



Corte III
C-2875/2007
{T 0/2}

Sentenza dell'8 gennaio 2009

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

assicurazione per l'invalidità.

Fatti:

A. G._____, cittadino italiano, nato il _____, celibe, ha lavorato in Svizzera dal 1977 al 1984 e dal 1999 al 4 agosto 2000 quale operaio solvendo, durante tali periodi, i contributi dovuti all'assicurazione svizzera per la vecchiaia, i superstiti e l'invalidità (AVS/AI). Dopo il rimpatrio ha continuato a svolgere un'attività lucrativa quale operaio addetto alla guida di macchine per movimenti terra dal 5 maggio 2000 al 21 novembre 2001 allorquando è rimasto assente dal lavoro causa malattia, vi è quindi stato un breve tentativo di ripresa dell'attività lavorativa dal 21 al 24 maggio 2002. È stato licenziato con effetto all'11 ottobre 2002 per superamento del periodo di comportamento. È stato riconosciuto invalido civile al 100% ed è titolare di una pensione d'invalidità italiana di Euro 311 dal 1° febbraio 2002 (doc. 1-12 e 19).

B. Una prima richiesta volta al conseguimento di una rendita dell'assicurazione svizzera per l'invalidità presentata da G._____ in data 26 marzo 2003 è stata respinta dall'Ufficio dell'assicurazione per l'invalidità per gli assicurati residenti all'estero (UAIE) con decisione del 18 maggio 2004 cresciuta in giudicato. In quell'occasione egli è stato visitato il 12 maggio 2003 presso i servizi medici dell'Istituto nazionale della previdenza sociale (INPS) di A._____, ove il sanitario incaricato ha evidenziato la diagnosi di "esiti di amputazione parziale del pene con linfoadenectomia bilaterale inguinale e profonda per Ca squamoso; lieve stato ansioso depressivo" ed ha considerato l'assicurato inabile al lavoro oltre i 2/3 in qualsiasi attività lavorativa (doc. 13-15).

C. Successivamente G._____, regolarmente rappresentato dal Patronato INAS di M._____, ha prodotto un certificato medico dell'8 giugno 2005 del Dott. M1._____ (attestante la diagnosi di "Ca spino cellulare del pene con amputazione parziale e metastasi linfonodali; esiti di ictus cerebrale con emiparesi sx"), considerato dall'amministrazione quale seconda richiesta volta al conseguimento di una rendita dell'assicurazione svizzera per l'invalidità (doc. 25-29).

Nel suo rapporto del 6 ottobre 2005, il Dott. B._____, del servizio medico regionale (SMR), ha posto la diagnosi "principale" di emiparesi facciale sinistra e problemi motori discreti dopo l'ictus del 7 giugno 2004 e "secondaria" (senza influsso sulla capacità lavorativa) di stato dopo amputazione parziale del pene per tumore. Dopo aver analizzato

il caso sotto il profilo delle malattie di lunga durata, il medico dell'amministrazione è giunto alla conclusione che l'assicurato è inabile al 100% nell'attività lucrativa da ultimo svolta (quale operaio addetto alla guida di macchine per movimenti terra) dal 7 giugno 2004 mentre è abile al 100% in un lavoro sostitutivo leggero e adeguato alle sue condizioni di salute (ad es. quale sorvegliante di parcheggi o musei; venditore in generale; cassiere; venditore di biglietti; addetto alla registrazione oppure all'archiviazione; addetto alla distribuzione della posta interna; telefonista; addetto alla scannerizzazione) dal 7 febbraio 2005 (doc. 30 e 30.1). L'amministrazione ha quindi operato il raffronto dei redditi giungendo alla conclusione che l'assicurato presenta un grado di invalidità del 38% dal 7 febbraio 2005 (doc. 31).

D. Mediante decisione del 30 novembre 2005 l'Ufficio dell'assicurazione per l'invalidità per gli assicurati residenti all'estero (UAIE) ha quindi respinto la seconda richiesta di prestazioni di G._____ per carenza d'invalidità di grado pensionabile (doc. 32). L'assicurato, regolarmente rappresentato dal Patronato INAC-CIA di A._____, ha formulato in data 14 febbraio 2006 opposizione contro il suddetto provvedimento amministrativo, chiedendo in sostanza il riconoscimento del suo diritto a prestazioni assicurative (doc. 34). A suffragio delle sue conclusioni ha prodotto una certificazione di visita psichiatrica del 3 gennaio 2006 giusta la quale l'interessato è affetto da reattività ansioso depressiva di grado medio (doc. 35). Ricevuta l'opposizione, l'amministrazione ha sottoposto nuovamente gli atti al Dott. B._____ che, nel suo rapporto medico del 14 marzo 2007, alla luce della nuova documentazione prodotta, ha confermato integralmente la propria precedente valutazione del 6 ottobre 2005 (doc. 37). Mediante decisione su opposizione del 21 marzo 2007, l'UAIE ha quindi respinto l'opposizione del 14 febbraio 2006 e confermato nel contempo la propria decisione del 30 novembre 2005 (doc. 38).

E. Con gravame del 19 aprile 2007, spedito il giorno successivo, alla scrivente Autorità, G._____, chiede, sostanzialmente, l'annullamento del summenzionato provvedimento amministrativo e, di conseguenza, il riconoscimento del suo diritto ad una rendita di invalidità. Il ricorrente, regolarmente rappresentato dal Patronato INCA di B1._____, in data 6 giugno 2007 produce, a suffragio delle sue conclusioni, una certificazione di visita psichiatrica del 28 marzo 2007 giusta la quale l'interessato è affetto da disturbo dell'adattamento con

umore misto ed un certificato della Dott.ssa C._____ del 10 maggio 2007 giusta la quale l'assicurato, che soffre di disturbo dell'adattamento con umore misto ed è portatore di esiti di amputazione peniena da ca in situ del pene, presenta epatomegalia, ipertrofia prostatica con calcificazione della zona centrale, postumi da ictus ischemico, dislipidemia mista ed ateromasia dei TSA sindrome vertiginosa ed è curato con cardioaspirina e sivastin 20.

Ricevuta l'impugnativa, l'amministrazione ha sottoposto gli atti nuovamente al Dott. B._____, il quale, nella sua relazione del 19 settembre 2007, alla luce della nuova documentazione prodotta, ha confermato integralmente le proprie precedenti valutazioni del 6 ottobre 2005 e del 14 marzo 2007 (doc. 40).

L'UAIE, nelle sue osservazioni responsive del 2 novembre 2007, propone pertanto 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, invitato dal Tribunale amministrativo federale a replicare, ha dichiarato di mantenere il proprio ricorso.

In data 14/30 gennaio 2008 il ricorrente ha versato l'anticipo di franchi 300.-- 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'Ufficio dell'assicurazione per l'invalidità per gli assicurati residenti all'estero (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 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 Per avere diritto ad una rendita dell'assicurazione invalidità svizzera, un cittadino italiano deve cumulativamente 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).

5.2 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 mentre 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.

5.3 Qualora una prima richiesta di rendita sia stata negata perché il grado di invalidità era insufficiente o perché l'invalido poteva provvedere a se stesso, una nuova domanda è riesaminata soltanto se l'assicurato rende verosimile che il grado di invalidità si è modificato in misura rilevante per il diritto alle prestazioni (art. 87 cpv. 2 e 3 dell'ordinanza federale su l'assicurazione per l'invalidità del 17 gennaio 1961: OAI, RS 831.201). Se non è il caso, l'amministrazione non entra

nel merito della richiesta (DTF 109 V 114 consid. 2a). Se l'amministrazione entra nel merito della nuova domanda deve esaminare la fattispecie da un punto di vista materiale ed, in particolare, verificare se la modifica del grado di invalidità resa verosimile dall'assicurato si è effettivamente realizzata (DTF 109 V 115). In tal caso applicherà, per analogia, le disposizioni sulla revisione di rendite in corso (art. 17 cpv. 1 LPGA, art. 87ss. OAI, Jurisprudence et pratique administrative [Pratique VSI] 1999 pag. 8, DTF 117 V 198).

La costante giurisprudenza ha stabilito che le rendite d'invalidità sono soggette a revisione non solo in caso di modifica rilevante dello stato di salute che ha un influsso sull'attività lucrativa, ma anche quando lo stato di salute è rimasto invariato, se le sue conseguenze sulla capacità di guadagno hanno subito un cambiamento importante (DTF 113 V 275, consid. 1a, 109 V 116 consid. 3 b, 105 V 30; RCC 1989 p. 323, consid. 2a). In ogni caso la revisione della rendita è possibile unicamente se, posteriormente alla pronuncia della decisione iniziale, la situazione invalidante è effettivamente mutata. Non basta invece che una situazione, rimasta sostanzialmente invariata, sia giudicata in modo diverso (RCC 1987 p. 38 consid. 1a e 1985 pag. 336). Il punto di partenza per stabilire se il grado d'invalidità si è modificato in maniera tale da influire sul diritto alle prestazioni è costituito dall'ultima decisione che ha esaminato materialmente il diritto alla rendita (DTF 133 V pag. 108, consid. 5.4).

6.

6.1 Il collegio giudicante rileva preliminarmente che l'amministrazione è entrata nel merito della nuova richiesta di rendita di G._____ e quindi, conformemente alla giurisprudenza esposta al considerando 5.2, il periodo di riferimento nell'ambito della presente vertenza è quello intercorrente tra il 18 maggio 2004 (data della decisione che ha respinto la prima richiesta di prestazioni) ed il 21 marzo 2007 (data della decisione, qui avversata, con la quale l'amministrazione ha respinto la seconda richiesta di prestazioni). 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).

6.2 Ai fini del presente giudizio occorre inoltre precisare che, per costante giurisprudenza, i fatti accaduti posteriormente (e che hanno modificato la situazione valetudinaria dell'assicurato) devono di regola formare oggetto di un nuovo procedimento amministrativo (DTF 129 V 4 consid. 1.2, DTF 127 V 467 consid. 1 e DTF 121 V 366 consid. 1b). Eccezionalmente, il giudice delle assicurazioni sociali può anche tenere conto, per motivi d'economia procedurale, dei fatti intervenuti posteriormente, a condizione che questi ultimi siano stabiliti in modo sufficientemente preciso e nella misura in cui essi possono servire all'accertamento retrospettivo della situazione anteriore alla decisione stessa (DTF 105 V 161 consid. 2d, DTF 103 V 53 consid. 1, DTF 99 V 101 consid. 4; RCC 1980 pag. 263, RCC 1974 pag. 192 consid. 4, RCC 1970 pag. 582 consid. 3). In questo contesto occorre quindi tenere conto altresì della documentazione medica prodotta dall'assicurato successivamente al 21 marzo 2007 nella misura in cui permette di acclarare il suo stato di salute nel periodo di riferimento del presente giudizio.

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.

8.1 Posto che 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, dev'essere innanzitutto accertato se il suo stato di salute ha subito una modifica rilevante tra il 18 maggio 2004 ed il 21 marzo 2007.

8.2 Dalla documentazione agli atti si evince che l'assicurato era affetto, nel 2003, da esiti di amputazione parziale del pene con linfoadenectomia bilaterale inguinale e profonda per carcinoma squamoso e da lieve stato ansioso depressivo (cfr. perizia particolareggiata INPS del 12 maggio 2003: doc. 23). Il 7 giugno 2004 l'interessato è stato colpito da un ictus a seguito del quale ha riportato una emiparesi facciale sx con problemi motori discreti (cfr. certificato medico dell'8 giugno 2005 del Dott. M1._____: doc. 25) e, nel corso degli anni, ha sviluppato altresì problemi psichici (cfr. certificazioni di visite psichiatriche del 3 gennaio 2006 e del 28 marzo 2007) oltre a presentare epatomegalia, ipertrofia prostatica con calcificazione della zona centrale, dislipidemia mista ed ateromasia dei TSA (cfr. certificato della Dott.ssa C.____ del 10 maggio 2007). Detta diagnosi è stata confermata altresì dal medico dell'amministrazione (Dott. B.____ nei suoi rapporti del 6 ottobre 2005, doc. 30 e 30.1, del 14 marzo, doc. 37, e del 19 settembre 2007). La sindrome vertiginosa attestata dalla Dott.ssa C.____ (nel certificato del 10 maggio 2007) non appare, per contro, obiettivamente comprovata. Stante quanto precede il collegio giudicante è quindi dell'avviso che, nel periodo di riferimento, il quadro diagnostico di G.____ si è ampliato.

9.

9.1 Di conseguenza, rimane ora da esaminare, se, nel periodo di riferimento, le conseguenze del predetto stato di salute sulla capacità di guadagno dell'assicurato hanno subito un cambiamento notevole di carattere invalidante.

9.2 Per quanto concerne le conseguenze invalidanti delle patologie di cui è affetto l'assicurato, il Dott. M1._____, la Dott.ssa C._____ come pure i medici del Dipartimento di salute mentale di Ariano Irpino sostanzialmente non si sono pronunciati sul tasso di invalidità nell'ultimo lavoro svolto dall'assicurato rispettivamente in merito a qualsiasi altra attività confacente al suo stato di salute. Dal canto suo, il medico dell'amministrazione, Dott. B._____, nella sua relazione del 6 ottobre 2005 (confermata integralmente in quelle del 14 marzo e 19 settembre 2007 alla luce altresì di tutta la documentazione medica prodotta dall'interessato), ha considerato l'assicurato inabile al 100% nell'attività lucrativa da ultimo svolta (quale operaio addetto alla guida di macchine per movimenti terra) dal 7 giugno 2004 rispettivamente abile al 100% in un lavoro sostitutivo leggero e adeguato alle sue condizioni di salute fisiche in settori che non richiedono una particolare formazione (ad es. quale, sorvegliante di parcheggi o musei; venditore in generale; cassiere; venditore di biglietti; addetto alla registrazione oppure all'archiviazione; addetto alla distribuzione della posta interna; telefonista; addetto alla scannerizzazione) e ciò dal 7 febbraio 2005. Ora il collegio giudicante rileva che dalla documentazione agli atti si evince che G._____ è stato colpito da un ictus il 7 giugno 2004 a seguito del quale ha riportato una emiparesi facciale sx con problemi motori discreti. Nel periodo di riferimento, egli ha presentato anche problemi psichici (che apparentemente non hanno necessitato una terapia medicamentosa) e un'epatomegalia (affezione efficacemente trattabile con una dieta alimentare controllata). Gli è pure stata riscontrata un'ipertrofia prostatica con calcificazione della zona centrale (affezione irrilevante ai fini della capacità lavorativa) ed una dislipidemia mista ed ateromasia dei TSA. Il collegio giudicante condivide quindi il parere del medico dell'UAIE e ritiene che G._____ era inabile al 100% nell'attività lucrativa da ultimo svolta (quale operaio addetto alla guida di macchine per movimenti terra) dal 7 giugno 2004 (data in cui è stato colpito dall'ictus) e, parimenti, egli risultava inabile in qualsiasi attività lavorativa fino al 7 febbraio 2005 (ovvero tenuto conto di un lasso di tempo ragionevole riconducibile alla convalescenza conseguente all'ictus del 7 giugno 2004). Il collegio giudicante ritiene, per contro, poco plausibile, contrariamente a quanto sostenuto dal medico dell'amministrazione, che l'assicurato, successivamente al 7 febbraio

2005, fosse in grado di svolgere al 100%, nonostante fosse affetto da emiparesi facciale sx con problemi motori discreti conseguenti all'ictus in questione un lavoro sostitutivo leggero e adeguato alle sue condizioni di salute fisiche in settori che non richiedono una particolare formazione senza una considerevole riduzione del rendimento. Di conseguenza, il collegio giudicante non può effettuare sulla base degli atti di causa un esame oggettivo 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 (18 maggio 2004 ed il 21 marzo 2007: cfr. consid. 6.1). Pertanto il gravame deve essere parzialmente accolto.

9.3 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 - effettuando se necessario un complemento d'istruzione dal punto di vista medico - la riduzione di rendimento dell'assicurato in un lavoro sostitutivo leggero e adeguato alle sue condizioni di salute fisiche in settori che non richiedono una particolare formazione a decorrere dal 7 febbraio 2005. 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 300.-- franchi versato dal ricorrente in data 14/30 gennaio 2008 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 700.-- 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 21 marzo 2007, l'incarto è retrocesso all'Ufficio dell'assicurazione per l'invalidità per gli assicurati residenti all'estero affinché proceda ai sensi del considerando 9.3 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 700.-- 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: