



Corte III
C-6269/2007
{T 0/2}

Sentenza del 7 settembre 2009

Composizione

Giudici Vito Valenti (presidente del collegio),
Elena Avenati-Carpani e Madeleine Hirsig,
cancelliera Marcella Lurà.

Parti

A. _____,
rappresentato dal Patronato INCA, Ufficio legale,
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 per l'invalidità (decisione del
29 agosto 2007; revisione di una rendita).

Fatti:**A.**

Il 20 dicembre 2005, l'Ufficio AI per gli assicurati residenti all'estero (attualmente Ufficio dell'assicurazione per l'invalidità per gli assicurati residenti all'estero e, in seguito, UAIE) ha deciso di erogare in favore di A. _____ – cittadino italiano, nato il (...), coniugato con figli (doc. 1) – un quarto di rendita dell'assicurazione svizzera per l'invalidità dal 1° giugno al 31 agosto 2004 e tre quarti di rendita a decorrere dal 1° settembre 2004 (doc. 23 e 24; v. anche doc. 22). È stata posta la diagnosi di: stato dopo intervento di chirurgia vascolare per sindrome di Leriche agli arti inferiori (1998) con claudicazione intermittente persistente, cardiopatia coronarica con due interventi di angioplastica coronarica transluminale percutanea (PTCA) e stent (1999/2004), diabete mellito tipo II complicato da micro e macroangiopatia già sottoposto a plurimi interventi, stato dopo intervento per ernia discale lombare (1990) e deficit cognitivo (cfr. doc. 13, 14, 15, 17 [perizia particolareggiata E 213 del 24 gennaio 2005] e 19 [valutazione del medico dell'UAIE del 19 ottobre 2005]). Il servizio medico dell'UAIE ha quindi ritenuto che l'assicurato non avrebbe più potuto svolgere il suo precedente lavoro di gestore di un bar, ma a lui sarebbero state proponibili attività leggere sedentarie al 50% (doc. 18). Il calcolo comparativo dei redditi ha evidenziato una perdita di guadagno del 60% (doc. 20). L'interessato percepisce, a far tempo dal 1° agosto 2004, una pensione d'invalidità italiana (doc. 27).

B.

Il 19 dicembre 2006, l'assicurato ha formulato, tramite la competente sede dell'Istituto nazionale delle previdenza sociale (INPS), una nuova domanda di pensione d'invalidità (doc. 27). Sono stati esibiti, per quanto emerge dalle carte processuali, i seguenti documenti:

- una cartella clinica concernente il ricovero dal 27 settembre al 3 ottobre 2006 per sindrome coronarica acuta in nota cardiopatia ischemica, PTCA e Stent medicato su CX, buon risultato angiografico a distanza in esiti di PTCA e Stent di IVA, diabete mellito (DM) tipo 2 (doc. 31);
- la perizia medica particolareggiata E 213 della previdenza sociale italiana del 10 gennaio 2007, attestante diabete mellito complicato da micro e macroangiopatia, già operato per

sindrome di Leriche agli arti inferiori, cardiopatia ischemica, già trattata con multiple PTCA e stent, l'ultima nel settembre-ottobre 2006, sindrome cognitiva correlata, postumi di remoto intervento per asportazione ernia discale (E.D.) lombare; le condizioni di salute dell'interessato sono state definite come peggiorate ed è stato ritenuto che lo stesso non può svolgere a tempo pieno né il suo ultimo lavoro né uno adeguato alle sue condizioni (in Italia è considerato invalido al 100% sia nella precedente attività che in un'attività adeguata alle sue condizioni; cfr. doc. 32).

C.

Nel suo rapporto del 26 aprile 2007, il dott. B._____, medico dell'UAIE, ha rammentato, preliminarmente, che all'assicurato sono stati attribuiti tre quarti di rendita dell'assicurazione svizzera per l'invalidità, lo stesso essendo stato considerato in grado di svolgere un'attività sedentaria leggera nella misura del 50%. Ha rilevato, inoltre, che l'interessato è stato nuovamente ricoverato durante una settimana alla fine di settembre del 2006 a causa di dolori al torace e sottoposto ad un intervento di coronarografia (dilatazione di una stenosi e posizionamento di uno stent). Ha poi constatato che al momento della dimissione dall'ospedale presentava una condizione di salute in buon equilibrio. Ha quindi ritenuto che, a parte un periodo di incapacità al lavoro in un'attività sostitutiva leggera durante al massimo due-tre settimane fra settembre ed ottobre (2006), l'assicurato è da considerare tuttora abile al 50% in un'attività sostitutiva leggera (doc. 33).

D.

Il 14 maggio 2007, l'autorità inferiore – considerando la nuova domanda come una domanda di revisione – ha comunicato all'interessato che, sulla base della documentazione medica fornita, non risulta una modifica rilevante del grado di invalidità. Pertanto, la domanda di revisione non avrebbe potuto essere esaminata. Ha quindi accordato all'assicurato la facoltà, entro 30 giorni dalla ricezione del progetto di decisione, di formulare delle obiezioni per iscritto, facoltà di cui il medesimo non ha fatto uso (doc. 34).

E.

Il 29 agosto 2007, l'autorità inferiore ha deciso che, conformemente all'art. 87 cpv. 3 dell'ordinanza del 17 gennaio 1961 sull'assicurazione

per l'invalidità (OAI, RS 831.201), non erano date le condizioni per un esame di merito della sua domanda di revisione, non avendo l'assicurato reso plausibile una modifica rilevante del suo grado d'invalidità (doc. 36).

F.

Il 18 settembre 2007, l'interessato ha interposto ricorso dinanzi al Tribunale amministrativo federale contro la decisione dell'UAIE del 29 agosto 2007 mediante il quale ha chiesto, sostanzialmente, l'esame nel merito della sua domanda di revisione nonché il riconoscimento del suo diritto ad una rendita intera a far tempo da dicembre del 2006, e ciò sulla base della documentazione medica esibita. Ha segnalato che il suo stato di salute è peggiorato in misura rilevante, avendo subito un nuovo intervento chirurgico (settembre 2006) a seguito di un aggravamento della patologia cardiaca di cui è affetto. Ha contestato, infine, l'esigibilità al 50% dell'esercizio di un'attività lucrativa confacente al suo stato di salute (doc. TAF 1).

G.

Nella risposta al ricorso del 14 gennaio 2008, l'autorità inferiore ha proposto la reiezione del gravame. Ha ritenuto, in particolare, che l'insorgente non ha presentato in sede ricorsuale alcun fatto nuovo o indizio dell'esistenza di un peggioramento rilevante del suo stato di salute (doc. TAF 5).

H.

Nella replica dell'8 febbraio 2008, il ricorrente si è riconfermato nelle argomentazioni in fatto ed in diritto di cui al ricorso del 18 settembre 2007. Ha esibito un referto di coronarografia del 6 agosto 2007, una scheda di dimissione ospedaliera dell'8 agosto 2007 nonché un certificato medico del dott. C._____ del 19 novembre 2007 (doc. TAF 7).

I.

I.a Nel suo rapporto del 29 febbraio 2008, il dott. B._____ ha rilevato che il ricorrente è stato nuovamente ricoverato per breve tempo nell'agosto del 2007 a causa di dolori al torace, che è stato sottoposto ad un ulteriore intervento per dilatazione di una nuova stenosi e che tale intervento, secondo il resoconto operatorio, è riuscito. Non sussistono altresì indizi di una insufficienza cardiaca. Siffatti indizi non sono ravvisabili neppure nel certificato medico del

dott. C._____ del novembre 2007, che si limita a postulare una ulteriore riduzione della capacità lavorativa del paziente. Secondo il dott. B._____, in virtù della documentazione medica agli atti non risulta una modifica importante dello stato di salute dell'assicurato rispetto alla situazione esistente all'epoca della concessione della rendita d'invalidità nel dicembre del 2005. Pertanto, e ritenuto che la nuova diagnosi medica è in sostanza sovrapponibile a quella del mese di ottobre 2005, ha confermato la precedente presa di posizione, secondo la quale l'esercizio di un'attività lucrativa leggera nella misura del 50% (4-5 ore al giorno) è da considerare esigibile (doc. 39).

I.b Nella duplice del 10 marzo 2008, l'autorità inferiore, dopo avere constatato che la documentazione medica prodotta non comporta elementi tali da corroborare l'invocata importante modifica dello stato di salute del ricorrente suscettibile d'incidere sulla sua capacità lavorativa, ha nuovamente proposto la reiezione del gravame (doc. TAF 9).

J.

Con decisione incidentale del 13 marzo 2008 (notificata il 14 marzo 2008; cfr. avviso di ricevimento agli atti), questo Tribunale ha trasmesso al ricorrente per conoscenza la duplice e lo ha invitato a versare, nel termine di 30 giorni dalla notificazione della decisione incidentale medesima, un anticipo di fr. 300.-- a copertura delle presumibili spese processuali. L'anticipo è stato versato l'8 aprile 2008 (doc. TAF 10 a 12).

K.

Con scritto del 15 maggio 2009, l'insorgente ha chiesto informazioni circa lo stato della procedura promossa dinanzi a questo Tribunale (doc. TAF 13).

Diritto:

1.

1.1 Il Tribunale amministrativo federale esamina d'ufficio e con piena cognizione la sua competenza (art. 31 e segg. della legge del 17 giugno 2005 sul Tribunale amministrativo federale [LTAF, RS 173.32]), rispettivamente l'ammissibilità dei gravami che gli vengono sottoposti (DTF 133 I 185 consid. 2 e relativi riferimenti).

1.2 Riservate le eccezioni – non realizzate nel caso di specie – di cui all'art. 32 LTAF, questo Tribunale giudica, in virtù dell'art. 31 LTAF in combinazione con l'art. 33 lett. d LTAF e l'art. 69 cpv. 1 lett. b della legge federale del 19 giugno 1959 sull'assicurazione per l'invalidità (LAI, RS 831.20), i ricorsi contro le decisioni, ai sensi dell'art. 5 della legge federale del 20 dicembre 1968 sulla procedura amministrativa (PA, RS 172.021), rese dall'Ufficio AI per gli assicurati residenti all'estero.

1.3 In virtù dell'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.

1.4 Il ricorso – presentato tempestivamente e rispettoso dei requisiti previsti dalla legge (art. 59 e 60 LPGA nonché art. 52 PA) – è pertanto ammissibile.

2.

2.1 Il 1° giugno 2002 sono entrati in vigore l'Accordo tra la Confederazione svizzera e la Comunità europea ed i suoi Stati membri sulla libera circolazione delle persone del 21 giugno 1999 (ALC, RS 0.142.112.681) ed il relativo 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), che si applica a tutte le rendite il cui diritto sorge a far data dal 1° giugno 2002 o successivamente e si sostituisce a qualsiasi convenzione di sicurezza sociale che vincoli due o più Stati (art. 6 Regolamento), come pure il 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). L'art. 3 del regolamento (CEE) n° 1408/71 sancisce il principio della parità di trattamento tra cittadini che risiedono in uno Stato membro della Comunità europea ed i cittadini svizzeri.

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. 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.

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 legge stessa 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 5a revisione della LAI, 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 L'invalidità ai sensi della LPGGA e della LAI è l'incapacità al guadagno totale o parziale presumibilmente permanente o di lunga durata che può essere conseguente ad infermità congenita, malattia o infortunio (art. 8 LPGGA e 4 cpv. 1 LAI). Secondo l'art. 7 LPGGA, è considerata incapacità al guadagno la 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. 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).

4.2 Giusta l'art. 28 cpv. 1 LAI, in vigore dal 1° gennaio 2004, l'assicurato ha diritto ad un quarto di rendita se è invalido per almeno il 40%, ad una mezza rendita se è invalido per almeno la metà, a tre quarti di rendita se è invalido per almeno il 60% e ad una rendita intera se è invalido per almeno il 70%. In seguito all'entrata in vigore dell'Accordo sulla libera circolazione, la limitazione prevista dall'art. 28 cpv. 1^{ter} LAI, secondo cui le rendite per un grado d'invalidità inferiore al 50%, ma pari almeno al 40%, sono versate solo ad assicurati che sono domiciliati e dimorano abitualmente in Svizzera (art. 13 LPGGA), non è più applicabile segnatamente quando l'assicurato è cittadino dell'UE, o svizzero, e risiede nell'UE (DTF 132 V 423 consid. 6.4.1 e sentenza del Tribunale federale I 702/03 del 28 maggio 2004 consid. 1 e relativi riferimenti).

4.3 La nozione d'invalidità di cui all'art. 4 LAI e 8 LPGGA è di carattere economico-giuridico e non medico (DTF 116 V 246 consid. 1b, DTF 110 V 273 e DTF 105 V 205). In base all'art. 16 LPGGA, applicabile per il rinvio dell'art. 28 cpv. 2 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 (reddito da invalido), 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 (reddito da valido; metodo generale del raffronto dei redditi).

5.

La causa verte sulla questione di sapere se l'UAIE abbia a ragione, o meno, rifiutato di esaminare nel merito la domanda di revisione della rendita presentata dal ricorrente. Per contro, non compete a questo Tribunale di statuire anche sul merito della domanda di revisione. Nella misura in cui è chiesto più o altro che la semplice entrata nel merito, nel caso concreto la concessione di una rendita intera d'invalidità a decorre da dicembre 2006, il ricorso è pertanto inammissibile (cfr. DTF 117 V 121 consid. 1 e DTF 116 V 265 consid. 2a).

6.

Secondo l'art. 17 LPGGA, 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. Il cpv. 2 della stessa norma prevede che ogni altra prestazione durevole accordata in virtù di una disposizione formalmente passata in giudicato è, d'ufficio o su richiesta, aumentata, diminuita o soppressa se le condizioni che l'hanno giustificata hanno subito una notevole modificazione.

6.1

6.1.1 Giusta l'art. 87 cpv. 3 OAI, se è fatta domanda di revisione, nella domanda si deve dimostrare che il grado di invalidità o di grande invalidità o il volume dell'assistenza dovuta all'invalidità è modificato in misura rilevante per il diritto alle prestazioni.

6.1.2 Va altresì rammentato che il grado di prova richiesto dall'art. 87 cpv. 3 OAI è attenuato in quanto non è necessario che l'amministrazione raggiunga il convincimento, nel senso di una prova con il grado della verosimiglianza preponderante, che rispetto all'ultima decisione cresciuta in giudicato sia effettivamente subentrata una modifica rilevante. Basta piuttosto che sussistano almeno certi indizi a favore della circostanza invocata, ferma restando comunque la possibilità che la modifica invocata venga poi smentita da un più attento esame (v. sentenza del Tribunale federale 9C_708/2007 dell'11 settembre 2008 consid. 2.2 e relativi riferimenti).

6.1.3 La condizione di verosimiglianza posta dall'art. 87 cpv. 3 OAI deve permettere all'amministrazione, che ha precedentemente rifiutato una prestazione o comunque 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 (DTF 125 V 410 consid. 2b). 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, 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 (v. sentenze del Tribunale federale 9C_708/2007 dell'11 settembre 2008 consid. 2.3 e relativi riferimenti, 9C_860/2007 del 10 dicembre 2008 consid. 5 e I 52/03 del 16 gennaio 2004 consid. 3).

6.2 L'art. 88a cpv. 2 OAI prevede altresì che se la capacità al guadagno o la capacità di svolgere le mansioni consuete peggiora oppure se la grande invalidità si aggrava o l'assistenza dovuta all'invalidità aumenta, occorre tenere conto del cambiamento determinante il diritto a prestazioni non appena esso perdura da tre mesi senza interruzione notevole. L'aumento della rendita o dell'assegno per grandi invalidi avviene al più presto se l'assicurato ha chiesto la revisione a partire dal mese in cui la domanda è stata inoltrata (art. 88bis cpv. 1 OAI).

7.

Secondo la giurisprudenza del Tribunale federale, costituisce motivo di revisione della rendita d'invalidità ogni modifica rilevante delle circostanze di fatto suscettibile d'influire sul grado di invalidità e, quindi, sul diritto alla rendita. Per conseguenza, la rendita può essere soggetta a revisione non soltanto in caso di modifica importante dello stato di salute, ma anche quando detto stato è rimasto invariato, ma le sue conseguenze sulla capacità di guadagno hanno subito un cambiamento significativo (sentenza del Tribunale federale I 870/05 del 2 maggio 2007; DTF 130 V 343 consid. 3.5). Irrilevante è invece, una diversa valutazione di una fattispecie restata sostanzialmente immutata (DTF 112 V 371 consid. 2b).

7.1 Al fine di accertare se il grado di invalidità si è modificato in maniera tale da influire sul diritto alle prestazioni, si deve confrontare, da un lato, la situazione di fatto dell'ultima decisione cresciuta in giudicato che è stata oggetto di un esame materiale del diritto alla rendita dopo contestuale accertamento pertinente dei fatti, apprezzamento delle prove e confronto dei redditi, e, dall'altro lato, la situazione di fatto vigente all'epoca del provvedimento litigioso (sentenza del Tribunale federale I 759/06 del 5 settembre 2007; DTF 133 V 108). Pertanto, il periodo di riferimento nell'ambito della presente vertenza è quello intercorrente tra il 20 dicembre 2005, data della decisione mediante la quale sono stati accordati i tre quarti di rendita, ed il 29 agosto 2007, data della decisione impugnata (cfr. pure DTF 130 V 66 consid. 2). Il giudice delle assicurazioni sociali analizza, infatti, la legalità della decisione impugnata, in generale, secondo lo stato di fatto esistente al momento in cui la decisione impugnata è stata resa (DTF 130 V 445 consid. 1.2 e 1.2.1).

7.2 Giova altresì precisare che, per costante giurisprudenza, i fatti accaduti posteriormente (e che hanno modificato la situazione valetudinaria dell'assicurato) devono di regola formare oggetto di un nuovo procedimento amministrativo (DTF 129 V 1 consid. 1.2, DTF 127 V 466 consid. 1 e DTF 121 V 362 consid. 1b).

8.

8.1 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. Affinché il giudizio medico acquisti valore di prova rilevante, esso deve essere completo in merito ai temi sollevati, deve fondarsi, in piena conoscenza della pregressa situazione valetudinaria (anamnesi), su esami approfonditi e tenere conto delle censure sollevate dal paziente, per poi giungere in maniera chiara a fondate, logiche e motivate deduzioni. Peraltro, per stabilire se un rapporto medico ha valore di prova non è determinante né la sua origine né la sua denominazione – ad esempio quale perizia o rapporto – ma il suo contenuto (DTF 125 V 351 consid. 3a).

8.2 In particolare, per quanto concerne le perizie giudiziarie la giurisprudenza ha stabilito che il giudice non si scosta senza motivi imperativi dal parere degli esperti, il cui compito è quello di mettere a

disposizione del tribunale le loro conoscenze specifiche e di valutare, da un punto di vista medico, una certa fattispecie (sentenza del Tribunale federale U 505/06 del 17 dicembre 2007). Ragioni che possono indurre il giudice a non fondarsi su un tale referto sono ad esempio affermazioni contraddittorie, il contenuto di una superperizia, o altri rapporti da cui emergono validi motivi per farlo e, meglio, se l'opinione di altri esperti appare sufficientemente fondata da mettere in discussione le conclusioni peritali (sentenza del Tribunale federale I 166/03 del 30 giugno 2004 consid. 3.3).

8.3 Per quel che riguarda le perizie di parte, il Tribunale federale ha precisato che esse contengono considerazioni specialistiche che possono contribuire ad accertare i fatti, da un punto di vista medico. Malgrado esse abbiano lo stesso valore probatorio di una perizia giudiziaria, il giudice deve valutare se questi referti medici sono atti a mettere in discussione la perizia giudiziaria oppure quella ordinata dall'amministrazione (DTF 125 V 351). Giova altresì rilevare come debba essere considerato con la necessaria prudenza l'avviso dei medici curanti, i quali possono tendere a pronunciarsi in favore del proprio paziente a dipendenza dei particolari legami che essi hanno con gli stessi (DTF 125 V 351 consid. 3b e relativi riferimenti).

8.4 Non va infine dimenticato che se vi sono dei rapporti medici contraddittori il giudice non può evadere la vertenza senza valutare l'intero materiale e indicare i motivi per cui egli si fonda su un rapporto piuttosto che su un altro. Al riguardo va tuttavia precisato che non si può pretendere dal giudice che raffronti i diversi pareri medici e parimenti esponga correttamente da un punto di vista medico, come farebbe un perito, i punti in cui si evidenziano delle carenze e quale sia l'opinione più adeguata (sentenza del Tribunale federale I 166/03 del 30 giugno 2004 consid. 3.3).

9.

9.1 L'insorgente fa valere che il suo stato di salute è peggiorato in modo notevole da dicembre 2005. Segnala che la patologia cardiaca di cui è affetto non gli consente più di svolgere un'attività confacente al suo stato di salute nella misura del 50%, come ritenuto nel dicembre 2005 dall'UAIE (in virtù dell'apprezzamento del dott. B. _____ del proprio servizio medico dell'ottobre 2005).

9.2 Il dott. B._____, nei suoi rapporti del 26 aprile 2007 e del 29 febbraio 2008 (doc. 33 e 39), su cui si fonda la decisione impugnata, ha ritenuto che in virtù della nuova documentazione medica esibita dal ricorrente non è ravvisabile un indizio concreto di una modifica rilevante dello stato di salute del ricorrente. Lo stesso è nella sostanza sovrapponibile a quello esistente al momento della pronuncia della decisione del 20 dicembre 2005. Il dott. B._____ ha rilevato, in particolare, che l'insorgente è stato ricoverato nel settembre del 2006 e nell'agosto del 2007 a causa di dolori al torace, che ha subito due interventi di angioplastica (mediante i quali sono state dilatate delle stenosi e posizionati degli stent), ma che in entrambi i casi alla dimissione dall'ospedale il ricorrente presentava una condizione di salute in buon equilibrio dopo decorso senza complicanze. Ha poi osservato che i documenti medici esibiti dal ricorrente non menzionano alcuna insufficienza cardiaca e che in siffatte circostanze non vi è alcuna ragione di ritenere che vi possa essere stato un peggioramento dello stato di salute del ricorrente rispetto a quanto ritenuto nell'ottobre del 2005 suscettibile di giustificare una modifica del tasso d'incapacità lavorativa del 50%.

9.3 A questo Tribunale non sfugge che nella perizia medica particolareggiata E 213 del 10 gennaio 2007 (doc. 32), trasmessa dall'INPS, è stato indicato che le condizioni di salute dell'insorgente sono peggiorate e che lo stesso non è più in grado di svolgere né la sua precedente attività né un'altra sostituiva. Tale generica valutazione non è però condivisibile, la stessa non essendo corroborata da riscontri medici oggettivi. In particolare, la diagnosi indicata dal medico che ha effettuato la perizia, come rettamente rilevato dal dott. B._____, è nella sostanza sovrapponibile con quella specificata dal medesimo medico nella perizia particolareggiata E 213 del 25 gennaio 2005. Non è altresì stato spiegato in cosa consisterebbe concretamente il peggioramento dello stato di salute del ricorrente né per quale motivo l'incapacità lavorativa dovrebbe passare dal 50% al 100%. A titolo del tutto abbondanziale, giova ancora rammentare che già nella perizia medica particolareggiata del 25 gennaio 2005 era stata implicitamente suggerita un'incapacità lavorativa del 100% per l'insorgente (nel senso che il medico non aveva indicato esplicitamente alcuna residua capacità lavorativa dello stesso; v. punti 9, 11.4. e 11.6 a 11.8 della perizia del 25 gennaio 2005). Peraltro, questo Tribunale osserva che la scheda di dimissione ospedaliera del 3 ottobre 2006 fa stato segnatamente di un decorso regolare del ricovero, di un buon

risultato angiografico in esiti di PTCA e stent nonché di una frazione di eiezione del 60%. Dalla scheda risulta altresì che il paziente è stato considerato asintomatico per angina di petto (angor) e con un buon compenso di circolo (doc. 31). Inoltre, pure nella scheda di dimissione ospedaliera dell'8 agosto 2007 è evidenziato che, al momento della dimissione, il ricorrente è stato ritenuto asintomatico per angina di petto e con buon compenso di circolo (doc. TAF 7). Non è altresì riportata una nuova diagnosi o fatto riferimento ad una accresciuta incapacità lavorativa. L'insorgente ha certo affermato, in sede ricorsuale, che la patologia cardiaca di cui soffre si è aggravata. Tuttavia, non ha prodotto alcun documento medico suscettibile di rendere perlomeno plausibile – nel senso precedentemente indicato – una modifica importante del suo stato di salute, suscettibile inoltre d'incidere in modo determinante (leggi anche durata minima necessaria) sulla sua incapacità lavorativa rispettivamente sul grado d'invalidità. Per quanto attiene al certificato medico del 19 novembre 2007 del dott. C._____, specialista in chirurgia, esibito con il ricorso e di data posteriore alla decisione impugnata, occorre osservare che esso si riferisce alle note diagnosi e non apporta alcun nuovo elemento medico idoneo a corroborare una possibile modifica dello stato di salute del ricorrente rispetto a quella rilevata nel 2005. Benché tale certificato medico riferisca di una ulteriore riduzione della capacità lavorativa del ricorrente, esso non comporta alcuna indicazione in merito ad una specifica inabilità lavorativa e neppure al relativo grado, tanto meno in attività sostitutive leggere.

9.4 Sulla scorta delle considerazioni che precedono, questo Tribunale reputa che il ricorrente non ha reso plausibile che sia subentrata rispetto a dicembre 2005 una modifica del suo stato di salute suscettibile d'incidere sulla sua capacità lavorativa rispettivamente sul grado d'invalidità allora ritenuto. Il fatto che il ricorrente abbia dovuto sottoporsi a due interventi chirurgici nel settembre del 2006 e nell'agosto del 2007 non è pertanto motivo di per sé sufficiente per un'entrata nel merito della sua domanda di revisione (v., sulla problematica, le sentenze del Tribunale federale 9C_860/2007 del 10 dicembre 2008 consid. 5 e I 52/03 del 16 gennaio 2004 consid. 3), ritenuto altresì che detti interventi si sono conclusi positivamente e senza complicanze e che ognuno di essi – secondo l'opinione del medico dell'UAIE di cui non vi è ragione di dubitare in assenza di sufficienti riscontri oggettivi contrari – ha provocato solo qualche settimana d'inabilità lavorativa per l'insorgente. Non risulta peraltro

essere stato reso plausibile alcun altro motivo di revisione non connesso con un cambiamento dello stato di salute del ricorrente. Giova infine rilevare che il principio inquisitorio non si applica alla procedura prevista all'art. 87 cpv. 3 OAI (cfr. DTF 130 V 64 consid. 5.2.5), di modo che non incombe a questo Tribunale un obbligo d'esperire delle investigazioni complementari (cfr. sentenze del Tribunale federale I 951/06 del 31 ottobre 2007 consid. 2.1 nonché I 607/04 del 6 dicembre 2005 consid. 3).

9.5 Per conseguenza, il ricorso, destituito di fondamento, non merita tutela e la decisione impugnata va confermata.

10.

10.1 Visto l'esito della procedura, le spese processuali, di fr. 300.--, sono poste a carico del ricorrente (art. 63 cpv. 1 e cpv. 5 PA nonché art. 3 lett. b del regolamento sulle tasse e sulle spese ripetibili nelle cause dinanzi al Tribunale amministrativo federale del 21 febbraio 2008 [TS-TAF, RS 173.320.2]). Esse sono computate con l'anticipo spese, di identico ammontare, versato dal ricorrente stesso l'8 aprile 2008.

10.2 Al ricorrente, soccombente, non spetta altresì alcuna indennità per spese ripetibili della sede federale (art. 64 PA in combinazione con l'art. 7 cpv. 1 e 2 TS-TAF a contrario). Peraltro, le autorità federali, quand'anche vincenti, non hanno di principio diritto ad un'indennità a titolo di ripetibili (art. 7 cpv. 3 TS-TAF), salvo eccezioni non ravvisabili nel caso concreto (v., fra l'altro, DTF 127 V 205).

(dispositivo alla pagina seguente)

Per questi motivi, il Tribunale amministrativo federale pronuncia:

1.

Nella misura in cui è ammissibile, il ricorso è respinto.

2.

Le spese processuali, di fr. 300.--, sono poste a carico del ricorrente. L'anticipo spese di fr. 300.--, versato l'8 aprile 2008, è computato con le spese processuali.

3.

Non si attribuiscono spese ripetibili.

4.

Comunicazione a:

- rappresentante del ricorrente (Atto giudiziario)
- autorità inferiore (n. di rif.)
- Ufficio federale delle assicurazioni sociali

Il presidente del collegio:

La cancelliera:

Vito Valenti

Marcella Lurà

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: