



Corte III
C-1674/2007
{T 0/2}

Sentenza del 3 dicembre 2008

Composizione

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

Parti

V. _____,
patrocinato dall'avv. Tommasa Vecchio, _____,
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.

Fatti:

A. V._____, cittadino italiano, nato il _____, coniugato dal _____, ha lavorato in Svizzera dal 1964 al giugno 1976, solvendo regolari contributi all'assicurazione svizzera per la vecchiaia, i superstiti e l'invalidità (AVS/AI; doc. 4). In Italia ha lavorato in qualità di artigiano indipendente dal 1° gennaio 2003 al 18 maggio 2005 allorquando ha cessato qualsiasi attività lavorativa per motivi che imputa al suo precario stato di salute.

In data 21 luglio 2003 V._____ ha formulato una richiesta volta al conseguimento di una prestazione dell'assicurazione svizzera per l'invalidità (doc. 1 e 5). Il richiedente è stato visitato il 12 dicembre 2005 presso i servizi medici dell'Istituto nazionale della previdenza sociale (INPS) di C._____, ove il sanitario incaricato ha diagnosticato "meningioma della falce cerebrale con crisi epilettiche di tipo lesionali in soggetto con disturbo depressivo con iniziale compromissione delle funzioni cognitive" e, dopo aver precisato che l'assicurato è in grado di svolgere regolarmente lavori leggeri come pure il suo ultimo lavoro ed un'attività lavorativa adeguata a tempo pieno, ha posto un tasso di invalidità del 67% per l'ultimo lavoro svolto (doc. 60). Nell'ambito di tale richiesta è stato esibito un insieme di documenti medici obiettivi relativo all'anno 1975 ed al periodo 2001 - 2006 comprendente, tra l'altro, una lettera di dimissione relativa al ricovero dal 29 settembre all'11 ottobre 1975 (per ipoacusia sinistra di percezione senza evoluzione, discreta paresia del nervo facciale nella parte inferiore sinistra e stato depressivo reazionale), una cartella clinica relativa al ricovero dal 13 al 18 gennaio 2001 (per meningioma della falce cerebrale e trauma cranico), una lettera di dimissione relativa al ricovero dal 6 al 12 settembre 2002 (per epilessia lesionale con crisi di frequenza plurisettimanali e meningioma della falce cerebrale), una relazione medico-legale dell'INPS del 4 ottobre 2005 (giusta la quale l'assicurato è affetto da "epilessia lesionale con crisi plurisettimanali, da meningioma della falce cerebrale; disturbo depressivo reattivo e spondiloartrosi" ed è quindi da ritenersi invalido) ed una lettera di dimissioni relativa al ricovero dal 15 al 16 marzo 2006 (per resezione ed eversione della vaginale comune). Nel corso dell'istruttoria l'amministrazione ha assunto agli atti anche il questionario dell'assicurato ed il questionario per indipendenti, ambedue del 15 maggio 2006 ed una lettera del 21 luglio 2006 del rappresentante dell'assicurato giusta la quale egli ha cessato l'attività

lavorativa in data 18 maggio 2005 per gravi motivi di salute sussistenti già dal 2001 (doc. 1-63).

B. Nel suo rapporto del 4 dicembre 2006, il Dott. B._____ del Servizio medico regionale (SMR), fondandosi sull'incarto, ha posto la diagnosi di "epilessia su meningioma della falce cerebrale scoperto nel 2001 e stato dopo trauma cranico nel 2001" ed è giunto alla conclusione che l'assicurato è abile al 100% con una riduzione di rendimento del 30% in qualsiasi attività lavorativa dal gennaio 2001 (doc. 64 e 65).

Mediante progetto di decisione del 15 dicembre 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. 66). Entro il termine impartito per presentare eventuali osservazioni, l'assicurato ha prodotto, con scritto del 10 gennaio 2007, un certificato medico del 27 novembre 2006 del Dott. L._____ (doc. 68 e 69). Mediante decisione del 17 gennaio 2007, notificata il 1° febbraio successivo, l'UAIE ha respinto la richiesta di prestazioni dell'assicurato per carenza d'invalidità di grado pensionabile (doc. 67).

C. Con gravame del 28 febbraio 2007, depositato alla posta italiana il 1° marzo successivo, V._____ 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, oltre a documentazione medica già agli atti, i seguenti documenti medici obiettivi: una relazione medico legale del CTU Dott. S._____ al Tribunale di C._____ (Sezione del Lavoro) redatta il 30 novembre 2006 giusta la quale l'assicurato è affetto da "meningioma della grande falce ed esiti di trauma cranico, epilessia lesionale con crisi plurisettimanali e sindrome ansioso-depressiva e note di spondiloartrosi" e la sua capacità di lavoro in occupazioni confacenti alle sue attitudini è quindi ridotta in modo permanente a meno di un terzo con decorrenza dal 23 gennaio 2001, un certificato medico del 6 febbraio 2002 ed un certificato medico del 5 febbraio 2007.

Chiamata a pronunciarsi, l'amministrazione ha sottoposto nuovamente gli atti al Dott. B._____ che, nel suo rapporto medico del 18 luglio

2007, ha confermato integralmente la sua precedente presa di posizione del 4 dicembre 2006 (doc. 73). Nelle osservazioni ricorsuali del 27 agosto 2007 l'UAIE propone quindi la reiezione dell'impugnativa con argomenti di cui si riferirà, per quanto occorra, nei considerandi che seguono.

Dopo aver preso atto delle osservazioni dell'amministrazione, il ricorrente, regolarmente rappresentato dall'avv. Tommasa Vecchio di C._____, invitato dal Tribunale amministrativo federale a replicare, ha ribadito, con scritto del 2 ottobre 2007, la propria posizione processuale. A suffragio delle sue conclusioni produce, oltre a documentazione già agli atti, il dispositivo della sentenza del Tribunale di C._____ (Sezione del Lavoro) del 26 settembre 2007 che condanna l'INPS al pagamento dell'assegno ordinario di invalidità con decorrenza dal 1° febbraio 2001.

Chiamata a pronunciarsi, l'amministrazione, con duplice del 1° novembre 2007, ha ribadito la richiesta di reiezione del gravame.

In data 17 dicembre 2007 il ricorrente ha versato l'anticipo di 300.-- franchi equivalente alle presunte spese processuali.

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^{bis} 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^{bis} e 28-70), sempre che la presente legge non preveda espressamente una deroga.

3.2 Secondo l'art. 59 LPGGA 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 LPGGA 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, sono determinanti, di principio, le norme materiali in vigore al momento della realizzazione dello stato di fatto che deve essere valutato giuridicamente o che produce conseguenze giuridiche (DTF 129 V 1, 127 V 467 consid. 1, 121 V 366 consid. 1b) e che, di regola, il giudice delle assicurazioni sociali si basa, ai fini dell'esame della vertenza, sui fatti che si sono realizzati fino al momento della decisione contestata (DTF 121 V 366 consid. 1b). Trattandosi nel caso in esame di eventuali prestazioni riferite sia ad un periodo antecedente che posteriore al 1° gennaio 2003, occorre distinguere, dal punto di vista del diritto materiale applicabile, i periodi prima e dopo l'introduzione della LPGGA, ritenuto tuttavia che le nuove norme (LPGA) non hanno apportato dal punto di vista materiale alcuna sostanziale modifica riguardo ai concetti di incapacità al lavoro, d'incapacità al guadagno, d'invalidità, di raffronto dei redditi e di revisione, e che le nozioni precedentemente sviluppate dalla giurisprudenza rimangono tuttora valide (DTF 130 V 343). Di conseguenza, conformemente al riportato principio dell'applicazione del diritto in vigore al momento in cui sorge il diritto alla prestazione, l'esame relativo all'eventuale insorgenza di un diritto ad una rendita dell'assicurazione per l'invalidità del ricorrente per il periodo fino al 31 dicembre 2002, rispettivamente fino al 31 dicembre 2003, si basa sul diritto in vigore all'epoca (DTF 130 V 329 consid. 2.5 e 445) e, per il seguito, in base alle modifiche della LAI del 21 marzo 2003 in vigore dal 1° gennaio 2004 (4a revisione della LAI). Vengono quindi citate le disposizioni della LAI e della LPGGA in vigore dal 1° gennaio 2004 fino al 31 dicembre 2007 mentre non trovano applicazione le modifiche della LAI e della LPGGA del 6 ottobre 2006 entrate in vigore dal 1° gennaio 2008 (5ª revisione della LAI).

5. Il ricorrente ha presentato la richiesta di rendita il 21 luglio 2003. In deroga all'art. 24 LPGGA, 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 21 luglio 2002 (ossia 12 mesi precedenti la presentazione della domanda), oppure se un diritto alla rendita sia sorto tra tale data ed il 17 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 LPGGA 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). Va ricordato che fino al 31 dicembre 2003, la LAI prevedeva il diritto al quarto di rendita con un tasso d'invalidità del 40% almeno, alla mezza rendita con un tasso d'invalidità del 50% almeno ed alla rendita intera con un tasso d'invalidità dei due terzi (66.67%). In seguito all'entrata in vigore dell'Accordo bilaterale, la limitazione prevista dall'art. 28 cpv. 1ter LAI,

secondo il quale le rendite per un grado d'invalidità inferiore al 50% sono versate solo ad assicurati che sono domiciliati e dimorano abitualmente in Svizzera (art. 13 LPGA), non è più applicabile quando l'assicurato è cittadino 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 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.

Ora, la nozione d'invalidità di cui all'art. 4 LAI e 8 LPGA è di carattere giuridico economico, non medico (DTF 116 V 249 consid. 1b). In base all'art. 16 LPGA, 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 risulta essere condivisa essenzialmente da tutti i medici che si sono espressi in merito, l'assicurato risulta essere affetto da "meningioma della grande falce ed esiti di trauma cranico, epilessia lesionale e note di spondiloartrosi" (modello E 213 del 12 dicembre 2005, certificato medico del 27 novembre 2006 del Dott. L._____, rapporti medici del Dott. B._____, del 4 dicembre 2006 e del 18 luglio 2007 e relazione medico legale del CTU Dott. S._____, del 30 novembre 2006). Non obiettivamente documentata appare, per contro, l'asserita sindrome ansioso-depressiva che, in ogni caso, sarebbe efficacemente trattabile farmacologicamente. Il collegio giudicante non intravede quindi ragioni che gli impediscano di far proprie le conclusioni convergenti inerenti la 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 al considerando 9.1, il sanitario medico dell'INPS, nel suo rapporto del 12 dicembre 2005, dopo aver precisato che l'assicurato è in grado di svolgere regolarmente lavori leggeri come pure il suo ultimo lavoro ed un'attività lavorativa adeguata a tempo pieno, ha posto un tasso di invalidità del 67% per l'ultimo lavoro svolto (doc. 60). Dal canto loro, il Dott. L._____, nel suo certificato del 27 novembre 2006 (doc. 69), non ha specificato alcun tasso di invalidità mentre il CTU Dott. S._____, nella sua relazione medico legale del 30 novembre 2006, ha rilevato che la capacità di lavoro dell'assicurato in occupazioni confacenti alle sue attitudini è ridotta in modo permanente a meno di un terzo con decorrenza dal 23 gennaio 2001. Il Dott. B._____ del Servizio medico regionale (SMR), è giunto alla conclusione, nei suoi rapporti del 4 dicembre 2006 e del 18 luglio 2007, che l'interessato è abile al 100% con una riduzione di rendimento del 30% in qualsiasi attività lavorativa dal gennaio 2001 (doc. 64, 65 e 73).

10.2 Ora il collegio giudicante rileva che dalla documentazione agli atti si evince che l'assicurato è affetto da meningioma della grande falce e da esiti di trauma cranico come pure da episodi epilettici lesionali. Il tumore benigno in questione (caratterizzato, di principio, da una evoluzione lenta) è stato diagnosticato nel 2001 (doc. 44). La gravità della malattia è palese, posto che l'assicurato è colpito settimanalmente da svariati episodi epilettici lesionali (doc. 51 e 54) ed è pure affetto da conseguenti disturbi cognitivi (doc. 60 a pag. 8). A ciò aggiungasi che, da una parte, le conclusioni del medico dell'INPS sono contraddittorie (viene riconosciuta una capacità lavorativa a

tempo pieno nell'ultimo lavoro svolto ed un tasso d'invalidità del 67% per lo stesso lavoro) e, dall'altra, i rapporti del Dott. B._____ sono estremamente sommari. Di conseguenza, il collegio giudicante non può effettuare sulla base degli atti di causa un esame obiettivo adeguato che consenta di addivenire ad un chiaro ed attendibile giudizio sulle effettive ripercussioni invalidanti dello stato di salute dell'assicurato nel periodo di cognizione del presente giudizio (21 luglio 2002 ed il 17 gennaio 2007: cfr. consid. 5). Pertanto il gravame deve essere parzialmente accolto.

10.3 La decisione impugnata è quindi annullata e l'incarto retrocesso all'Ufficio dell'assicurazione per l'invalidità per gli assicurati residenti all'estero 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. L'Ufficio dell'assicurazione per l'invalidità per gli assicurati residenti all'estero dovrà sottoporre nuovamente l'incarto al proprio servizio medico che dovrà determinare debitamente le conseguenze invalidanti delle patologie di cui è affetto l'assicurato sulla sua capacità lavorativa e predisporre gli eventuali accertamenti medici che si rilevassero necessari. Particolare attenzione dovrà essere prestata al periodo intercorso tra il 21 luglio 2002 ed il 17 gennaio 2007 (cfr. consid. 5) e da questa data in poi. L'amministrazione effettuerà, se del caso, un'indagine comparativa dei redditi ed emanerà in seguito un nuovo provvedimento impugnabile.

11.

11.1 Non vengono prelevate spese processuali e l'anticipo di 300.-- franchi versato dal ricorrente in data 17 dicembre 2007 gli è retrocesso.

11.2 In base all'art. 64 PA, l'autorità di ricorso, se ammette il ricorso in tutto o in parte, può assegnare al ricorrente un'indennità per le spese indispensabili e relativamente elevate che ha sopportato. Nel caso in esame, visto l'esito del gravame, si giustifica riconoscere un'indennità per spese ripetibili di 1'000.-- franchi da porre a carico dell'Ufficio dell'assicurazione per l'invalidità per gli assicurati residenti all'estero.

Per questi motivi, il Tribunale amministrativo federale pronuncia:

1.

Il ricorso è parzialmente accolto nel senso che, annullata la decisione su opposizione impugnata del 17 gennaio 2007, l'incarto è retrocesso all'Ufficio dell'assicurazione per l'invalidità per gli assicurati residenti all'estero affinché proceda ai sensi del considerando 10.2 e 10.3 e statuisca di nuovo.

2.

Non si percepiscono spese di procedura e l'anticipo di 300.-- franchi versato dal ricorrente 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 (raccomandata A/R),
- 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: