



Corte III
C-746/2008

{T 0/2}

Sentenza del 10 agosto 2009

Composizione

Giudici: Francesco Parrino (presidente del collegio),
Elena Avenati-Carpani, Stefan Mesmer;
Cancelliere: Dario Croci Torti.

Parti

A. _____,
patrocinato dall'avvocato Roberto Coppola,
corso Vittorio Emanuele 8, IT-83100 Avellino,
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 4 dicembre 2007).

Fatti:**A.**

A._____, cittadino italiano, nato , coniugato con prole, ha lavorato in Svizzera fino al 1980, solvendo regolari contributi all'assicurazione svizzera per la vecchiaia, i superstiti e l'invalidità durante tale periodo. Dopo il rimpatrio, a partire dal febbraio 1982, il nominato ha avviato un'attività in proprio di fabbro, lavoro che ha ridotto, per ragioni di salute, il 26 settembre 2006 e che ha definitivamente cessato alla fine dello stesso anno (doc. 17, 18).

B.

In data 27 settembre 2006, A._____ ha formulato una richiesta volta al conseguimento di una rendita dell'assicurazione svizzera per l'invalidità (doc. 7).

Il richiedente è stato visitato il 19 gennaio 2007 presso i servizi medici dell'Istituto nazionale della previdenza sociale (INPS) di Avellino, ove il sanitario incaricato ha evidenziato la diagnosi di esiti di frattura della VI costa sinistra per incidente sul lavoro nel 2003, spondiloartrosi, periartrite a destra ed ha posto un tasso d'invalidità del 60% (doc. 37). Sono stati esibiti documenti oggettivi, quali:

- la cartella clinica concernente il ricovero dal 15 al 18 dicembre 2003 per frattura scomposta del 3° medio della VI costola a sinistra (doc. 33);
- un verbale di visita ambulatoriale del 22 dicembre 2003 per esiti di frattura nella regione costale sinistra (doc. 26); la cartella clinica relativa alla degenza dal 30 dicembre 2003 al 3 gennaio 2004 per versamento pleurico post-traumatico, fibrosi polmonare ed il relativo rapporto di dimissione ospedaliera del 3 gennaio 2004 (doc. 27, 32);
- un referto radiologico del torace del 2 gennaio 2004 ed ulteriori referti di stesso tipo e regione del 12 e 17 gennaio successivi (doc. 28-31);
- un certificato medico del Dott. Amodeo del 20 settembre 2006, attestante gli esiti della frattura della VI costa di sinistra con sovrapposizione dei frammenti e versamento pleurico, fibrosi polmonare, calcolosi renale bilaterale, deviazione destroconvessa del

rachide dorsale, scoliosi destroconvessa, osteoartrosi diffusa, depressione (doc. 34);

- un elettrocardiogramma del 27 ottobre 2006 (doc. 35);

- una cartella clinica riguardante il ricovero dal 19 al 21 dicembre 2006 per bronchite acuta, cardiopatia ipertensiva, obesità patologica (doc. 36);

- un referto radiologico del torace del 5 dicembre 2006 (doc. 40).

C.

Nel suo rapporto del 30 settembre 2007, il Dott. Ribordy, medico dell'Ufficio dell'assicurazione per l'invalidità per gli assicurati residenti all'estero (UAIE), dopo aver ripreso la diagnosi sopra riferita, ha affermato che il richiedente non presenta alcuna incapacità al lavoro (doc. 44).

Con progetto di decisione del 3 ottobre 2007, l'UAIE ha comunicato al richiedente che la richiesta di prestazioni sarebbe stata respinta per carenza d'invalidità di livello pensionabile (doc. 45). L'interpellato non ha preso posizione in merito. Pertanto, il 4 dicembre 2007, notificata il 21 dicembre 2007, l'UAIE ha emanato una decisione conformemente al progetto (doc. 46 e 47).

D.

Con il ricorso depositato il 31 gennaio 2008, A._____, regolarmente rappresentato dall'avv. Coppola, 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, oltre a documentazione già ad atti, i risultati di esami medici effettuati nel novembre 2007 quali: relazioni di esami neurologico, ortopedico e cardiologico, un referto di RMN del cervello, un referto EEG del 5 settembre 2007, un referto radiologico delle ginocchia e del rachide lombosacrale del 16 gennaio 2008.

E.

Ricevuta l'impugnativa, l'UAIE ha risottoposto gli atti al Dott. Lehmann, il quale, nella sua relazione del 16 aprile 2008, ha affermato che la documentazione sanitaria esibita non pone in evidenza patologie di livello gravi e/o invalidanti (doc. 49).

Nelle sue osservazioni ricorsuali del 27 maggio 2008, l'UAIE propone la reiezione 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, con scritto del 23 giugno 2008, l'avv. Coppola ha ribadito l'intenzione del proprio assistito di mantenere il ricorso. A suffragio delle sue conclusioni ha esibito una relazione medica allestita il 18 giugno 2008 dal Dott. Amodeo, medico chirurgo, il quale menziona i postumi dell'infortunio costale con complicazioni pleuriche e fibrosi polmonare residua. Egli rileva inoltre un'insufficienza respiratoria, una calcolosi renale bilaterale, una sindrome vertiginosa ricorrente, discopatie C6-C7, spondilouncoartrosi, atteggiamento scoliotico, segni marcati di artrosi interapofisaria in L4-L5 e L5-S1, varismo delle ginocchia con segni di artrosi bilaterale ed una sindrome depressiva. Questo medico giudica il paziente invalido nella misura totale.

Ricevuta la replica, l'UAIE ha sottoposto gli atti al Dott. Lehmann, il quale, nella sua relazione del 15 luglio 2008, ha osservato che gran parte delle patologie elencate dal Dott. Amodeo non trovano riscontro oggettivo. Per il resto, secondo il sanitario dell'UAIE, il ricorrente potrebbe riprendere il suo precedente lavoro, in misura tutto sommato completa.

Nella duplica del 13 agosto 2008, l'amministrazione ripropone la reiezione del ricorso.

G.

Copia della duplica e del parere del Dott. Lehmann sono stati inviati, per conoscenza, alla parte ricorrente, la quale, con decisione incidentale del 20 agosto 2008, è stata invitata a voler versare al TAF un anticipo di Fr. 300.-, corrispondente alle presunte spese processuali. Detto anticipo è stato versato il 3 settembre 2008, nella misura di Fr. 298.-.

Diritto:**1.**

Riservate le eccezioni di cui all'art. 32 della legge sul Tribunale amministrativo federale del 17 giugno 2005 (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 sulla procedura amministrativa del 20 dicembre 1968 (PA, RS 172.021) emanate dalle autorità menzionate all'art. 33 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 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.

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 ed ossequioso dei requisiti minimi prescritti dalla legge (art. 60 LPGA e 52 PA). L'interessato ha versato entro il termine assegnato l'anticipo delle presunte spese processuali. Il gravame è dunque ricevibile, 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.

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.

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

5.

Il ricorrente ha presentato la richiesta di rendita il 27 settembre 2006.

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 27 settembre 2005 (ossia 12 mesi precedenti la presentazione della domanda), oppure se un diritto alla rendita sia sorto tra tale data ed il 4 dicembre 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.

7.1 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.

7.2 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. 1 LAI). 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 LPGGA),

non è più applicabile quando l'assicurato è cittadino dell'UE e vi risiede.

7.3 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).

7.4 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 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.

8.

8.1 Dopo il rimpatrio, l'interessato ha ancora lavorato come fabbro artigiano. Egli stesso afferma di aver potuto svolgere la sua attività, senza particolari restrizioni, fino al 26 settembre 2006 e di averla ridotta dopo questa data a 20 ore settimanali (invece di 40) per poi definitivamente cessarla a fine 2006 (doc. 18 cifre da 3 a 6; doc. 17 cifra 7).

8.2 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; 110 V 275, 105 V 207). 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 (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; DTF 128 V 30, 104 V 136; Pratique VSI 2000 p. 84).

Per completezza va osservato che, nella fattispecie, la perdita di guadagno va determinata in base al metodo generale invece di quello straordinario che di regola si applicherebbe ai lavoratori indipendenti. Infatti, dopo il 2006 l'assicurato ha cessato completamente la sua attività e non è quindi più possibile applicare il metodo straordinario (RAMI 1995 p. 106).

8.3 In carenza di documentazione economica, la documentazione medica costituisce un importante elemento di giudizio per determinare quali lavori siano ancora esigibili dall'assicurato, ma non spetta al medico graduare il tasso d'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).

8.4 Inoltre, 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).

9.

Dall'incarto medico si evince che A. _____ è portatore di degli esiti di una frattura costale con interessamento pleurico e fibrosi polmonare (per un incidente avvenuto nel dicembre 2003), modesta spondiloartrosi a scarsa incidenza funzionale, periartrite scapolo-omerale destra. Con la documentazione esibita in sede ricorsuale e di

replica non vengono evidenziate ulteriori patologie. Gli esami oggettivi attestano infatti un quadro patologico non differente da quello accertato in sede d'istruttoria. Per contro, molte affezioni menzionate dal Dott. Amodeo (rapporto del 18 giugno 2008) non trovano sicuro riscontro nei referti oggettivi.

Giova ricordare che le affezioni in oggetto 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 potrebbe 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 Divergenti sono i pareri circa le ripercussioni invalidanti delle menzionate affezioni. In effetti, il medico dell'INPS pone un tasso d'invalidità del 60%, pur riconoscendo che l'interessato potrebbe svolgere pienamente attività di sostituzione leggere (doc. 37). Dal canto loro, i Dott.ri Lehmann e Ribordy, dell'UAIE, ritengono che l'assicurato potrebbe riprendere il suo precedente lavoro in misura completa od ogni altra attività a lui confacente (doc. 44, 49, 51). Infine, il Dott. Amodeo, autore della relazione esibita in sede di replica, considera il paziente del tutto inabile in ogni proficuo lavoro.

10.2 Il collegio giudicante non ha motivo di scostarsi dal convincente parere dei medici dell'UAIE, che si fonda sulla completa documentazione oggettiva esibita in sede d'istruttoria e ricorsuale. L'insorgente soffre degli esiti non rilevanti di un incidente subito nel 2003 che gli procurò una frattura della sesta costola di sinistra. Questo infortunio gli causò anche un interessamento della zona polmonare. L'interessato riprese comunque il suo lavoro perlomeno fino a settembre 2006 e lo cessò definitivamente alla fine di quell'anno.

Ora, dal lato ortopedico, non risultano limitazioni funzionali di rilievo: sussiste una spinalgia pressoria al rachide lombosacrale con deficit funzionale ai gradi estremi ed un deficit funzionale alla spalla destra. Tutti i movimenti degli arti inferiori e superiori sono liberi a parte il problema alla spalla destra; l'andatura è normale, il portamento eretto. In sede ricorsuale vengono prodotti referti radiografici recenti (ginocchia e rachide lombosacrale del 16 gennaio 2008 e cervicale dell'8 agosto 2007) che non pongono in evidenza processi patologici degni di nota: si rilevano una spondilodiscoartrosi con becchi osteofitici margino-somatici a livello degli ultimi tre metameri, una discopatia C6-C7, una modesta scoliosi destro convessa del rachide lombare, artrosi interapofisaria fra L4 ed L5 ed L5/S1, modesto processo artrosico alla ginocchia. Le lievi alterazioni descritte, e più ampiamente riportate negli stessi referti, sono, per l'essenziale, ascrivibili ad un normale processo d'usura del corpo in esito all'età ed al tipo di lavoro (sforzi, posizioni, ecc.) svolto nel passato.

Sotto il profilo polmonare, non sussistono patologie in atto. Vero è che l'interessato è stato ricoverato nel dicembre 2006 per una comune bronchite acuta, ma gli esami effettuati in quell'occasione (radiografie, spirometria, emogasanalisi), sono risultati nella norma (lieve deficit restrittivo all'esame respiratorio, leggero enfisema non segni evidenti di fibrosi).

Non esistono patologie cardiache. Occasionali manifestazioni di ipertensioni sono emendabili con opportuna cura farmacologica, se le circostanze lo richiedono.

Dal lato neurologico, non sono presenti patologie. La risonanza magnetica del cervello/tratto encefalico del 3 novembre 2007 è normale; il referto d'esame elettroencefalografico del 5 settembre 2007 attesta sporadiche anomalie lente e non specifiche in sede sottocorticale (su di un'attività di base modicamente disregolata) prive di significato patologico.

Per il resto, l'assicurato si presenta in buone condizioni generali di salute ogni altro organo ed apparato essendo indenne da patologie, a parte un problema di obesità che rappresenta un fattore di rischio e di aggravamento di eventuali stati morbosi.

10.3 Vero è che il Dott. Amodeo, autore della relazione medica esibita con la replica, pone un tasso d'invalidità totale. Va precisato che la

relazione di questo medico si limita ad elencare le note patologie affliggenti il paziente, aggiungendone alcune non oggettivamente accertate mediante esami specifici o specialistici. Questo referto, che, più che altro, descrive il quadro delle condizioni di salute del paziente, non contribuisce tuttavia a vagliare la situazione valetudinaria dello stesso. Occorre poi usare prudenza nel valutare le certificazioni redatte da medici stranieri, soprattutto per quanto riguarda la fissazione del grado d'inabilità lavorativa. Infatti, le condizioni cui il diritto italiano subordina il riconoscimento di prestazioni assicurative sono dissimili da quelle previste dalla LAI, applicabili nella specie (cfr. anche P. OMLIN, Die Invalidität in der obligatorischen Unfallversicherung, Friburgo 1995, p. 296 e seg.).

10.4 Visto quanto precede, il collegio giudicante è del parere che l'interessato avrebbe potuto continuare il suo precedente lavoro di fabbro, se non in misura completa, come lo adducono i Dott.ri Ribordy e Lehmann, perlomeno in misura superiore al 60%, cercando di evitare un impegno accresciuto dell'articolazione della spalla destra.

11.

11.1 In queste circostanze, il ricorso deve essere respinto e l'impugnata decisione confermata.

11.2 Le spese processuali sono poste a carico del ricorrente e sono computate con l'anticipo di Fr. 298.- da lui versato.

11.3 Visto l'esito del ricorso, non vengono riconosciute indennità per spese ripetibili per la parte ricorrente.

Per quel che concerne l'UAIE, le autorità federali non hanno diritto ad un'indennità a titolo di ripetibili (art. 7 cpv. 3 del regolamento del 21 febbraio 2008 sulla tasse e sulle spese ripetibili nelle cause dinanzi al Tribunale amministrativo federale [TS-TAF, RS 173.320.2]).

Per questi motivi, il Tribunale amministrativo federale pronuncia:

1.

Il ricorso è respinto.

2.

Le spese processuali sono poste a carico del ricorrente. Esse sono computate con l'anticipo spese di Fr. 298.-.

3.

Non si assegnano indennità per spese ripetibili.

4.

Comunicazione a:

- rappresentante del ricorrente (raccomandata A/R)
- autorità inferiore (n. di rif. AI)
- 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 (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: