



---

Corte III  
C-1033/2007  
{T 0/2}

## **Sentenza del 12 settembre 2008**

---

Composizione

Giudici Elena Avenati-Carpani (presidente del collegio),  
Michael Peterli, Francesco Parrino,  
cancelliera Paola Carcano.

---

Parti

A. \_\_\_\_\_,  
rappresentato dal Patronato INCA, \_\_\_\_\_,  
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 \_\_\_\_\_, separato dal \_\_\_\_\_, ha lavorato in Svizzera in svariati periodi dal 1986 al 2003 in qualità di cameriere di sala, solvendo regolari contributi all'assicurazione svizzera per la vecchiaia, i superstiti e l'invalidità (AVS/AI) durante tale arco temporale. In Italia ha lavorato in qualità di cameriere di sala dal 3 giugno 2003 al 24 maggio 2004 allorquando ha dato le dimissioni. A partire da detta data ha cessato qualsiasi attività lavorativa.

In data 15 luglio 2005, A.\_\_\_\_\_ ha formulato una richiesta volta al conseguimento di una prestazione dell'assicurazione svizzera per l'invalidità. Il richiedente è stato visitato il 18 agosto 2005 presso i servizi medici dell'Istituto nazionale della previdenza sociale (INPS) di S.\_\_\_\_\_, ove il sanitario incaricato ha diagnosticato "disturbo bipolare di marcata entità con tendenza all'abuso di alcolici e necessità di terapia farmacologica continua, ipoacusia bilaterale di media entità, diabete mellito di tipo II in terapia con ipoglicemizzanti orali e steatosi epatica" ed ha posto un tasso di invalidità del 100% per qualsiasi attività lavorativa (doc. 26). Nell'ambito di tale richiesta è stato esibito un insieme di documenti medici obiettivi (per lo più concernenti la problematica psichiatrica) relativo al periodo 2002 - 2006 comprendente, tra l'altro, un certificato del 17 febbraio 2006 ed una relazione psichiatrica del 3 marzo 2006 (susseguente ad un ricovero dal 29 febbraio al 3 marzo 2006 per episodio depressivo associato a disturbo bipolare) dell'Unità operativa di psichiatria di M.\_\_\_\_\_. Nel corso dell'istruttoria l'amministrazione ha assunto agli atti anche il questionario dell'assicurato del 13 marzo 2006 ed il questionario del datore di lavoro (doc. 1-26).

**B.** Nel suo rapporto del 5 ottobre 2006, il Dott. S1.\_\_\_\_\_ del Servizio medico regionale (SMR), fondandosi sull'incarto, ha posto la diagnosi principale di disturbo bipolare accompagnato da episodi depressivi e quella secondaria di diabete mellito ed è giunto alla conclusione che l'assicurato nella sua precedente attività di cameriere di sala è abile al 100% (doc. 27 e 28).

Mediante progetto di decisione del 2 novembre 2006 l'Ufficio dell'assicurazione per l'invalidità per gli assicurati residenti all'estero (UAIE) ha comunicato all'assicurato che la sua richiesta di prestazioni

avrebbe dovuto essere respinta per carenza d'invalidità di grado pensionabile (doc. 30). Entro il termine impartito per presentare eventuali osservazioni, l'assicurato è rimasto silente. Mediante decisione del 9 gennaio 2007 l'UAIE ha quindi respinto la richiesta di prestazioni dell'assicurato per carenza d'invalidità di grado pensionabile (doc. 31).

**C.** Con gravame dell'8 febbraio 2007, depositato alla posta italiana il medesimo giorno, A.\_\_\_\_\_, regolarmente rappresentato dal Patronato INCA di B.\_\_\_\_\_, chiede, sostanzialmente, l'annullamento del summenzionato provvedimento amministrativo e, di conseguenza, il riconoscimento del suo diritto ad una rendita di invalidità. A suffragio delle sue conclusioni produce in copia il rapporto del 2 febbraio 2007 dell'Unità operativa di psichiatria di M.\_\_\_\_\_ giusta il quale l'assicurato è stato ricoverato nel marzo 2006 per depressione maggiore, ha tentato il suicidio in data 30 giugno 2006, è stato nuovamente ricoverato il 19 agosto 2006 per un episodio depressivo grave, è stato trasferito il 4 settembre 2006 in una struttura psichiatrica (dov'è ancora inserito) ed è reputato inabile al lavoro dal 2004.

Chiamato a pronunciarsi, l'amministrazione ha sottoposto nuovamente gli atti al Dott. S1.\_\_\_\_\_ che, nel suo rapporto medico del 10 maggio 2007, ha ritenuto l'assicurato inabile al 100% nella sua precedente attività di cameriere di sala a decorrere dal mese di marzo del 2006 (doc. 33). Nelle osservazioni ricorsuali dell'11 giugno 2007 l'UAIE propone quindi la reiezione dell'impugnativa (con argomenti di cui si riferirà, per quanto occorra, nei considerandi che seguono) proponendo alla scrivente Autorità di considerare il gravame quale nuova domanda e di ritrasmettere quindi gli atti all'amministrazione affinché venga proceduto all'esame del diritto ad una prestazione dopo la data della decisione impugnata.

Dopo aver preso atto delle osservazioni dell'amministrazione, il ricorrente, invitato dal Tribunale amministrativo federale a replicare, ha ribadito, con scritto del 18 luglio 2007, la propria posizione processuale.

In data 8 luglio 2007 il ricorrente ha versato l'anticipo di franchi 300.-- equivalente alle presunte spese processuali.

Con ordinanza del 12 marzo 2008 il Tribunale amministrativo federale ha comunicato alle parti la composizione del collegio giudicante. Entro il termine impartito non sono state presentate istanze di ricusa.

### **Diritto:**

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 agli art. 33 e 34 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 innanzi al TAF conformemente all'art. 69 cpv. 1 lett. b della Legge federale sull'assicurazione per l'invalidità del 19 giugno 1959 (LAI, RS 831.20).

### **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.**

**3.1** In virtù dell'art. 3 lett. d<sup>bis</sup> PA la procedura in materia di assicurazioni sociali non è disciplinata dalla PA nella misura in cui è applicabile la legge federale sulla parte generale del diritto delle assicurazioni sociali del 6 ottobre 2000 (LPGA, RS 830.1). Giusta l'art. 1 LAI le disposizioni della LPGA sono applicabili all'assicurazione per l'invalidità (art. 1a-26<sup>bis</sup> e 28-70), sempre che la presente legge non preveda espressamente una deroga.

**3.2** Secondo l'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. Queste condizioni sono adempiute nella specie.

**3.3** Il ricorso è inoltre tempestivo ed ossequioso dei requisiti minimi prescritti dalla legge (art. 60 LPGA e 52 PA). Il gravame è dunque ricevibile, nulla ostando all'esame del merito dello stesso.

4. Ai fini del presente giudizio occorre preliminarmente precisare, con particolare riferimento al diritto materiale, che, dal profilo temporale, non trovano applicazione le modifiche della LAI del 6 ottobre 2006 entrate in vigore dal 1° gennaio 2008 (5ª revisione della LAI). Di seguito vengono quindi citate le disposizioni della LAI e della LPGA nel tenore in vigore fino al 31 dicembre 2007.

5. Il ricorrente ha presentato la richiesta di rendita il 15 luglio 2005. In deroga all'art. 24 LPGA, l'art. 48 cpv. 2 LAI precisa che, se l'assicurato si annuncia più di dodici mesi dopo la nascita del diritto, le prestazioni possono essere assegnate soltanto per i 12 mesi precedenti la richiesta. In concreto, lo scrivente Tribunale amministrativo federale può quindi limitarsi ad esaminare se il ricorrente avesse diritto ad una rendita il 15 luglio 2004 (ossia 12 mesi precedenti la presentazione della domanda), oppure se un diritto alla rendita sia sorto tra tale data ed il 9 gennaio 2007, data della decisione impugnata. 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 in lite è stata resa (DTF 130 V 445 consid. 1.2 e 1.2.1).

6. Per avere diritto ad una rendita dell'assicurazione invalidità svizzera, un cittadino italiano deve adempiere cumulativamente le seguenti condizioni: essere invalido ai sensi della legge svizzera ed aver versato contributi all'AVS/AI svizzera durante un anno intero almeno (art. 36 cpv. 1 LAI).

Il ricorrente ha versato contributi all'AVS/AI svizzera durante più di un anno intero in totale e, pertanto, adempie la condizione della durata minima di contribuzione, alla quale la legge subordina l'erogazione di una rendita. Rimane ora da esaminare se sia invalido ai sensi di legge.

7. In base all'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.

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<sup>ter</sup> 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 dell'UE e vi risiede.

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).

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.

Ora, la nozione d'invalidità di cui all'art. 4 LAI e 8 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. 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, 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.

**8.** 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).

## **9.**

**9.1** Nel caso di specie la diagnosi, nel periodo di cognizione in oggetto, risulta essere condivisa essenzialmente da tutti i medici che si sono espressi in merito. L'assicurato risulta essere affetto da “disturbo bipolare con tendenza all'abuso di alcolici e necessità di terapia farmacologica continua, ipoacusia bilaterale, diabete mellito di tipo II in terapia con ipoglicemizzanti orali e steatosi epatica” (cfr. perizia particolareggiata INPS del 15 luglio 2005; rapporti medici del 5 ottobre 2006 e del 10 maggio 2007 del Dott. S1.\_\_\_\_\_; certificato del 17 febbraio 2006, relazione psichiatrica del 3 marzo 2006 e rapporto del 2 febbraio 2007 dell'Unità operativa di psichiatria di M.\_\_\_\_\_.). Il collegio giudicante non intravede quindi ragioni che gli

impediscono di far proprie le constatazioni convergenti inerenti alla diagnosi.

**9.2** Tali affezioni debbono, dal profilo giuridico, essere esaminate alla luce dell'art. 29 cpv. 1 lett. b LAI. Trattasi, infatti, di malattie che, per costante giurisprudenza, sono da configurare non già di carattere permanente (cioè di natura consolidata o irreversibile), bensì patologico-labile, ossia suscettibili di migliorare o peggiorare. Ne discende che, in mancanza di uno stato di salute sufficientemente stabilizzato, è inapplicabile la prima lettera dell'art. 29 cpv. 1 LAI, per cui può entrare in considerazione solo la seconda lettera della citata norma legale, la quale prevede un termine d'attesa di un anno. Pertanto, il ricorrente può pretendere una rendita dell'assicurazione svizzera per l'invalidità solo a partire dal momento in cui ha subito, senza interruzione notevole, un'incapacità lavorativa media del 40% almeno durante un anno.

## **10.**

**10.1** Per quanto concerne le conseguenze invalidanti delle affezioni menzionate, il sanitario medico dell'INPS ha posto un tasso di invalidità del 100% per qualsiasi attività lavorativa (cfr. perizia particolareggiata dell'INPS del 15 luglio 2005). Dal canto loro, i medici dell'Unità operativa di psichiatria di M.\_\_\_\_\_ hanno attestato che l'assicurato, in cura presso il loro servizio per disturbo bipolare dal 1995 trattato farmacologicamente dal 1997 fino all'inizio del 2000, ha mantenuto un buon equilibrio fino alla fine del 2001 allorquando è gradualmente ricaduto in una fase depressiva grave (accompagnata da episodi di abusi alcolici). Nel corso del 2002 e del 2003 è stato ripetutamente ricoverato (segnatamente dal 31 marzo all'8 aprile 2002; dal 2 al 9 gennaio 2003; dal 13 al 23 gennaio 2003; dal 30 ottobre al 7 novembre 2003 e dal 20 al 24 febbraio 2004: cfr. cartelle cliniche agli atti) per depressione mentre, a decorrere dal 6 novembre 2003, si è separato dalla moglie con la quale ha talora rapporti conflittuali. Fino alla fine di febbraio 2006 ha goduto di un discreto compenso, dopo di che ha avuto una breve crisi depressiva per la quale è stato necessario il ricovero (segnatamente dal 29 febbraio al 3 marzo 2006). Secondo i medici che lo hanno in cura l'assicurato non appare in grado di svolgere attività lavorativa proficua (cfr. certificato del 17 febbraio 2006 e relazione psichiatrica del 3 marzo 2006). Nel loro rapporto del 2 febbraio 2007, i medici dell'Unità operativa di psichiatria

di M.\_\_\_\_\_ hanno precisato che l'assicurato ha tentato il suicidio in data 30 giugno 2006, è stato nuovamente ricoverato il 19 agosto 2006 per un episodio depressivo grave, è stato trasferito il 4 settembre 2006 in una struttura psichiatrica (dov'è ancora inserito) ed è reputato inabile al lavoro dal 2004. Il Dott. S1.\_\_\_\_\_ del Servizio medico regionale (SMR), è giunto alla conclusione, nei suoi rapporti del 5 ottobre 2006 e del 10 maggio 2007, che l'assicurato, nella sua precedente attività di cameriere di sala, è abile al 100% fino al mese di marzo del 2006, data a partire dalla quale lo ha ritenuto inabile al 100%.

**10.2** Ora, dalla documentazione agli atti si evince chiaramente che l'assicurato è affetto da svariati anni da disturbo bipolare associato a crisi depressive cicliche che ne impongono il ricovero in strutture adeguate e che, dopo un breve ricovero per una crisi depressiva leggera (segnatamente dal 29 febbraio al 3 marzo 2006), ha tentato il suicidio il 30 giugno 2006 ed è stato nuovamente ricoverato per un episodio depressivo grave (segnatamente dal 19 agosto al 3 settembre 2006) per poi essere trasferito il 4 settembre 2006 in una struttura psichiatrica dov'era ancora inserito al 2 febbraio 2007. Dalla documentazione agli atti non si evince però in modo sufficientemente chiaro quale sia stato il decorso dell'affezione psichiatrica di cui soffre l'assicurato tra il 24 maggio 2004 (quando ha dato le dimissioni dal lavoro di cameriere di sala cessando definitivamente qualsiasi attività lavorativa) ed il 29 febbraio 2006 (quando è stato ricoverato per l'anzidetta crisi depressiva leggera). In particolare, sulla scorta della documentazione medica obiettiva agli atti, non è dato sapere se, in quel determinato periodo, il suo stato di salute psichico gli avrebbe o meno consentito di lavorare nell'attività abituale di cameriere di sala e/ o rispettivamente in attività sostitutive adeguate. Il collegio giudicante non può quindi effettuare sulla base degli atti di causa un esame oggettivo adeguato che consenta di addivenire ad un chiaro ed attendibile giudizio sullo stato di salute dell'assicurato nel periodo di cognizione del presente giudizio (15 luglio 2004 - 9 gennaio 2007: cfr. consid. 5) e, quindi, sulle sue effettive ripercussioni invalidanti. Pertanto il gravame deve essere parzialmente accolto.

**10.3** La decisione impugnata è quindi annullata e l'incarto retrocesso all'UAIE affinché emani una nuova decisione. Certo, l'art. 61 cpv. 1 PA permette solo eccezionalmente di ricorrere ad una tale procedura. Nel caso concreto l'applicazione dell'eccezione prevista è tuttavia

giustificata se si considera l'importanza della lacuna rilevata e l'ampiezza delle informazioni mediche bisognose di essere ancora raccolte. L'UAIE dovrà pertanto completare l'istruttoria delucidando la situazione valetudinaria del ricorrente. In particolare, dopo aver richiesto la cartella clinica completa concernente l'assicurato (a decorrere dal 2003) all'Unità operativa di psichiatria di M.\_\_\_\_\_ che lo ha in cura dal 1995. L'amministrazione dovrà poi sottoporre l'incarto in esame ad uno specialista in psichiatria del proprio servizio medico, il quale si pronuncerà in merito all'eventuale incapacità lavorativa del ricorrente nell'attività abituale di cameriere di sala e, se del caso, altresì in attività sostitutive adeguate. Particolare attenzione dovrà essere prestata al periodo intercorso tra il 15 luglio 2004 ed il 9 gennaio 2007 (cfr. consid. 5) e da questa data in poi.

**11.** Non vengono prelevate spese processuali e l'anticipo di 300.-- franchi versato dal ricorrente l'8 luglio 2007 gli è retrocesso. Alla parte ricorrente è assegnata un'indennità per spese ripetibili di 1'000.-- franchi a carico dell'UAIE (art. 64 PA).

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

**1.**

Il ricorso è parzialmente accolto nel senso che, annullata la decisione impugnata del 9 gennaio 2007, l'incarto è retrocesso all'Ufficio dell'assicurazione per l'invalidità per gli assicurati residenti all'estero affinché completi l'istruttoria ai sensi dei considerandi 10.2 e 10.3 e statuisca di nuovo.

**2.**

Non si percepiscono spese di procedura. L'anticipo di 300.-- franchi versato dal ricorrente l'8 luglio 2007 gli è retrocesso.

**3.**

Alla parte ricorrente è riconosciuta un'indennità per spese ripetibili di 1'000.-- franchi, la quale viene posta a carico dell'Ufficio dell'assicurazione per l'invalidità per gli assicurati residenti all'estero.

**4.**

Comunicazione a:

- rappresentante del ricorrente (atto giudiziario),
- autorità inferiore (n. di rif. \_\_\_\_\_),
- Ufficio federale delle assicurazioni sociali.

I rimedi giuridici sono menzionati alla pagina seguente.

La presidente del collegio:

La cancelliera:

Elena Avenati-Carpani

Paola Carcano

**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: