



---

Corte III  
C-611/2012

## Sentenza del 21 ottobre 2013

---

Composizione

Giudice unica Elena Avenati-Carpani,  
cancelliere Dario Quirici.

---

Parti

A. \_\_\_\_\_,  
patrocinato dall'avv. Luigi Potenza, via della Repubblica 23,  
IT-73054 Presicce,  
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 9 dicembre 2011.

**Fatti:****A.**

A.\_\_\_\_\_, cittadino italiano nato il ..., coniugato e padre di due figli, ha lavorato in Svizzera come operaio tessile dal 1977 al 1998, versando i relativi contributi obbligatori all'assicurazione per la vecchiaia, i superstiti e l'invalidità (AVS/AI; doc. 10). Il 9 giugno 2009, per il tramite dell'Istituto nazionale italiano della previdenza sociale (INPS), l'assicurato ha formulato all'Ufficio dell'assicurazione per l'invalidità per gli assicurati residenti all'estero (UAIE) una prima domanda di rendita d'invalidità svizzera (doc. 1 a 4), la cui istruzione ha permesso di stabilire, sulla base della perizia particolareggiata E 213 del dott. B.\_\_\_\_\_, medico dell'INPS, del 10 luglio 2009 (doc. 2), nonché della presa di posizione del dott. C.\_\_\_\_\_, medico dell'UAIE, del 10 marzo 2010 (doc. 11), la diagnosi d'aneurisma della radice aortica e dell'aortica ascendente, d'insufficienza valvolare aortica severa e di forame ovale pervio, trattati chirurgicamente, nonché di discopatia cervicale con formazioni erniarie multiple. Il medico dell'INPS ha considerato che l'attività d'operaio tessile, come pure lavori adeguati senza sforzi fisici, non era più esigibile che nella misura di due o tre ore al giorno, il grado d'invalidità essendo fissato, secondo criteri propri del diritto italiano, al 75%. Dal canto suo, il medico dell'UAIE ha valutato che l'attività d'operaio tessile, unitamente ad altre occupazioni medio leggere, era ancora esigibile senza restrizioni. Dopo avere stilato un progetto di decisione il 17 marzo 2010, prospettante all'assicurato il rigetto della sua domanda di rendita (doc. 12), l'UAIE ha emanato la conseguente decisione il 17 marzo 2010 (doc. 13), la quale è cresciuta in giudicato senza essere stata impugnata.

**B.**

Il 30 novembre 2011, sempre per il tramite dell'INPS, l'assicurato ha presentato una seconda domanda di rendita (doc. 14 a 17), alla quale ha allegato, oltre agli usuali documenti di natura amministrativa, una perizia particolareggiata E 213 del dott. D.\_\_\_\_\_, medico dell'INPS, del 31 gennaio 2011 (doc. 18), essenzialmente sovrapponibile a quella del dott. B.\_\_\_\_\_, diagnosticante, nell'ambito di condizioni di salute peggiorate, esiti da pregresso intervento di sostituzione dell'aorta ascendente e plastica valvolare aortica, da chiusura del forame ovale pervio, come pure una cervicalgia e una lombalgia croniche a lieve incidenza funzionale, nessuna attività lavorativa essendo più esigibile,

con la determinazione di un grado d'invalidità, secondo criteri propri del diritto italiano, del 75%.

L'istruzione della procedura ha permesso di acquisire altri documenti medici italiani (doc. 19 a 30), in parte manoscritti e di difficile lettura, di cui si dirà, se del caso, in seguito, nonché i questionari per il datore di lavoro e l'assicurato, del 12 maggio 2011 (doc. 32), dai quali si evince che l'interessato ha lavorato da ultimo in una cooperativa sociale italiana come addetto alla mensa, occupazione qualificata di medio pesante con esposizione a stress, vapore e caldo, dal 28 gennaio al 23 ottobre 2010 (31 dicembre 2010, secondo l'assicurato), data di cessazione della stessa a causa di un aggravamento fisico (schiacciamento di vertebra e diverse ernie), per un salario, senza danno alla salute, di EUR 6.80 all'ora, 1'088.- al mese e 14'144.- all'anno.

### **C.**

L'UAIE ha sottoposto l'incarto alla valutazione del proprio servizio medico, nella persona del dott. E.\_\_\_\_\_, il quale ha constatato, il 15 agosto 2011 (doc. 34), che la nuova documentazione medica prodotta dall'assicurato non apporta nulla di nuovo rispetto a quella esibita nel corso della procedura relativa alla prima domanda di rendita.

Il 19 agosto 2011 l'UAIE ha quindi approntato un progetto di decisione (doc. 35), con il quale ha ventilato all'assicurato il rigetto (recte: non esame) della sua domanda di rendita d'invalidità, invitandolo nel contempo a formulare eventuali osservazioni entro un termine di trenta giorni. L'assicurato si è opposto al progetto di decisione il 21 settembre 2011 (doc. 36), inoltrando tre rapporti cardiologici, del 30 aprile e 15 maggio 2009, nonché del 9 settembre 2011, e due referti radiologici del 29 settembre 2004 e 15 ottobre 2010 (doc. 37/1 a 5), documenti che il dott. E.\_\_\_\_\_, in una breve presa di posizione dell'11 ottobre 2011 (doc. 39), ha considerato essere privi di qualsiasi nuovo elemento medico.

Di conseguenza, il 9 dicembre 2011, l'UAIE ha emanato una decisione di rigetto della domanda d'invalidità (doc. 40).

### **D.**

Contro questa decisione, rappresentato dal suo avvocato, l'assicurato ha formulato ricorso al Tribunale amministrativo federale il 28 gennaio 2010, chiedendo, preliminarmente, l'accesso agli atti medici e la constatazione della violazione del suo diritto di essere sentito (decisione non motivata),

come pure, nel merito, l'annullamento della stessa nonché, se opportuno, l'esecuzione di una visita medica.

Dopo avere ottenuto l'accesso alla documentazione medica, il ricorrente ha confermato le sue conclusioni il 10 marzo 2012, rivendicando inoltre esplicitamente il diritto ad una rendita sulla base di un grado d'invalidità del 75%, così come aveva stabilito il dott. B.\_\_\_\_\_ nella sua perizia E 213 del 10 luglio 2009.

#### **E.**

L'UAIE ha risposto al ricorso il 14 agosto 2012, chiedendone il rigetto con la conferma della decisione impugnata, e ciò in riferimento alla valutazione del caso espressa dal dott. E.\_\_\_\_\_ il 15 agosto 2011, e ritenendo che a giusto titolo la seconda richiesta di rendita non era stata esaminata.

#### **F.**

Mediante decisione incidentale del 4 ottobre 2012, questo Tribunale ha invitato il ricorrente a versare un anticipo equivalente alle presunte spese processuali di Fr. 400.-. Il relativo pagamento è intervenuto il 12 novembre 2012.

### **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<sup>bis</sup> 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<sup>bis</sup> 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, con allegati la decisione impugnata e i documenti indicati come mezzi di prova, se sono in possesso del ricorrente (art. 52 cpv. 1 PA).

**1.4** In concreto, il ricorso è ammissibile nella misura in cui è stato presentato tempestivamente e nel rispetto dei requisiti previsti dalla legge (art. 59 e 60 LPGA, nonché l'art. 52 cpv. 1 PA), e visto che l'anticipo di Fr. 400.-, 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'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 parte, entrato in vigore il 1° giugno 2002 (ALC, RS 0142.112.681).

**2.2** L'Allegato II, che regola il coordinamento dei sistemi di sicurezza sociale (art. 8 ALC), è stato modificato il 1° aprile 2012 (Decisione 1/2012 del Comitato misto, del 31 marzo 2012; RU 2012 2345). Tuttavia, il caso in esame rimane regolato, a seguito del rinvio dell'art. 80a LAI, dalla versione dell'Allegato II in vigore fino al 31 marzo 2012 (RU 2002 1527, 2006 979 e 995, 2006 5851, 2009 2411 e 2421), in base alla quale le parti contraenti applicano fra di loro gli atti comunitari seguenti: 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 (RU 2004 121, 2008 4219, 2009 4831), normativa applicabile a tutte le rendite il cui diritto nasce dal 1° giugno 2002 o successivamente, e che sostituisce le Convenzioni di sicurezza sociale che disciplinavano i rapporti fra due o più Stati (art. 6 del Regolamento n. 1408/71), ed il Regolamento (CEE) n. 574/71 del Consiglio, del 21 marzo 1972, relativo all'applicazione del Regolamento n. 1408/71 (RU 2005 3909, 2009 621, 2009 4845).

**2.3** Secondo l'art. 3 del Regolamento n. 1408/71, i cittadini degli Stati membri della Comunità europea ed i cittadini svizzeri godono della parità di trattamento. In base all'art. 20 ALC, salvo disposizione contraria contenuta nell'Allegato II, gli accordi bilaterali fra la Svizzera e gli Stati membri della Comunità europea in materia di sicurezza sociale sono sospesi con l'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, 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 257 consid. 2.4).

**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).

### **3.**

Relativamente al diritto applicabile, deve essere ancora precisato che la presente procedura è retta dalla LAI nel suo tenore modificato il 6 ottobre 2006 (5<sup>a</sup> revisione), e in vigore dal 1° gennaio 2008, ritenuto tuttavia il principio secondo il quale le norme applicabili sono quelle in vigore al momento in cui dei fatti giuridicamente rilevanti si sono verificati (ATF 130 V 445 consid. 1.2). Non sono invece applicabili le norme della 6<sup>a</sup> revisione della LAI (primo pacchetto di misure), in vigore dal 1° gennaio 2012 (RU 2011 5659; FF 2010 1603).

### **4.**

Il ricorrente contesta innanzitutto la validità formale della decisione dell'UAIE, sostenendo che la stessa sarebbe priva di motivazione nella misura in cui, sostanzialmente, non indicherebbe quale parametro è stato

adottato per determinare la riduzione della capacità di guadagno né quale sia la percentuale di tale riduzione.

## 5.

**5.1** Il diritto di essere sentito, la cui garanzia è prevista all'art. 29 cpv. 2 della Costituzione federale della Confederazione svizzera del 18 aprile 1999 (Cost, RS 101), comprende il diritto per l'assicurato di prendere conoscenza dell'incanto (DTF 132 II 485 consid. 3, 126 I 7 consid. 2b), di esprimersi prima che una decisione sia emessa nei suoi confronti, di produrre delle prove pertinenti, di partecipare all'amministrazione delle prove essenziali, di prenderne conoscenza e di potersi esprimere in merito, allorquando questo è proprio ad influenzare la decisione da emanare (DTF 124 II 132 consid. 2b e giurisprudenza ivi citata). Nel quadro della procedura amministrativa il diritto di essere sentito è consacrato dagli art. 26 a 28 (diritto di esaminare gli atti), dagli art. 29 a 33 (diritto di essere sentito *stricto sensu*) e dall'art. 35 PA (diritto di ottenere una decisione motivata).

**5.2** La giurisprudenza ha dedotto dal diritto di essere sentito, definito dalle norme speciali di procedura (quali l'art. 35 PA), l'obbligo per l'autorità di motivare la sua decisione, così da permettere ai destinatari ed a tutte le persone interessate di comprenderla e di impugnarla, ed in modo da rendere possibile all'autorità di ricorso adita di esercitare convenientemente il suo controllo (DTF 129 I 232 consid. 3.2, 126 I 97 consid. 2b, 122 IV 8 consid. 2c, 112 la 107 consid. 2b; cfr. inoltre la sentenza del Tribunale federale 2A.496/2006/ 2A.497/2006 del 15 ottobre 2007 consid. 5.1.1). Si è in presenza di una violazione del diritto di essere sentito se l'autorità non soddisfa al suo obbligo di esaminare e di trattare i problemi pertinenti (DTF 126 I 97 consid. 2b, 122 IV 8 consid. 2c). Per adempiere a tali esigenze è sufficiente che il giudice (o l'autorità) menzioni, almeno brevemente, i motivi sui quali ha fondato la sua decisione, in modo da permettere all'interessato di apprezzare la portata di quest'ultima e di impugnarla in piena conoscenza di causa (DTF menzionate). In generale, la portata dell'obbligo di motivare dipende dalla complessità della fattispecie da giudicare, dalla potenziale gravità delle conseguenze della decisione e dalle circostanze del singolo caso. Più la libertà d'apprezzamento dell'autorità è ampia e più la misura adottata arreca pregiudizio ai diritti dei singoli, più le esigenze legate alla motivazione della decisione devono essere elevate (DTF 112 la 107 consid. 2b; cfr. inoltre la sentenza 2A.496/2006 / 2A.497/2006 precitata). Sebbene la motivazione debba fare emergere le riflessioni dell'autorità in

merito agli elementi (di fatto o di diritto) essenziali che hanno influenzato la decisione, l'autorità non è comunque tenuta a pronunciarsi su tutti i fatti, le argomentazioni e i mezzi di prova invocati dalle parti, ma può limitarsi a quelli che, senza arbitrio, le sembrano decisivi per la risoluzione della causa (DTF 126 I 97 consid. 2b, 112 la 107 consid. 2b). È sufficiente che l'amministrazione indichi brevemente i motivi della decisione e quali sono gli elementi alla base di quest'ultima (DTF 124 V 180 consid. 1a, confermata con la sentenza del Tribunale federale del 9 maggio 2000, in re I., ed in Pra 2001, n. 71, consid. 1 a/bb).

**5.3** Il diritto di ottenere una decisione motivata costituisce una garanzia costituzionale di natura formale, la cui violazione causa in principio l'annullamento della decisione impugnata indipendentemente dalle possibilità di esito favorevole del ricorso nel merito (DTF 126 I 19 consid. 2d/bb, 126 V 130 consid. 2b, 122 II 464 consid. 4a e giurisprudenza citata). Eccezionalmente un'eventuale violazione del diritto di essere sentito può essere sanata allorquando l'autorità che ha emanato la decisione, ha preso posizione in merito alle argomentazioni decisive nel quadro dello scambio degli scritti e che l'amministrato ha avuto la possibilità di esprimersi liberamente di fronte ad un'autorità di ricorso che disponga di piena cognizione (DTF 133 I 201 consid. 2.2, 130 II 530 consid. 7.3, 126 V 130 consid. 2b, 124 V 389 consid. 5a e 180 consid. 4a).

**5.4** In concreto, se la motivazione della decisione impugnata risulta effettivamente essere succinta, essenzialmente per il fatto che la documentazione prodotta con la seconda domanda di rendita non ha apportato nuovi elementi medici rispetto a quelli evidenziati durante la procedura relativa alla prima domanda di rendita, ciò non ha comunque impedito il ricorrente di comprenderne la portata e di deferirla all'istanza superiore. Nell'ambito del ricorso, infatti, egli ha potuto difendersi in maniera corretta, nella misura in cui è stato in grado di dedurre i fatti su cui la decisione si fonda e le ragioni per cui è stata pronunciata. Tuttavia, anche se la decisione fosse considerata non sufficientemente motivata, si rileva che tale carenza sarebbe sanata dal ricorso davanti a questo Tribunale, che dispone di un pieno potere d'esame (fatti e diritto).

Visto quanto precede, la censura del ricorrente in ordine all'insufficienza della motivazione e, quindi, alla violazione del suo diritto di essere sentito, deve essere respinta.

**6.**

Il ricorrente contesta pure la validità materiale della decisione dell'UAIE, chiedendo che gli sia riconosciuto il diritto ad rendita sulla base di un grado d'invalidità del 75%.

**7.**

**7.1** 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).

**7.2** 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.).

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).

**7.3** In concreto, la prima decisione di rifiuto della domanda di rendita è stata emessa dall'UAIE il 17 marzo 2010 (doc. 13), mentre la seconda, qui avversata, il 9 dicembre 2011 (doc. 40). Ne consegue che il periodo di riferimento per giudicare se il ricorrente abbia reso plausibile una modifica rilevante del grado d'invalidità, può essere limitato al 9 dicembre 2011.

## **8.**

Secondo le norme applicabili, per avere diritto ad una rendita dell'assicurazione per l'invalidità svizzera, un cittadino italiano deve, cumulativamente, essere invalido ai sensi della legge svizzera ed avere versato contributi all'AVS/AI svizzera durante almeno tre anni (art. 36 LAI). A tale fine è possibile prendere in considerazione anche i contributi versati ad un'assicurazione sociale assimilata di uno Stato membro dell'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 n. 1408/71).

In concreto, è pacifico che il ricorrente adempie la condizione della durata minima di contribuzione. Rimane ora da esaminare se sia invalido ai sensi di legge.

## **9.**

**9.1** 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.

**9.2** 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 LPGGA), non è più applicabile quando l'assicurato è cittadino svizzero o dell'UE e vi risiede.

**9.3** 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 LPGGA) 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 LPGGA.

**9.4** 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 obiettivamente superabile (art. 7 cpv. 2 LPGGA, nel suo nuovo tenore dal 1° gennaio 2008).

**9.5** 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.

## **10.**

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 (DTF 125 V 352 consid. 3a). Per costante giurisprudenza le certificazioni mediche possono costituire importanti elementi d'apprezzamento del danno invalidante, allorché permettono di valutare l'incapacità lavorativa e di guadagno dell'interessato in un'attività da lui ragionevolmente esigibile (DTF 115 V 134 consid. 2, 114 V 314 consid. 3c). Perché un rapporto medico abbia valore probatorio è determinante che esso valuti ed esamini in maniera completa i punti litigiosi, si fondi su degli esami approfonditi, prenda conto di tutte le affezioni di cui si lamenta l'assicurato, sia stabilito in piena conoscenza dei suoi antecedenti (anamnesi) e sia chiaro nell'esposizione delle correlazioni mediche o nell'apprezzamento della situazione medica; le conclusioni dell'esperto devono inoltre essere motivate (DTF 125 V 352, 122 V 160). Per quel che riguarda i rapporti concernenti il medico curante, secondo la generale esperienza della vita, il giudice deve tenere conto del fatto che, alla luce del rapporto di fiducia esistente con il paziente, il medico curante attesterà, in caso di dubbio, in favore del suo paziente (DTF 125 V 353; VSI 2001 p. 109).

## **11.**

**11.1** In concreto, dalla documentazione medica all'incarto e, specialmente, dalle perizie particolareggiate E 213 dei dottori B.\_\_\_\_\_ e D.\_\_\_\_\_, medici dell'INPS, del 10 luglio 2009 e 31 gennaio 2011 (doc. 2 e 18), nonché dalle prese di posizione dei dottori C.\_\_\_\_\_ e E.\_\_\_\_\_, medici dell'UAIE, del 10 marzo 2010 e 15 agosto 2011 (doc.

11 e 34), si evidenzia la diagnosi d'aneurisma della radice aortica e dell'aortica ascendente, d'insufficienza valvolare aortica severa e di forame ovale pervio, trattati chirurgicamente, nonché di discopatia cervicale con formazioni erniarie multiple.

**11.2** Rispetto alle conseguenze invalidanti delle affezioni diagnosticate, nel quadro della prima domanda di rendita, il dott. B.\_\_\_\_\_ aveva considerato, nella sua perizia E 213, che l'attività d'operaio tessile, come pure lavori adeguati senza sforzi fisici, erano esigibili solamente due o tre ore al giorno, fissando un grado d'invalidità, secondo criteri propri del diritto italiano, del 75%.

Dal canto suo, il dott. C.\_\_\_\_\_ aveva constatato, nella sua presa di posizione, che le indicazioni contenute nella perizia E 213 del dott. B.\_\_\_\_\_, rispecchiavano lo stato normale di una persona dell'età del ricorrente ("*altersentsprechend normal*"), in particolare l'assenza di un'insufficienza cardiaca o di altri disturbi della funzione cardiaca ("*namentlich fehlende Hinweise für eine Herzinsuffizienz oder andere wesentliche kardiale Funktionsstörungen*"). Occorre in proposito sottolineare che questa valutazione ha funto da base alla decisione dell'UAIE del 17 marzo 2010, la quale è cresciuta in giudicato senza che il ricorrente l'abbia impugnata.

**11.3** Nell'ambito della seconda domanda di rendita, il dott. D.\_\_\_\_\_ ha stimato, nella sua perizia E 213, che l'attività d'operaio tessile, unitamente a qualsiasi altra occupazione, non è più esigibile a causa di un peggioramento dello stato di salute, determinando un grado d'invalidità, secondo criteri propri del diritto italiano, del 75%, esattamente come il dott. B.\_\_\_\_\_.

Dal canto suo, il dott. E.\_\_\_\_\_, tenuto conto della nuova documentazione esibita dal ricorrente e, in particolare, della perizia E 213 del dott. D.\_\_\_\_\_, ha rilevato, nel suo rapporto del 15 agosto 2011, che lo stato cardiologico, rispetto al 2009, non è mutato, che, dal punto di vista ortopedico, sussistono, come nel 2009, delle cervicalgie e lombalgie ad incidenza funzionale leggera, con una limitazione della mobilità, ma senza disturbi radicolari ai membri superiori ed inferiori, nonché un segno di Lasègue positivo solo ai gradi estremi e pertanto non significativo. Il medico dell'UAIE ha peraltro sottolineato che non vi sono elementi che permettano di concludere ad un peggioramento dello stato di salute del ricorrente con un influsso rilevante sulla sua capacità lavorativa.

**11.4** Visto quanto precede, questo Tribunale non può che constatare, seguendo il parere senza equivoci del dott. E.\_\_\_\_\_, che lo stato di salute del ricorrente non è peggiorato e che il suo grado d'invalidità non si è modificato in misura rilevante per il suo diritto a prestazioni assicurative, ed è quindi a giusto titolo che l'UAIE ha respinto la seconda domanda di rendita.

**12.**

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

**13.**

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, conformemente al cpv. 2, le competenze del giudice unico secondo le leggi federali in materia di assicurazioni sociali.

Ai sensi dell'art. 85<sup>bis</sup> 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<sup>a</sup> frase LAI.

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

**14.**

Secondo l'art. 63 cpv. 1 PA, le spese processuali sono di regola messe a carico della parte soccombente. In concreto, visto l'esito della procedura, le spese processuali di Fr. 400.- sono poste a carico del ricorrente e compensate con l'anticipo dello stesso ammontare, versato il 12 novembre 2012.

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

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

**Per questi motivi, il Tribunale amministrativo federale pronuncia:**

**1.**

Il ricorso è respinto.

**2.**

Le spese processuali di Fr. 400.- sono poste a carico del ricorrente e compensate con l'anticipo versato il 12 novembre 2012.

**3.**

Non si assegnano indennità per spese ripetibili.

**4.**

Comunicazione:

- al rappresentante del ricorrente (Raccomandata/AR);
- all'autorità inferiore (n. di rif. ...; Raccomandata);
- all'Ufficio federale delle assicurazioni sociali, Berna (Raccomandata).

La giudice unica:

Il cancelliere:

Elena Avenati-Carpani

Dario Quirici

**Rimedi giuridici:**

Contro la presente decisione può essere interposto ricorso in materia di diritto pubblico al Tribunale federale, Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerna,

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

Data di spedizione: