



Corte III
C-908/2007

{T 0/2}

Sentenza del 24 ottobre 2008

Composizione

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

Parti

C. _____,
rappresentato dal Patronato ITACO, _____,
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. C._____, cittadino italiano, nato il _____, coniugato e residente a S._____ (A._____), ha svolto attività lucrativa in Svizzera quale operaio e dipendente della ristorazione, dal 1970 al 1985, versando regolari contributi all'assicurazione svizzera per la vecchiaia, i superstiti e l'invalidità (AVS/AI). Dopo il rimpatrio ha svolto l'attività di gestore di un bar/gelateria dal 1° febbraio 1987 al 12 gennaio 1991 ed è stato assicurato presso l'Istituto nazionale di previdenza sociale (INPS) dal 1958 al 1969 e dal 1987 al 1991, dal 1996 al 1998 ha effettuato a questo istituto versamenti volontari. Dal 1° febbraio 2000 percepisce una pensione d'invalidità dall'INPS.

In data 3 settembre 1993 C._____ ha formulato una richiesta volta al conseguimento di una prestazione dell'assicurazione svizzera per l'invalidità in quanto sofferente di esiti di intervento chirurgico di bypass aortoiliaco bilaterale con protesi, diabete mellito tipo I con iniziali segni di retinopatia e portatore di discopatia lombo-sacrale. Dopo aver effettuato gli accertamenti di rito, con decisione del 3 agosto 1994, l'Ufficio dell'assicurazione per l'invalidità per gli assicurati residenti all'estero (UAIE) ha respinto la richiesta di prestazioni per carenza di un grado d'invalidità tale da giustificare il riconoscimento di una rendita.

In data 24 giugno 1999 C._____ ha presentato una nuova domanda di rendita. Dopo aver effettuato gli accertamenti di rito, l'amministrazione ha respinto la richiesta di prestazioni per carenza d'invalidità di tipo pensionabile con decisione del 6 giugno 2000 confermata dalla Commissione federale di ricorso in materia d'assicurazione per la vecchiaia, i superstiti e l'invalidità per le persone residenti all'estero (CFR) con giudizio del 22 giugno 2001 e dal Tribunale federale delle assicurazioni con sentenza del 28 giugno 2002 (doc. 1-78).

B. In data 8 giugno 2004 C._____ ha presentato una terza domanda di rendita (doc- 79-82).

Il richiedente è stato visitato il 13 luglio 2004 presso i servizi medici dell'Istituto nazionale della previdenza sociale (INPS) di A._____, ove il sanitario incaricato ha diagnosticato "diabete mellito insulino-dipendente e con gravi e prevalenti complicanze vascolari periferiche

in portatore di cardiopatia scleroipertensiva precoce, by-pass aortobisiliaco, policitemia essenziale, calcolosi unica inveterata della cistifellea et malattia policistica iniziale di rene sx” ed ha posto un tasso di invalidità del 75% per qualsiasi attività lavorativa precisando però che l'assicurato è in grado di svolgere un lavoro adeguato alle sue condizioni (e, segnatamente, qualsiasi attività di tipo generico prevalentemente sedentaria e part-time per un massimo di 4/5 ore al giorno; doc. 102).

Nell'ambito di tale richiesta è stato esibito un insieme di documenti medici obiettivi relativi al periodo 2003-2004 comprendente, tra l'altro, una lettera di dimissione concernente il ricovero dal 23 al 28 gennaio 2003 (per vasculopatia ostruttiva polidistrettuale in paziente con esiti di by-pass aorto bisiliaco, diabete mellito insulino-dipendente, cardiopatia ipertensiva e dislipidemia, colelitiasi e poliglobulia), una lettera di dimissioni concernente il ricovero dal 4 all'11 dicembre 2003 (per cardiopatia ipertensiva in paziente con diabete mellito insulino-dipendente, esito di by-pass aorto bisiliaco in arteriopatia ostruttiva di grado severo con claudicatio intermittens, neuropatia diabetica con retinopatia diabetica, stenosi carotidea bilaterale, ipercolesterolemia mista, colelitiasi e poliglobulia) ed una lettera di dimissioni concernente il ricovero dal 29 ottobre all'11 novembre 2004 (per embolia e trombosi delle arterie degli arti inferiori e diabete mellito tipo I insulindipendente: doc. 95-101 e 103).

Nel corso dell'istruttoria l'amministrazione ha assunto agli atti anche il questionario dell'assicurato del 24 gennaio 2005 (doc. 93).

C. Nel suo rapporto del 14 aprile 2005, la Dott.ssa R._____ del Servizio medico dell'UAIE, fondandosi sull'incarto, ha ripreso la diagnosi posta dal medico dell'INPS e ha ritenuto che l'assicurato nella sua precedente attività di gestore di bar/gelateria è inabile al 70% dal 29 ottobre 2004 (data dell'ospedalizzazione per arteriopatia periferica) e che non è esigibile alcuna attività lavorativa sostitutiva (doc. 104 e 105). Nel suo successivo rapporto del 27 giugno 2005, il medico precitato, ha inoltre precisato che l'assicurato nella sua precedente attività era inabile al 20% già dal 23 gennaio 2003 (doc. 107).

Procedendo ad un calcolo retrospettivo sull'arco di un anno, l'amministrazione ha quindi accertando che un'incapacità di lavoro media del 40% si è verificata a partire dal 24 marzo 2005 (219 giorni

al 20% e 146 giorni al 70%). Con decisioni del 25 novembre 2005 ha pertanto riconosciuto all'assicurato il diritto ad un quarto di rendita per il periodo intercorrente tra il 1° marzo ed il 31 maggio 2005 (grado d'invalidità: 40% dal 24 marzo 2005) e ad una rendita intera dal 1° giugno 2005 (grado d'invalidità: 70% dal 1° giugno 2005; doc. 111, 117 e 118).

C._____, regolarmente rappresentato dal Patronato ITACO di A._____, ha formulato in data 15 dicembre 2005 tempestiva opposizione contro il suddetto provvedimento amministrativo, chiedendo in sostanza il riconoscimento del suo diritto a prestazioni assicurative a decorrere dal mese di giugno 2004 ovvero dalla data di presentazione della domanda di rendita all'INPS di A._____. (doc. 119). Nulla ha prodotto a suffragio delle sue conclusioni.

Mediante decisione su opposizione del 21 dicembre 2006, l'UAIE ha respinto la predetta opposizione e confermato nel contempo le proprie decisioni del 25 novembre 2005 (doc. 126).

D. Con gravame del 25 gennaio 2007, consegnato alla Posta il 29 gennaio successivo, C._____, regolarmente rappresentato dal Patronato ITACO di A._____ chiede, sostanzialmente, l'annullamento del summenzionato provvedimento amministrativo e, di conseguenza, il riconoscimento del suo diritto ad un quarto di rendita già a decorrere dal mese di giugno 2004 ovvero dalla data di presentazione della domanda di rendita all'INPS di A._____. Nulla produce a suffragio delle sue conclusioni.

Chiamata a pronunciarsi, l'amministrazione, nelle osservazioni responsive del 2 aprile 2007, propone la reiezione dell'impugnativa con argomenti di cui si riferirà, per quanto occorra, nei considerandi che seguono.

Invitato dalla scrivente Autorità a replicare, il ricorrente è rimasto silente mentre, in data 6 dicembre 2007, ha versato l'anticipo di 298 franchi equivalente alle presunte spese processuali.

Diritto:

1. In virtù dell'art. 31 della legge sul Tribunale amministrativo federale del 17 giugno 2005 [LTAF, RS 173.32]), questo tribunale giudica i ricorsi contro le decisioni ai sensi dell'art. 5 della legge federale sulla procedura amministrativa del 20 dicembre 1968 (PA, RS 172.021) emanate dalle autorità menzionate agli art. 33 e 34 LTAF, riservate le eccezioni di cui all'art. 32 LTAF. In particolare, le decisioni rese dall'UAIE concernenti l'assicurazione per l'invalidità possono essere portate innanzi al TAF conformemente all'art. 69 cpv. 1 lett. b della legge federale sull'assicurazione per l'invalidità del 19 giugno 1959 (LAI, RS 831.20).

2.

2.1 Il 1° giugno 2002 sono entrati in vigore l'Accordo tra la Confederazione svizzera, da una parte, e la Comunità europea ed i suoi Stati membri, dall'altra, sulla libera circolazione delle persone del 21 giugno 1999 (ALC, RS 0.142.112.681) ed il correlato Allegato II che regola il coordinamento dei sistemi di sicurezza sociale nonché il Regolamento (CEE) n° 1408/71 del Consiglio del 14 giugno 1971 relativo all'applicazione dei regimi di sicurezza sociale ai lavoratori subordinati, ai lavoratori autonomi e ai loro familiari che si spostano all'interno della Comunità (RS 0.831.109.268.1) come pure il corrispondente Regolamento di applicazione (Regolamento CEE n° 574/72 del Consiglio del 21 marzo 1972 relativo all'applicazione del Regolamento n° 1408/71, RS 0.831.109.268.11). Trattasi di una normativa che si applica a tutte le rendite il cui diritto sorge a far data dal 1° giugno 2002 o successivamente e che sancisce il principio della parità di trattamento tra cittadini che risiedono in uno Stato membro della Comunità europea ed i cittadini svizzeri (art. 3 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. 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). 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. 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 LPGA), 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 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.

6.

6.1 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). In caso di miglioramento o aggravamento dell'incapacità al guadagno, occorre tenere conto del cambiamento determinante il diritto a prestazioni, non appena esso perdura da tre mesi senza interruzione notevole (art. 88a cpv. 1 e 2 OAI). 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).

6.2 Il collegio giudicante rileva preliminarmente che l'amministrazione è entrata nel merito della terza richiesta di rendita di C._____ e quindi, conformemente alla giurisprudenza esposta al considerando 6.1, il periodo di riferimento nell'ambito della presente vertenza è quello intercorrente tra il 6 giugno 2000 (data della decisione con cui l'amministrazione ha respinto la richiesta di prestazioni del 24 giugno 1999 per carenza d'invalidità di tipo pensionabile, confermata con

sentenze del 22 giugno 2001 della CFR e del 28 giugno 2002 del TFA) ed il 21 dicembre 2006 (data della decisione su opposizione impugnata) 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).

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 (doc. 114), dev'essere accertato se lo stato di salute dell'assicurato ha subito una modifica rilevante tra il 6 giugno 2000 ed il 21 dicembre 2006.

8.2 Dalla documentazione inerente le precedenti richieste di rendita si evince che l'assicurato era affetto da arteriopatia obliterante cronica agli arti inferiori trattata con intervento chirurgico di by-pass aorto iliaco bilaterale e successiva angioplastica per occlusione protesica

all'arto inferiore destro, diabete mellito di tipo II in trattamento combinato con insulina ed ipoglicemizzanti orali, complicato da neuropatia e retinopatia diabetica; episodio isolato di lombosciatalgia sinistra, discopatia multipla L4/L5 e L5/S1 con protrusioni discali e impronta sul sacco durale a sx; iperlipidemia mista poligenica ed ipertensione arteriosa. Nel periodo successivo i medici hanno riscontrato un diabete mellito insulinodipendente con gravi e prevalenti complicanze vascolari periferiche in portatore di cardiopatia scleroipertensiva precoce, by-pass aortobisiliaco, policitemia essenziale, calcolosi unica inveterata della cistifellea e malattia policistica iniziale di rene sx. Tali diagnosi sono confermate altresì dalla Dott.ssa R._____ (medico dell'UAIE) nei suoi rapporti del 14 aprile e del 27 giugno 2005 (doc. 104, 105 e 107). Nel periodo di riferimento il quadro diagnostico di C._____ si è pertanto modificato e ampliato.

9. Per quanto concerne le conseguenze invalidanti delle affezioni menzionate, il medico dell'INPS ha posto un tasso di invalidità del 75% per qualsiasi attività lavorativa precisando però che l'assicurato è in grado di svolgere un lavoro adeguato alle sue condizioni (e, segnatamente, qualsiasi attività di tipo generico prevalentemente sedentaria e part-time per un massimo di 4/5 ore al giorno; doc. 102). Dal canto suo, il medico dell'amministrazione (Dott.ssa R._____), nei suoi rapporti del 14 aprile e del 27 giugno 2005, ha ritenuto che l'assicurato nella sua precedente attività di gestore di bar/gelateria è inabile al 20% dal 23 gennaio 2003 ed al 70% dal 29 ottobre 2004 (data dell'ospedalizzazione per arteriopatia periferica) e che da quest'ultima data non è più esigibile alcuna attività lavorativa sostitutiva (doc. 104, 105 e 107).

Ora, l'assicurato è stato ricoverato dal 23 al 28 gennaio 2003 (per vasculopatia ostruttiva polidistrettuale in paziente con esiti di by-pass aorto bisiliaco, diabete mellito insulino-dipendente, cardiopatia ipertensiva e dislipidemia, colelitiasi e poliglobilia), dal 4 all'11 dicembre 2003 (per cardiopatia ipertensiva in paziente con diabete mellito insulino-dipendente, esito di by-pass aorto bisiliaco in arteriopatia ostruttiva di grado severo con claudicatio intermittens, neuropatia diabetica con retinopatia diabetica, stenosi carotidea bilaterale, ipercolesterolemia mista, colelitiasi e poliglobilia) e dal 29 ottobre all'11 novembre 2004 (per embolia e trombosi delle arterie degli arti inferiori e diabete mellito tipo I insulinodipendente). Dalla documentazione agli atti si evince altresì che l'assicurato è pure in

leggero sovrappeso (peso 85 kg per 171 cm di altezza) e che presenta una discreta flebostasi degli arti inferiori (cfr. perizia particolareggiata dell'INPS del 13 luglio 2004).

Tenuto segnatamente conto della polipatologia evolutiva di cui è portatore l'assicurato, la quale come si è visto è peggiorata nel tempo, il collegio giudicante è dell'avviso che egli deve essere considerato inabile al 40% almeno nella sua precedente attività di gestore di bar/gelateria come pure in qualsiasi attività lavorativa sostitutiva già dal 23 gennaio 2003 (data del primo ricovero anzidetto) ed al 70% dal 29 ottobre 2004 (data del terzo ricovero anzidetto). Appare infatti assolutamente non motivata la conclusione cui è giunto il medico dell'UAIE che ritiene un'incapacità di lavoro del 20% soltanto a partire dal gennaio 2003, allorquando il sanitario dell'INPS aveva sostenuto che solo un'attività di tipo generico prevalentemente sedentaria poteva essere svolta per 4-5 ore al giorno.

Nella specie, visto che l'interessato avrebbe potuto continuare almeno parzialmente la sua professione precedente, di regola non è necessario procedere ad un raffronto dei redditi (DTF 114 V 310 consid. 3 a e DTF 104 V 135 consid. 2 b: Prozent-Vergleich). In questo caso il grado di invalidità corrisponde all'incapacità di lavoro nel attività precedente fermo restando che l'interessato presenta un'incapacità di lavoro di pari grado anche in attività di sostituzione. Di conseguenza, considerato che giusta l'art. 29 cpv. 1 lett. b LAI il diritto alla rendita nasce al più presto nel momento in cui l'assicurato è stato per un anno incapace al lavoro per almeno il 40% in media rispettivamente del 50% per il periodo precedente l'entrata in vigore degli Accordi bilaterali (cfr. considerando. 5.1), il ricorrente ha diritto ad un quarto di rendita a decorrere dal 1° gennaio 2004. Inoltre, posto che a decorrere dal 29 ottobre 2004 il ricorrente era inabile al 70% in qualsiasi attività lavorativa e tenuto conto del termine di 3 mesi prescritto dall'art. 88a cpv. 2 OAI (cfr. considerando 5.2), C._____ ha diritto ad una rendita intera a decorrere dal 1° gennaio 2005. In tali circostanze, il ricorso deve quindi essere accolto e l'impugnata decisione riformata.

10.

10.1 Non vengono prelevate spese processuali e l'anticipo di 298.-- franchi versato dal ricorrente il 6 dicembre 2007 gli è retrocesso.

10.2 In base all'art. 64 PA, l'autorità di ricorso, se ammette il ricorso in tutto o in parte, può assegnare al ricorrente un'indennità per le spese indispensabili e relativamente elevate che ha sopportato. Nel caso in esame, visto l'esito del gravame, si giustifica riconoscere un'indennità per spese ripetibili di 600.-- franchi da porre a carico dell'Ufficio dell'assicurazione per l'invalidità per gli assicurati residenti all'estero.

Per questi motivi, il Tribunale amministrativo federale pronuncia:

1.

Il ricorso è accolto e la decisione impugnata riformata nel senso che C._____ ha diritto ad un quarto di rendita d'invalidità dal 1° gennaio al 31 dicembre 2004 e ad una rendita intera dal 1° gennaio 2005.

2.

Gli atti sono rinviati all'Ufficio dell'assicurazione per l'invalidità per gli assicurati residenti all'estero perchè calcoli il montante delle prestazioni spettanti al ricorrente e versi i relativi arretrati.

3.

Non si percepiscono spese di procedura e l'anticipo di 298.-- franchi versato dal ricorrente gli è retrocesso.

4.

Alla parte ricorrente è riconosciuta un'indennità per spese ripetibili di 600.-- franchi, la quale viene posta a carico dell'Ufficio dell'assicurazione per l'invalidità per gli assicurati residenti all'estero.

5.

Comunicazione a:

- rappresentante del ricorrente (Raccomandata A/R),
- autorità inferiore (n. di rif. _____),
- Ufficio federale delle assicurazioni sociali.

La presidente del collegio:

La cancelliera:

Elena Avenati-Carpani

Paola Carcano

Rimedi giuridici:

Contro la presente decisione può essere interposto ricorso in materia di diritto pubblico al Tribunale federale, Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerna, entro un termine di 30 giorni dalla sua notificazione (art. 82 e segg., 90 e segg. e 100 della legge sul Tribunale federale del 17 giugno 2005 [LTF, RS 173.110]). Gli atti scritti devono contenere le conclusioni, i motivi e l'indicazione dei mezzi di prova ed essere firmati. La decisione impugnata e – se in possesso della parte ricorrente – i documenti indicati come mezzi di prova devono essere allegati (art. 42 LTF).

Data di spedizione: