



Corte III
C-630/2010
{T 0/2}

Sentenza del 1° ottobre 2010

Composizione

Giudici: Francesco Parrino (presidente del collegio),
Alberto Meuli, Vito Valenti;
Cancelliere: Dario Croci Torti

Parti

A. _____,
rappresentato dal Patronato INCA, Basilea
ricorrente,

contro

**Ufficio dell'assicurazione per l'invalidità per gli
assicurati residenti all'estero UAIE,**
avenue Edmond-Vaucher 18, casella postale 3100,
1211 Ginevra 2,
autorità inferiore.

Oggetto

Assicurazione invalidità (decisione del 30 dicembre 2009)

Fatti:**A.**

A._____, cittadino italiano, nato in 1949, ha lavorato in Svizzera dal 1967 al 1980, solvendo regolari contributi all'assicurazione svizzera per la vecchiaia, i superstiti e l'invalidità (AVS/AI), durante tale periodo (doc. 6). Dopo il rimpatrio, ha continuato a svolgere un'attività lucrativa come bracciante agricolo, fino al 30 settembre 2003, quando è stato pensionato con una rendita dell'assicurazione italiana di vecchiaia (doc. 11, 13).

B.

In data 25 settembre 2008, A._____ ha formulato una domanda volta al conseguimento di prestazioni dell'assicurazione svizzera per l'invalidità (doc. 1, 4).

Il richiedente è stato visitato l'11 agosto 2009 presso i servizi medici dell'Istituto nazionale delle previdenza sociale (INPS) di Casarano, ove il sanitario incaricato ha evidenziato la diagnosi di "portatore di colostomia sigmoidea in esiti di intervento chirurgico per peritonite diffusa da perforazione di diverticolo e di interventi di resezione per occlusioni intestinali recidivanti, broncopatia cronica, diabete mellito tipo II, spondiloartrosi" ed ha posto un tasso d'invalidità del 70% (doc. 29). Il nominato era già stato visitato presso gli stessi servizi il 14 novembre 2008 con diagnosi di colostomia sigmoidea a seguito di peritonite diffusa a perforazione del diverticolo, broncopatia, diabete tipo II, spondiloartrosi ed un tasso d'invalidità del 70% (doc. 15). Sono stati esibiti documenti oggettivi, segnatamente:

- la cartella clinica relativa alla degenza dal 27 agosto al 6 settembre 2008 per peritonite diffusa da perforazione di diverticolo sigmatico, istallazione di colostomia sigmoidea su bacchetta (doc. 23);
- una breve nota relativa ad una degenza in ospedale dal 27 al 30 ottobre 2008 per motivi oculistici (doc. 14);
- un breve rapporto di ospedalizzazione dal 22 dicembre 2008 al 3 gennaio 2009 per occlusione intestinale con risoluzione spontanea in paziente con colostomia da perforazione colica (doc. 16);

- una cartella clinica concernente il ricovero dall'11 gennaio al 19 febbraio 2009 per occlusione intestinale cronica con peritonite chimica di natura da determinare in paziente portatore di colostomia iliaca sinistra, viscerolisi, istallazione di ulteriore ileostomia temporanea il 21 gennaio 2009 (doc. 24);

- un certificato medico del Dott. B._____ dell'11 agosto 2009 attestante i noti problemi gastrointestinali, oltre a diabete mellito, retinopatia, ulcera gastrica, e la costanza di trattamenti antibiotici ed altri medicinali per marcati problemi broncorespiratori di tipo ostruttivo (doc. 27);

- un breve attestato di ricovero ospedaliero dal 14 aprile al 3 maggio 2009 per laparocele, viscerolisi, ulteriore resezione intestinale e istallazione di plastica addominale (doc. 28).

C.

Nella sua relazione del 9 ottobre 2009, il Dott. C._____, medico dell'Ufficio dell'assicurazione per l'invalidità per gli assicurati residenti all'estero (UAIE), dopo aver ripreso la diagnosi sopra riferita ha ammesso che l'interessato non potrebbe più svolgere il precedente lavoro di contadino, ma a lui sarebbero proponibili, al cento per cento, attività di sostituzione leggere (doc. 34).

L'amministrazione ha aderito al parere del proprio medico ed ha effettuato un'indagine comparativa dei redditi dalla quale è risultato che svolgendo attività alternative in misura completa, invece di quella di operaio agricolo, l'interessato subirebbe una perdita di guadagno del 32% (doc. 34). In questo calcolo, il salario dopo l'invalidità è stato ridotto del 25% per tenere conto della situazione personale dell'assicurato.

Un progetto di decisione comportante il diniego di prestazioni assicurative è stato inviato a A._____ il 29 ottobre 2009 (doc. 35). Questi non ha preso posizione in merito. In data 30 dicembre 2009, l'UAIE ha emanato una decisione conformemente al progetto (doc. 36).

D.

Con il ricorso depositato il 2 febbraio 2010, A._____, regolarmente rappresentato dal Patronato INCA di Basilea, chiede, sostanzialmente, l'annullamento del summenzionato provvedimento amministrativo e, di

conseguenza, il riconoscimento del suo diritto a prestazioni assicurative. A suffragio delle sue conclusioni produce una relazione sanitaria allestita il 10 dicembre 2009 dal Dott. D._____, medico fiduciario delle assicurazioni. Il sanitario di parte insiste sulla marcata incidenza funzionale delle patologie gastrointestinali e broncorespiratorie, queste ultime avendo subito un recente aggravamento. In un secondo tempo, l'assicurato produce un breve estratto di cartella clinica relativo ad un'ulteriore degenza ospedaliera dal 16 al 27 gennaio 2010 per plastica della parete addominale per voluminoso laparocele. La cartella clinica viene esibita successivamente.

E.

L'incarto e tutta la recente documentazione prodotta sono stati sottoposti all'UAIE per presa di posizione. L'amministrazione ha sottoposto gli atti al proprio medico, Dott. E._____, il quale, nel suo rapporto del 15 aprile 2010, ha condiviso il parere del Dott. C._____. (doc. 38).

Nelle sue osservazioni ricorsuali del 22 aprile 2010, l'UAIE propone la rieiezione dell'impugnativa con argomenti di cui, per quanto occorra, si riferirà nei considerandi in diritto del presente giudizio.

F.

Dopo aver preso atto delle osservazioni dell'amministrazione e di altra documentazione di rilievo, il Patronato INCA, con scritto del 21 maggio/24 giugno 2010, ha ribadito l'intenzione del proprio assistito di mantenere il ricorso.

G.

Con decisione incidentale del 29 giugno 2010, il Tribunale amministrativo federale ha inviato la parte ricorrente a versare un anticipo corrispondente alle presunte spese processuali di Fr. 300.-. Detto importo è stato versato il 20 luglio e l'11 agosto 2010.

Diritto:

1.

Riservate le eccezioni di cui all'art. 32 della legge del 17 giugno 2005 sul Tribunale amministrativo federale (LTAF, RS 173.32), il Tribunale

amministrativo federale giudica, in virtù dell'art. 31 LTAF, i ricorsi contro le decisioni ai sensi dell'art. 5 della legge federale del 20 dicembre 1968 sulla procedura amministrativa (PA, RS 172.021) emanate dalle autorità menzionate all'art. 33 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 del 19 giugno 1959 sull'assicurazione per l'invalidità (LAI, RS 831.20).

2.

2.1 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 del 6 ottobre 2000 sulla parte generale del diritto delle assicurazioni sociali (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.

2.2 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.

2.3 Il ricorso è tempestivo e rispetta i requisiti minimi prescritti dalla legge (art. 60 LPGA e 52 PA). Il gravame è dunque ammissibile, nulla ostando all'esame del merito dello stesso.

3.

3.1 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). Si tratta 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).

3.2 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).

3.3 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.

4.

Relativamente al diritto applicabile, deve essere precisato che, a partire dal 1° gennaio 2008, la presente procedura è retta dalla LAI nel suo tenore modificato il 6 ottobre 2006 (V revisione), ritenuto il principio secondo il quale le norme applicabili sono quelle in vigore al momento in cui dei fatti giuridicamente rilevanti si sono verificati (DTF 130 V 445 consid. 1.2).

Il periodo di cognizione giudiziaria dello scrivente Tribunale amministrativo federale si estende fino al 30 dicembre 2009, data dell'impugnata decisione. 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 citata).

5.

Per avere diritto ad una rendita dell'assicurazione invalidità svizzera, ogni richiedente deve adempiere cumulativamente le seguenti condizioni:

- essere invalido ai sensi della legge svizzera;

- aver versato contributi all'AVS/AI svizzera per almeno tre anni (art. 36 LAI). A tal fine è possibile prendere in considerazione anche i contributi versati ad un'assicurazione sociale assimilata di uno Stato membro dell'Unione europea (UE) o dell'Associazione europea di libero scambio (AELS), a condizione che almeno un anno di contributi sia registrato all'AVS/AI svizzera (FF 2005 p. 4065; art. 45 del regolamento 1408/71).

Nella specie, il ricorrente ha versato contributi all'AVS/AI svizzera per un periodo superiore ai tre anni. Pertanto, l'interessato 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.

6.

6.1 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.

6.2 L'assicurato ha diritto ad una rendita intera se è invalido per almeno il 70%, a tre quarti di rendita se è invalido per almeno il 60%, ad una mezza rendita se è invalido per almeno la metà e ad un quarto di rendita se è invalido per almeno il 40% (art. 28 cpv. 2 LAI). In seguito all'entrata in vigore dell'Accordo bilaterale, la limitazione prevista dall'art. 29 cpv. 4 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 svizzero o dell'UE e vi risiede.

6.3 L'art. 28 cpv. 1 LAI stabilisce che l'assicurato ha diritto ad una rendita alle seguenti condizioni: a. la sua capacità di guadagno o la sua capacità di svolgere le mansioni consuete non può essere ristabilita, mantenuta o migliorata mediante provvedimenti d'integrazione ragionevolmente esigibili; b. ha avuto un'incapacità di lavoro (art. 6 LPGA) almeno del 40% in media durante un anno senza

notevole interruzione; c. al termine di questo anno è invalido almeno al 40%. Tuttavia, il diritto alla rendita nasce al più presto dopo sei mesi dalla data in cui l'assicurato ha rivendicato il diritto alle prestazioni conformemente all'articolo 29 cpv. 1 LPGA, ma al più presto a partire dal mese seguente il compimento dei 18 anni (art. 29 cpv. 1 LAI).

6.4 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. Per valutare la presenza di un'incapacità al guadagno sono considerate esclusivamente le conseguenze del danno alla salute; inoltre, sussiste un'incapacità al guadagno soltanto se essa non è oggettivamente superabile.

7.

Dopo il rimpatrio, l'interessato ha regolarmente lavorato come operaio agricolo. Ha smesso a fine settembre 2003 per pensionamento di vecchiaia (doc. 11, 13).

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. 28a cpv. 1 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 (reddito da invalido), 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 (reddito da valido). 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 (metodo generale del raffronto dei redditi).

In carenza di documentazione economica, la documentazione medica costituisce un importante elemento di giudizio per determinare quali lavori siano ancora ragionevolmente esigibili dall'assicurato, ma non spetta al medico graduare l'invalidità dell'assicurato (DTF 114 V 314). Infatti, 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).

8.

Nel caso in esame, in sede d'istruttoria, è stata evidenziata la diagnosi di portatore di colostomia sigmoidea in esiti di intervento chirurgico per peritonite diffusa da perforazione di diverticolo e di plurimi interventi di resezioni intestinali per occlusioni e viscerolisi recidivanti (più ricoveri da agosto 2008 a settembre 2009), esiti di intervento di plastica addominale per voluminosa laparocèle (gennaio 2010), broncopatia cronica ostruttiva ingravescente, diabete mellito tipo II, spondiloartrosi, esiti di cataratta in occhio destro (cfr. perizia medica E 213 dell'11 agosto 2009; relazione del Dott. D._____ del 10 dicembre 2009).

9.

9.1 Non concordi sono i pareri circa le ripercussioni invalidanti delle menzionate affezioni. In effetti, i medici dell'INPS (relazioni del 14 novembre 2008, doc. 15 e dell'11 agosto 2009, doc. 29) pongono un tasso d'invalidità del 70% ed affermano che l'interessato non può più esercitare nessuna attività. Il Dott. D._____ ritiene l'interessato invalido in misura superiore al 60% (relazione del 10 dicembre 2009). Dal canto loro, i sanitari dell'UAIE, Dott.ri C._____ e _____, ammettono che l'assicurato non è più in grado di svolgere il precedente lavoro di contadino, ma reputano che egli sia abile al 100% in attività sostitutive leggere.

9.2 Lo scrivente Tribunale considera che i pareri dei medici dell'UAIE non sono adeguatamente motivati ed appaiono manifestamente severi. Questi sembrano sottovalutare l'incidenza invalidante del processo morboso ancora in corso affliggente l'assicurato. Da agosto 2008 egli ha dovuto essere più volte ricoverato per episodi ripetuti di peritonite intestinale, viscerolisi, blocchi intestinali perforativi. Nel corso del primo evento (agosto 2008) è stata installata una colostomia sigmoidea; altri episodi di peritonite (chimica) e blocchi intestinali si

sono succeduti nel 2008 e per tutto il 2009 e, per quel che risulta dagli atti esibiti con il ricorso, l'affezione non è guarita. L'intervento di plastica addominale del gennaio 2010 è da imputare ad una voluminosa laparocele, ossia una fuoriuscita di visceri e sostanza intestinale da precedenti ferite in loco dovute alle numerose operazioni subite dall'interessato e alla complicazione post-operatoria d'istallazione della colostomia. Ora, da agosto 2008 lo stato valetudinario dell'insorgente sembra gravemente compromesso anche solamente sotto l'aspetto gastroenterologico. Il nominato deve subire costantemente il fastidio e l'impaccio della colostomia, la frequenza dei ricoveri ospedalieri, lo stato di infezioni che precedono e seguono gli interventi operatori, il conseguente stato febbrile, il dolore dovuto alle aderenze intestinali e/o la viscerolisi e, non da ultimo, la circostanza che la patologia intestinale, caratterizzata da peritoniti, blocchi ed occlusioni e fuoriuscite delle visceri non è ancora in fase di remissione. Per di più, a giudicare dai farmaci assunti sotto prescrizione medica (Spiriva broncodilatatorio ed Ansimar vasodilatatore polmonare, miorilassante, oltre che antibiotici; cfr. certificato del Dott. B._____ dell'11 agosto 2009, doc. 27), nonché dalla dettagliata descrizione del Dott. D._____ del 10 dicembre 2009, sembra che l'affezione bronco-ostruttiva abbia assunto un'importanza debilitante.

Non è pertanto ragionevolmente condivisibile il parere dei sanitari dell'Al secondo il quale l'interessato potrebbe svolgere al cento per cento attività alternative più leggere della precedente, almeno per il momento. Inoltre, il quadro patologico così marcato e di andamento cronico non si è ancora stabilizzato e avrebbe richiesto un aggiornamento della documentazione medica.

9.3 Vero è che secondo una costante giurisprudenza, la persona che richiede prestazioni d'invalidità deve intraprendere tutto quanto sia da lei esigibile per ovviare alle conseguenze della sua incapacità, mettendo soprattutto a profitto le superstiti energie lavorative e cambiando, se del caso, anche il lavoro e il domicilio (DTF 130 V 97 consid. 3.2 e i rif.).

Tuttavia, non si può parlare d'attività ragionevolmente esigibile quando questa sarebbe realizzabile solo in forma e con modalità talmente ristrette da non esistere in un mercato del lavoro equilibrato oppure con delle condizioni/limitazioni mediche tali da rendere irreperibile un

datore di lavoro. Ancor di più, particolarmente, nel caso in cui si debba valutare l'invalidità di un assicurato che si trova in età avanzata e ormai prossimo a quella che dà diritto ad una rendita d'assicurazione svizzera per la vecchiaia, bisogna procedere ad un'analisi globale della situazione e domandarsi se, nella realtà, questo assicurato è in misura di accedere ad un'attività in un mercato del lavoro supposto equilibrato (sentenza del Tribunale federale 9C-612/2007 del 14 luglio 2008 consid. 5.1 con riferimenti). Nella fattispecie, questa valutazione non è stata fatta dall'UAIE.

9.4 Ove il parere del servizio medico dell'UAIE diverge nettamente dagli altri giudizi, e non può essere fondato su documentazione oggettiva avente la qualità di prova, occorre procedere ad una nuova investigazione medica. Infatti, è compito del consulente sanitario stabilire in che misura il danno alla salute limita l'interessato nelle sue capacità psicofisiche, attenendosi unicamente alle funzioni importanti relative alle attività lavorative che, secondo la sua esperienza di vita, entrano in linea di conto nel caso concreto (art. 49 dell'ordinanza del 17 gennaio 1961 sull'assicurazione per l'invalidità [OAI, RS 831.201]).

Ora, fatte queste considerazioni, il collegio giudicante si trova nell'impossibilità di determinare la misura dell'eventuale incapacità di lavoro e di guadagno subita dall'interessato e da quando questa invalidità esisterebbe.

10.

10.1 In queste circostanze è necessario accogliere parzialmente il ricorso, annullare la decisione impugnata e rinviare l'incarto 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 considerano le numerose lacune dell'incarto e l'ampiezza delle informazioni da raccogliere.

10.2 L'UAIE dovrà quindi completare l'istruttoria la situazione medica per il periodo dal luglio/agosto 2008 (inizio della patologia gastrointestinale con istallazione della colostomia) fino alla data dell'impugnata decisione (30 dicembre 2009). L'UAIE emanerà poi un nuovo provvedimento impugnabile.

A tale fine il ricorrente dovrà essere sottoposto ad una perizia approfondita in gastroenterologia, pneumologia, endocrinologia con tutti quegli esami oggettivi che il caso richiede.

L'incarto sarà poi inviato in esame al servizio medico dell'UAIE, il quale si pronuncerà in merito all'evoluzione dell'incapacità al lavoro fra luglio/agosto 2008 e la data della decisione impugnata (30 dicembre 2009), nonché in merito all'attività professionale che il ricorrente avrebbe potuto espletare nel periodo suddetto.

Se del caso, l'Autorità amministrativa effettuerà poi un'adeguata e circostanziata indagine comparativa dei redditi.

11.

11.1 Visto l'esito del ricorso, non vengono prelevate spese processuali e l'anticipo spese versato dal ricorrente di Fr. 300.- gli viene restituito.

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, vista la memoria di ricorso, si giustifica riconoscere alla parte ricorrente un'indennità per spese ripetibili di Fr. 700.-, da porre a carico dell'UAIE.

Per questi motivi, il Tribunale amministrativo federale pronuncia:

1.

Il ricorso è parzialmente accolto nel senso che, annullata l'impugnata decisione del 30 dicembre 2009, l'incarto è rinviato all'Ufficio dell'assicurazione per l'invalidità per gli assicurati residenti all'estero (UAIE), perché proceda ai sensi del considerando 10 e statuisca di nuovo.

2.

Non si prelevano spese processuali. L'anticipo di Fr. 300.- versato dal ricorrente gli viene restituito.

3.

Alla parte ricorrente è riconosciuta un'indennità per spese ripetibili di Fr. 700.-, la quale è posta a carico dell'Ufficio AI intimato.

4.

Comunicazione a:

- ricorrente (atto giudiziario)
- autorità inferiore (n. di rif. AI IT/xxx.xxxx.xxxx.xx/MQG)
- Ufficio federale delle assicurazioni sociali, Berna

Il presidente del collegio:

Il cancelliere:

Francesco Parrino

Dario Croci Torti

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, nella misura in cui sono rispettate le condizioni di cui agli 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: