



Corte III
C-7471/2006
{T 0/2}

Sentenza del 10 aprile 2008.

Composizione

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

Parti

G. _____,
patrocinato dall'Avv. Marco Probst, _____
ricorrente,

contro

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

Oggetto

Assicurazione invalidità.

Fatti:**A.**

G._____, cittadino italiano, nato il _____, celibe, ha lavorato in Svizzera dal 1993 al 2004, solvendo regolari contributi all'assicurazione svizzera per la vecchiaia, i superstiti e l'invalidità (AVS/AI) durante tale periodo. Dal 1998 in poi ha lavorato presso la V._____ di C._____, presso la C1._____ e, da ultimo, presso la I._____, ambedue di V1._____. Il 23 giugno 2001 è rimasto vittima di un incidente motociclistico ad E._____. Dal punto di vista infortunistico, il caso è stato assunto dall'assicurazione Winterthur, la quale ha corrisposto le prestazioni di legge ed ha poi posto l'interessato al beneficio di una rendita d'invalidità del 50% a partire dal 1° dicembre 2004 con decisione del 2 novembre 2004 cresciuta incontestata in giudicato. In data 14 marzo 2003, l'assicurato ha formulato una richiesta volta al conseguimento di una rendita dell'assicurazione svizzera per l'invalidità. Nell'ambito di tale richiesta l'amministrazione ha assunto l'incarto LAINF della Winterthur (doc. 1-1/1-544) comprendente, tra l'altro, due perizie mediche (segnatamente del 26 giugno 2002 e del 27 febbraio 2004) del Dott. G1._____ oltre alla corrispondenza intercorsa col datore di lavoro, inclusi svariati questionari (doc. 1-1/25-3). In particolare, nella perizia medica del 26 giugno 2002, il Dott. G1._____ è giunto alla conclusione che l'assicurato permaneva completamente inabile al lavoro a seguito dell'incidente motociclistico subito mentre, nella perizia medica del 24 febbraio 2004, ha precisato che l'assicurato era affetto da esiti di incidente motociclistico a seguito del quale ha riportato una paralisi dell'arto superiore sinistro oltre al raccorciamento dell'arto inferiore sinistro di 3,5 cm ed a gonartrosi sinistra. Dopo aver valutato al 70% la menomazione all'integrità fisica dell'assicurato, lo ha ritenuto abile al lavoro nella misura massima possibile a partire dal 1° aprile 2004 in lavori confacenti precisando che è in grado di eseguire lavori che richiedano posizione eretta con brevi tragitti di deambulazione senza portare pesi, alternati a posizione seduta di maggiore durata, con l'uso esclusivo della mano destra, in ambito quindi organizzativo, computer e simili con un rendimento del 70% e, quindi, con una diminuzione della sua capacità di guadagno del 30% sine die (doc. 3-27/3-35).

B. Nel suo rapporto del 12 aprile 2005 il Dott. F._____, medico dell'UAIE, dopo aver posto la diagnosi di esiti di incidente

motociclistico in particolare plegia praticamente totale del braccio sinistro e anchilosi al ginocchio sinistro (fissato in flessione a 30 gradi e raccorciamento della gamba sinistra di ca. 2,5 cm) e dopo aver precisato che dalla documentazione agli atti non risultano altre patologie extra-infortunistiche, è giunto alla conclusione che l'incapacità lavorativa del 50% nelle attività abituali dell'assicurato è giustificata e non risulta aumentabile in altre attività (doc. 29-1).

C. Mediante progetto di decisione del 14 settembre 2006 l'amministrazione ha comunicato all'assicurato che la sua richiesta volta al conseguimento di una rendita dell'assicurazione svizzera per l'invalidità sarebbe stata respinta poichè il suo grado di invalidità è nullo dato che continua a conseguire lo stesso reddito (Fr. 30'000.--) che percepiva prima del danno alla salute (doc. 44-1/44-2).

Con osservazioni del 12 ottobre 2006 G._____, rappresentato dall'avv. Marco Probst di Lugano, ha avverso il progetto di decisione asserendo segnatamente che, quale reddito da valido, l'amministrazione ha preso in considerazione a torto l'importo di Fr. 30'000.-- (frutto di soli 3 mesi di lavoro) anziché Fr. 83'000.-- annui (di cui Fr. 30'000.-- in qualità di dipendente della C1._____ di V1._____, Fr. 10'000.-- in qualità di Presidente del Consiglio di amministrazione della R._____ e Fr. 43'000.-- quale reddito derivante da una partecipazione pari al 100% del capitale sociale della R._____). Ha pertanto chiesto il riconoscimento del suo diritto ad almeno tre quarti di rendita. A suffragio delle sue conclusioni ha prodotto: un resoconto delle attività svolte dall'assicurato prima e dopo l'incidente del 23 giugno 2006, una copia del libretto per stranieri L, alcuni documenti contabili della società R._____, una perizia del 24 luglio 2006 del Dott. G1._____ e, da ultimo, una copia della decisione LAINF del 2 novembre 2004 della Winterthur Assicurazioni (doc. 45-1/45-42).

Ricevute le osservazioni, l'amministrazione ha sottoposto nuovamente l'incarto al Dott. F._____, il quale, nella sua relazione del 24 ottobre 2006, ha rilevato che la perizia del 24 luglio 2006 del Dott. G1._____ non porta ulteriori novità sui limiti funzionali dell'assicurato e che la descrizione dello status è perfettamente sovrapponibile (a parte un'aumentata flessione passiva del ginocchio sinistro attuale) rispetto al rapporto stilato il 27 febbraio 2004 dallo stesso medico in veste di perito assicurativo. Ha pure precisato che

non necessariamente i menzionati interventi verranno effettuati in futuro (doc. 47-1).

Mediante decisione del 2 novembre 2006 l'amministrazione ha quindi respinto la richiesta dell'assicurato volta al conseguimento di una rendita dell'assicurazione svizzera per l'invalidità ribadendo che il suo grado di invalidità è nullo dato che continua a conseguire lo stesso reddito (Fr. 30'000.--) percepito prima del danno alla salute.

D. Con gravame del 21 dicembre 2006, spedito il medesimo giorno alla Commissione federale di ricorso in materia di AVS/AI per le persone residenti all'estero (CFR), G._____, rappresentato dall'avv. Marco Probst di Lugano, chiede il riconoscimento del suo diritto a prestazioni dell'assicurazione svizzera per l'invalidità. A suffragio delle sue conclusioni ribadisce sostanzialmente quanto già sollevato in seguito al progetto di decisione del 14 settembre 2006 producendo in copia: una concessione edilizia della ditta E1._____ S.r.l., l'atto costitutivo della ditta E1._____ S.r.l. registrato in data 8 settembre 1995, l'atto costitutivo della ditta K1._____ S.a.s. registrato in data 1° ottobre 1999 e l'iscrizione della ditta P._____ GmbH al registro di Commercio di M._____.

E. In data 1° gennaio 2007 il Tribunale amministrativo federale (TAF) ha ripreso la procedura in oggetto pendente fino al 31 dicembre 2006 davanti alla CFR.

F. L'Ufficio dell'assicurazione invalidità del Cantone Ticino (UAI-TI), nel suo preavviso del 23 febbraio 2007, e l'Ufficio dell'assicurazione per l'invalidità per gli assicurati residenti all'estero (UAIE), nelle sue osservazioni responsive del 2 marzo 2007, propongono 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, l'avv. Probst ha ribadito, con scritto del 21 marzo 2007, l'intenzione del proprio assistito di mantenere il ricorso.

G. In data 25 aprile 2007 il ricorrente ha versato l'anticipo di franchi 400.-- equivalente alle presunte spese processuali. Con ordinanza del 13 febbraio 2008 il Tribunale amministrativo federale ha comunicato alle parti la composizione del collegio giudicante. Entro il termine impartito non sono state presentate istanze di ricusa.

Diritto:**1.**

1.1 I ricorsi pendenti presso le Commissioni federali di ricorso o d'arbitrato o presso i servizi di ricorso dei dipartimenti il 1° gennaio 2007 sono trattati dal Tribunale amministrativo federale nella misura in cui è competente. È applicabile il nuovo diritto di procedura (cfr. art. 53 cpv. 2 della Legge federale sul Tribunale amministrativo federale del 17 giugno 2005 [LTAF, RS 173.32]).

1.2 In virtù dell'art. 31 LTAF, 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 AI 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 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 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, sono determinanti, di principio, le norme materiali in vigore al momento della realizzazione dello stato di fatto che deve essere valutato giuridicamente o che produce conseguenze giuridiche (DTF 129 V 1, 127 V 467 consid. 1, 121 V 366 consid. 1b) e che, di regola, il

giudice delle assicurazioni sociali si basa, ai fini dell'esame della vertenza, sui fatti che si sono realizzati fino al momento della decisione contestata (DTF 121 V 366 consid. 1b). Trattandosi nel caso in esame di eventuali prestazioni riferite sia ad un periodo antecedente che posteriore al 1° gennaio 2003, occorre distinguere, dal punto di vista del diritto materiale applicabile, i periodi prima e dopo l'introduzione della LPGA, ritenuto tuttavia che le nuove norme (LPGA) non hanno apportato dal punto di vista materiale alcuna sostanziale modifica riguardo ai concetti di incapacità al lavoro, d'incapacità al guadagno, d'invalidità, di raffronto dei redditi e di revisione, e che le nozioni precedentemente sviluppate dalla giurisprudenza rimangono tuttora valide (DTF 130 V 343). Di conseguenza, conformemente al riportato principio dell'applicazione del diritto in vigore al momento in cui sorge il diritto alla prestazione, l'esame relativo all'eventuale insorgenza di un diritto ad una rendita dell'assicurazione per l'invalidità del ricorrente per il periodo fino al 31 dicembre 2002, rispettivamente fino al 31 dicembre 2003, si basa sul diritto in vigore all'epoca (DTF 130 V 329 consid. 2.5 e 445) e, per il seguito, in base alle modifiche della LAI del 21 marzo 2003 in vigore dal 1° gennaio 2004 (4^a revisione della LAI). Vengono quindi citate le disposizioni della LAI e della LPGA in vigore dal 1° gennaio 2004 fino al 31 dicembre 2007 mentre non trovano applicazione le modifiche della LAI del 17 giugno 2007 entrate in vigore dal 1° gennaio 2008 (5^a revisione della LAI).

5. Il ricorrente ha presentato la richiesta di rendita il 14 marzo 2003. 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. In concreto, lo scrivente Tribunale amministrativo federale può quindi limitarsi ad esaminare se il ricorrente avesse diritto ad una rendita il 14 marzo 2002 (ossia 12 mesi precedenti la presentazione della domanda), oppure se un diritto alla rendita sia sorto tra tale data ed il 2 novembre 2006, data della decisione impugnata. Il giudice delle assicurazioni sociali analizza, infatti, la legalità della decisione impugnata, in generale, secondo lo stato di fatto esistente al momento in cui la decisione in lite è stata resa (DTF 130 V 445 consid. 1.2 e 1.2.1).

6. Per avere diritto ad una rendita dell'assicurazione invalidità svizzera, un cittadino italiano deve adempiere cumulativamente le seguenti condizioni: essere invalido ai sensi della legge svizzera ed

aver versato contributi all'AVS/AI svizzera durante un anno intero almeno (art. 36 cpv. 1 LAI).

Il ricorrente ha versato contributi all'AVS/AI svizzera durante più di un anno intero in totale e, pertanto, adempie la condizione della durata minima di contribuzione, alla quale la legge subordina l'erogazione di una rendita. Rimane ora da esaminare se sia invalido ai sensi di legge.

7. In base all'art. 8 LPGGA è considerata invalidità l'incapacità al guadagno totale o parziale presumibilmente permanente o di lunga durata. L'art. 4 LAI precisa che l'invalidità può essere conseguente ad infermità congenita, malattia o infortunio; il cpv. 2 della stessa norma stabilisce che l'invalidità è considerata insorgere quando, per natura e gravità, motiva il diritto alla singola prestazione.

L'assicurato ha diritto ad una rendita intera se è invalido per almeno il 70%, a tre quarti di rendita se è invalido per almeno il 60%, ad una mezza rendita se è invalido per almeno la metà e ad un quarto di rendita se è invalido per almeno il 40% (art. 28 cpv. 1 LAI). Va ricordato che fino al 31 dicembre 2003, la LAI prevedeva il diritto al quarto di rendita con un tasso d'invalidità del 40% almeno, alla mezza rendita con un tasso d'invalidità del 50% almeno ed alla rendita intera con un tasso d'invalidità dei due terzi (66.67%). In seguito all'entrata in vigore dell'Accordo bilaterale, la limitazione prevista dall'art. 28 cpv. 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 variante 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. Ai fini del presente giudizio giova ricordare che per costante giurisprudenza, in ragione dell'uniformità della nozione di invalidità, occorre evitare che per il medesimo danno alla salute, le assicurazioni infortuni, militare e invalidità, giungano a degli apprezzamenti differenti in merito al tasso di invalidità. Questo perchè, anche se un assicuratore non può limitarsi a riprendere semplicemente e senza un più ampio esame il tasso di invalidità fissato da un altro assicuratore, una valutazione presa nell'ambito di una decisione cresciuta in giudicato, non può essere ignorata. Allo stesso modo, l'assicuratore dovrà lasciarsi opporre la presunzione di esattezza della valutazione dell'invalidità effettuata. Un apprezzamento divergente di quest'ultima potrà, infatti, intervenire unicamente a titolo eccezionale e solamente se sono adempiute certe condizioni. In particolare, possono costituire dei motivi sufficienti per discostarsi da una tale valutazione il fatto che la stessa è fondata su un errore di diritto oppure su un apprezzamento insostenibile o che è frutto di una transazione conclusa con l'assicurato o ancora che è fondata su delle misure d'istruzione

estremamente limitate e superficiali oppure, infine, se non è assolutamente convincente o è viziata di parzialità (sentenza del Tribunale federale del 18 ottobre 2006 in inc. I 490/05 in re P.J.-P./UAIE; DTF 126 V 293 consid. 2 d.; VSI 2004 p. 185 consid. 3). Di conseguenza la decisione del 2 novembre 2004 (con la quale l'assicurazione privata contro gli infortuni Winterthur ha posto l'interessato al beneficio di una rendita d'invalidità Winterthur del 50% a partire dal 1° dicembre 2004: doc. 45.40/45-42) non vincola il collegio giudicante poiché conclusa sostanzialmente in base ad una transazione con l'assicurato.

9. 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).

10.

10.1 Nel caso di specie la diagnosi, nel periodo di cognizione in oggetto, risulta essere condivisa essenzialmente da tutti i medici che si sono espressi in merito. L'assicurato risulta essere affetto dagli esiti di un incidente motociclistico subito in data 23 giugno 2001 a seguito del quale ha segnatamente riportato una paralisi praticamente totale del braccio sinistro e anchilosi al ginocchio sinistro (perizie mediche

del Dott. G1._____ e rapporti medici del Dott. F._____); dagli atti non risultano patologie extra-infortunistiche. Il collegio giudicante non intravede quindi ragioni che gli impediscano di far proprie le conclusioni convergenti inerenti la diagnosi.

10.2 Tali affezioni debbono, dal profilo giuridico, essere esaminate alla luce dell'art. 29 cpv. 1 lett. b LAI. Trattasi, infatti, di malattie che, per costante giurisprudenza, sono da configurare non già di carattere permanente (cioè di natura consolidata o irreversibile), bensì patologico-labile, ossia suscettibili di migliorare o peggiorare. Ne discende che, in mancanza di uno stato di salute sufficientemente stabilizzato, è inapplicabile la prima lettera dell'art. 29 cpv. 1 LAI, per cui può entrare in considerazione solo la seconda lettera della citata norma legale, la quale prevede un termine d'attesa di un anno. Pertanto, il ricorrente può pretendere una rendita dell'assicurazione svizzera per l'invalidità solo a partire dal momento in cui ha subito, senza interruzione notevole, un'incapacità lavorativa media del 40% (rispettivamente del 50% per il periodo precedente l'entrata in vigore degli Accordi bilaterali) almeno durante un anno.

10.3 Nel caso in esame il collegio giudicante rileva che le valutazioni rese dagli specialisti che hanno avuto modo di pronunciarsi in modo esauriente sullo stato di salute e sulle conseguenze invalidanti dell'infortunio subito dal ricorrente non sono del tutto convergenti. Il Dott. G1._____, quale medico della Winterthur, nella perizia medica del 26 giugno 2002, è giunto alla conclusione che l'assicurato permaneva completamente inabile al lavoro a seguito dell'incidente motociclistico subito in data 23 giugno 2001 mentre, nella perizia medica del 24 febbraio 2004, ha posto un tasso di invalidità parziale del 30% in lavori confacenti a partire dal 1° aprile 2004. Infine, quale medico di fiducia, dell'assicurato, nella sua relazione del 24 luglio 2006, il Dott. G1._____ non ha riportato ulteriori novità sui limiti funzionali dell'assicurato e la descrizione dello status è perfettamente sovrapponibile (a parte un'aumentata flessione passiva del ginocchio sinistro attuale) rispetto alla precedente perizia medica; ha poi indicato una serie di interventi che non necessariamente verranno effettuati in futuro e, di fatto, non si è espresso in merito al tasso d'invalidità dell'assicurato. Dal canto suo il Dott. F._____ è giunto alla conclusione, nelle sue relazioni del 12 aprile 2005 e del 24 ottobre 2006 (quest'ultima alla luce della perizia medica del 24 luglio 2006 del perito di parte), che è giustificata un'incapacità lavorativa del 50%

nelle attività abituali dell'assicurato e che non risulta aumentabile in altre attività, senza tuttavia specificare a partire da quale data.

Stante quanto precede il collegio giudicante non può escludere che in seguito all'infortunio del 23 giugno 2001 si sia verificato un caso d'assicurazione nel giugno 2002 posto che l'assicurato ha presentato molto verosimilmente un'incapacità lavorativa del 100% in qualsiasi attività lavorativa per oltre un anno (cfr. perizie mediche del 26 giugno 2002 e del 24 febbraio 2004 del Dott. G1._____; questionari del datore di lavoro del 24 marzo 2003, del 18 e del 21 gennaio 2005). D'altra parte, però, il collegio giudicante sulla scorta degli atti si trova nell'impossibilità di determinare con certezza la misura complessiva dell'eventuale incapacità di lavoro subita dall'assicurato nel periodo successivo e nel periodo di cognizione in oggetto (cfr. consid. 5). Appare, pertanto, necessario l'esperimento di un complemento istruttorio atto a delucidare la situazione ortopedica del ricorrente tramite l'assunzione agli atti di una perizia specialistica da effettuare in Svizzera che presti particolare attenzione al periodo intercorso tra il 14 marzo 2002 ed il 2 novembre 2006 (data della decisione qui impugnata) e da questa data in poi. Dopo di che l'Ufficio AI dovrà pronunciarsi in merito all'evoluzione dell'incapacità al lavoro del ricorrente nonché in merito all'attività professionale che lo stesso avrebbe potuto espletare, dal punto di vista medico, nel periodo intercorso tra il 14 marzo 2002 ed il 2 novembre 2006.

10.4 Il collegio giudicante rileva inoltre che l'amministrazione ha considerato quale reddito da valido l'importo di Fr. 30'000.-- giungendo quindi alla conclusione che il ricorrente non subisce alcuna perdita di guadagno. Questa constatazione non può essere condivisa e necessita di un complemento istruttorio. Dalla documentazione agli atti, infatti, si evince che il ricorrente ha percepito detto importo (molto verosimilmente a titolo forfettario in qualità di consulente commerciale con contratto di lavoratore di collaboratore estero a richiesta aziendale) allorquando era al beneficio di un libretto degli stranieri L ovvero di un permesso di dimora valido per lo svolgimento di un'attività lucrativa in Svizzera per 90 giorni. Inoltre, non può neppure essere escluso a priori che l'assicurato abbia percepito prima del danno alla salute anche un reddito in Italia (molto verosimilmente quale indipendente; cfr. la cospicua documentazione economica-finanziaria prodotta con le osservazioni del 12 ottobre 2006 e con il gravame in oggetto) e che, quindi, il suo reddito annuale da valido fosse

nettamente superiore all'importo di Fr. 30'000.-- preso in considerazione dall'amministrazione. Stante quanto precede il collegio giudicante si trova nell'impossibilità di determinare con certezza anche la misura complessiva dell'eventuale incapacità di guadagno subita dall'assicurato nel periodo di cognizione del presente giudizio (cfr. consid. 5). Appare, pertanto, necessario che il reddito da valido venga determinato tenuto conto delle attività che il ricorrente sembra avere svolto prima del danno alla salute in Svizzera e altrove in applicazione del metodo generale (nel caso di reddito conseguito quale dipendente) e straordinario (nel caso di reddito percepito quale indipendente) oppure almeno annualizzando il reddito di Fr. 30'000.-- percepito in Svizzera per tre mesi. Dopo di che, se è il caso, deve essere effettuata un'adeguata e circostanziata indagine comparativa dei redditi.

10.5 Stante quanto precede il gravame deve essere parzialmente 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 ed economiche bisognose di essere ancora raccolte. L'amministrazione dovrà pertanto completare l'istruttoria conformemente a quanto esposto ai considerandi 10.3 e 10.4 ed emanare in seguito un nuovo provvedimento impugnabile.

11.

11.1 Non vengono prelevate spese processuali e l'anticipo di franchi 400.-- versato dal ricorrente il 25 marzo 2007 gli è retrocesso.

11.2 Visto l'esito del gravame, alla parte ricorrente è assegnata in base all'art. 64 PA un'indennità per spese ripetibili di franchi 1'500.-- 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 impugnata del 2 novembre 2006, l'incarto è retrocesso all'Ufficio dell'assicurazione per l'invalidità per gli assicurati residenti all'estero affinché completi l'istruttoria ai sensi dei considerandi 10.3 e 10.4 e statuisca di nuovo.

2.

Non si percepiscono spese di procedura. L'anticipo di Fr. 400.-- versato dal ricorrente il 25 marzo 2007 gli è retrocesso.

3.

Alla parte ricorrente è riconosciuta un'indennità per spese ripetibili di Fr. 1'500.--, 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, 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, i documenti indicati come mezzi di prova devono essere allegati (art. 42 LTF).

Data di spedizione: