



Corte III
C-2246/2007
{T 0/2}

Sentenza del 28 novembre 2008

Composizione

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

Parti

A. _____,
patrocinato dall'Avv. Simone Facchinetti, _____,
ricorrente,

contro

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

Oggetto

Assicurazione per l'invalidità.

Fatti:

A. A._____, cittadino italiano, nato il _____, separato dal 1° gennaio 1985, ha lavorato in Svizzera dal 1968 al 1986 solvendo regolari contributi all'assicurazione svizzera per la vecchiaia, i superstiti e l'invalidità (AVS/AI). Dopo il rimpatrio ha lavorato in Italia, da ultimo in qualità di fabbro saldatore, fino all'aprile 2003 allorquando è stato licenziato. Da allora, egli non ha esplicato più alcuna attività lavorativa. È stato riconosciuto invalido civile al 70%.

In data 23 novembre 2005, A._____ ha formulato una richiesta volta al conseguimento di una prestazione dell'assicurazione svizzera per l'invalidità. Il richiedente è stato visitato il 20 dicembre 2005 presso i servizi medici dell'Istituto nazionale della previdenza sociale (INPS) di M._____, ove il sanitario incaricato ha diagnosticato "epatopatia cronica ad evoluzione cirrogena HCV correlata, neuropatia arti inferiori, spondilosi e recente intervento di microdiscectomia L4-L5" e, dopo aver precisato che l'assicurato può svolgere regolarmente lavori leggeri come pure a tempo pieno il suo ultimo lavoro di fabbro saldatore oppure un lavoro adeguato alla sue condizioni, ha posto un tasso di invalidità del 70% per qualsiasi attività lavorativa (doc. 176). Nell'ambito di tale richiesta è stato esibito un insieme di documenti medici (e segnatamente i referti di: esami delle urine e dell'emocromo, svariate ecografie epatiche e visite di epatologia, numerose visite mediche periodiche, alcune cartelle cliniche, svariate radiografie, alcuni esami oculistici, un test di funzionalità respiratoria, ed una visita di controllo neurochirurgica) relativo al periodo 1996-2005. È stato prodotto altresì il referto di un esame completo delle urine del 1° aprile 2006. Nel corso dell'istruttoria l'amministrazione ha assunto agli atti anche la lettera di licenziamento del 17 aprile 2003 ed il questionario dell'assicurato del 7 aprile 2006 (doc. 1-179).

B. Nel suo rapporto del 28 settembre 2006, il Dott. B._____ del Servizio medico regionale (SMR), fondandosi sull'incarto, ha posto la diagnosi principale di "epatite C cronica, stato dopo operazione ernia discale L4-L5 nel febbraio 2005 e discopatie lombari" ed è giunto alla conclusione che l'assicurato, nella sua precedente attività di fabbro saldatore, è inabile al 100% dal 1° gennaio 2005, data a partire dal quale però la sua capacità lavorativa in un'attività adatta e fisicamente leggera (portata massima di pesi: 5-7 kg) prevalentemente sedentaria evitando lavori pesanti (come, per es., vendita per corrispondenza o

telefono o internet, cassiere, venditore di biglietti, addetto all'accoglienza o alla reception, telefonista, addetto alla scannerizzazione) è reputata essere del 100% (doc. 180 e 181). L'amministrazione ha quindi operato il raffronto dei redditi giungendo alla conclusione che l'assicurato presenta un grado di invalidità del 20,43% (doc. 182).

C. Con progetto di decisione del 6 novembre 2006 l'amministrazione ha comunicato all'assicurato che la sua richiesta volta al conseguimento di una rendita dell'assicurazione svizzera per l'invalidità avrebbe dovuto essere respinta per carenza d'invalidità di grado pensionabile (doc. 183). Con scritto del 14 dicembre 2006, l'assicurato, rappresentato dall'avv. Simone Facchinetti di P._____, si è opposto al progetto di decisione producendo un certificato medico del 5 dicembre 2006 del Dott. P1._____ (medico chirurgo, specialista in ostetricia e ginecologia) giusta il quale il paziente è affetto da “esiti di intervento per ernia discale lombare L4-L5, spondiloartrosi lombare grave e poliartrosi, epatite cronica correlata a esiti intervento occhio sinistro, gastrite cronica con esofagite da reflusso, diabete mellito tipo II, gonartrosi grave bilaterale e discopatie lombosacrali multiple con sindrome ansiosa depressiva ricorrente”. L'amministrazione ha quindi sottoposto nuovamente gli atti al Dott. B._____, il quale, nel suo rapporto medico del 1° febbraio 2007, ha ribadito integralmente la sua precedente valutazione alla luce della nuova documentazione medica prodotta dall'assicurato (doc. 188).

Con decisione del 7 febbraio 2007 l'UAIE ha comunicato ad A._____ che la sua domanda volta al conseguimento di una rendita dell'assicurazione svizzera per l'invalidità era stata respinta per carenza d'invalidità di grado pensionabile (doc. 189). Con scritto del 23 marzo 2007, pervenuto all'amministrazione il 5 aprile successivo, l'assicurato, rappresentato dal Patronato INAS di C._____, ha prodotto un certificato medico del 15 gennaio 2007 del consulente medico dell'INAS (Dr. M1._____, medico chirurgo specialista in medicina del lavoro) giusta il quale egli è affetto da “epatite cronica C attiva, spondiloartrosi lombare con ernia discale L4-L5 e protrusione L3-L4-L5-S1” (doc. 190 e 191).

D. Con gravame del 22 marzo 2007, spedito il giorno successivo, A._____, regolarmente rappresentato dall'avv. Simone Facchinetti, chiede, in sostanza, l'annullamento del summenzionato provvedimento amministrativo e, di conseguenza, il riconoscimento del suo diritto ad una rendita dell'assicurazione svizzera per l'invalidità. In particolare egli contesta l'applicabilità *in casu* della nozione di mercato di lavoro equilibrato e chiede - oltre all'esperimento di una perizia medica - l'audizione del Sig. A1._____ del Patronato INAS CISL Svizzera c/o Cristiano sociale a M2._____. A suffragio delle sue conclusioni produce documentazione già agli atti.

Chiamato a pronunciarsi, l'UAIE, nelle sue osservazioni responsive del 10 luglio 2007, propone la reiezione dell'impugnativa con argomenti di cui si riferirà, per quanto occorra, nei considerandi che seguono.

Invitato a replicare il ricorrente è rimasto silente mentre, in data 21 settembre 2007, ha versato l'anticipo di 300.-- 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'Ufficio dell'assicurazione per l'invalidità per gli assicurati residenti all'estero (UAIE) concernenti l'assicurazione per l'invalidità possono essere portate innanzi al TAF conformemente all'art. 69 cpv. 1 lett. b della legge federale sull'assicurazione per l'invalidità del 19 giugno 1959 (LAI, RS 831.20).

2.

2.1 Il 1° giugno 2002 sono entrati in vigore l'Accordo tra la Confederazione svizzera, da una parte, e la Comunità europea ed i suoi Stati membri, dall'altra, sulla libera circolazione delle persone del 21 giugno 1999 (ALC, RS 0.142.112.681) ed il correlato Allegato II che regola il coordinamento dei sistemi di sicurezza sociale nonché il Regolamento (CEE) n° 1408/71 del Consiglio del 14 giugno 1971 relativo all'applicazione dei regimi di sicurezza sociale ai lavoratori

subordinati, ai lavoratori autonomi e ai loro familiari che si spostano all'interno della Comunità (RS 0.831.109.268.1) come pure il corrispondente Regolamento di applicazione (Regolamento CEE n° 574/72 del Consiglio del 21 marzo 1972 relativo all'applicazione del Regolamento n° 1408/71, RS 0.831.109.268.11). Trattasi di una normativa che si applica a tutte le rendite il cui diritto sorge a far data dal 1° giugno 2002 o successivamente e che sancisce il principio della parità di trattamento tra cittadini che risiedono in uno Stato membro della Comunità europea ed i cittadini svizzeri (art. 3 del Regolamento CEE n° 1408/71).

2.2 Giusta l'art. 20 ALC, salvo disposizione contraria contenuta nell'allegato II, gli accordi bilaterali tra la Svizzera e gli Stati membri della Comunità europea in materia di sicurezza sociale vengono sospesi a decorrere dall'entrata in vigore del presente Accordo qualora il medesimo campo sia disciplinato da quest'ultimo (art. 6 del Regolamento CEE n° 1408/71). Nella misura in cui l'Accordo, in particolare l'Allegato II che regola il coordinamento dei sistemi di sicurezza sociale (art. 8 ALC), non prevede disposizioni contrarie, l'organizzazione della procedura come pure l'esame delle condizioni di ottenimento di una rendita di invalidità svizzera sono regolate dal diritto interno svizzero (DTF 130 V 257 consid. 2.4).

2.3 L'art. 80a LAI sancisce espressamente l'applicabilità nella presente procedura, trattandosi di un cittadino che risiede nell'Unione europea, dell'ALC e dei Regolamenti (CEE) n° 1408/71 del Consiglio del 14 giugno 1971 e (CEE) n° 574/72 del Consiglio del 21 marzo 1972 relativo all'applicazione del Regolamento n° 1408/71.

3.

3.1 In virtù dell'art. 3 lett. d^{bis} PA la procedura in materia di assicurazioni sociali non è disciplinata dalla PA nella misura in cui è applicabile la legge federale sulla parte generale del diritto delle assicurazioni sociali del 6 ottobre 2000 (LPGA, RS 830.1). Giusta l'art. 1 LAI le disposizioni della LPGA sono applicabili all'assicurazione per l'invalidità (art. 1a-26^{bis} e 28-70), sempre che la presente legge non preveda espressamente una deroga.

3.2 Secondo l'art. 59 LPGA ha diritto di ricorrere chiunque è toccato dalla decisione o dalla decisione su opposizione ed ha un interesse

degno di protezione al suo annullamento o alla sua modificazione. Queste condizioni sono adempiute nella specie.

3.3 Il ricorso è inoltre tempestivo ed ossequioso dei requisiti minimi prescritti dalla legge (art. 60 LPGGA 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 (5a revisione della LAI). Di seguito vengono quindi citate le disposizioni della LAI e della LPGGA nel tenore in vigore fino al 31 dicembre 2007.

5. Il ricorrente ha presentato la richiesta di rendita il 23 novembre 2005. 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 23 novembre 2004 (ossia 12 mesi precedenti la presentazione della domanda), oppure se un diritto alla rendita sia sorto tra tale data ed il 7 febbraio 2007, data della decisione avversata. 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). 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 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.

Ora, 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 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. 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).

9. Nel caso di specie la diagnosi, nel periodo di cognizione in oggetto, è condivisa essenzialmente da tutti i medici che si sono espressi in merito. L'assicurato risulta essere affetto da “epatite C cronica, stato dopo operazione ernia discale L4-L5 nel febbraio 2005, spondilosi, discopatie lombari, spondiloartrosi lombare e protrusione L3-L4-L5-S1” (perizia particolareggiata INPS del 20 dicembre 2005, rapporti medici del 28 settembre 2006 e del 1° febbraio 2007 del Dott. B. _____,

certificato medico del 5 dicembre 2006 del Dott. P1._____ e certificato medico del 15 gennaio 2007 del dott. M1._____). Il collegio giudicante non intravede quindi ragioni che gli impediscano di far proprie le conclusioni convergenti inerenti la diagnosi. Occorre rilevare che le altre patologie attestate dal sanitario dell'INPS nella perizia particolareggiata del 20 dicembre 2005 - segnatamente la neuropatia agli arti inferiori - e dal Dott. P1._____, medico di fiducia dell'assicurato nonché chirurgo esperto in ostetricia e ginecologia, nel certificato medico del 5 dicembre 2006 (ossia la gastrite cronica con esofagite da reflusso, il diabete mellito di tipo II, la gonartrosi bilaterale, la sindrome ansiosa depressiva, ecc.) non risultano essere obiettivamente comprovate e nemmeno ritenute nel certificato del 15 gennaio 2007.

10. Per quanto concerne le conseguenze invalidanti delle affezioni menzionate, il sanitario medico dell'INPS, dopo aver precisato che l'assicurato può svolgere regolarmente lavori leggeri come pure a tempo pieno il suo ultimo lavoro di fabbro saldatore oppure un lavoro adeguato alle sue condizioni, ha posto un tasso di invalidità del 70% per qualsiasi attività lavorativa (doc. 176). Dal canto suo il Dott. B._____, nei suoi rapporti del 28 settembre 2006 e del 7 febbraio 2007, è giunto alla conclusione che l'assicurato, nella sua precedente attività di fabbro saldatore, è inabile al 100% dal 1° gennaio 2005, data a partire dalla quale però la sua capacità lavorativa in un'attività adatta e fisicamente leggera (portata massima di pesi: 5-7 kg) prevalentemente sedentaria evitando lavori pesanti (come, per es., vendita per corrispondenza o telefono o internet, cassiere, venditore di biglietti, addetto all'accoglienza o alla reception, telefonista, addetto alla scannerizzazione) è reputata essere del 100% (doc. 180, 181 e 189).

Dalla documentazione agli atti si evince che l'assicurato beneficia di uno stato di nutrizione buono (statura 173 cm per 65 kg) con costituzione, portamento ed andatura normali. A seguito delle patologie di cui egli è affetto risulta essere obiettivamente impedito esclusivamente nell'assolvimento di lavori pesanti. Su questo punto sia il medico dell'INPS che il medico dell'UAIE sono concordi mentre gli altri sanitari non si sono espressi in merito alla residua capacità lavorativa del ricorrente. Stante quanto precede il Tribunale non intravede ragioni che gli impediscano di far proprie le conclusioni cui è pervenuto il Dott. B._____ nei suoi rapporti del 28 settembre 2006 e

del 7 febbraio 2007 ed è quindi dell'avviso che dal 1° gennaio 2005 l'assicurato è inabile al 100% nella sua precedente attività lavorativa di fabbro saldatore mentre è abile al 100% in un'attività adatta fisicamente leggera, come descritta dal medico dell'UAIE.

È vero che la ricerca di un posto di lavoro regolare adatto alle capacità dell'interessato appare difficoltosa vista la sua età e la situazione congiunturale italiana; tuttavia, se il mercato del lavoro locale non gli offre di sfruttare la sua residua capacità lavorativa e di guadagno, non può essere compito dell'assicurazione svizzera per l'invalidità di sopperire con il versamento di prestazioni assicurative a quello che sarebbe dovuto, semmai, dall'assicurazione italiana contro la disoccupazione (DTF 96 V 31, 110 V 273, 130 V 343, sentenza della II Corte di diritto sociale del Tribunale federale del 31 marzo 2008 in inc. 9C_13/2007). Secondo una costante giurisprudenza del Tribunale federale delle assicurazioni, la persona che richiede prestazioni di 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 lavoro o domicilio (DTF 98 V 173, 123 V 230 e sentenza della II Corte di diritto sociale del Tribunale federale del 31 marzo 2008 in inc. 9C_13/2007).

11. L'invalidità è determinata stabilendo il rapporto fra il reddito del lavoro che l'assicurato conseguirebbe, dopo la manifestazione dell'invalidità e dopo l'esecuzione di eventuali provvedimenti d'integrazione, nell'esercizio di un'attività lucrativa, ragionevolmente esigibile da lui in condizioni normali del mercato del lavoro, e il reddito che potrebbe conseguire se non fosse diventato invalido.

Sulla base dei risultati statistici dell'inchiesta ottobre 2003-2004 dell'Ufficio internazionale del lavoro di Ginevra, l'amministrazione ha tenuto conto di un salario mensile medio, privo di invalidità, conseguibile nel 2004 in Italia quale fabbro saldatore di Euro 1'223.43. Poi ha accertato il salario mensile medio ottenibile in attività di tipo leggero non qualificate e più precisamente:

- addetto alla ricezione in un hotel	Euro 1'353.28;
- commesso venditore (commercio al dettaglio)	Euro 1'327.40;
- telefonista	Euro 1'326.00;
- cassiere (commercio al dettaglio)	Euro 1'216.89.

Il Tribunale rileva che, esclusi i primi tre salari indicati poiché più elevati dell'ultimo reddito percepito dall'assicurato, si considera un salario mensile da invalido di Euro 1'216.89. Anche applicando, in contrapposizione al 20% ritenuto dall'UAIE, il correttivo massimo del 25% consentito dalla giurisprudenza in ambito di salari statistici (DTF 126 V 75, Sozialversicherungsrecht, Rechtsprechung [SVR] 1999 IV n. 6 e SVR 2000 IV n. 1) visto che l'assicurato può esercitare solamente attività leggere ed, in particolare, per tenere debitamente conto della sua età (nel 2004: 56 anni) si giunge ad un salario mensile medio di Euro 912.66. Il confronto fra un reddito privo di invalidità di Euro 1'223.43 ed un introito teorico dopo l'insorgenza dell'invalidità di Euro 912.66 comporta una perdita di guadagno del 25,40% $[(1'223.43-912.66) \times 100] : 1'223.43$, tasso che esclude il riconoscimento del diritto ad una rendita di invalidità.

12. Il ricorrente ha chiesto l'esperimento di una nuova perizia medica oltre all'assunzione della testimonianza del signor A1._____ del Patronato INAS CISL Svizzera. In merito alla richiesta di mezzi di prova, va fatto presente che se l'istruttoria da effettuare d'ufficio conduce l'amministrazione o il giudice, in base ad un apprezzamento coscienzioso delle prove, alla convinzione che la probabilità di determinati fatti deve essere considerata predominante e che altri provvedimenti probatori più non potrebbero modificare il risultato, si rinuncerà ad assumere altre prove (valutazione anticipata delle prove; DTF 122 II 469 e ss., 122 III 223 e ss., 119 V 344 e ss. con riferimenti). Un tale modo di procedere non lede il diritto di essere sentito conformemente all'art. 29 cpv. 2 della Costituzione federale della Confederazione svizzera del 18 aprile 1999 (Cost, RS 101; Sozialversicherungsrecht, Rechtsprechung [SVR] 2001, IV, n. 10; riguardo al previgente art. 4 cpv. 1 v. Cost. cfr. DTF 124 V 94 e ss., 122 V 162 e ss. E 119 V 344 e ss. con riferimenti). In concreto, il Tribunale considera che la documentazione agli atti è sufficiente per statuire nel merito della vertenza, per cui le richieste probatorie devono essere disattese.

13. Visto quanto precede A._____ non ha diritto ad una rendita dell'assicurazione svizzera per l'invalidità. Il ricorso deve quindi essere respinto e l'impugnata decisione confermata.

14. A titolo di spese processuali si prelevano 300.-- franchi (art. 69 cpv. 2 LAI nella versione in vigore dal 1° luglio 2006) e non vengono assegnate indennità per spese ripetibili (art. 64 PA).

Per questi motivi, il Tribunale amministrativo federale pronuncia:

1.

Il ricorso è respinto.

2.

A titolo di spese processuali si prelevano 300.-- franchi, importo compensato dal corrispondente anticipo versato dal ricorrente in data 21 settembre 2007. Non si assegnano ripetibili.

3.

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: