



Corte III
C-6452/2008/
{T 0/2}

Sentenza del 4 marzo 2010

Composizione

Giudici Elena Avenati-Carpani (presidente del collegio),
Francesco Parrino, Vito Valenti,
cancelliere Dario Quirici.

Parti

A._____,
rappresentato da Z._____,
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
15 settembre 2008.

Fatti:**A.**

A._____, cittadino italiano nato (...), coniugato, ha lavorato in Svizzera come imbianchino dal 1967 al 1969, dal 1971 al 1976, dal 1978 al 1981 e dal 1986 al 1995, versando i contributi obbligatori all'assicurazione per la vecchiaia, i superstiti e l'invalidità (AVS/AI; doc. 81).

Il 15 settembre 2000, 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 domanda tendente ad ottenere una rendita d'invalidità svizzera (doc. 2).

B.

L'UAIE ha proceduto all'istruzione della domanda, raccogliendo la documentazione medica necessaria, tra cui una perizia medica particolareggiata E 213 del dott. B._____, del 24 gennaio 2001, diagnosticante degli esiti da intervento di stabilizzazione vertebrale a livello di L4/5, eseguito nel marzo 2000 (doc. 14), in persona operata di un'ernia del disco di L4/5 a sinistra nel luglio 1996 (doc. 10), con discreto impegno funzionale, ed una lieve sindrome depressiva reattiva, come pure una presa di posizione del proprio servizio medico, del 2 dicembre 2001, valutante un'incapacità lavorativa inferiore al 40% (doc. 17 e 19). L'UAIE ha quindi emanato una decisione, il 30 gennaio 2002, con la quale ha respinto la domanda dell'assicurato (doc. 22). Quest'ultimo ha inoltrato ricorso all'allora competente Commissione federale di ricorso in materia d'assicurazione per la vecchiaia, i superstiti e l'incapacità per le persone residenti all'estero, la quale lo ha accolto mediante giudizio del 20 maggio 2002, impartendo all'UAIE l'istruzione di realizzare una perizia medica complementare (doc. 28).

C.

Di conseguenza, l'assicurato è stato sottoposto a degli accertamenti ambulatoriali, avvenuti il 21, 22 e 24 ottobre 2002 presso il Servizio d'accertamento medico dell'assicurazione per l'invalidità a Bellinzona (SAM), a seguito dei quali è stata rilasciata una perizia pluridisciplinare, redatta dai dott.ri C._____ e D._____ il 27 novembre 2002, sulla base di un rapporto neurologico del dott.

E._____, del 24 ottobre 2002, di un rapporto ortopedico del dott.
F._____, del 4 novembre 2002, e di un rapporto psichiatrico del dott.
G._____, del 7 novembre 2002 (doc. 48 a 50).

Nella perizia è stata posta la diagnosi, con influenza sulla capacità lavorativa, di stato dopo discectomia per ernia discale lombare L4/5 (luglio 1996) e di stato dopo spondilodesi intersomatica lombare L4/5 strumentata (marzo 2000), come pure la diagnosi, senza influenza sulla capacità lavorativa, di disturbo ansioso-depressivo reattivo al disturbo da dolore cronico ed a problemi socioeconomici.

Nella perizia sono state valutate, dal 1° luglio 1996 (ricovero in neurochirurgia e discectomia L4/5), un'incapacità lavorativa del 75% per l'attività d'imbianchino ed una capacità lavorativa del 60% dal 1° luglio 1996 in attività confacenti, non implicanti posizioni statiche molto prolungate, come pure movimenti forzati con la colonna vertebrale e movimenti continui di flessione, estensione e rotazione del tronco.

D.

L'UAIE ha quindi sottoposto la perizia del SAM, insieme ad altra documentazione medica, alla valutazione del proprio servizio medico, nella persona della dott.ssa H._____, la quale, nella sua presa di posizione del 19 dicembre 2002, riferendosi alla diagnosi stabilita dal SAM, ha formulato un'incapacità lavorativa del 75% per l'attività d'imbianchino e del 40% per attività confacenti, e ciò a decorrere dal luglio 1996 (doc. 52).

Conseguentemente, il 13 gennaio 2003, l'UAIE ha proceduto al calcolo del grado d'invalidità, considerando un salario da valido mensile di Fr. 5'040.85, ed un salario da invalido, in ragione del 60%, di Fr. 2'458.20. Procedendo al raffronto dei due redditi, l'UAIE ha ottenuto una perdita di guadagno del 56.12%, corrispondente ad un grado d'invalidità del 56% (doc. 53).

Il 15 aprile 2003 l'UAIE ha così reso una decisione, con la quale ha riconosciuto all'assicurato il diritto ad una mezza rendita d'invalidità dal 1° gennaio 2001 (doc. 55). Questa decisione è cresciuta in giudicato senza essere stata impugnata.

E.

Il 14 settembre 2007 l'UAIE ha dato avvio alla procedura di revisione

della rendita, chiedendo all'INPS di produrre, in particolare, un rapporto medico sullo stato di salute attuale dell'assicurato, come pure un esame psichiatrico ed uno ortopedico (doc. 56 e 57).

L'UAIE ha ottenuto la documentazione seguente:

- un questionario per la revisione della rendita, del 5 maggio 2008, nel quale l'assicurato ha dichiarato di non esercitare nessuna attività lavorativa e di essere disabile al 100% dal 1996, quando è stato operato per ernia del disco (doc. 65),

- due certificati psichiatrici del dott. I._____, dell'11 ottobre 2006 e del 16 maggio 2007, nei quali è posta la diagnosi di depressione di severa entità secondaria a condizione medica generale e in cui ne è specificato il trattamento (doc. 66 e 68),

- un referto di visita psichiatrica steso dal dott. L._____ il 12 novembre 2007, diagnosticante una sindrome depressiva endoreattiva con incidenza funzionale di media gravità (doc. 67),

- un certificato psichiatrico del dott. I._____, del 27 agosto 2007, facente stato della diagnosi di depressione endoreattiva di entità severa ad evoluzione cronica ed in trattamento farmacologico continuo (doc. 69),

- un certificato ortopedico del 29 ottobre 2007, riferentesi alla patologia lombare a livello di L4/5 notevolmente invalidante che impedisce al paziente ogni attività lavorativa e lo limita nell'ambito relazionale (doc. 70),

- una perizia medica particolareggiata E 213 del dott. M._____, del 7 novembre 2007, dalla quale si evince, nel quadro di condizioni di salute peggiorate, la diagnosi di spondilodiscoartrosi cervicale, di spondiloartrosi lombare in esiti da intervento di stabilizzazione vertebrale a livello di L4/5 e di una sindrome depressiva endoreattiva, e nella quale è stabilito che l'assicurato, portatore di un busto ortopedico, può comunque svolgere regolarmente lavori leggeri, senza controindicazioni, e continuare ad esercitare la sua ultima attività a tempo pieno, ed è formulato un grado d'invalidità generale, secondo il diritto italiano, del 60% (doc. 71),

- un rapporto ortopedico del 6 marzo 2008, nel quale è espressa la diagnosi di esiti di pregressa stabilizzazione lombare L4/5, in esito ad un intervento d'ernia discale, a discreto impegno funzionale (doc. 72).

F.

L'UAIE ha quindi sottoposto la documentazione medica raccolta all'apprezzamento del proprio servizio medico, nella persona del dott. N._____, il quale, nella sua presa di posizione del 22 luglio 2008, ha affermato che l'incapacità lavorativa è rimasta invariata, fissando la prossima revisione per il 27 luglio 2012 (doc. 74).

Il 31 luglio 2008 l'UAIE ha quindi comunicato all'assicurato che il suo diritto ad una mezza rendita d'invalidità continua a sussistere senza cambiamenti (doc. 75).

Su richiesta dell'assicurato, l'UAIE ha emanato una decisione, il 15 settembre 2008, mediante la quale gli ha confermato che le prestazioni assegnate non subivano modifiche (doc. 77).

G.

Contro questa decisione, rappresentato dal signor Ciriolo, l'assicurato ha inoltrato ricorso al Tribunale amministrativo federale il 10 ottobre 2008, chiedendo, in sostanza, che gli sia riconosciuto il diritto ad una rendita intera d'invalidità in seguito ad un grave peggioramento del suo stato di salute, ed ha allegato della documentazione medica già agli atti.

L'UAIE ha risposto al ricorso il 26 gennaio 2009, chiedendone il rigetto e la conseguente conferma della decisione impugnata.

Il ricorrente ha replicato l'11 febbraio 2009, riconfermando le proprie conclusioni, ed ha esibito una copia del certificato ortopedico del 29 ottobre 2007, già agli atti.

H.

Con decisione incidentale del 17 febbraio 2009, questo Tribunale ha invitato il ricorrente a versare un anticipo equivalente alle presunte spese processuali di Fr. 300.-. Il relativo versamento è stato effettuato il 3 marzo 2009.

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), 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. 300.- relativo alle spese processuali è stato versato nel termine impartito.

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.

3.

Relativamente al diritto applicabile, deve essere ancora precisato che, a partire dal 1° gennaio 2008, la presente procedura è retta dalla LAI nel suo tenore modificato il 6 ottobre 2006 (V revisione), 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). Ne consegue che il diritto alla rendita si esamina fino al 31 dicembre 2007 alla luce delle precedenti norme e, a partire dal 1° gennaio 2008, secondo le nuove disposizioni.

4.

Il ricorrente ha contestato la validità materiale della decisione dell'UAIE del 15 settembre 2008, chiedendo che gli sia riconosciuto il diritto ad una rendita intera d'invalidità.

5.

5.1 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.

5.2 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, art. 28 cpv. 2 LAI dal 1° gennaio 2008). In seguito all'entrata in vigore dell'Accordo bilaterale, la limitazione prevista dall'art. 28 cpv. 1^{ter} LAI (art. 29 cpv. 4 LAI dal 1° gennaio 2008), 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 della Comunità europea e vi risiede.

5.3 Per incapacità al lavoro s'intende qualsiasi incapacità, totale o parziale, derivante da un danno alla salute fisica, mentale o psichica di compiere un lavoro ragionevolmente esigibile nella professione o nel campo di attività abituale. In caso d'incapacità al lavoro di lunga durata possono essere prese in considerazione anche le mansioni esigibili in un'altra professione o campo d'attività (art. 6 LPGA). L'incapacità al guadagno è definita all'art. 7 LPGA e consiste nella perdita, totale o parziale, della possibilità di guadagno sul mercato del lavoro equilibrato che entra in considerazione, provocata da un danno alla salute fisica, mentale o psichica e che perdura dopo aver sottoposto

l'assicurato alle cure ed alle misure d'integrazione ragionevolmente esigibili.

5.4 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).

6.

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.

6.1 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).

6.2 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).

In concreto, la decisione iniziale è stata pronunciata il 15 aprile 2003 (doc. 55). Ne consegue che il periodo di riferimento per giudicare se verosimilmente è intervenuta una modifica rilevante del grado d'invalidità, tale da giustificare la sostituzione della mezza rendita d'invalidità con una rendita intera, come preteso dal ricorrente, è quello tra il 15 aprile 2003 e il 15 settembre 2008, data della decisione impugnata (doc. 77). Infatti, 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, dalla documentazione agli atti, e in particolare dalla perizia pluridisciplinare del SAM, del 27 novembre 2002 (doc. 50), e

dalla perizia particolareggiata E 213 del dott. M._____, del 7 novembre 2007 (doc. 71), si evince che il ricorrente soffre, essenzialmente, di una spondilodiscoartrosi cervicale e di una spondiloartrosi lombare in esiti da intervento di stabilizzazione vertebrale a livello di L4/5, nonché di una sindrome depressiva endoreattiva.

Questa diagnosi è univoca agli atti e non è contestata dal ricorrente, per cui il collegio giudicante non intravede nessun motivo per discostarsene.

9.

9.1 Per quanto riguarda l'evoluzione delle conseguenze invalidanti sulla capacità lavorativa, il dott. M._____, nella sua perizia E 213 del 7 novembre 2007 (doc. 71), ha valutato, da un lato, che le condizioni di salute del ricorrente sono peggiorate, e, dall'altro lato, che egli non solo può svolgere regolarmente lavori leggeri, ma pure continuare ad esercitare l'attività d'imbianchino a tempo pieno. Sulla base di questo apprezzamento della situazione medica, il dott. M._____ ha formulato un grado d'invalidità generale del 60%.

Dal canto suo, il dott. N._____, medico dell'UAIE, ha rilevato, nella sua presa di posizione del 28 luglio 2008 (doc. 74), che il ricorrente soffre sempre degli stessi disturbi al rachide, sottolineando che il fatto di portare un busto ortopedico corrisponde più ad un'esigenza psichica che non fisica, ed ha preso atto dell'esistenza di una depressione di media gravità, concludendo comunque che il grado dell'incapacità lavorativa non ha subito modifiche determinanti durante il periodo dal 15 aprile 2003 al 15 settembre 2008.

Gli altri documenti medici all'incarto sono silenti rispetto alle conseguenze invalidanti delle affezioni riscontrate sulla capacità lavorativa, ad eccezione del certificato ortopedico del 29 ottobre 2007 (doc. 70), al quale il ricorrente si è espressamente riferito con la sua replica, e che conclude ad un'incapacità lavorativa totale.

9.2 Dalla perizia multidisciplinare effettuata presso il SAM di Bellinzona nell'ottobre 2002, ed in particolare dal rapporto inerente alla visita ortopedica eseguita dal dott. F._____, si evince che le limitazioni funzionali della colonna cervicale e lombare erano già state

evidenziate e prese in considerazione: la deambulazione era risultata poco fluida ma senza zoppia, i movimenti di rotazione del capo erano possibili sia verso destra che verso sinistra fino a 60° circa, e l'inclinazione laterale della colonna cervicale era di 30° gradi a destra e a sinistra. L'esame funzionale del rachide lombare evidenziava dei movimenti laterali nettamente ridotti nelle due direzioni. Dal punto di vista psichiatrico, il dott. G._____ aveva riscontrato un umore di base depressivo, un leggero impoverimento affettivo con diminuzione del tono vitale, e diagnosticato un disturbo ansiodepressivo reattivo al suo disturbo da dolore cronico ed ai problemi socio-economici. Non veniva tuttavia formulata alcuna incapacità lavorativa psichiatrica.

9.3 Ora, in base alla documentazione medica esibita nell'ambito della procedura di revisione, il collegio giudicante è dell'avviso che il quadro patologico presentato dal ricorrente non ha subito alcun aggravamento determinante. Infatti, dal punto di vista ortopedico, le limitazioni funzionali riscontrate dal dott. M._____ non risultano essersi modificate rispetto alle constatazioni effettuate presso il SAM di Bellinzona nel 2002: in particolare, i movimenti e l'andatura vengono ritenuti normali, mentre sia il rachide cervicale che lombare sono descritti come ipomobili. Per quanto riguarda l'aspetto psichiatrico, le conclusioni del referto del dott. L._____ sono perfettamente sovrapponibili a quelle del dott. G._____: vengono rilevati, come già nel 2002, un calo dell'umore, un'ideazione polarizzata in contenuti invalidanti con concentrazione e capacità critica nei limiti. Benché il dott. M._____ abbia evocato delle condizioni di salute peggiorate, senza indicarne e discuterne le ragioni, egli ha considerato che il ricorrente non solo è in grado di svolgere regolarmente lavori leggeri, ma anche di esercitare a tempo pieno la sua ultima attività d'imbianchino.

Ne discende che il collegio giudicante non può che aderire alla valutazione del dott. N._____, secondo cui lo stato di salute del ricorrente non è peggiorato durante il periodo in esame, ossia dal 5 aprile 2003 al 15 settembre 2008, e pertanto che il diritto ad una mezza rendita d'invalidità non subisce alcuna modifica

10.

Di conseguenza, in applicazione delle norme legali e della giurisprudenza sopraccitate, la decisione impugnata del 10 luglio 2008 deve essere confermata e il ricorso respinto.

11.

11.1 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 sono messe a carico del ricorrente e compensate con l'anticipo versato il 3 marzo 2009.

11.2 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.

11.3 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 3 marzo 2009.

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 (Raccomandata).

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: