (doc. 66 [sentenza del TAF C-2668/2006 del 8 luglio 2007]).

B.b Il 19 agosto 2008, esperiti gli accertamenti medici mancanti, l'UAIE ha nuovamente negato all'interessato il diritto a prestazioni AI (doc. 127). Con sentenza del 18 novembre 2010 il TAF (doc. 133) e il Tribunale federale (TF), con giudizio del 22 febbraio 2012, hanno confermato il provvedimento (doc. 138).

C.

C.a Il 5 maggio 2013, A. _____ ha formulato una nuova richiesta volta all'ottenimento di una rendita dell'assicurazione svizzera per l'invalidità (doc. 201), producendo i formulari E 213, E 207, E 205, E 204 (doc. 190, 191, 200), nonché copiosa documentazione medica (doc. 140-189, in parte nuova, in parte già agli atti).

C.b Fondandosi sulle valutazioni del 12 agosto e 5 ottobre 2013 del dr. B. _____, medico dell'Ufficio AI, specialista in medicina interna (doc. 196 e 213), l'UAIE ha emesso il progetto di decisione del 23 ottobre 2013 con cui ha respinto la domanda di prestazioni dell'assicurazione per l'invalidità, ritenendo sussistere un'incapacità al lavoro nell'ultima attività lucrativa esercitata di meccanico autonomo del 20% dal 24 febbraio 2004 e, dal 28 gennaio 2010, del 60%. In un'attività rispettosa dei limiti funzionali, è stato per contro ritenuto non sussistere alcun'inabilità lavorativa, pur essendovi una diminuzione della capacità al guadagno del 20% dal 24 febbraio 2004 e, a partire dal 28 gennaio 2010, del 25% (doc. 215).

C.c Preso atto del rapporto del 18 dicembre 2013 (doc. 227) nel quale il dr. B. _____ ha confermato la precedente valutazione, l'UAIE ha respinto la domanda di prestazioni dell'assicurazione per l'invalidità.

C.d Con sentenza del 23 settembre 2014 il TAF – in accoglimento della proposta formulata in sede di risposta dall'UAIE, alla quale il ricorrente ha aderito (doc. 244) – ha decretato l'ammissione del ricorso del 27 febbraio 2014, presentato tramite l'avv. C. _____ (doc. 232), l'annullamento della decisione impugnata e il rinvio degli atti di causa all'amministrazione, per eseguire, tra l'altro un esame neurologico ed un esame ortopedico (cfr. doc 243 [sentenza del TAF C-1139/2014 del 23 settembre 2014]).

D.

D.a Sono stati pertanto predisposti, presso medici specialisti italiani, gli accertamenti mancanti una nuova perizia E 213 dell'8 aprile 2015 (doc. 259), in quali (doc. 259-271), e sono state raccolte le trascrizioni dei rapporti del dr. D. _____ e del dr. E. _____, entrambi specialisti in neurologia (doc. 277, 278).

Nel rapporto del 18 luglio 2015 il dr. B. _____ ha descritto un peggioramento dello stato di salute fisico e psichico a partire dal 29 maggio 2015 (doc. 283); valutazione poi completata e parzialmente rettificata nel rapporto del 4 agosto 2015, dove ha segnalato un'inabilità lavorativa nell'attività abituale del 20% dal 2004, del 60% dal 28 gennaio 2010 e del 100% a partire dal 22 settembre 2014, mentre in un'attività confacente dello 0% dal 2004 e del 50% dal 22 settembre 2014 (doc. 286).

D.b L'UAIE ha quindi emesso il progetto di decisione del 6 agosto 2015, con il quale ha riconosciuto all'insorgente il diritto a $\frac{3}{4}$ di rendita a partire

dal 22 settembre 2014 e di una rendita intera a partire dal 1° dicembre 2014 fino al 31 luglio 2015, data del pensionamento (doc. 287).

D.c Alla luce delle critiche mosse dal ricorrente avverso tale provvedimento con le osservazioni del 1° settembre 2015 (doc. 291) e del 29 ottobre 2015 (doc. 295), l'amministrazione si è nuovamente rivolta al proprio servizio medico (doc. 296), che ha sconfessato le precedenti valutazioni del dr. B._____ – non emanando da uno specialista in neurologia – ed ha riconosciuto l'interessato inabile al 75% nell'attività abituale a partire dal 28 gennaio 2010 in ragione delle problematiche neurologiche (doc. 298). Considerato che a tale data l'interessato entrava nel sessantesimo anno di età, gli specialisti (in psichiatria, reumatologia, neurologia e medicina interna) hanno ritenuto non più esigibile che quest'ultimo mettesse a frutto la residua capacità lavorativa in un'attività sostitutiva. Per il periodo precedente, ossia a decorrere dal 24 febbraio 2004, nel rapporto in parola del 7 marzo 2016, è stata confermata l'incapacità lavorativa del 20% già attestata dal TAF (cfr. doc 243 [sentenza del TAF C-1139/2014 del 23 settembre 2014]).

D.d Preso atto della nuova valutazione medica, l'UAIE ha quindi sostituito il precedente progetto (doc. 287) con il provvedimento del 10 marzo 2016 (doc. 330), interamente confermato dalla decisione impugnata del 9 maggio 2016 (doc. 314, cfr. doc. 304 per la motivazione), con cui l'amministrazione ha riconosciuto all'insorgente il diritto a $\frac{1}{4}$ di rendita a partire dal 10 giugno 2010 e di una rendita intera a partire dal 1° settembre 2010 – unitamente agli interessi di mora per le prestazioni scadute (doc. 311). In ragione della tardività della domanda di prestazioni, presentata il 5 maggio 2013, l'inizio del versamento della rendita è stato decretato a partire dal 1° novembre 2013, terminando al 31 luglio 2015 a seguito del pensionamento dell'assicurato.

E.

Contro la decisione dell'UAIE, in data 17 giugno 2016 (doc. TAF 1), A._____, sempre rappresentato dall'avv. C._____, ha interposto ricorso dinnanzi al TAF, chiedendone la modifica e/o l'annullamento – al fine di poter beneficiare del diritto alla rendita di invalidità riconosciuta dall'UAIE anche nel periodo precedente il 1° novembre 2013 – e protestando spese e ripetibili (doc. TAF 1). Delle motivazioni, si dirà, se del caso, nei considerandi in diritto.

F.

Con decisione incidentale del 7 luglio 2016 (doc. TAF 2) il ricorrente è stato invitato a versare un anticipo di fr. 800.-, corrispondente alle presunte

spese processuali, regolarmente saldato in data 27 luglio 2016 (doc. TAF 4, 5, 8).

G.

Con risposta del 28 settembre 2016, l'UAIE ha confermato la valutazione circa l'inizio del versamento della rendita e proposto, per i motivi di cui si dirà in diritto, la reiezione del ricorso (doc. TAF 9).

H.

Nei memoriali di replica (doc. TAF 12) e duplica (doc. TAF 14) le parti hanno contestato le tesi avverse, riconfermandosi sostanzialmente nelle proprie antitetiche posizioni.

Diritto:

1.

1.1 In virtù dell'art. 31 LTAF, questo Tribunale giudica i ricorsi contro le decisioni ai sensi dell'art. 5 PA, 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 della presente 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) ed altresì l'anticipo relativo alle spese processuali è stato versato nel termine impartito.

2.

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

2.2 L'allegato II è stato modificato con effetto dal 1° aprile 2012 (Decisione 1/2012 del Comitato misto del 31 marzo 2012; RU 2012 2345). Nella sua nuova versione esso prevede in particolare che le parti contraenti applicano tra di loro, nel campo del coordinamento dei sistemi di sicurezza sociale, gli atti giuridici di cui alla sezione A dello stesso allegato, comprese eventuali loro modifiche o altre regole equivalenti ad essi (art. 1 ch. 1) ed assimila la Svizzera, a questo scopo, ad uno Stato membro dell'Unione europea (art. 1 ch. 2).

2.3 Gli atti giuridici riportati nella sezione A dell'allegato II sono, in particolare, il regolamento (CE) n. 883/2004 del Parlamento europeo e del Consiglio del 29 aprile 2004 (RS 0.831.109.268.1) relativo al coordinamento dei sistemi di sicurezza sociale, con le relative modifiche, e il regolamento (CE) n. 987/2009 del Parlamento europeo e del Consiglio del 16 settembre 2009 (RS 0.831.109.268.11) che stabilisce le modalità di applicazione del regolamento (CE) n. 883/2004, nonché il regolamento (CEE) n. 1408/71 del Consiglio del 14 giugno 1971 (RU 2004 121, 2008 4219 4237, 2009 4831) relativo all'applicazione dei regimi di sicurezza sociale ai lavoratori subordinati, ai lavoratori autonomi e ai loro familiari che si spostano all'interno della Comunità, con le relative modifiche, e il regolamento (CEE) n. 574/72 del Consiglio del 21 marzo 1972 (RU 2005 3909, 2008 4273, 2009 621 4845) che stabilisce le modalità di applicazione del regolamento (CEE) n. 1408/71, con le relative modifiche, entrambi applicabili tra la Svizzera e gli Stati membri fino al 31 marzo 2012 e quando vi si fa riferimento nel regolamento (CE) n. 883/2004 o nel regolamento (CE) n. 987/2009 oppure quando si tratta di casi verificatisi in passato.

2.4 Secondo l'art. 4 del regolamento (CE) n. 883/2004, salvo quanto diversamente previsto dallo stesso, le persone ad esso soggette godono delle medesime prestazioni e sottostanno agli stessi obblighi di cui alla legislazione di ciascuno Stato membro, alle stesse condizioni dei cittadini di tale Stato. Ciò premesso, nella misura in cui l'ALC e, in particolare, il suo allegato II, non prevede disposizioni contrarie, l'organizzazione della procedura, come pure l'esame delle condizioni di ottenimento di una rendita d'invalidità svizzera, sono regolate dal diritto interno svizzero (DTF 130 V 253 consid. 2.4).

2.5 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).

3.

3.1 Dal profilo temporale si applicano le disposizioni in vigore al momento della realizzazione dello stato di fatto che deve essere valutato giuridicamente o che produce conseguenze giuridiche (DTF 136 V 24 consid. 4.3 e 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).

3.2 Contestato, in concreto, non è tanto il diritto alla rendita, bensì il mancato versamento della prestazione riconosciuta a A._____ con decisione del 9 maggio 2016, nel periodo compreso fra giugno 2010 e ottobre 2013. Ne consegue che sono applicabili in parte le disposizioni della 5^a revisione (per il periodo fra giugno 2010 e dicembre 2011; cfr. sentenza del TF 8C_249/2010 del 1° giugno 2009; v. anche la sentenza del TAF C-1553/2012 del 25 marzo 2014) e in parte le modifiche legislative di cui alla 6^a revisione della LAI in vigore dal 1° gennaio 2012 e le successive modifiche (RU 2011 5659; FF 2010 1603) pur non comportanti cambiamenti rispetto al diritto precedente in merito alla valutazione dell'invalidità, entrate in vigore fino alla data della decisione impugnata.

4.

Giova altresì rilevare che il potere cognitivo di questo Tribunale è delimitato dalla data della decisione impugnata, in concreto il 9 maggio 2016. Il giudice delle assicurazioni sociali esamina infatti la decisione impugnata sulla base della situazione di fatto esistente al momento in cui essa è stata resa (DTF 136 V 24 consid. 4.3). Tiene tuttavia conto dei fatti verificatisi posteriormente quando essi possono 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. sentenze 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).

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 Giusta l'art. 28 cpv. 1 LAI, l'assicurato ha diritto a una rendita se la sua capacità al guadagno o la sua capacità di svolgere le mansioni consuete non può essere ristabilita, mantenuta o migliorata mediante provvedimenti d'integrazione ragionevolmente esigibili (lett. a), ha avuto un'incapacità al lavoro (art. 6 LPGGA) almeno del 40% in media durante un anno senza notevole interruzione (lett. b) e al termine di quest'anno è invalido (art. 8 LPGGA) almeno al 40% (lett. c).

6.2 In base all'art. 8 cpv. 1 LPGGA è considerata invalidità l'incapacità al guadagno totale o parziale presumibilmente permanente o di lunga durata. L'art. 4 cpv. 1 LAI precisa che l'invalidità può essere conseguente ad infermità congenita, malattia o infortunio; il cpv. 2 della stessa norma stabilisce che l'invalidità è considerata insorgere quando, per natura e gravità, motiva il diritto alla singola prestazione.

6.3 L'assicurato ha diritto ad una rendita intera se è invalido per almeno il 70%, a tre quarti di rendita se è invalido per almeno il 60%, ad una mezza rendita se è invalido per almeno la metà e ad un quarto di rendita se è invalido per almeno il 40% (art. 28 cpv. 2 LAI).

6.4 Per incapacità al lavoro s'intende qualsiasi incapacità, totale o parziale, derivante da un danno alla salute fisica, mentale o psichica di compiere un lavoro ragionevolmente esigibile nella professione o nel campo di attività

abituale. 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). L'incapacità al guadagno è definita all'art. 7 cpv. 1 LPGGA e consiste nella 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. Per valutare la presenza di un'incapacità al guadagno sono considerate esclusivamente le conseguenze del danno alla salute; inoltre, sussiste un'incapacità al guadagno soltanto se essa non è oggettivamente superabile (art. 7 cpv. 2 LPGGA).

6.5 La nozione d'invalidità di cui all'art. 4 LAI e 8 LPGGA è un concetto di carattere economico-giuridico e non medico (DTF 116 V 246 consid. 1b e 110 V 273; v. pure sentenze del TF 8C_636/2010 del 17 gennaio 2011 consid. 3 e 9C_529/2008 del 18 maggio 2009). L'assicurazione svizzera per l'invalidità risarcisce 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 (metodo generale del raffronto dei redditi; art. 28a cpv. 1 LAI, art. 16 LPGGA).

7.

Secondo l'art. 87 cpv. 3 OAI, qualora la rendita è stata negata perché il grado d'invalidità era insufficiente, una nuova richiesta è riesaminata soltanto se sono soddisfatte le condizioni di cui al cpv. 2. Secondo questa norma, se è fatta domanda di revisione (art. 17 LPGGA) nella richiesta va dimostrato che il grado d'invalidità è cambiato in misura rilevante per il diritto alle prestazioni (DTF 130 V 71 consid. 3.2 pag. 75 segg.; 117 V 198 consid. 3a).

8.

In via preliminare questo Tribunale ritiene dimostrato, con il grado della verosimiglianza preponderante valido nelle assicurazioni sociali, che a decorrere dal mese di gennaio 2010, è sopraggiunto un notevole peggioramento dello stato di salute rispetto a quanto precedentemente accertato nella decisione del 19 agosto 2008 (doc. 127). Non vi è pertanto motivo di scostarsi dalla convincente e motivata valutazione medica pluridisciplinare del 7 marzo 2016 del Servizio medico dell'AI, non essendo peraltro neppure oggetto di contestazione, né dalle decisioni dell'UAIE con cui è stato riconosciuto all'interessato il diritto a un quarto di rendita d'invalidità dal 10 giugno 2010, fondandosi sul calcolo della media retrospettiva – non essendo per altro adempiuti i presupposti per applicare le condizioni più favorevoli

dell'art. 29bis OAI (trattandosi di una nuova malattia) – e a una rendita intera dal 1° settembre 2010 fino al 31 luglio 2015, data del raggiungimento dell'età AVS.

9.

Oggetto del contendere, è quindi unicamente il momento in cui deve avere inizio il versamento delle rendite riconosciute all'assicurato con la suddetta decisione impugnata e, di riflesso, la data a cui va fatta risalire la domanda di prestazioni.

9.1 A mente dell'insorgente, l'applicazione del termine di sei mesi previsto dall'art. 29 cpv. 1 LAI (nel tenore in vigore dal 1° gennaio 2008) non si giustifica e ciò sostanzialmente per due ragioni. Da un lato egli ritiene che l'eventuale decorso di detto termine vada fatto risalire al 28 maggio 2004, ossia quando ha rivendicato per la prima volta il diritto alle prestazioni e non al 5 maggio 2013 in occasione della seconda domanda. Dall'altro, egli reputa che, a fronte dell'accertato peggioramento dello stato di salute a decorrere dal mese di gennaio 2010, fossero date le premesse per una revisione o per una riconsiderazione della decisione del 2008 (doc. 127), rendendo così superflua l'applicazione dell'art. 29 LAI.

9.2 Dal canto suo l'autorità inferiore ha rammentato che in caso di nuova domanda, laddove in precedenza il diritto alle prestazioni era stato negato con decisione cresciuta in giudicato, la nascita del diritto alla rendita è subordinato all'adempimento delle condizioni previste dagli art. 28 e 29 LAI. Pertanto, ritenendo determinante unicamente la domanda del 5 maggio 2013, l'UAIE ha quindi ribadito la correttezza dell'inizio del versamento della rendita soltanto a sei mesi da tale data.

10.

10.1 Giova innanzitutto rammentare che le prestazioni dell'assicurazione sociale non vengono assegnate, di principio, se non a seguito di una specifica richiesta dell'assicurato. In altre parole, chi omette di annunciare la propria pretesa all'assicuratore preposto, nelle modalità e nelle forme prescritte (art. 29 LPGGA), non potrà beneficiare delle prestazioni a cui avrebbe di per sé diritto secondo le pertinenti disposizioni legali (cfr. MICHEL VALTERIO, *Droit de l'assurance-vieillesse et survivants [AVS] et de l'assurance-invalidité [AI]*, Schulthess 2011, cif. 2812 p. 771 e riferimenti giurisprudenziali ivi citati).

La procedura, avviata su iniziativa dell'assicurato al momento del deposito della domanda con cui rivendica il diritto alle prestazioni d'invalidità (art. 29 cpv. 1 LPGA, art. 29 cpv. 1 LAI, art. 65 OAI), si conclude al termine dell'istruttoria e della procedura di preavviso (art. 73 OAI), mediante una decisione con cui l'autorità inferiore si pronuncia sulla richiesta di prestazioni (art. 74 OAI).

10.2 Va inoltre evidenziato che la data del deposito della domanda è determinante per stabilire i diritti di cui l'interessato può avvalersi da quel momento nei confronti dell'assicuratore preposto. Nel caso in cui la domanda di prestazioni, vertente ad esempio sul riconoscimento del diritto alla rendita d'invalidità, è stata rifiutata con decisione di rigetto entrata in forza, la data del deposito della domanda perde tuttavia il suo effetto. Per avvalersi di un ulteriore diritto alla rendita, l'interessato dovrà pertanto introdurre una nuova domanda di prestazioni, non essendo al riguardo applicabili le disposizioni riguardanti la revisione (cfr. sentenza del TF 9C_302/2015 del 18 settembre 2015, consid. 5.3; MICHEL VALTERIO, op. cit., cif. 2847 p. 780).

In caso di esame giudiziario, va inoltre rammentato che il potere cognitivo del Tribunale si estende, di principio, solamente fino alla data della decisione impugnata (cfr. consid. 4).

10.3

10.3.1 Va infine segnalato che secondo l'art. 53 cpv. 1 LPGA le decisioni e le decisioni su opposizione formalmente passate in giudicato devono essere sottoposte a revisione se l'assicurato o l'assicuratore scoprono successivamente nuovi fatti rilevanti o nuovi mezzi di prova che non potevano essere prodotti in precedenza. Secondo il capoverso 2, l'assicuratore può tornare sulle decisioni o sulle decisioni su opposizione formalmente passate in giudicato se è provato che erano manifestamente errate e se la loro rettifica ha una notevole importanza. Tale riconsiderazione non è tuttavia ammissibile se la decisione è stata oggetto di controllo giudiziale nel merito (DTF 127 V 466 consid. 2c pag. 469).

10.3.2 Per determinare se è possibile riconsiderare una decisione per il motivo che essa sarebbe senza dubbio erronea, occorre fondarsi sulla situazione giuridica esistente al momento in cui questa decisione è stata resa prendendo in considerazione la prassi allora in vigore (DTF 125 V 383 consid. 3 pag. 389 con riferimenti). Un cambiamento di prassi o di giurisprudenza non giustifica di regola una riconsiderazione (DTF 117 V 8 consid.

2c pag. 17; 115 V 308 consid. 4a/cc pag. 314). Per motivi legati alla sicurezza giuridica e per evitare che la riconsiderazione diventi uno strumento che consenta di riesaminare liberamente le condizioni poste a fondamento delle prestazioni di lunga durata, l'irregolarità deve essere manifesta. In particolare, non si può parlare di un'inesattezza manifesta se l'assegnazione della prestazione dipende dall'adempimento di condizioni materiali il cui esame presuppone un certo margine di apprezzamento riguardo a certi loro aspetti o elementi, e se la decisione iniziale appare ammissibile alla luce della situazione di fatto e di diritto. Se persistono ragionevoli dubbi sul carattere erroneo della decisione iniziale, le condizioni per procedere a una riconsiderazione non sono date (cfr. sentenza del TF 9C_439/2007 del 28 febbraio 2008 consid. 3.1 con rinvii).

10.4

10.4.1 Nel caso concreto, la domanda di prestazioni depositata dal ricorrente il 28 maggio 2004 (cfr. consid. B.a) è stata respinta con decisione del 19 agosto 2008 (doc. 127). La crescita in giudicato di tale provvedimento, confermato sia dal TAF (doc. 133) che dal TF (doc. 138), ha quindi messo fine alla procedura avviata il 28 maggio 2004.

In tale ambito la situazione materiale è stata esaminata fino alla data della decisione impugnata, essendo il potere cognitivo dei Tribunali limitato a questo momento.

Così stando le cose, non è dunque possibile riferirsi a tale domanda, per rivendicare il versamento delle prestazioni riconosciute dall'amministrazione a seguito del peggioramento dello stato di salute accertato a partire dal 2010. La domanda del 28 maggio 2004, infatti, non soltanto è già stata interamente evasa definitivamente con la decisione del 19 agosto 2008, ma si riferiva inoltre unicamente allo stato di fatto esistente nel periodo compreso fra il momento del suo deposito e il suddetto provvedimento (cfr. consid. 4).

10.4.2 Neppure può trovare accoglimento la tesi del ricorrente, secondo cui, avendo l'UAIE riconosciuto il diritto alla rendita a partire da giugno 2010, dunque precedentemente alla nuova domanda del 5 maggio 2013, implicitamente ha ritenuto utile la prima rivendicazione del diritto alle prestazioni del 28 maggio 2004 (cfr. doc. TAF 1, p. 8). Non vi è infatti alcuna correlazione diretta fra i due momenti: l'insorgere del diritto è dettato dall'adempimento delle condizioni di cui all'art. 28 LAI, fra cui l'applicazione della media retrospettiva (art. 28 cpv. 1 lett. b LAI), mentre il diritto al ver-

samento della prestazione così riconosciuto è dettato unicamente dal deposito della domanda di prestazioni, che, per le ragioni già esposte, non può essere quella del 2004, ma soltanto quella del 2013.

10.4.3 Contrariamente a quanto suggerisce il ricorrente, il peggioramento dello stato di salute intervenuto dal mese di gennaio 2010 nemmeno può essere considerato nell'ambito di una revisione del diritto alla rendita ai sensi dell'art. 17 LPGGA poiché – a fronte del rifiuto delle prestazioni di invalidità rivendicate con la prima domanda – tale diritto, di fatto, non sussisteva all'epoca in cui la situazione si è modificata (si confronti anche il tenore dell' art. 29^{bis} OAI: malgrado la rendita sia stata soppressa nel corso degli ultimi tre anni, è comunque esistita per un certo periodo di tempo).

10.4.4 Non essendo oltretutto evidentemente un fatto nuovo (cosiddetto *unechte nova*) giuridicamente rilevante al fine della prima valutazione (del 19 agosto 2008), il peggioramento dello stato di salute subentrato dal 2010, neppure permette di procedere a una revisione ai sensi dell'art. 53 cpv. 1 LPGGA.

10.4.5 Da ultimo, non vi è neppure motivo di ritenere che la decisione del 19 agosto 2008 fosse manifestamente errata. La documentazione medica agli atti all'epoca in cui questa è stata pronunciata giustificava, a non averne dubbio, il rifiuto del diritto alla rendita. Questo Tribunale non ha pertanto motivo di ritenere necessario od opportuno procedere a una rettifica ai sensi dell'art. 53 cpv. 2 LPGGA.

10.5 In definitiva risulta dunque corretto esaminare il peggioramento dello stato di salute attestato a partire dal 28 gennaio 2010 nell'ambito di una nuova domanda di prestazioni, così come fatto dall'autorità inferiore.

11.

11.1

11.1.1 Qualora venga presentata una nuova domanda di prestazioni dell'assicurazione svizzera per l'invalidità (e l'Ufficio AI entra nel merito di tale domanda come nel caso di specie), dopo che il diritto alle prestazioni è stato rifiutato in occasione di una prima domanda, il diritto alla rendita resta subordinato all'adempimento delle condizioni previste agli art. 28 e 29 LAI (DTF 140 V 2 consid. 5.2; sentenza del TF 9C_302/2015 del 18 settembre 2015 consid. 5.2).

11.1.2 Giusta l'art. 29 cpv. 1 LAI il diritto alla rendita nasce al più presto dopo sei mesi dalla data in cui l'assicurato ha rivendicato il diritto alle prestazioni conformemente all'art. 29 cpv. 1 LPGGA, purché siano soddisfatti anche gli ulteriori requisiti (consid. 6).

L'esigenza del periodo di attesa (art. 28 cpv. 1 lett. b LAI), costituisce un presupposto del diritto. Come ha affermato il Tribunale federale, di conseguenza, l'invalidità rispettivamente il caso assicurato "rendita d'invalidità" sopraggiunge solo con la nascita del diritto alla rendita (sentenza del TF 9C_658/2013 del 26 dicembre 2013 consid. 3.1 [considerando non pubblicato in DTF 140 V 2]; DTF 138 V 475 consid. 3).

11.1.3 In definitiva, l'art. 29 LAI disciplina non tanto la nascita del diritto alla rendita AI, quanto piuttosto la nascita del diritto al versamento della rendita. (DTF 140 V 2 consid. 5.2 pag. 6). Tale norma, nel caso in esame, riguardante proprio l'insorgere del diritto a tale versamento, riveste quindi un'importanza centrale.

11.2

11.2.1 Nell'evenienza concreta, il ricorrente ha presentato la nuova domanda di rendita il 5 maggio 2013 (doc. 193). Con la stessa ha trasmesso la documentazione relativa agli esami strumentali e clinici pluridisciplinari condotti in occasione del ricovero presso F. _____ fra il 28 gennaio e il 3 febbraio 2010, dalla quale è concretamente emerso il peggioramento dello stato di salute rispetto a quello accertato nella precedente decisione del 19 agosto 2008 (doc. 145).

Ora, sebbene tale documentazione medica – che si è rivelata fondamentale per la nuova valutazione del caso (cfr. doc. 298) – risalisse all'inizio del 2010, non ve n'è traccia nell'incarto prima del 2013. A ben vedere, neppure nell'ambito delle procedure di ricorso intentate contro la decisione del 19 agosto 2008 (cfr. inc. C-6166/2008 conclusosi con la sentenza del 18 novembre 2010 [doc. 133] e sentenza 9C_1/2011 del 22 febbraio 2012 [doc. 138]), viene fatto riferimento a tali documenti, che pur non potendo mutare l'esito della procedura ricorsuale – in quanto fatti posteriori – avrebbero eventualmente potuto indurre le autorità giudicanti a trasmettere per competenza l'incarto all'UAIE per accertare l'eventuale rilevanza della nuova situazione.

In tale ottica, nessun rimprovero può essere mosso all'autorità inferiore dal momento che solo se necessario detto Ufficio ingiunge all'interessato di

annunciarsi all'assicurazione per l'invalidità (art. 3c cpv. 6 LAI). La necessità di un'ingiunzione al ricorrente, tuttavia, può essere ammessa solo a decorrere dal momento in cui l'UAIE poteva riconoscere che la modifica dello stato di salute dell'insorgente era suscettibile di rilevanza ai fini di una rendita AI. Alla luce di quanto sopra, tale momento può essere fatto risalire al più presto al 5 maggio 2013, posto che in precedenza l'interessato non ha avanzato alcuna richiesta di prestazione all'autorità inferiore, neppure informalmente (ad esempio limitandosi a trasmettere dei nuovi atti medici).

11.2.2 A fronte delle contestazioni del ricorrente va inoltre precisato che, secondo invalsa giurisprudenza, gli assicurati devono sopportare le conseguenze delle azioni od omissioni delle persone alle quali hanno affidato il compito di fare valere i propri diritti (cfr. sentenze del TF 1C_494/2011 del 31 luglio 2012 consid. 3.2; 8C_984/2008 dell'11 maggio 2009; 2C_645/2008 del 24 giugno 2009 con-sid. 2.3.2; 9C_831/2007 del 19 agosto 2008 consid. 5.6; 1C_249/2008 del 9 giugno 2008 consid. 1.2.1; DLA 2002 pag. 259; SVR 2001 KV Nr. 3; DTF 111 1b 222), ciò che corrisponde al caso in esame.

Già all'epoca del ricorso contro la decisione del 19 agosto 2008, il ricorrente era rappresentato da un legale (l'avv. G. _____) il quale, venuto a sapere del peggioramento dello stato di salute insorto da gennaio 2010, avrebbe dovuto informare il ricorrente dei suoi eventuali diritti e, in ogni caso l'amministrazione del nuovo stato valetudinario.

Tale annuncio non soltanto non è stato fatto nelle more ricorsuali (dunque fra il 2008 e il 2012), ma è stato addirittura inutilmente procrastinato di oltre un anno dopo la ricezione della sentenza del TF del 22 febbraio 2012, che ha messo definitivamente il punto alla precedente procedura (doc. 138). Non è pertanto corretto affermare, come fatto dal ricorrente, che è stato in grado di procedere in tal senso soltanto il 5 maggio 2013 (doc. TAF 1, p. 3). Né tantomeno giova, d'altro canto, giustificare il mancato inoltro della nuova domanda sostenendo di aver confidato nell'esito positivo del ricorso (doc. TAF 1, p. 2): innanzitutto non essendo di fronte a una situazione manifesta, la prudenza avrebbe dovuto imporre al rappresentante del ricorrente di compiere piuttosto un atto superfluo – a tutela del proprio mandante – piuttosto che ometterlo. In secondo luogo, come già indicato sopra, il cambiamento dello stato di salute intervenuto dopo l'emissione della decisione impugnata ed essendo determinato dall'insorgere di una nuova patologia, sarebbe sfuggito alla competenza del giudice, altra circostanza di cui mandatario professionale dovrebbe essere a conoscenza. In definitiva,

il ritardo dell'inizio del versamento della rendita deve essere interamente imputato al ricorrente.

11.2.3 Infine, nemmeno l'interpretazione dell'art. 29 cpv. 1 LAI fornita dal ricorrente, può essere seguita da questo Tribunale. Contrariamente a quanto invocato, il senso e lo scopo della norma, così come emerge dai lavori preparatori, non giustificano di scostarsi dal suo testo chiaro (cfr. anche le versioni tedesca e francese "Der Rentenanspruch entsteht frühestens nach Ablauf von sechs Monaten nach Geltendmachung des Leistungsanspruchs"; "Le droit à la rente prend naissance au plus tôt à l'échéance d'une période de six mois à compter de la date à laquelle l'assuré a fait valoir son droit aux prestations "). È vero che lo scopo della nuova regolamentazione relativa all'insorgenza del diritto alla rendita rispettivamente all'inizio della stessa era principalmente quello di incentivare gli assicurati ad annunciarsi il più presto possibile all'AI per permettere, da un lato, di preservare il loro eventuale diritto alla rendita e, dall'altro, all'AI di attuare provvedimenti d'integrazione nel momento in cui potevano ancora esplicitare tutta la loro efficacia (FF 2005 3989 segg., 4065 e 4098; cfr. pure DTF 137 V 351 consid. 4.2 pag. 357). In nessun modo, tuttavia, i lavori preparatori forniscono lo spunto per non applicare il termine di attesa di sei mesi dell'art. 29 cpv. 1 LAI nel caso di nuova domanda a seguito di un nuovo evento assicurato.

Del resto, se la legge fa nascere il diritto alla rendita al più presto dopo sei mesi dalla data in cui l'assicurato ha rivendicato il diritto alle prestazioni e se quest'ultimo le rivendica in ragione dell'inabilità causata da un peggioramento dello stato di salute – giacché l'inabilità residua riscontrata in precedenza non era chiaramente sufficiente – non vi è motivo per non versare la rendita sei mesi dopo il nuovo annuncio all'AI. Il fatto che l'incapacità residua precedente permetta di anticipare – grazie alla media retrospettiva (cfr. ad esempio sentenza 9C_971/2009 del 14 giugno 2011 consid. 3.1) – la scadenza del termine annuo ai sensi dell'art. 28 cpv. 1 lett. b LAI non significa che in una simile situazione si possa prescindere dall'applicazione del termine di attesa dell'art. 29 cpv. 1 LAI per il versamento della prestazione (cfr. DTF 140 V 2 consid. 5.3).

12.

Visto quanto esposto sopra, il ricorso è infondato e pertanto non merita tutela e la decisione impugnata va confermata. Il versamento della rendita decorre dal 1° novembre 2013.

13.

13.1 Dato l'esito della procedura, le spese processuali di fr. 800.-, sono poste a carico del ricorrente (art. 63 cpv. 1 e cpv. 5 PA nonché art. 3 lett. b 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]) e vengono compensate con l'anticipo spese di identico ammontare versato il 27 luglio 2016 (doc. TAF 4).

13.2 Al ricorrente, soccombente, non spetta altresì alcuna indennità per spese ripetibili della sede federale (art. 64 PA in combinazione con l'art. 7 cpv. 1 e 2 TS-TAF a contrario).

Peraltro, le autorità federali, quand'anche vincenti, non hanno di principio diritto a 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).

Il dispositivo e i rimedi di diritto sono menzionati alla pagina seguente.

Per questi motivi, il Tribunale amministrativo federale pronuncia:

1.

Il ricorso è respinto.

2.

Le spese processuali di fr. 800.- sono poste a carico del ricorrente e vengono compensate con l'acconto già versato.

3.

Non si riconoscono indennità per 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)

La presidente del collegio:

Il cancelliere:

Michela Bürki Moreni

Luca Rossi

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 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: