



Corte III
C-5786/2007
{T 0/2}

Sentenza del 15 settembre 2009

Composizione

Giudici Elena Avenati-Carpani (presidente del collegio),
Michael Peterli, Beat Weber,
cancelliere Dario Quirici.

Parti

A. _____,
patrocinato dall'avvocato Santo De Blasi,
via P. Colaci 42, IT-73100 Lecce,
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

prestazioni dell'assicurazione invalidità.

Fatti:**A.**

A._____, cittadino italiano nato il (...), coniugato e padre di un figlio, ha cominciato a lavorare in Svizzera come imbianchino nel 1971, versando i contributi obbligatori all'assicurazione per la vecchiaia, i superstiti e l'invalidità (doc. 2).

Il 21 aprile 1972 l'assicurato è stato vittima di un infortunio professionale, che gli ha procurato, in particolare, un trauma cranico. Il caso è stato preso a carico dall'Istituto nazionale svizzero di assicurazione contro gli infortuni (Suva), il quale ha riconosciuto all'assicurato, il 20 dicembre 1973, il diritto ad una rendita del 33 1/3% dal 14 ottobre 1973 (doc. 5 a 12).

L'assicurato ha subito un nuovo incidente sul lavoro il 16 ottobre 1986, a seguito del quale ha riportato, in particolare, una contusione della colonna lombosacrale. La Suva gli ha quindi riconosciuto, mediante decisione del 7 gennaio 1988, confermata su opposizione il 28 marzo successivo sulla base di un rapporto del dott. Sch._____, facente stato di un'incapacità lavorativa del 50% imputabile ai due infortuni, il diritto ad una rendita d'invalidità del 50%, a decorrere dal 1° gennaio 1988 (doc. 13 a 52).

B.

Nel frattempo, l'8 settembre 1987, l'assicurato aveva formulato una domanda di rendita d'invalidità alla Commissione dell'assicurazione invalidità del canton (...) (CAI; doc. 2). Dopo avere acquisito la documentazione medica necessaria, tra cui un rapporto del dott. B._____, del 12 ottobre 1987 (doc. 63), e un rapporto del dott. F._____, del 28 ottobre 1987 (doc. 64), che hanno ritenuto la diagnosi di dorsalgie cervicali, fibromialgia, stato depressivo reattivo ed esiti da trauma cranico, come pure un rapporto neuropsichiatrico del dott. K._____, del 14 luglio 1988, facente stato di un'encefalopatia posttraumatica e di uno stato depressivo ipocondriaco con un'incapacità lavorativa definitiva del 50% (doc. 65), la CAI ha riconosciuto all'assicurato, mediante pronuncia del 29 luglio 1988, il diritto ad una rendita intera d'invalidità dal 1° ottobre al 30 novembre 1987, e ad una mezza rendita d'invalidità dal 1° dicembre 1987 (doc. 71). Con decisioni del 6 ottobre 1998, la Cassa cantonale (...) di compensazione ha quindi accordato all'assicurato le dette

prestazioni assicurative, unitamente alla relativa rendita completa per la moglie (doc. 73). Contro queste decisioni, il 2 novembre 1988, l'assicurato ha inoltrato ricorso al Tribunale cantonale (...) delle assicurazioni, il quale lo ha respinto mediante sentenza del 6 ottobre 1989, cresciuta in giudicato senza essere stata impugnata (doc. 74 e 79).

Siccome l'assicurato è in seguito rientrato in Italia, la CAI ha poi trasferito l'incanto per competenza alla Cassa svizzera di compensazione (CSC; doc. 92 a 98).

C.

Tre successive revisioni non hanno permesso di constatare cambiamenti nel grado d'invalidità dell'assicurato (cfr. comunicazioni del 9 dicembre 1991, del 13 febbraio 1996 e dell'8 giugno 1999; doc. 111, 123 e 133).

D.

Il 28 febbraio 2003 l'Ufficio dell'assicurazione per l'invalidità per gli assicurati residenti all'estero (UAIE) ha cominciato la quarta procedura di revisione della rendita d'invalidità. Dopo avere preso conoscenza della documentazione medica raccolta dall'UAIE, tra cui una perizia medica dettagliata E 213 del 4 giugno 2003, facente stato, in particolare, di una cardiopatia ischemica postinfartuale (doc. 142), il dott. G._____ ha posto la diagnosi, il 23 ottobre 2003, di sindrome lombovertebrale cronica, sospetto di nevrosi ipocondriaca posttraumatica e cardiomiopatia ischemica postinfartuale, concludendo ad un'incapacità lavorativa invariata (doc. 144). L'UAIE ha perciò comunicato all'assicurato che il grado d'invalidità non si era modificato (doc. 134 a 145).

Il 15 febbraio 2005 l'assicurato ha chiesto all'UAIE di procedere alla revisione della sua rendita d'invalidità, producendo diversa documentazione medica (doc. 146 a 157). Fondandosi sulla presa di posizione del proprio servizio medico, formulata dal dott. M._____ l'11 maggio 2005, l'UAIE ha considerato che l'assicurato non aveva reso plausibile che il suo grado d'invalidità si era modificato in misura rilevante, e non è perciò entrato nel merito della domanda di revisione (decisione del 25 maggio 2005; doc. 159 e 160).

E.

Il 12 ottobre 2006 l'UAIE ha avviato la quinta procedura di revisione

della rendita d'invalidità (doc. 161), acquisendo, tra gli altri, i documenti seguenti:

- il questionario per la revisione della rendita, del 14 maggio 2007, dal quale risulta che l'assicurato non ha più lavorato dopo il suo rientro in Italia (doc. 167),

- la cartella clinica relativa al ricovero dell'assicurato, dal 7 al 13 aprile 2001, per infarto miocardico acuto infra-postero laterale, diabete mellito e iperlipemia mista (doc. 168),

- la cartella clinica relativa al ricovero dell'assicurato, dal 29 maggio al 2 giugno 2001, per angioplastica coronarica transuminale percutanea (PTCA) con impianto di stent (doc. 169),

- un'ecografia renale, un'ecografia prostatica, una radiografia della colonna vertebrale, una densitometria ossea femorale e un elettrocardiogramma, del 2006 e 2007 (doc. 170 a 182),

- diversi referti di visite specialistiche ed esami oggettivi (doc. 168 a 182),

- la perizia medica particolareggiata E 213 del dott. P._____, del 20 marzo 2007, dalla quale si evince la diagnosi di sindrome depressiva (depressione nevrotica), diabete, pregresso infarto del miocardio e artropatia del rachide. Il perito ha inoltre stabilito, da un lato, che l'assicurato è in grado di svolgere regolarmente lavori leggeri, e, dall'altro lato, che egli può esercitare un lavoro adeguato alle sue condizioni solamente nella misura del 30%, come pure che il grado d'invalidità per l'ultimo lavoro svolto è pari al 70% (doc. 183).

L'UAIE ha quindi trasmesso l'incarto per apprezzamento al proprio servizio medico, nella persona del dott. B._____. Nella sua presa di posizione del 25 giugno 2007, quest'ultimo ha riformulato la diagnosi, posta dal dott. G._____ nel 2003, di sindrome lombovertebrale cronica, spondilartrosi, sospetto di nevrosi ipocondriaca posttraumatica e cardiopatia ischemica dopo infarto del miocardio e angina postinfartuale, concludendo che, in assenza di nuovi elementi diagnostici rispetto alle valutazioni precedenti, bisogna ritenere lo stato di salute dell'assicurato immutato (doc. 185).

Il 29 giugno 2007 l'UAIE ha quindi comunicato all'assicurato che, dalle delucidazioni mediche effettuate, risulta che il grado d'invalidità non si è modificato in misura rilevante, per cui il diritto ad una mezza rendita d'invalidità rimane invariato (doc. 186).

Richiesto dall'assicurato di emettere una decisione soggetta a ricorso, l'UAIE ha proceduto in questo senso il 26 luglio 2007 (doc. 187 e 189).

F.

Contro questa decisione, per il tramite del suo avvocato, l'assicurato ha inoltrato ricorso al Tribunale amministrativo federale il 28 agosto 2007, chiedendo, in sostanza, di annullare la decisione impugnata e di riconoscergli il diritto ad una rendita d'invalidità di grado superiore. Egli ha inoltre prodotto nuova documentazione medica, in parte di difficile lettura, tra cui un referto del dott. Ba._____, neurologo, del 12 gennaio 2007, facente stato della sintomatologia di cefalee a frequenza quotidiana, frequenti crisi di pianto e difficoltà all'addormentamento e risvegli precoci, qualificata come sindrome ansioso-depressiva reattiva, trattata con il farmaco Cipralex 10 mg, una compressa al giorno, e in fase di parziale remissione da circa un anno, come pure un referto del referto del dott. Ma._____, nel quale è attestato che le condizioni di compenso emodinamico sono buone.

G.

Chiamato a pronunciarsi, l'UAIE ha sottoposto l'incarto al dott. B._____, il quale, dopo aver preso conoscenza dei nuovi referti medici il 5 febbraio 2008, ha concluso che essi non testimoniano di un peggioramento rilevante dello stato di salute del ricorrente. Egli ha sottolineato, in particolare, che non si è in presenza di una depressione secondo la classificazione ICD-10 (International Classification of Diseases), F 32 (Depressive episode), dell'Organizzazione mondiale della sanità (OMS), nella misura in cui i criteri definenti tale malattia non sono adempiuti nella fattispecie e che il farmaco Cipralex 10 mg, una compressa al giorno, costituisce una terapia leggera (doc. 191).

L'UAIE ha quindi risposto il 26 febbraio 2008, chiedendo la conferma della decisione impugnata e il conseguente rigetto del ricorso.

Dopo la risposta non sono più intervenuti scambi di allegati.

H.

Con decisione incidentale del 24 aprile 2008, il Tribunale amministrativo federale ha invitato il ricorrente a versare un anticipo equivalente alle presunte spese processuali di Fr. 300.-. Il relativo versamento è stato effettuato il 12 giugno 2008.

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).

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). Giusta l'art. 1 cpv. 1 LAI, le disposizioni della LPGA sono applicabili all'assicurazione per l'invalidità (art. 1a-26^{bis} e 28-70), sempre che la LAI non deroghi alla LPGA.

1.3 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 I termini stabiliti dalla legge o dall'autorità in giorni o in mesi non decorrono, in particolare, dal 15 luglio al 15 agosto incluso (art. 38 cpv. 4 cifra b LPGA).

1.5 In concreto, il ricorso è ammissibile, nella misura in cui è stato presentato tempestivamente, nel rispetto dei requisiti previsti dalla legge (art. 38 cpv. 4 cifra b, 59 e 60 LPGA, nonché l'art. 52 cpv. 1 PA), e visto che l'anticipo equivalente alle presunte spese processuali di Fr. 300.- è stato versato nei termini.

2.

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

2.2 Giusta l'art. 20 ALC, salvo disposizione contraria contenuta nell'Allegato II, gli accordi bilaterali tra la Svizzera e gli Stati membri della Comunità europea in materia di sicurezza sociale vengono sospesi a decorrere dall'entrata in vigore del presente Accordo qualora il medesimo campo sia disciplinato da quest'ultimo (art. 6 del Regolamento CEE n° 1408/71). Nella misura in cui l'Accordo, in particolare l'Allegato II che regola il coordinamento dei sistemi di sicurezza sociale (art. 8 ALC), non prevede disposizioni contrarie, l'organizzazione della procedura come pure l'esame delle condizioni di ottenimento di una rendita di invalidità svizzera sono regolate dal diritto interno svizzero (DTF 130 V 257 consid. 2.4).

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

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

3.

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

3.2 L'esame del diritto a prestazioni secondo la LAI è retto dal tenore della LAI al momento della decisione impugnata in virtù del principio secondo il quale sono determinanti le norme materiali in vigore al momento della realizzazione dello stato di fatto giuridicamente determinante (DTF 130 V 445 consid. 1.2 e relativi riferimenti). Le disposizioni della 5^a revisione della LAI e della LPGA, in vigore dal 1° gennaio 2008, non sono pertanto applicabili nel caso concreto e di seguito è fatto riferimento alle disposizioni in vigore fino al 31 dicembre 2007.

4.

4.1 Ai sensi dell'art. 8 LPGA è considerata invalidità l'incapacità al guadagno totale o parziale presumibilmente permanente o di lunga durata. L'art. 4 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.

4.2 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. 1 LAI). In seguito all'entrata in vigore dell'Accordo bilaterale, la limitazione prevista dall'art. 28 cpv. 1^{ter} 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 della Comunità europea e vi risiede.

4.3 Il diritto alla rendita, secondo l'art. 29 cpv. 1 LAI, nasce, al più presto, nel momento in cui l'assicurato presenta un'incapacità permanente di guadagno pari almeno al 40% (lettera a), oppure quando egli è stato per un anno e senza notevoli interruzioni, incapace al lavoro per almeno il 40% in media (lettera b). La prima lettera si applica allorché lo stato di salute dell'assicurato si è stabilizzato; la seconda se lo stato di salute è labile, vale a dire suscettibile di evolvere verso un miglioramento od un peggioramento (DTF 121 V 264, 111 V 21 consid. 2b).

4.4 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 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.

4.5 Giova ancora ricordare che, secondo un principio generale del diritto delle assicurazioni sociali, ogni assicurato ha l'obbligo di ridurre il danno conseguente la sua invalidità (sentenza del Tribunale federale I 147/01 del 9 maggio 2001; DTF 123 V 230 consid. 3c e DTF 117 V 275 consid. 2b). In virtù di tale obbligo, l'assicurato deve intraprendere tutto quanto sia ragionevolmente esigibile per ovviare nel modo migliore possibile alle conseguenze della sua invalidità, segnatamente mettendo a profitto la sua residua capacità lavorativa, se necessario in

una nuova professione (sentenza del Tribunale federale I 543/03 del 27 agosto 2004; DTF 113 V 22 consid. 4a).

5.

Il ricorrente contesta la fondatezza della decisione del 26 luglio 2007, con la quale l'UAIE ha constatato che egli continua ad avere diritto ad una mezza rendita d'invalidità.

6.

6.1 Secondo l'art. 17 cpv. 1 LPGA, se il grado d'invalidità del beneficiario della rendita subisce una notevole modificazione, per il futuro la rendita è aumentata o ridotta proporzionalmente o soppressa, d'ufficio o su richiesta.

6.2 Conformemente all'art. 87 cpv. 2 dell'Ordinanza federale sull'assicurazione invalidità del 17 gennaio 1961 (OAI, RS 831.201), la revisione avviene d'ufficio quando, in previsione di una possibile modifica importante del grado d'invalidità, è stato stabilito un termine nel momento dell'erogazione della rendita o allorché si conoscono fatti o si ordinano provvedimenti che possono provocare una notevole modifica del grado d'invalidità.

Se la capacità al guadagno dell'assicurato migliora o peggiora, occorre tener conto del cambiamento determinante il diritto a prestazioni non appena esso perdura da tre mesi senza interruzione notevole e, nel caso in cui la capacità al guadagno migliori, presumibilmente continuerà a durare (art. 88a OAI).

L'aumento della rendita avviene al più presto, se la revisione ha luogo d'ufficio, a partire dal mese in cui è stata prevista (art. 88^{bis} cpv. 1 let. b OAI).

Al fine di giudicare se sussistono indizi sufficienti per ritenere verosimile una modifica rilevante del grado d'invalidità, si deve considerare il periodo tra la decisione iniziale e quella che pronuncia la revisione. Decisioni intercalari sono pertinenti unicamente se sono state emesse sulla base di una nuova valutazione materiale del grado d'invalidità, ossia dopo delucidazione dei fatti, apprezzamento delle prove e esecuzione del raffronto dei redditi (DTF 133 V 108).

6.3 In concreto, la decisione iniziale è stata pronunciata il 6 ottobre 1998 (doc. 73). Ne consegue che il periodo di riferimento per giudicare se verosimilmente è intervenuta una modifica rilevante del grado d'invalidità, tale da giustificare una soppressione della rendita, è quello tra il 6 ottobre 1998 e il 26 luglio 2007, data della decisione impugnata (doc. 189).

A questo proposito, giova rilevare che il giudice delle assicurazioni sociali analizza la legalità della decisione impugnata, in generale, secondo lo stato di fatto esistente al momento in cui essa è stata resa (DTF 130 V 445 consid. 1.2 e 1.2.1).

7.

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).

8.

In concreto, al ricorrente è stato riconosciuto il diritto ad una rendita intera d'invalidità dal 1° ottobre al 30 novembre 1987, quindi ad una mezza rendita d'invalidità dal 1° dicembre 1987, in seguito ad un'encefalopatia postraumatica, ad una contusione della colonna lombosacrale e ad uno stato depressivo ipocondriaco.

Occorre pertanto verificare se, nel periodo in esame, ossia dal 6 ottobre 1998 al 26 luglio 2007, l'incidenza delle affezioni di cui soffre il ricorrente sulla sua capacità lavorativa s'è accresciuta in modo tale da giustificare un aumento della rendita d'invalidità.

9.

9.1 Dalla documentazione agli atti si evince che il ricorrente soffre, sul piano fisico, di una sindrome lombovertebrale cronica, di diabete e di esiti da cardiopatia ischemica postinfartuale, nonché, sul piano psicologico, di una sindrome ansioso-depressiva.

Questa diagnosi è condivisa da tutti gli specialisti, sia dai medici dell'UAIE, sia dai medici che hanno visitato il ricorrente in Italia, per cui il collegio giudicante non intravede nessun motivo per discostarsene.

9.2

Per quanto riguarda le conseguenze invalidanti dei disturbi legati agli infortuni occorsi il 21 aprile 1972 e il 16 ottobre 1986, ossia la sindrome lombovertebrale e la sindrome psico-organica, non sono stati evidenziati, nel corso delle successive revisioni, nuovi elementi oggettivi atti a giustificare un peggioramento dello stato di salute del ricorrente. In particolare, a proposito della sindrome psico-organica, il dott. B._____ ha osservato, nel suo rapporto del 5 febbraio 2008 (doc. 191), che non si è in presenza di un fenomeno depressivo secondo la classificazione ICD-10, F32, dell'OMS, poiché i criteri definenti tale affezione non sono adempiuti e la cura di Cipralex prescritta al ricorrente, senza alcuna terapia psichiatrica, è alquanto ("eher") leggera.

Dal punto di vista cardiaco, il ricorrente ha subito un infarto miocardico nell'aprile 2001, con impianto di stent nel maggio successivo. Prendendo posizione il 23 ottobre 2003, nel quadro della quarta revisione del diritto alla rendita (doc. 144), il dott. G._____, medico dell'UAIE, ha osservato che è possibile, anche dopo un infarto miocardico, svolgere delle attività leggere. Sulla base degli atti all'incanto, i quali non permettevano di ritenere un decorso grave e non controllabile della miocardiopatia ischemica, associato ad uno scompenso cardiaco, il dott. G._____ ha ritenuto quindi invariata

l'incapacità lavorativa del ricorrente. Dal canto suo, il dott. B._____ ha considerato che, dopo l'infarto nel 2001, non si sono più verificati nuovi fatti e che la pulsione cardiaca del ricorrente, con una frazione di eiezione del 50% (norma: 70%), è pienamente compatibile con un'attività leggera e pure, almeno parzialmente, con un'attività medio-leggera. Per completare il quadro relativo all'affezione cardiaca, è ancora opportuno sottolineare, a titolo di conclusione, che l'elettrocardiogramma del 12 marzo 2007 (doc. 182), ultimo referto del genere agli atti, menziona un tracciato normale degli impulsi elettrici del cuore del ricorrente, e che nel referto del dott. Ma._____ si può leggere come le condizioni di compenso emodinamico siano buone.

9.3

Per questi motivi, il collegio giudicante è del parere che dall'incarto non risulta provato che l'incidenza delle affezioni diagnosticate sulla capacità lavorativa del ricorrente, si sia modificata in modo rilevante durante il periodo dal 6 ottobre 1998 al 26 luglio 2007, per cui il ricorrente deve essere considerato abile al lavoro, in attività confacenti, sempre nella misura del 50%, come era già stato stabilito dal dott. Sch._____ nel suo rapporto del 22 febbraio 1988 (doc. 51).

10.

Di conseguenza, la decisione dell'UAIE del 26 luglio 2007 deve essere confermata ed il ricorso respinto.

11.

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 che vede il ricorrente soccombere, le spese processuali di Fr. 300.- sono poste a carico di quest'ultimo e compensate con l'anticipo dello stesso ammontare, versato il 12 giugno 2008.

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 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 di Fr. 300.- sono poste a carico del ricorrente e compensate con l'anticipo dello stesso ammontare, versato il 12 giugno 2008.

3.

Non si assegnano indennità per spese ripetibili.

4.

Comunicazione:

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

I rimedi giuridici sono menzionati alla pagina seguente.

La presidente del collegio:

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: