



Corte III
C-6070/2012

Sentenza del 22 ottobre 2013

Composizione

Giudici Elena Avenati-Carpani, giudice unica,
cancelliere Manuel Borla.

Parti

A. _____,
...,
patrocinato da Rechtsberatung für italienische Migrantinnen
und Migranten, Postfach 120, 4011 Basel,
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 24 ottobre 2012).

Fatti:**A.**

A._____, cittadino italiano nato il ..., celibe, ha lavorato in Svizzera come selvicoltore dal 1974 - 1979, 1981 - 1988, 2001 - 2005 e 2007, versando i relativi contributi obbligatori all'assicurazione per la vecchiaia, i superstiti e l'invalidità (AVS/AI), per complessive 391 settimane. Il 14 aprile 2009, per il tramite dell'Istituto nazionale italiano della previdenza sociale (INPS), l'assicurato aveva formulato all'Ufficio dell'assicurazione per l'invalidità per gli assicurati residenti all'estero (UAIE) una prima domanda di rendita d'invalidità svizzera (doc. 4), la cui istruzione aveva permesso di stabilire, sulla base segnatamente della "relazione psichiatrica" dell'Azienda ospedaliera "Ospedale di ...", Dipartimento salute mentale del 7 ottobre 2009, nonché della presa di posizione del dott. B._____ medico del servizio medico regionale dell'assicurazione invalidità (SMR Rhône), del 10 novembre seguente, l'assenza di un'incapacità al lavoro media sufficiente, per un anno, ai sensi delle disposizioni legali; malgrado il danno alla salute, indicato quale "disturbo misto dell'umore" (doc.1, pag. 2), l'esercizio di un'attività lucrativa era sempre esigibile in misura sufficiente per escludere il diritto ad una rendita. Dopo avere stilato un progetto di decisione il 7 settembre 2009, l'UAIE ha emanato la conseguente decisione il 13 novembre 2009.

B.

Il 29 gennaio 2010, sempre per il tramite dell'INPS, l'assicurato ha presentato una seconda domanda di rendita (doc. 21), alla quale ha allegato, oltre agli usuali documenti di natura amministrativa, una nuova perizia particolareggiata E 213 del dott. C._____ del 3 febbraio 2010, diagnosticante in particolare un disturbo misto dell'umore in particolare un disturbo ciclotimico curato con antipsicotici atipici in forma deposito, antidepressivi, ansiolitici e ipnotici. Essa faceva pure riferimento ad una visita psichiatrica del 18 gennaio 2008 presso l'ASL di ... e al verbale della commissione medica dell'ASL della Provincia di ... in cui si riteneva il paziente invalido civilmente al 71%.

Il seguito dell'istruzione ha permesso di acquisire, tra gli altri documenti, segnatamente rapporti medici presentati dall'interessato e la perizia psichiatrica del dr. D._____, stesa il 26 ottobre 2010 su richiesta dell'UAIE, sulla scorta dei quali l'UAIE, con decisione del 7 marzo 2011, ha reputato non sussistere un'incapacità lavorativa media sufficiente, per

un anno, ai sensi delle disposizioni di legge, con conseguente rifiuto della rendita invalidità.

C.

Il 31 gennaio 2012, sempre per il tramite dell'INPS, l'assicurato ha formulato una terza domanda di rendita (doc. 59), allegandovi, tra gli altri documenti medici, una nuova perizia particolareggiata E 213 della dott. E._____, medico dell'INPS, del 19 gennaio 2012, diagnosticante un disturbo misto dell'umore ad andamento cronico e un'incapacità lavorativa totale secondo le disposizioni di legge italiane. Il medico ha pure indicato che rispetto alla precedente visita le condizioni sono rimaste stazionarie.

Conseguentemente, con progetto di decisione del 23 agosto 2012 l'UAIE ha informato A._____ di non poter esaminare la nuova domanda in quanto non è stato reso plausibile una modifica del grado d'invalidità con conseguente modifica del diritto alle prestazioni (doc. 64), ai sensi della legislazione svizzera, invitandolo nel contempo a trasmettere eventuali osservazioni entro un termine di trenta giorni.

Per il tramite del suo rappresentante, l'assicurato si è opposto a questo progetto di decisione il 14 settembre 2012, producendo un certificato una relazione psichiatrica dell'ASL di ... – Distretto di ... del 6 settembre 2012, e il certificato del 27 luglio 2011 con cui si attesta un "aggravamento dal 10 dicembre 2008 e si constata un'invalidità totale e permanente alla capacità lavorativa. In particolare la relazione psichiatrica più recente evidenzia l'attitudine poco collaborativa, il rifiuto delle terapie proposte e l'emergere di disturbi quali insonnia, tremori, cefalea, dolori vaghi e continui, nonché inappetenza. Conseguentemente, tale documentazione è stata sottoposta al servizio medico dell'UAIE, che tuttavia ha rilevato non sussistere alcun elemento medico oggettivo nuovo rispetto a quanto già conosciuto e preso in considerazione nei rapporti precedenti (doc. 72).

Mediante decisione del 24 ottobre 2012, l'UAIE ha così emanato una decisione di non esame della domanda di revisione (doc. 73).

D.

Contro questa decisione, rappresentato dal suo avvocato, l'assicurato ha inoltrato ricorso al Tribunale amministrativo federale (in seguito TAF o il Tribunale) il 22 novembre 2012, chiedendo, di essere sottoposto ad una visita psichiatrica approfondita e eventualmente ad una perizia reumatologica prima di decidere nuovamente il diritto alle prestazioni. A suo dire

infatti dagli ultimi certificati trasmessi si attesta un notevole peggioramento delle condizioni di salute.

L'UAIE ha risposto al ricorso il 19 dicembre 2012, chiedendone il rigetto con la conseguente conferma della decisione impugnata. L'autorità di prime cure ha rilevato che quanto più breve è il tempo trascorso dalla decisione precedente alla nuova domanda, tanto più rigorosamente l'amministrazione apprezzerà la plausibilità delle allegazioni dell'assicurato; in particolare, l'UCC ha valutato che dai rapporti precedenti del 20 agosto e 10 ottobre 2012, lo stato di salute del ricorrente non si è modificato rispetto all'ultima decisione di rifiuto delle prestazioni del 7 marzo 2011.

Il ricorrente ha replicato il 7 febbraio 2013, ribadendo le proprie conclusioni ed esibendo un nuovo referto psichiatrico del 5 febbraio 2013 dell'ASL di ... in cui si ribadisce quanto sostanzialmente risultava dalla relazione psichiatrica del 6 settembre 2012, ovvero la patologia del "disturbo misto dell'umore" dal 1971, e recentemente dal 2010 la mancanza di critica e di coscienza della malattia e gli atteggiamenti minacciosi e aggressivi con tendenza al passaggio all'atto.

E.

Mediante decisione incidentale del 12 febbraio 2013, questo Tribunale ha invitato il ricorrente a versare un anticipo equivalente alle presunte spese processuali di Fr. 400.-, versati il 3 marzo seguente.

F.

Con duplica del 25 marzo 2013 l'UAIE si è riconfermato nelle proprie allegazioni e conclusioni di causa.

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).

Di conseguenza, questo Tribunale è competente a giudicare il presente ricorso.

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). In conformità con l'art. 2 LPGA, 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 LPGA sono applicabili all'assicurazione per l'invalidità (art. 1a-26^{bis} e 28-70), sempreché 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, allegando 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 ammissibile nella misura in cui è stato presentato tempestivamente, nel rispetto dei requisiti previsti dalla legge (art. 59 e 60 LPGA, nonché l'art. 52 cpv. 1 PA), e il pagamento di 400 franchi, quale anticipo delle presunte spese processuali, è avvenuto nel termine impartito.

2.

2.1 Il diritto applicabile è costituito dalle norme in vigore al momento in cui i fatti giuridicamente determinanti si sono prodotti. Il giudice non prende in considerazione eventuali cambiamenti dello stato di fatto e modifiche del diritto posteriori alla data determinante che è quella della decisione litigiosa (DTF 129 V 4 consid. 1.2). Quando è intervenuto un cambiamento delle norme legislative nel corso del periodo sottoposto ad esame giudiziario, il diritto eventuale alle prestazioni si determina secondo il vecchio diritto per il periodo anteriore e secondo le nuove disposizioni a partire

dall'entrata in vigore di quelle nuove (applicazione pro rata temporis; DTF 130 V 445).

2.2 Secondo il diritto internazionale, è applicabile l'Accordo sulla libera circolazione delle persone, del 21 giugno 1999, fra la Confederazione svizzera, da una parte, e la Comunità europea ed i suoi Stati membri, dall'altra, entrato in vigore il 1° giugno 2002 (ALC, RS 0142.112.681) con il suo allegato II che regola il coordinamento dei sistemi di sicurezza sociale. In questo contesto, dal 1° aprile 2012 l'ALC si riferisce al regolamento (CE) n. 883/2004 relativo al coordinamento dei sistemi di sicurezza sociale, così come il regolamento (CE) n. 987/2009 del Parlamento europeo e del Consiglio del 16 settembre 2009 che regola le modalità d'applicazione del regolamento (CE) n. 883/2004 relativo al coordinamento dei sistemi di sicurezza sociale (RS 0.831.109.268.1 e 0.831.109.268.11). Questi regolamenti sono dunque applicabili nella specie (cfr. sentenza del Tribunale federale 8C_445/2011 del 4 maggio 2012). Conformemente all'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 come i cittadini di tale Stato. Può essere precisato che il regolamento (CE) n. 1408/71 al quale l'ALC rinviava per il periodo precedente il 31 marzo 2012, conteneva una disposizione simile al suo art. 3 cpv. 1.

2.3 Può essere sottolineato che il riconoscimento all'estero di una rendita d'invalidità secondo il rispettivo sistema di sicurezza sociale non pregiudica la valutazione dell'invalidità secondo il diritto svizzero (sentenza del Tribunale federale del 4 febbraio 2003 I 435/02). Pertanto, anche con l'entrata in vigore dell'ALC, il grado d'invalidità di un assicurato che postula il riconoscimento di prestazioni AI è determinato esclusivamente secondo il diritto svizzero (art. 46 del regolamento [CE] n. 883/2004 in relazione con l'allegato VII dello stesso regolamento; rispettivamente, per il diritto in vigore fino al 31 marzo 2012, art. 40 cpv. 4 in relazione con l'allegato V del regolamento 1408/71; cfr. anche DTF 130 V 253 consid. 2.4; sentenza del Tribunale federale I 376/05 del 5 agosto 2005 consid. 3.1). Deve essere comunque dato per acquisito che la documentazione medica ed amministrativa prodotta dagli istituti di sicurezza sociale di un altro Stato membro deve essere presa in considerazione (art. 49 cpv. 2 del regolamento (CE) n. 987/2009).

2.4 Per quel che concerne il diritto interno, le modifiche disposte dalla 6^a revisione della LAI, entrate in vigore il 1° gennaio 2012, sono ugualmente

applicabili nel caso di specie, pur tuttavia osservando che tali nuove norme non hanno comportato dei cambiamenti rispetto al vecchio diritto in merito alla valutazione dell'invalidità.

3.

Il ricorrente contesta la fondatezza della decisione del 24 ottobre 2012, con la quale l'UAIE non ha esaminato la sua nuova domanda di prestazioni dell'assicurazione invalidità svizzera.

4.

4.1 Qualora una prima (o seconda) 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 130 V 71 consid. 2.2 con i rif.). 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 LPG, art. 87 segg. OAI, *Jurisprudence et pratique administrative* [Pratique VSI] 1999 pag. 8, DTF 130 V 71 consid. 3.2).

4.2 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. Lo scopo della norma menzionata è di evitare che gli organi preposti dell'AI debbano ripetutamente chinarsi su domande di prestazioni, quando lo stato di fatto è rimasto uguale o già stato esaminato senza dare luogo a prestazioni in una precedente decisione cresciuta in giudicato (DTF 133 V 108 consid. 5.3.1 e 130 V 64 consid. 5.2.3 con i rif).

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 (sentenza del Tribunale federale 9C_708/2007 dell'11 settembre 2008 consid. 2.3 con i rif.).

4.3 Determinanti, inoltre, per verificare l'ammissibilità di una nuova domanda sono i documenti esibiti al momento della presentazione della stessa a corredo di quanto richiesto, o, al più tardi, quelli agli atti al momento in cui la decisione di non entrata in materia è stata emanata (DTF 130 V 64 consid. 5.2.4). Questa giurisprudenza si applica anche nell'ambito della 5a revisione dell'assicurazione invalidità (sentenza del Tribunale federale 8C_436/2008 del 29 aprile 2009 consid. 3).

4.4 In concreto, la decisione di rifiuto inerente la seconda domanda di una rendita d'invalidità è stata emanata il 7 marzo 2011 e la decisione di non esame della terza domanda, qui impugnata, il 24 ottobre 2012. Ne consegue che il periodo di riferimento per giudicare se è intervenuta una modifica rilevante del grado d'invalidità può essere limitato al 24 ottobre 2012.

5.

5.1 Per avere diritto ad una rendita dell'assicurazione invalidità svizzera, ogni richiedente deve adempiere cumulativamente le seguenti condizioni:

- essere invalido ai sensi della legge svizzera;
- aver versato contributi all'AVS/AI svizzera per un anno (art. 36 LAI nel tenore in vigore fino al 31 dicembre 2007). A partire dal 1° gennaio 2008, è tuttavia necessario avere versato contributi durante almeno 3 anni (art. 36 LAI nel tenore modificato il 6 ottobre 2006). A tal fine è possibile prendere in considerazione anche i contributi versati ad un'assicurazione sociale assimilata di uno Stato membro dell'Unione europea (UE) o dell'Associazione europea di libero scambio (AELS), a condizione che almeno un anno di contributi sia registrato all'AVS/AI svizzera (FF 2005 pag. 4065; art. 45 del regolamento 1408/71).

5.2 Nella fattispecie, il ricorrente ha versato contributi all'AVS/AI svizzera per un periodo superiore ai 3 anni. Pertanto egli adempie la condizione della durata minima di contribuzione, alla quale la legge subordina l'erogazione di una rendita. Ne consegue che resta da esaminare se egli sia invalido ai sensi di legge.

6. In base all'art. 8 cpv. 1 LPGA 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.

6.1 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). In seguito all'entrata in vigore dell'Accordo bilaterale, la limitazione prevista dall'art. 29 cpv. 4 LAI, secondo il quale le rendite per un grado d'invalidità inferiore al 50% sono versate solo ad assicurati che sono domiciliati e dimorano abitualmente in Svizzera (art. 13 LPGA), non è più applicabile quando l'assicurato è cittadino svizzero o dell'UE e vi risiede.

6.2 L'art. 28 cpv. 1 LAI stabilisce che l'assicurato ha diritto ad una rendita alle seguenti condizioni: (a) la sua capacità di guadagno o la sua capacità di svolgere le mansioni consuete non può essere ristabilita, mantenuta o migliorata mediante provvedimenti d'integrazione ragionevolmente esigibili; (b) ha avuto un'incapacità di lavoro (art. 6 LPGA) almeno del 40% in media durante un anno senza notevole interruzione; e (c) al termine di questo anno è invalido almeno al 40%. Il diritto alla rendita, secondo l'art. 29 cpv. 1 LAI, 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 LPGA.

6.3 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 LPGA). L'incapacità al guadagno è definita all'art. 7 cpv. 1 LPGA 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 obiettivamente superabile (art. 7 cpv. 2 LPGA, nel suo nuovo tenore dal 1° gennaio 2008).

6.4 La nozione d'invalidità di cui all'art. 4 cpv. 1 LAI e 8 cpv. 1 LPGA è di carattere giuridico economico, non medico (DTF 116 V 249 consid. 1b). In base all'art. 16 LPGA, applicabile per il rinvio dell'art. 28a cpv. 1 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, 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. In altri termini, 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.

7.

7.1 Dai documenti medici all'incarto e, specialmente, dalle perizie particolareggiate E 213 del dott. C._____ e E._____ (doc. 1, 18 e 57), entrambi medici dell'INPS, come pure dai rapporti del medico dell'UAIE emerge quale unica diagnosi un "disturbo misto dell'umore".

7.2 Nell'ambito della nuova domanda, il dott. B._____ ha ribadito senza equivoci, il 10 ottobre 2012 (doc. 72), che la documentazione medica prodotta dal ricorrente, in particolare i diversi certificati ospedalieri psichiatrici, non apporta alcunché di nuovo sul piano diagnostico ("trouble de l'humeur"), il suo stato di salute essendo rimasto stazionario e invariato rispetto a quanto stabilito a conclusione della procedura relativa alla seconda domanda di rendita.

7.3 Visto quanto precede, questo Tribunale può affermare che la documentazione esibita nell'ambito della terza domanda di rendita e della presente procedura non evidenzia alcun nuovo elemento di rilievo a favore della tesi di un peggioramento rilevante dello stato di salute del ricorrente durante il periodo d'esame pertinente, ossia dal 7 marzo 2011 al 24 ottobre 2012. Siccome il ricorrente non ha reso plausibile che il grado della

sua invalidità si è modificato in misura rilevante per il suo diritto a prestazioni assicurative durante questo periodo (art. 87 cpv. 2 e 3 OAI), è a giusto titolo che l'UAIE non è entrato nel merito della nuova domanda e non ha disposto ulteriori accertamenti.

7.4 Di conseguenza, la decisione dell'UAIE del 24 ottobre 2012 deve essere confermata e il ricorso respinto.

8.

In virtù dell'art. 24 cpv. 1 LTAF, il giudice dell'istruzione decide quale giudice unico circa lo stralcio dal ruolo delle cause divenute prive di oggetto (lett. a) e la non entrata nel merito di impugnazioni manifestamente inammissibili (lett. b). Sono fatte salve, secondo il cpv. 2, le competenze del giudice unico secondo le leggi federali in materia di assicurazioni sociali.

Ai sensi dell'art. 85^{bis} cpv. 3 della legge federale sull'assicurazione per la vecchiaia e i superstiti (LAVS, RS 831.10), se l'esame preliminare, anteriore o posteriore a uno scambio di scritti, rileva che il ricorso al Tribunale amministrativo federale è inammissibile o manifestamente infondato, un giudice unico può, con motivazione sommaria, pronunciare la non entrata in materia o il rigetto. Questa disposizione è applicabile anche in ambito dell'assicurazione invalidità, conformemente all'art. 69 cpv. 2 3^a frase LAI.

In concreto, questo Tribunale può quindi pronunciare, quale giudice unico, il rigetto del presente ricorso manifestamente infondato.

9.

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

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.

10.

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.

Il ricorso è respinto.

2.

Le spese processuali per fr. 400.- sono computate con l'anticipo spese del medesimo importo versato dal ricorrente il 3 marzo 2013.

3.

Non si assegnano indennità per spese ripetibili.

4.

Comunicazione a:

- ricorrente (Atto giudiziario)
- autorità inferiore (n. di rif. ...; Raccomandata)
- all'Ufficio federale delle assicurazioni sociali, Berna (Raccomandata)

La giudice unica:

Il cancelliere:

Elena Avenati-Carpani

Manuel Borla

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: