



Corte III
C-1970/2007
{T 0/2}

Sentenza del 7 novembre 2008

Composizione

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

Parti

G. _____,
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 per l'invalidità.

Fatti:

A. G._____, cittadino italiano, nato il _____, ha svolto attività lucrativa quale operaio in Svizzera nel 1965, dal 1967 al 1969, nel 1971 e dal 1973 al 1974, solvendo regolari contributi all'assicurazione svizzera per la vecchiaia, i superstiti e l'invalidità (AVS/AI) durante tali periodi. Dopo il rimpatrio ha svolto dal 1975, dapprima, l'attività di operaio e, successivamente, quella di muratore fino al 7 settembre 2004 (ultimo giorno di lavoro effettivo). In data 19 dicembre 2000 G._____ ha formulato una richiesta volta al conseguimento di una prestazione dell'assicurazione svizzera per l'invalidità. Tale richiesta è pervenuta all'UAIE il 25 gennaio 2005. Il richiedente è stato visitato il 30 novembre 2004 presso i servizi medici dell'Istituto nazionale della previdenza sociale (INPS) di C._____, ove il sanitario incaricato ha diagnosticato "artropatia uratica con maggior interessamento delle mani e piedi con medio deficit funzionale complessivo obiettivabile e cardiopatia ischemica ipertensiva ben controllata farmacologicamente" e, dopo aver precisato che può regolarmente svolgere lavori semi-pesanti, ha posto un tasso di invalidità del 45% in relazione all'ultimo lavoro svolto senza tuttavia esprimersi in merito ad altra attività lavorativa adeguata alle sue condizioni. Nell'ambito di tale richiesta sono stati esibiti i seguenti documenti medici obiettivi: un referto di un esame radiologico (piede dx e sn) dell'8 novembre 2002, un foglio di dimissione relativo al ricovero dal 25 novembre al 5 dicembre 2002 (per artrite uratica tofacea in fase acuta, insufficienza renale cronica ed ipertensione arteriosa), il referto di un esame delle urine del 25 agosto 2004, i referti di un esame dell'emocromo del 25 agosto 2004, il referto di una ecografia addominale del 31 agosto 2004 ed un referto cardiologico del 31 agosto 2004 (doc. 1-18).

B. Con lettera del 25 aprile 2005, l'Ufficio dell'assicurazione per l'invalidità per gli assicurati residenti all'estero (UAIE) ha chiesto all'assicurato di compilare e rispedire il questionario per l'assicurato e quello del datore di lavoro e di inviare altresì tutti i documenti medici esistenti (rapporti medici, cartelle cliniche, esami di laboratorio, ECG, ecc.; doc. 8). Parimenti, con scritto della medesima data l'amministrazione ha chiesto all'INPS di C._____ di fornire alcune informazioni e di produrre tutta la documentazione medica in possesso utile per l'esame della domanda (doc. 9). Sia l'INPS di C._____ sia l'interpellato non hanno dato seguito a tali richieste. Non avendo

ricevuto risposta, con lettera raccomandata del 28 luglio 2005, l'amministrazione ha invitato G._____ a voler produrre quanto richiesto entro e non oltre 30 giorni dal ricevimento della diffida, facendo rilevare che, in caso di mancato riscontro entro il termine stabilito, la domanda di rendita non sarebbe stata esaminata (doc. 19). L'interpellato non ha dato seguito a tale diffida. Mediante decisione del 24 ottobre 2005, l'UAIE ha quindi comunicato all'assicurato che la sua domanda di rendita del 19 dicembre 2000 veniva esaminata (doc. 20).

C. Con scritto del 26 febbraio 2006, pervenuto il 1° marzo successivo, G._____, regolarmente rappresentato dal Patronato INCA-CGIL di G1._____, ha inoltrato ricorso chiedendo il riesame della sua pratica. Fa valere di non aver ricevuto la richiesta del 25 aprile 2005 e di non aver potuto rispondere allo scritto del 28 luglio 2005 in quanto in condizione di salute precarie tali da costringerlo a non potersi spostare dalla propria abitazione. A supporto di quanto asserito ha prodotto un certificato medico del 22 febbraio 2006 giusta il quale l'interessato non ha potuto lasciare la sua abitazione a partire dal 28 luglio 2005 per motivi relativi al proprio grave stato di salute fino al 22 febbraio 2006 (doc. 17 e 22).

In data 7 marzo 2006 l'amministrazione ha comunicato all'interessato che la decisione del 24 ottobre 2005 era cresciuta incontestata in giudicato e che, per poter esaminare una nuova domanda di prestazioni, avrebbe dovuto produrre il questionario per l'assicurato, il questionario del datore di lavoro e tutti i documenti medici esistenti (rapporti medici, cartelle cliniche, esami di laboratorio, ecc.; doc. 23).

Con scritto 6 aprile 2006 G._____ ha prodotto il questionario dell'assicurato precisando nel contempo che avrebbe esibito altresì il questionario del datore di lavoro non appena in suo possesso (doc. 7 e 24). In data 26 aprile 2006 l'amministrazione ha ricevuto il questionario del datore di lavoro del 4 aprile 2006 (doc. 6).

D. Nel suo rapporto del 14 settembre 2006, il Dott. B._____, fondandosi sull'incarto, ha ripreso la diagnosi posta dal medico dell'INPS nella perizia particolareggiata del 25 agosto 2004 e ha ritenuto che l'assicurato nella sua precedente attività di muratore è inabile al 100% mentre è abile al 100% in attività lavorative sostitutive adeguate (ad es.: sorvegliante di parcheggi/musei, vendita per corrispondenza/telefono e internet, cassiere, venditore di biglietti,

addetto all'accoglienza, telefonista, addetto alla scansione ottica di documenti, ecc.) a decorrere dal 7 settembre 2004 (doc. 25, 27 e 27.1). In un calcolo comparativo dei redditi del 16 ottobre 2006 (anno di riferimento: 2004), l'amministrazione ha ritenuto che, nell'ambito delle attività sostitutive indicate dal Dott. B._____, l'interessato subisce una perdita di guadagno del 37% (doc. 28). Mediante progetto di decisione del 24 ottobre 2006 sostituito con progetto di decisione del 10 gennaio 2007, l'amministrazione ha comunicato all'assicurato che la sua richiesta di prestazioni avrebbe dovuto essere respinta per carenza d'invalidità di grado pensionabile (doc. 29-32). Con scritto del 6 febbraio 2007 l'assicurato ha comunicato di rinunciare all'inoltro di obiezioni. Mediante decisione del 15 febbraio 2007 l'UAIE ha quindi respinto la richiesta di prestazioni dell'assicurato del 26 aprile 2006 per carenza d'invalidità di grado pensionabile (doc. 34).

E. Con gravame del 15 marzo 2007, spedito il medesimo giorno alla scrivente Autorità, G._____, regolarmente rappresentato dal Patronato INCA di B1._____, chiede, sostanzialmente, l'annullamento del summenzionato provvedimento amministrativo e, di conseguenza, l'accoglimento della sua richiesta di prestazioni del 26 aprile 2006 con il riconoscimento del suo diritto ad almeno mezza rendita a decorrere dal mese di aprile 2005. Nulla produce a suffragio delle proprie conclusioni.

Nelle osservazioni responsive del 19 giugno 2007, l'UAIE propone la reiezione dell'impugnativa con argomenti di cui si riferirà, per quanto occorra, nei considerandi che seguono. Dopo aver preso atto della risposta dell'amministrazione, il ricorrente, invitato dalla scrivente Autorità a replicare, ha confermato, con scritto del 5 luglio 2007, di mantenere il ricorso mentre in data 17 luglio 2007 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 e 6 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. 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 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 (5^a 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.

5.1 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. Di conseguenza, la scrivente Autorità deve limitarsi ad esaminare se il ricorrente avesse diritto ad una rendita 12 mesi precedenti la presentazione della domanda oppure se un diritto alla rendita sia sorto tra tale data e quella 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).

5.2 Nella specie, la prima richiesta di prestazioni è stata inoltrata il 19 dicembre 2000 ed è stata evasa il 24 ottobre 2005, mediante decisione di non entrata in materia. L'opposizione e l'implicita domanda di restituzione dei termini presentata il 26 febbraio 2006 dal ricorrente non è stata ritenuta dall'amministrazione, la quale con istanza del 7 marzo 2006 si è limitata a comunicare che la decisione del 24 ottobre 2005 era cresciuta in giudicato e che, pertanto, doveva essere presentata una nuova richiesta di prestazioni. Ora, considerato che il ricorrente non ha reagito a tale scritto, non ha manifestato il suo disaccordo entro un lasso di tempo ragionevole e non ha preteso una decisione su opposizione formale in merito, si deve ritenere che la decisione del 24 ottobre 2005 è cresciuta in giudicato (cfr. DTF 134 V 145). La nuova domanda di prestazioni è stata inoltrata nell'aprile 2006, il periodo d'esame nell'ambito della presente vertenza è quello intercorrente tra il 24 ottobre 2005 (data della decisione di non entrata in materia) ed il 15 febbraio 2007 (data della decisione qui avversata). Il Tribunale 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 due 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^{ter} LAI, secondo il quale le rendite per un grado d'invalidità inferiore al 50% sono versate solo ad assicurati che sono domiciliati e dimorano abitualmente in Svizzera (art. 13 LPGGA), non è più applicabile quando l'assicurato è cittadino 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. Giusta l'art. 69 cpv. 2 della Ordinanza federale sull'assicurazione per l'invalidità del 17 gennaio 1961 (OAI, RS 831.201) l'amministrazione procura gli atti necessari, in particolare circa lo stato di salute, l'attività, la capacità di lavoro e l'idoneità all'integrazione. A tale scopo può domandare rapporti ed informazioni, ordinare perizie, eseguire sopralluoghi e consultare specialisti dell'aiuto pubblico e privato agli invalidi. 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 Ora il collegio giudicante rileva che agli atti figurano unicamente un referto di un esame radiologico (piede dx e sn) dell'8 novembre 2002, un foglio di dimissione relativo al ricovero dal 25 novembre al 5 dicembre 2002 (per artrite uratica tofacea in fase acuta, insufficienza renale cronica ed ipertensione arteriosa), il referto di un esame delle urine del 25 agosto 2004, i referti di un esame dell'emocromo del 25 agosto 2004, il referto di una ecografia addominale del 31 agosto 2004

ed un referto cardiologico del 31 agosto 2004 (doc. 10-16). Trattasi di documenti medici obiettivi esigui e neppure di recente esecuzione. Tutti gli esami ed i referti clinici, infatti, risalgono ad una data precedente al 1° settembre 2004, allorquando il periodo di riferimento del presente giudizio si protrae fino al 15 febbraio 2007 (cfr. considerando 5). Il certificato medico del 22 febbraio 2006 (giusta il quale l'assicurato non ha potuto lasciare la sua abitazione a partire dal 28 luglio 2005 per motivi relativi al proprio grave stato di salute fino al 22 febbraio 2006; doc. 17), inoltre, è troppo succinto e non supportato da esami clinici obiettivi. Stante quanto precede, la documentazione medica obiettiva a disposizione tanto del medico dell'INPS quanto del medico dell' UAIE era alquanto lacunosa. Di conseguenza, i predetti sanitari non forniscono nei loro rapporti un'opinione chiara e sufficientemente motivata sulle condizioni di salute del ricorrente e, quindi, di conseguenza, neppure un'indicazione debitamente circostanziata in merito alla loro eventuale incidenza invalidante. Pertanto, alla luce della giurisprudenza riportata al considerando 8, il collegio giudicante non può condividere le conclusioni a cui è giunto l'UAIE, né d'altronde ritiene di poter considerare concludenti ai fini del giudizio le valutazioni rese dal medico dell'INPS.

9.2 Stante quanto precede il collegio giudicante non può quindi effettuare sulla base degli atti di causa un esame obiettivo adeguato che gli consenta di addivenire ad un chiaro ed attendibile giudizio sullo stato di salute dell'assicurato e, quindi, sulle sue effettive ripercussioni invalidanti. Pertanto il gravame deve essere accolto. 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 e l'ampiezza delle informazioni mediche bisognose di essere ancora raccolte. L'Ufficio dell'assicurazione per l'invalidità per gli assicurati residenti all'estero dovrà pertanto completare l'istruttoria delucidando la situazione valetudinaria del ricorrente tramite l'assunzione agli atti di un modello E 213 aggiornato e di tutta la documentazione medica obiettiva che lo concerne e, se del caso, l'effettuazione di esami obiettivi che le circostanze dovessero richiedere. L'incarto sarà poi sottoposto al servizio medico dell'UAIE, il quale si pronuncerà sullo stato di salute dell'assicurato e, quindi, sulle sue effettive ripercussioni invalidanti.

L'amministrazione effettuerà un'indagine comparativa dei redditi ed emanerà in seguito un nuovo provvedimento impugnabile.

10.

10.1 Non vengono prelevate spese processuali e l'anticipo di franchi 300.-- versato dal ricorrente il 17 luglio 2007 gli è retrocesso.

10.2 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 500.-- 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 accolto nel senso che, annullata la decisione impugnata del 15 febbraio 2007, l'incarto è retrocesso all'Ufficio dell'assicurazione per l'invalidità per gli assicurati residenti all'estero affinché completi l'istruttoria ai sensi del considerando 9 e statuisca di nuovo.

2.

Non si percepiscono spese di procedura. L'anticipo di franchi 300.-- versato dal ricorrente il 17 luglio 2007 gli è retrocesso.

3.

Alla parte ricorrente è riconosciuta un'indennità per spese ripetibili ammontante a 500.-- 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.

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: