



Corte III
C-6183/2012

Sentenza del 5 novembre 2013

Composizione

Giudice Elena Avenati-Carpani (giudice unica),
cancelliere Manuel Borla.

Parti

A. _____, ...,
rappresentato dal ...,
ricorrente,

contro

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

Oggetto

Assicurazione invalidità (decisione del 6 novembre 2012).

Fatti:**A.**

A. _____, cittadino italiano, nato il ..., coniugato, ha lavorato in Svizzera nel 1974 (9 mesi), nel 1980 (5 mesi), nel 1981 (10 mesi), nel 1982 (10 mesi) e dal 1983 all'agosto del 2006, solvendo contributi all'assicurazione svizzera per la vecchiaia, i superstiti e l'invalidità durante tale periodo. Dal 1° agosto 1996 al 31 luglio 2006, è stato alle dipendenze della ditta B. _____ di ... in qualità di saldatore, in ragione di 42 ore alla settimana. Egli ha quindi interrotto tale attività lucrativa il 23 maggio 2006 a seguito di licenziamento ed è rientrato in Italia, senza più lavorare.

B.

Il 7 marzo 2008, egli ha formulato una prima richiesta volta all'ottenimento di una rendita dell'assicurazione svizzera per l'invalidità; in proposito è stata trasmessa la perizia medica particolareggiata E213 del 3 aprile 2008, in cui il dott. C. _____ aveva diagnosticato un'avanzata spondiloartrosi e lombosacrale con sofferenza radicolare C5-C6 bilaterale cronica e L5-S1 bilateralmente di grado discreto più marcata a sinistra, come pure un'ipertensione arteriosa in trattamento (doc. 1). L'istruttoria aveva permesso di stabilire, sulla base segnatamente del rapporto del 16 gennaio 2009 stilato dal dott. D. _____, del E. _____ (SMR), la presenza di cervicalgie con radicolopatia C5-C6 e disturbi degenerativi C3-C4, C5-C6, C6-C7 e lombalgia con disturbi degenerativi L2-L3, L3-L4, L5-S1. Sono stati altresì considerati l'ulcera duodenale, la colelitiasi, lo stato dopo meniscectomia sinistra e l'ipertensione arteriosa, ma senza ripercussioni sulla capacità lavorativa. Conseguentemente il medico ha ritenuto un'incapacità lavorativa del 100% dell'interessato nella precedente attività a decorrere dal 7 marzo 2008, ma, sempre da tale data, una capacità al lavoro completa (ossia del 100%) in un'attività sostitutiva confacente al suo stato di salute (lavoro a tempo pieno, che consenta un cambiamento della posizione, con sollevamento di pesi non superiori ai 15 kg, con movimento limitato e senza salita di piani inclinati e scale, al riparo da umidità e freddo, ad esclusione di un lavoro pesante (doc. 34).

C.

A seguito di tali considerazioni l'Ufficio dell'assicurazione per l'invalidità per gli assicurati residenti all'estero (in seguito UAIE) ha determinato nel 23% il grado d'invalidità dell'assicurato in applicazione del metodo generale del raffronto dei redditi. Il 20 febbraio 2009, l'autorità inferiore, mediante progetto di decisione, ha quindi comunicato all'interessato che la domanda di

prestazioni sarebbe stata respinta, ritenuto in particolare che l'esercizio di un'attività lucrativa più leggera era da considerare esigibile in misura sufficiente per escludere il diritto ad una rendita. L'autorità inferiore ha altresì concesso all'interessato la facoltà di formulare, nel termine di 30 giorni dalla notificazione del progetto di decisione, delle obiezioni per iscritto. Il 9 marzo 2009 (doc. 45), l'interessato ha presentato le sue osservazioni al menzionato progetto di decisione mediante le quali ha segnalato di non essere in grado di svolgere alcuna attività lucrativa, neppure una leggera. Ha precisato di essere stato riconosciuto invalido dalle autorità italiane. Ha esibito documenti medici di maggio, ottobre e novembre 2008, una relazione medica dell'11 marzo 2009 della dott.ssa F._____ ed un'attestazione dell'11 marzo 2009 di liquidazione dell'assegno d'invalidità dell'INPS di

D.

Il 15 aprile 2009, l'autorità inferiore ha respinto la domanda di prestazioni dell'assicurazione svizzera per l'invalidità (doc. 50). Il 18 maggio 2009, l'interessato ha interposto ricorso dinanzi al Tribunale amministrativo federale (in seguito TAF o il Tribunale) contro la decisione dell'UAIE del 15 aprile 2009 mediante il quale ha chiesto, sostanzialmente, il riconoscimento di una prestazione dell'assicurazione svizzera per l'invalidità. Il ricorso è stato respinto con sentenza del 3 maggio 2011, cresciuta in giudicato.

E.

Il 24 febbraio 2012, sempre per il tramite dell'INPS, l'assicurato ha presentato una seconda domanda di rendita (doc. 74), alla quale ha allegato gli usuali documenti di natura amministrativa. È quindi stata trasmessa una nuova perizia particolareggiata E 213 della dott.ssa G._____ dell'11 luglio 2012, diagnosticante "ima senza sopra slivellamento sinistro; coronaropatia monovasale. Aneurisma dell'aorta toracica ascendente. Sindrome radicolare C5-C6, L5-S1 con lesione meniscali del ginocchio destro ed artrosi diffusa con deficit funzionale. Note di ats polidistrettuale. Poliposi della colecisti e colelitiasi".

Nel suo rapporto del 23 agosto 2012 il dott. D._____, del E._____ (SMR), conclude ad un'incapacità al lavoro dello 0% relativa ad una attività adatta alle condizioni dell'interessato. L'UAIE, con decisione del 28 agosto 2012, ha reputato quindi non sussistere un'incapacità lavorativa (grado d'invalidità insufficiente) per un anno, ai sensi delle disposizioni di legge, con conseguente rifiuto della rendita invalidità. Susseguentemente, l'insorgente ha presentato copia di esami medici risalenti al 2009, 2010, 2011 e febbraio 2012, copia della perizia E 213 già presentata l'11 luglio 2012,

come pure una relazione clinica del dott. H. _____ del 13 settembre 2012 in cui si è diagnosticato principalmente un aneurisma aortico importante (pag .1), come pure una sindrome depressiva, una lesione meniscale a carico del ginocchio destro, la "malattia di Dupuytren bilaterale negli arti superiori", e una notevole artrosi cervicale e lombosacrale. Nel suo rapporto del 23 ottobre 2012, chiamato nuovamente a pronunciarsi, il dott. D. _____, dopo analisi della documentazione trasmessa e della perizia del dott. H. _____, ha confermato il precedente rapporto in particolare considerando l'assenza di un'incapacità lavorativa.

F.

Conseguentemente, mediante decisione del 6 novembre 2012, l'UAIE ha emanato una decisione di non esame della domanda introdotta il 24 febbraio 2012 (doc. 117).

G.

Contro questa decisione A. _____ ha inoltrato ricorso al Tribunale amministrativo federale il 30 novembre 2012, chiedendo l'annullamento della decisione del 6 novembre 2012, una nuova decisione in merito alle prestazioni assicurative da parte del TAF e un'indennità adeguata a titolo di ripetibili. Nel merito l'insorgente ha contestato le conclusioni dell'autorità inferiore, in particolare egli ha rilevato di che le proprie condizioni di salute hanno subito un progressivo peggioramento dal 2011. In effetti a dire di A. _____, rispetto allo stato riscontrato nel quadro della prima domanda di prestazioni assicurative, l'artrosi cervicale e lombare è ulteriormente progredita e "comporta compressione midollare con conseguente limitazione alla deambulazione per claudicatio a destra". Inoltre l'aneurisma aortico sviluppatosi nel corso del 2011 ha comportato una "notevole limitazione funzionale". L'infarto miocardico subito nel mese di agosto 2009 ha per di più comportato una limitazione funzionale anche in attività ritenute fisicamente poco impegnative. Infine sempre nel 2011 a dire del ricorrente si è verificata una lesione del menisco del ginocchio sinistro e si è sviluppata la malattia di Dupuytren ad ambedue le mani, mentre persiste una sindrome depressiva di entità non meglio definita.

H.

L'UAIE ha risposto al ricorso il 30 novembre 2012, chiedendone il rigetto con la conseguente conferma della decisione impugnata. L'autorità di prime cure ha rilevato che secondo il proprio servizio medico (relazioni del 23 agosto e 18 ottobre 2012), lo stato di salute dell'insorgente non ha subito alcuna modifica, con conseguente mancata dimostrazione di una modifica del grado invalidità.

I.

Invitato ad esprimersi sulla risposta, A. _____ ha replicato il 29 gennaio 2013 indicando di voler mantenere il ricorso inoltrato rinviando alla documentazione agli atti.

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 di tale 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 modifica. 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 6 novembre 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 5^a 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 prima domanda di una rendita d'invalidità è stata emanata il 15 aprile 2009, confermata con sentenza cresciuta in giudicato del TAF del 3 maggio 2011, e la decisione di non esame della seconda domanda, qui impugnata, il 6 novembre 2012. Ne consegue che il periodo di riferimento per giudicare se è intervenuta una modifica rilevante del grado d'invalidità può essere limitato al 6 novembre 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 poco inferiore ai 3 anni (34 mesi). 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 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.

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 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).

6.4 La nozione d'invalidità di cui all'art. 4 cpv. 1 LAI e 8 cpv. 1 LPGGA è di carattere giuridico economico, non medico (DTF 116 V 249 consid. 1b). In base all'art. 16 LPGGA, 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 Dalla perizia particolareggiata E 213 del dott. C. _____ del 3 aprile 2008, prodotta nel quadro della prima domanda, emerge un'avanzata spondiloartrosi e lombosacrale con sofferenza radicolare C5-C6 bilaterale cronica ed L5-S1 bilateralmente di grado discreto più marcata a sinistra, come pure un'ipertensione arteriosa in trattamento (doc. 1). Con rapporto medico del 16 gennaio 2009 il medico dell'UAIE dott. D. _____ riconosceva parzialmente le affezioni dell'insorgente rilevando tuttavia un'incapacità lavorativa del 0% relativa ad attività adattate alle sue condizioni di salute.

7.2 Nell'ambito della nuova domanda, il ricorrente ha presentato una nuova perizia E213 sottoscritta dalla dott.ssa G. _____, la quale diagnosticava una "ima senza sopra slivellamento sinistro; coronaropatia monovasale. Aneurisma dell'aorta toracica ascendente. Sindrome radicolare C5-C6, L5-S1 con lesione meniscale del ginocchio destro ed artrosi diffusa con deficit funzionale. Note di ats polidistrettuale. Poliposi della colecisti e colelitiasi" (doc. 78). I rapporti del medico incaricato dall'UAIE, del 23 agosto e 23 ottobre 2012, hanno rilevato che le documentazioni supplementari presentate dopo la prima domanda non comprovano una modifica delle condizioni di salute del ricorrente, sottolineando ancora un'assenza di incapacità lavorativa. In particolare con riferimento all'aneurisma dell'aorta, conseguente al infarto miocardico del agosto 2009, il medico dell'UAIE ha indicato che esso "ne contreindique pas une activité légère et sédentaire" (rapporto medico del 18 ottobre 2012 pag. 11).

7.3 Visto quanto precede, questo Tribunale può affermare che la documentazione esibita nell'ambito della seconda domanda di rendita 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 15 aprile 2009 al 6 novembre 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 6 novembre 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]).

(dispositivo sulla pagina seguente)

Per questi motivi, il Tribunale amministrativo federale pronuncia:

1.

Il ricorso è respinto.

2.

Le spese processuali sono computate con l'anticipo spese versato dal ricorrente il 13 febbraio 2013.

3.

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: