



Corte III
C-5385/2007
{T 0/2}

Sentenza del 3 dicembre 2009

Composizione

Giudici Vito Valenti (presidente del collegio),
Francesco Parrino e Beat Weber,
cancelliera Marcella Lurà.

Parti

A. _____,
patrocinato dall'avvocato Luigi Potenza,
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 (decisione su opposizione del 19 giugno 2007).

Fatti:**A.**

A._____, cittadino italiano, nato il (...), coniugato, ha lavorato in Svizzera dal 1964 al 1977 (doc. 6), solvendo contributi all'assicurazione svizzera per la vecchiaia, i superstiti e l'invalidità durante tale periodo. Rientrato in Italia, ha svolto attività lucrativa come parrucchiere in proprio, in ragione di 40 ore alla settimana. Da agosto del 1998 a dicembre del 2003 ha ridotto l'attività per causa di malattia (doc. 8 e 9). L'assicurato percepisce, a far tempo dal 1° ottobre 2003, una pensione di vecchiaia italiana (doc. 1). Il 31 dicembre 2003, ha interrotto il lavoro a seguito di cessazione dell'attività (doc. 8). Il 18 febbraio 2005, ha formulato una richiesta volta all'ottenimento di una rendita dell'assicurazione svizzera per l'invalidità (doc. 1).

B.

Nel corso dell'istruttoria, l'Ufficio dell'assicurazione per l'invalidità per gli assicurati residenti all'estero (UAIE) ha in particolare assunto agli atti la seguente documentazione:

- una cartella clinica concernente il ricovero dal 10 al 22 agosto 1998 per infarto miocardico acuto (IMA) laterale (doc. 11);
- un rapporto di prova ergometrica del 26 agosto 1998 (mal leggibile), in cui è, da un lato, posta la diagnosi di ischemia miocardica ad alta soglia e, dall'altro, indicato che il paziente presenta un'ottimale tolleranza all'esercizio (doc. 12);
- un referto di visita cardiologica dell'11 settembre 1998 (mal leggibile), nel quale è evidenziata la diagnosi di recente infarto miocardico acuto (IMA) (10/8/98) e segnalato un buon compenso emodinamico (doc. 13);
- i referti di esami del 6 novembre 1998 (doc. 14 e 15);
- un referto di visita cardiologica del 9 novembre 1998 (mal leggibile), da cui appare la diagnosi di cardiopatia ischemica (doc. 16);

- il verbale della Commissione di prima istanza per l'accertamento degli stati di invalidità civile di B._____ del 13 dicembre 1999, nel quale è accertata la diagnosi segnatamente di pregresso infarto miocardico acuto (IMA) in iperteso; l'interessato è considerato invalido nella misura del 67% (doc. 10);
- un certificato medico del 14 dicembre 1998, giusta il quale il paziente è affetto segnatamente da ipertensione arteriosa resistente ai comuni trattamenti dietetici ed igienici, unitamente ai referti di esami cardiaci del 12 dicembre 1998 (doc. 17);
- un referto di esami ematici e delle urine del 19 marzo 1999 (doc. 18 e 18.1);
- un referto di esami ematici del 2 agosto 1999 (doc. 19);
- un referto di visita cardiologica del 10 gennaio 2000, attestante cardiopatia ischemica in trattamento; nello stesso, è stato segnalato che l'interessato presenta un buon compenso clinico (doc. 20);
- un rapporto di esame da sforzo del 9 giugno 2003, nel quale è indicato che il test è negativo per ischemia miocardica (doc. 22);
- un referto di esame cardiografico del 9 giugno 2003, da cui risulta la diagnosi segnatamente di cardiopatia ipertensiva (doc. 23);
- un referto di esame cardiaco del 10 giugno 2003 (doc. 21);
- la perizia medica particolareggiata E 213 della previdenza sociale italiana effettuata il 14 marzo 2005, attestante cardiopatia ischemico-ipertensiva post-infartuale in buon compenso e periartrite scapolo-omerale destra a lieve impegno funzionale; le condizioni di salute dell'interessato sono state definite come stazionarie e lo stesso è stato ritenuto in grado di svolgere sia la sua precedente professione sia lavori sostitutivi leggeri adeguati al suo stato di salute, ma solo nella misura di 3-4 ore al giorno. È stato segnalato che l'assicurato è considerato invalido al 67% conformemente alle disposizioni di

legge del Paese di residenza sia nella sua precedente attività sia in un'attività sostitutiva adeguata alle sue condizioni (lavoro senza ritmi particolarmente stressanti e che tenga conto delle seguenti controindicazioni: umidità e freddo) (doc. 24);

- un referto di visita cardiologica del 19 aprile 2005, in cui è posta la diagnosi di cardiopatia ischemico-ipertensiva post-infartuale in buon compenso emodinamico (doc. 25);
- un referto di esame ecocardiografico del 26 aprile 2005, attestante segnatamente cardiopatia ipertensiva post-infartuale con funzione sistolica ventricolare sinistra conservata (doc. 26);
- un referto di esame da sforzo del 5 maggio 2005, nel quale è segnalato "test dubbio-positivo per ischemia miocardica da sforzo ad alto carico" (doc. 27);
- il questionario per l'assicurato del 5 dicembre 2005 (doc. 8);
- il questionario per indipendenti del 5 dicembre 2005 (doc. 9), unitamente all'attestazione della Camera di commercio, industria, artigianato, agricoltura di C._____ del 1° dicembre 2005, secondo cui l'impresa individuale dell'interessato è stata cancellata dall'albo delle imprese artigiane a seguito di cessazione dell'attività il 31 dicembre 2003 (doc. 9-1) ed ai formulari per la dichiarazione dei redditi per gli anni 2000, 2001, 2002 e 2003 (doc. 9-2 a 9-6).

C.

Nel suo rapporto del 28 febbraio 2006, il dott. D._____, del Servizio medico regionale (SMR) Rhône, ha esposto la diagnosi principale di cardiopatia coronarica con stato dopo infarto del miocardio laterale (agosto 1998). Ha pure evidenziato la diagnosi secondaria, con ripercussioni sulla capacità lavorativa, di periartrite scapolo omerale destra. Ha altresì considerato la paralisi facciale sinistra (1981) e l'ipertensione (in trattamento farmacologico) siccome senza ripercussioni sulla capacità lavorativa. Il medico ha in particolare rilevato che l'assicurato soffre di una cardiopatia in cura nonché di una periartrite (scapolo omerale), con dolori alla pressione e al movimento di elevazione ed abduzione (dell'articolazione), ma senza perdita di forza, ciò che gli consentirebbe ancora d'esercitare un'attività leggera adeguata (con pause regolari), fra cui, quella precedente di

parrucchiere. Il dott. D._____ ha quindi concluso che, date le premesse, l'interessato presenta un'incapacità al lavoro del 20% a far tempo dal 5 maggio 2005 (data dell'elettrocardiogramma da sforzo positivo) sia nella sua precedente attività sia in un'attività sostitutiva leggera confacente al suo stato di salute (lavoro a tempo pieno, con pause, sollevamento di pesi non superiore ai 10 kg, al riparo da polvere, brutto tempo, umidità, freddo e stress e che non necessiti movimento su distanze conseguenti), quale ad esempio operaio non specializzato /manovale in un'azienda/fabbrica/stabilimento, sorvegliante di posteggio/museo, magazziniere, addetto a piccole consegne con veicolo, venditore presso un negozio/centro commerciale/chiosco/stazione di servizio, riparatore di piccoli apparecchi/articoli domestici, cassiere, venditore di biglietti (doc. 29 e 29.1).

D.

Il 13 marzo 2006, l'autorità inferiore ha respinto la domanda di prestazioni dell'assicurazione invalidità. Ha osservato che l'assicurato non ha subito né un'incapacità permanente di guadagno né un'incapacità al lavoro media sufficiente per un anno, ai sensi delle disposizioni dell'assicurazione svizzera per l'invalidità. In particolare, ha precisato che l'esercizio di un'attività lucrativa è da considerare esigibile in misura sufficiente per escludere il diritto ad una rendita (doc. 30).

E.

Il 18 marzo 2006, l'interessato ha formulato opposizione contro il menzionato provvedimento dell'UAIE. Ha postulato il riconoscimento del suo diritto ad una rendita intera e segnalato che le patologie di cui è affetto non gli consentono di svolgere alcuna attività lucrativa, neppure una confacente al suo stato di salute (doc. 32). Ha esibito un certificato medico del 13 aprile 2006 del dott. E._____ (doc. 33).

F.

Nel suo rapporto del 12 giugno 2007, il dott. D._____ ha rilevato che il certificato medico dell'aprile 2006 del dott. E._____ si limita ad esporre le note diagnosi, senza peraltro presentare nuovi riscontri d'esami clinici e senza pronunciarsi riguardo ad una specifica inabilità lavorativa. Non vi sarebbe pertanto motivo di scostarsi dalla precedente presa di posizione del febbraio 2002 (recte: 2006; doc. 35).

G.

Nella decisione su opposizione del 19 giugno 2007, dopo avere

elencato le disposizioni di legge a suo giudizio applicabili al caso di specie, l'UAIE ha rilevato che l'incapacità al lavoro è stata determinata dal proprio servizio medico dopo un esame dei documenti medici forniti in procedura d'opposizione. Sono state confermate le precedenti prese di posizione, da cui risulta che lo stato di salute dell'assicurato è tale da provocare a partire dal 5 maggio 2005 un'incapacità al lavoro del 20% sia nella precedente attività lavorativa di parrucchiere indipendente sia in altre attività lucrative (leggere). Secondo le citate disposizioni di legge, tale incapacità lavorativa non giustifica l'erogazione di una rendita svizzera per l'invalidità. L'autorità inferiore ha quindi respinto l'opposizione dell'interessato – non senza precisare che secondo il diritto svizzero gli incombe l'obbligo di diminuire nel limite del possibile le conseguenze sulla perdita di guadagno del danno alla salute – e confermato la propria decisione del 9 (recte: 13) marzo 2006 (doc. 35).

H.

Il 7 agosto 2007, l'interessato ha interposto ricorso dinanzi al Tribunale amministrativo federale contro la decisione su opposizione dell'UAIE del 19 giugno 2007 mediante il quale ha chiesto, sostanzialmente, il riconoscimento del suo diritto ad una rendita intera d'invalidità a far tempo da febbraio del 2005 (data della richiesta volta all'ottenimento di una rendita). Si è doluto di un'insufficiente motivazione della decisione impugnata. Ha fatto valere che il provvedimento impugnato non indica quale parametro è stato addotto per determinare la riduzione della capacità di guadagno rispettivamente la percentuale di riduzione ritenuta. Non gli è quindi stato consentito di farsi una chiara idea della portata della decisione che lo riguardava per poterla, se del caso, impugnare. A tal fine, ogni atto deve menzionare, anche se sommariamente, le considerazioni che ne hanno determinato il convincimento. L'insorgente ha poi ribadito che le patologie di cui è affetto (segnatamente cardiopatia ischemica con pregresso IMA, cervico-dorso-lombalgia, epicondilite gomiti bilaterale, gonalgie bilaterali, artralgie piedi bilaterali, artralgie scapolomeroale destra, artralgie polso destro e sindrome ansioso-depressiva reattiva) non gli consentono di svolgere alcuna attività lucrativa (doc. TAF 1).

I.

Nella risposta al ricorso del 13 dicembre 2007, l'autorità inferiore ha proposto la reiezione del ricorso. In virtù dei rapporti del febbraio 2006 e del giugno 2007 del medico del SMR, il quale, a sua volta, si è

basato sulla perizia medica particolareggiata E 213 del 14 marzo 2005 (doc. 24) nonché sulla documentazione medica agli atti (documentazione da considerare sufficiente al fine di una valutazione del caso), risulta che l'insorgente è affetto da cardiopatia ischemico-ipertensiva post-infartuale in buon compenso e da periartrite scapolo-omerale destra a lieve impegno funzionale. Secondo i citati rapporti del medico SMR, l'assicurato presenta un'incapacità del 20% sia nella precedente attività di parrucchiere sia in un'attività sostitutiva adeguata alle sue condizioni a decorrere dal 5 maggio 2005 (data dell'esame da sforzo positivo). Il grado d'invalidità corrisponde pertanto all'incapacità lavorativa (20%). Per conseguenza, l'interessato non ha mai subito un'incapacità al lavoro di livello pensionabile. Peraltro, il medico che ha effettuato la perizia particolareggiata E 213 ha ritenuto che l'assicurato è in grado di svolgere regolari lavori leggeri, al riparo dal freddo e dall'umidità e senza ritmi particolarmente stressanti. L'autorità inferiore ha altresì precisato che ogni assicurato deve intraprendere tutto quanto sia esigibile per ovviare alle conseguenze della sua invalidità, segnatamente mettendo a frutto la sua residua capacità lavorativa se necessario in una nuova professione. Infine, ha sottolineato che il ricorrente non ha allegato alcun fatto nuovo e neppure ha esibito nuova documentazione medica suscettibile di giustificare un diverso apprezzamento (doc. TAF 8).

J.

Con decisione incidentale dell'8 gennaio 2008 (notificata il 18 gennaio 2008; doc. TAF 9 [avviso di ricevimento]), il Tribunale amministrativo federale ha concesso al ricorrente la facoltà di pronunciarsi in merito alla risposta al ricorso presentata dall'autorità inferiore (doc. TAF 9), facoltà di cui l'insorgente non ha fatto uso.

K.

Con decisione incidentale del 27 febbraio 2008 (notificata il 7 marzo 2008; doc. TAF 12 [avviso di ricevimento]), questo Tribunale ha invitato il ricorrente a versare, nel termine di 30 giorni dalla notificazione della decisione incidentale medesima, un anticipo di fr. 300.-- a copertura delle presumibili spese processuali. L'anticipo è stato versato il 3 aprile 2008 (doc. TAF 11 a 13).

Diritto:**1.**

1.1 Il Tribunale amministrativo federale esamina d'ufficio e con piena cognizione la sua competenza (art. 31 e segg. della legge del 17 giugno 2005 sul Tribunale amministrativo federale [LTAF, RS 173.32]), rispettivamente l'ammissibilità dei gravami che gli vengono sottoposti (DTF 133 I 185 consid. 2 e relativi riferimenti).

1.2 Riservate le eccezioni – non realizzate nel caso di specie – di cui all'art. 32 LTAF, questo Tribunale giudica, in virtù dell'art. 31 LTAF in combinazione con l'art. 33 lett. d LTAF e l'art. 69 cpv. 1 lett. b della legge federale del 19 giugno 1959 sull'assicurazione per l'invalidità (LAI, RS 831.20), i ricorsi contro le decisioni, ai sensi dell'art. 5 della legge federale del 20 dicembre 1968 sulla procedura amministrativa (PA, RS 172.021), rese dall'Ufficio AI per le persone residenti all'estero.

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

1.4 Presentato da una parte direttamente toccata dalla decisione e avente un interesse degno di protezione al suo annullamento o alla sua modifica (art. 59 LPGA), il ricorso – interposto tempestivamente e rispettoso dei requisiti previsti dalla legge (art. 60 LPGA nonché art. 52 PA) – è pertanto ammissibile.

2.

2.1 Il 1° giugno 2002 sono entrati in vigore l'Accordo tra la Confederazione svizzera e la Comunità europea ed i suoi Stati membri sulla libera circolazione delle persone del 21 giugno 1999 (ALC, RS 0.142.112.681) ed il relativo 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), che si applica a tutte le rendite il cui diritto sorge a far data dal 1° giugno 2002 o successivamente e si sostituisce a qualsiasi convenzione di sicurezza sociale che vincoli due o più Stati (art. 6 Regolamento), come pure il 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). L'art. 3 del regolamento (CEE) n° 1408/71 sancisce il principio della parità di trattamento tra cittadini che risiedono in uno Stato membro della Comunità europea ed i cittadini svizzeri.

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.

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.

2.4 Per costante giurisprudenza, l'ottenimento di una pensione straniera d'invalidità non pregiudica l'apprezzamento di un'invalidità secondo il diritto svizzero (v. sentenza del Tribunale federale I 435/02 del 4 febbraio 2003 consid. 2). Anche in seguito all'entrata in vigore dell'ALC, il grado d'invalidità di un assicurato che pretende una rendita dell'assicurazione svizzera è determinato esclusivamente secondo il diritto svizzero (DTF 130 V 253 consid. 2.4).

3.

3.1 Secondo l'art. 2 LPGA, le disposizioni della legge stessa sono applicabili alle assicurazioni sociali disciplinate dalla legislazione

federale, se e per quanto le singole leggi sulle assicurazioni sociali lo prevedano.

3.2 L'esame del diritto a prestazioni secondo la LAI è retto dal tenore della LAI al momento della decisione impugnata in virtù del principio secondo il quale sono determinanti le norme materiali in vigore al momento della realizzazione dello stato di fatto giuridicamente determinante (DTF 130 V 445 consid. 1.2 e relativi riferimenti). Le disposizioni della 5a revisione della LAI, in vigore dal 1° gennaio 2008, non sono pertanto applicabili nel caso concreto e di seguito è fatto riferimento alle disposizioni in vigore fino al 31 dicembre 2007.

3.3 Il ricorrente ha presentato la richiesta di rendita il 18 febbraio 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 l'inizio del diritto, le prestazioni sono assegnate soltanto per i 12 mesi precedenti la richiesta. In concreto, questo Tribunale può limitarsi ad esaminare se il ricorrente avesse diritto ad una rendita il 18 febbraio 2004 (ossia 12 mesi precedenti la presentazione della domanda), oppure se un diritto alla rendita sia sorto tra tale data e il 19 giugno 2007, data della decisione impugnata. Il giudice delle assicurazioni sociali esamina la decisione impugnata sulla base della situazione di fatto esistente al momento in cui essa è stata resa. Tiene conto dei fatti verificatisi dopo tale data quando essi possano imporsi quali elementi d'accertamento retrospettivo della situazione anteriore alla decisione stessa (DTF 129 V 1 consid. 1.2 e DTF 121 V 362 consid. 1b).

4.

Il ricorrente contesta la decisione dell'UAIE, oltre che per ragioni di merito, anche per motivi formali. Egli lamenta una violazione del suo diritto d'essere sentito per difetto di motivazione della decisione impugnata.

4.1 L'obbligo della motivazione (art. 35 PA) è formalità essenziale e se, da un lato, rappresenta un limite intrinseco alla libertà di convincimento, costringendo l'autorità giudicante a rendere ragione della razionalità del percorso seguito per giungere alla decisione, dall'altro si configura quale premessa logica imprescindibile per l'esercizio del successivo controllo sulle linee di formazione di quel convincimento. Per conseguenza, attraverso doverosi passaggi argomentativi imperniati sull'indicazione delle risultanze probatorie legittimamente acquisite nonché sull'indicazione dei criteri di

valutazione impiegati, l'autorità giudicante dovrà in concreto ricostruire, anzitutto per la propria consapevolezza, il percorso logico-conoscitivo che l'ha condotta ad apprezzare in un certo modo le prove disponibili e a trarne determinate conclusioni. Pertanto, essa ha l'obbligo d'esplicitare, nel modo più rigoroso e completo, la motivazione posta a fondamento della decisione adottata, ancorando così il principio del libero convincimento all'esigenza d'indicazione specifica dei risultati acquisiti e dei criteri adottati, allo scopo d'evitare che detto principio venga attuato per un uso arbitrario. Invero, nella motivazione della decisione, l'autorità non è tenuta a compiere un'analisi approfondita di tutte le deduzioni delle parti e a prendere in esame dettagliatamente tutte le risultanze processuali, essendo sufficiente che, anche attraverso una valutazione globale di quelle deduzioni e risultanze, spieghi, in modo logico ed adeguato, le ragioni che hanno determinato il suo convincimento, dimostrando d'aver tenuto presente ogni fatto decisivo (DTF 129 I 232 consid. 3.2; sentenza del Tribunale amministrativo federale D-3322/2006 del 3 aprile 2008 consid. 6.1). Peraltro, l'esigenza della motivazione aumenta allorquando l'applicazione della legge implica l'esercizio del potere di apprezzamento o l'interpretazione di una norma giuridica indeterminata (DTF 134 I 83 consid. 4.1, DTF 129 I 232 consid. 3.3 e relativi riferimenti nonché sentenza del Tribunale federale 2C_105/2009 del 18 settembre 2009 consid. 5.1). Se questi precetti vengono disattesi, il vizio formale comporta di norma l'annullamento della decisione, senza che il ricorrente debba dimostrare un interesse, in altri termini indipendentemente dalle possibilità di successo del ricorrente nel merito (DTF 118 Ia 17 consid. 1a, DTF 117 Ia 7 consid. 1a e DTF 115 Ia 10 consid. 2a). Tuttavia, un vizio nella motivazione della decisione può essere sanato in procedura di ricorso nella misura in cui il ricorrente abbia avuto il diritto di replicare e di rispondere – dinanzi ad un'autorità di ricorso che gode di piena cognizione – alle ragioni infine addotte dall'autorità inferiore nella risposta al ricorso (cf. sentenza del Tribunale federale nel caso 1P.265/2006 del 15 giugno 2006 e relativi riferimenti).

4.2 Nel gravame il ricorrente rimprovera all'autorità inferiore di non avere indicato il parametro che è stato ritenuto per calcolare la perdita di guadagno né la percentuale di riduzione, ciò che gli ha impedito di verificare la correttezza della decisione adottata e d'impugnare la decisione litigiosa con criteri adeguati. La censura non appare del tutto priva di fondamento, ove solo si rilevi che al

ricorrente, anteriormente alla pronuncia della decisione su opposizione qui impugnata, non sono state trasmesse le prese di posizione del servizio medico dell'UAIE, benché quest'ultime fossero decisive per la determinazione dell'incapacità lavorativa dell'insorgente nell'esercizio della precedente attività di parrucchiere, e i motivi determinanti delle stesse non siano stati riportati che in modo molto sommario nella decisione su opposizione (ma pure nella decisione dell'UAIE del 13 marzo 2006). Sennonché, nella risposta al ricorso del 13 dicembre 2007 – trasmessa all'insorgente mediante il provvedimento di questo Tribunale dell'8 gennaio 2008 (cfr. doc. TAF 9) – l'UAIE ha comunque provveduto a precisare la motivazione alla base della propria decisione su opposizione, in particolare sul fatto che allorquando una persona può continuare ad esercitare la sua precedente attività lavorativa, la perdita di guadagno corrisponde al tasso d'incapacità lavorativa (quindi senza possibilità d'operare una riduzione ai sensi della giurisprudenza di cui a DTF 126 V 75). Peraltro, al ricorrente è stata data facoltà in sede di ricorso – dinanzi ad un'autorità, il Tribunale amministrativo federale, che gode di piena cognizione – di pronunciarsi in merito alle ragioni aggiuntive presentate dall'autorità inferiore nella risposta al ricorso. Tuttavia, il ricorrente non ha fatto uso della facoltà concessagli, con la conseguenza che un eventuale vizio della motivazione sarebbe comunque da considerarsi sanato. In siffatte circostanze, il richiesto annullamento della decisione impugnata costituirebbe una vana formalità.

5.

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

- essere invalido ai sensi della LPGA e della LAI (art. 8 LPGA nonché art. 4, 28 e 29 cpv. 1 LAI);
- aver pagato i contributi durante un anno intero (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. Rimane ora da esaminare se sia invalido ai sensi di legge.

6.

6.1 L'invalidità ai sensi della LPGGA e della LAI è l'incapacità al guadagno totale o parziale presumibilmente permanente o di lunga durata che può essere conseguente ad infermità congenita, malattia o infortunio (art. 8 LPGGA e 4 cpv. 1 LAI). Secondo l'art. 7 LPGGA, è considerata incapacità al guadagno la 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. 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).

6.2 Giusta l'art. 28 cpv. 1 LAI, in vigore dal 1° gennaio 2004, l'assicurato ha diritto ad un quarto di rendita se è invalido per almeno il 40%, ad una mezza rendita se è invalido per almeno la metà, a tre quarti di rendita se è invalido per almeno il 60% e ad una rendita intera se è invalido per almeno il 70%. In seguito all'entrata in vigore dell'Accordo sulla libera circolazione, la limitazione prevista dall'art. 28 cpv. 1^{ter} LAI, secondo cui le rendite per un grado d'invalidità inferiore al 50%, ma pari almeno al 40%, sono versate solo ad assicurati che sono domiciliati e dimorano abitualmente in Svizzera (art. 13 LPGGA), non è più applicabile segnatamente quando l'assicurato è cittadino dell'UE o svizzero e risiede nell'UE (DTF 132 V 423 consid. 6.4.1 e sentenza del Tribunale federale I 702/03 del 28 maggio 2004 consid. 1 e relativi riferimenti).

6.3 Il diritto alla rendita, secondo l'art. 29 cpv. 1 LAI, nasce, il più presto, nel momento in cui l'assicurato presenta un'incapacità permanente al guadagno pari almeno al 40% (lettera a), oppure quando egli è stato per un anno senza notevoli interruzioni, incapace al lavoro per almeno il 40% in media (lettera b). La lettera a della citata norma si applica allorché lo stato di salute dell'assicurato si è stabilizzato ed è essenzialmente irreversibile e suscettibile di pregiudicare la capacità di guadagno probabilmente in modo permanente, in una misura giustificante il riconoscimento di una rendita (sentenza del Tribunale federale I 146/02 del 5 agosto 2002). La lettera b se lo stato di salute è labile, vale a dire suscettibile di

evolvere verso un miglioramento od un peggioramento (DTF 111 V 21 consid. 2). Un danno alla salute tipicamente labile può essere reputato relativamente stabilizzato soltanto se la sua natura si è modificata a tal punto che si possa ammettere non essere verosimilmente suscettibile di subire modifiche di rilievo in un futuro presagibile (sentenza del Tribunale federale I 282/01 del 4 ottobre 2001; DTF 119 V 98 consid. 4a).

6.4 Un'incapacità al lavoro del 20% deve essere presa in considerazione per il calcolo dell'incapacità al lavoro media giusta l'art. 29 cpv. 1 lett. b LAI (cfr. nota marginale 2020 della Circolare sull'invalidità e la grande invalidità nel suo tenore applicabile fino al 31 dicembre 2007; *Jurisprudence et pratique administrative des autorités d'exécution de l'AVS/AI [Pratique VSI] 1998 p. 126 consid. 3c*).

7.

7.1

7.1.1 La nozione d'invalidità di cui all'art. 4 LAI e 8 LPGA è di carattere economico-giuridico e non medico (DTF 116 V 246 consid. 1b, DTF 110 V 273 e DTF 105 V 205). In base all'art. 16 LPGA, 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; metodo generale del raffronto dei redditi). Se non è possibile determinare o stimare in maniera attendibile i due redditi di cui si tratta, si deve procedere, ispirandosi al metodo specifico applicabile alle persone non esercitanti un'attività lucrativa (art. 27 dell'ordinanza del 17 gennaio 1961 sull'assicurazione per l'invalidità [OAI; RS 831.201]), al confronto delle attività e valutare il grado d'invalidità ritenendo l'incidenza della diminuita capacità di rendimento sulla situazione economica concreta (metodo straordinario di graduazione; v. sentenza del Tribunale federale I 782/03 del 24 maggio 2006 consid. 2.3, DTF 128 V 29 e DTF 104 V 135). Peraltro, l'invalidità degli assicurati che esercitano solo parzialmente un'attività lucrativa e per il resto sono dediti allo svolgimento delle proprie mansioni va computata secondo il metodo

ordinario del raffronto dei redditi (art. 16 LPGGA) per la parte di attività lucrativa, mentre in merito all'impedimento a svolgere le mansioni consuete l'invalidità deve essere valutata sulla base di un confronto delle attività – da attuare mediante un'inchiesta domiciliare (DTF 130 V 97) – conformemente all'art. 27 OAI. In tal caso occorre determinare la parte rispettiva dell'attività lucrativa e quella del compimento degli altri lavori abituali e calcolare il grado d'invalidità globale in funzione dell'impedimento nei due ambiti in questione (metodo misto; cfr. DTF 125 V 148 consid. 2; sentenze del Tribunale federale 9C_35/2007 del 4 aprile 2008 consid. 2, I 503/04 del 13 settembre 2006 consid. 2, nonché in particolare I 382/04 del 18 ottobre 2005 consid. 2 e I 540/02 del 12 maggio 2004 consid. 2).

7.1.2 Secondo giurisprudenza, il metodo straordinario è applicabile solo eccezionalmente e anche solo se uno dei redditi determinanti per il raffronto non può essere accertato o stimato in maniera affidabile (sentenza del Tribunale federale I 224/01 del 22 ottobre 2001 consid. 2b). Inoltre, conformemente ad un principio generale applicabile anche nel diritto delle assicurazioni sociali, all'assicurato incombe l'obbligo di ridurre il danno (DTF 123 V 230 consid. 3c e sentenza del Tribunale federale 8C_103/2008 del 7 gennaio 2009 consid. 5). In virtù di tale obbligo, l'assicurato deve intraprendere tutto quanto è ragionevolmente esigibile per ovviare nel miglior modo possibile alle conseguenze della sua "invalidità", segnatamente mettendo a profitto la sua residua capacità lavorativa, se necessario, in una nuova professione (DTF 113 V 22 consid. 4a e sentenza del Tribunale federale 9C_227/2008 del 22 marzo 2009). Non è quindi dato alcun diritto ad una rendita se la persona interessata dovesse essere in grado di percepire un reddito tale da escluderne l'erogazione (DTF 113 V 22 consid. 4a). Dalla persona assicurata possono tuttavia essere pretesi unicamente provvedimenti esigibili che tengano conto delle circostanze oggettive e soggettive del caso concreto, quali la sua capacità lavorativa residua, le sue ulteriori circostanze personali, l'età, la situazione professionale, i legami presso il luogo di domicilio, il mercato del lavoro equilibrato e la presumibile durata dell'attività lavorativa (DTF 113 V 22 consid. 4a; cfr. pure VSI 2001 pag. 279 consid. 5a/aa e 5a/bb). Se ciò si avvera, l'esigibilità di un cambiamento di professione va ammessa e anche il libero professionista può essere trattato, ai fini della valutazione del suo reddito da invalido, come se avesse rinunciato alla propria attività indipendente (sentenza del Tribunale federale I 224/01 del 22 ottobre 2001 consid. 3b/bb). In tal caso per stabilire l'invalidità vengono

computate quelle entrate che egli potrebbe percepire tramite un'attività lavorativa dipendente adeguata al danno alla salute (sentenza del Tribunale federale I 543/03 del 27 agosto 2004 consid. 4.2 e 4.3).

7.2 L'assicurazione svizzera per l'invalidità risarcisce pertanto, e di principio, 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. L'invalidità dell'assicurato che non esercita un'attività lucrativa, ma svolge le mansioni consuete e dal quale non si può ragionevolmente esigere che intraprenda un'attività lucrativa, è determinata, in deroga all'art. 16 LPG, in funzione dell'incapacità di svolgere le mansioni consuete (art. 28 cpv. 2^{bis} LAI; metodo specifico). L'art. 27 OAI precisa che per mansioni consuete di una persona senza attività lucrativa occupata nell'economia domestica s'intendono gli usuali lavori domestici, l'educazione dei figli nonché le attività artistiche e di pubblica utilità.

7.3 Benché l'invalidità sia una nozione economico-giuridica, le certificazioni mediche possono costituire importanti elementi per apprezzare il danno invalidante e per determinare quali lavori siano ancora ragionevolmente esigibili dall'assicurato (DTF 115 V 133 consid. 2 e DTF 114 V 310 consid. 3c).

8.

8.1 Giusta il principio inquisitorio che regge la procedura in materia di assicurazioni sociali (art. 43 LPG), l'amministrazione deve intraprendere d'ufficio i necessari accertamenti e raccogliere le informazioni di cui ha bisogno. In particolare, deve ordinare una perizia allorquando è necessario per la valutazione medica del caso (DTF 117 V 282 consid. 4a).

Se gli accertamenti svolti d'ufficio permettono all'amministrazione o al giudice, che si sono fondati su un apprezzamento diligente delle prove, di giungere alla convinzione che certi fatti presentino una verosimiglianza preponderante, e che ulteriori misure probatorie non potrebbero modificare questo apprezzamento, è superfluo assumere altre prove (apprezzamento anticipato delle prove; UELI KIESER, ATSG-Kommentar, 2a ed., Zurigo 2009, art. 42 n. 19 pag. 536; sentenza del Tribunale federale K 24/04 del 20 aprile 2005; DTF 122 II 464 consid. 4a). In tal caso, non sussiste una violazione del diritto costituzionale di

essere sentito secondo l'art. 29 cpv. 2 Cst. (Sozialversicherungsrecht [SVR] 2001 IV n. 10 pag. 28).

8.2 In virtù degli art. 12 e 13 PA e dell'art. 19 PA in relazione con l'art. 40 della legge federale di procedura civile del 4 dicembre 1947 (PCF, RS 273), il tribunale accerta, con la collaborazione delle parti, i fatti determinanti per la soluzione della controversia, assume le prove necessarie e le valuta liberamente.

9.

9.1 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. Affinché il giudizio medico acquisti valore di prova rilevante, esso deve essere completo in merito ai temi sollevati, deve fondarsi, in piena conoscenza della pregressa situazione valetudinaria (anamnesi), su esami approfonditi e tenere conto delle censure sollevate dal paziente, per poi giungere in maniera chiara a fondate, logiche e motivate deduzioni. Peraltro, per stabilire se un rapporto medico ha valore di prova non è determinante né la sua origine né la sua denominazione – ad esempio quale perizia o rapporto – ma il suo contenuto (DTF 125 V 351 consid. 3a).

9.2 In particolare, per quanto concerne le perizie giudiziarie la giurisprudenza ha stabilito che il giudice non si scosta senza motivi imperativi dal parere degli esperti, il cui compito è quello di mettere a disposizione del tribunale le loro conoscenze specifiche e di valutare, da un punto di vista medico, una certa fattispecie (sentenza del Tribunale federale U 505/06 del 17 dicembre 2007). Ragioni che possono indurre il giudice a non fondarsi su un tale referto sono ad esempio affermazioni contraddittorie, il contenuto di una superperizia, o altri rapporti da cui emergono validi motivi per farlo e, meglio, se l'opinione di altri esperti appare sufficientemente fondata da mettere in discussione le conclusioni peritali (sentenza del Tribunale federale I 166/03 del 30 giugno 2004 consid. 3.3).

9.3 Per quel che riguarda le perizie di parte, il Tribunale federale ha precisato che esse contengono considerazioni specialistiche che possono contribuire ad accertare i fatti, da un punto di vista medico. Malgrado esse abbiano lo stesso valore probatorio di una perizia

giudiziaria, il giudice deve valutare se questi referti medici sono atti a mettere in discussione la perizia giudiziaria oppure quella ordinata dall'amministrazione (DTF 125 V 351). Giova altresì rilevare come debba essere considerato con la necessaria prudenza l'avviso dei medici curanti, i quali possono tendere a pronunciarsi in favore del proprio paziente a dipendenza dei particolari legami che essi hanno con gli stessi (DTF 125 V 351 consid. 3b e relativi riferimenti).

9.4 Non va infine dimenticato che se vi sono dei rapporti medici contraddittori il giudice non può evadere la vertenza senza valutare l'intero materiale e indicare i motivi per cui egli si fonda su un rapporto piuttosto che su un altro. Al riguardo va tuttavia precisato che non si può pretendere dal giudice che raffronti i diversi pareri medici e parimenti esponga correttamente da un punto di vista medico, come farebbe un perito, i punti in cui si evidenziano delle carenze e quale sia l'opinione più adeguata (sentenza del Tribunale federale I 166/03 del 30 giugno 2004 consid. 3.3).

10.

Nel caso di specie, occorre rilevare che dalla documentazione medica agli atti emerge che il ricorrente soffre segnatamente di cardiopatia ischemico-ipertensiva post-infartuale in buon compenso, periartrite scapolo-omerale destra a lieve impegno funzionale nonché dolori poliarticolari (cfr. perizia particolareggiata E 213 del 14 marzo 2005 pag. 2 e 8). Si tratta di affezioni di carattere 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 di 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 di almeno il 40% durante un anno.

11.

11.1 Nella fattispecie in esame, occorre quindi determinare se il ricorrente ha subito nel periodo determinante (cfr. consid. 3.3 del presente giudizio), e senza interruzione notevole, un'incapacità lavorativa media di almeno il 40% durante un anno giusta l'art. 29 cpv. 1 lett. b LAI.

11.2 Dalle carte processuali emerge che, dopo il rimpatrio, il ricorrente ha ancora esercitato un'attività lucrativa. In particolare, ha lavorato quale parrucchiere in proprio, in ragione di 40 ore settimanali, dal 1978 all'agosto del 1998. In seguito, e nonostante le affezioni di cui soffre, ha continuato a svolgere tale attività, in ragione di 4 ore al giorno, fino al dicembre del 2003. Ha interrotto il lavoro il 31 dicembre 2003 a seguito di cessazione dell'attività (doc. 8 e 9).

11.3 Nei suoi rapporti del 28 febbraio 2006 e 12 giugno 2007, il dott. D._____, del SMR Rhône, ha esposto le diagnosi che a suo giudizio, conto tenuto della documentazione medica agli atti (in particolare della perizia particolareggiata E 213 del 14 marzo 2005), hanno una ripercussione sulla capacità lavorativa del ricorrente, ossia la cardiopatia coronarica con stato dopo infarto del miocardio laterale (agosto 1998) e la periartrite scapolo omerale destra. Ha in particolare osservato che l'affezione al cuore di cui soffre l'insorgente impedisce l'esercizio d'attività pesanti, ma non di quelle leggere. Inoltre, la periartrite (scapolo omerale), con dolori alla pressione e al movimento di elevazione ed abduzione (dell'articolazione), non ha comportato una perdita di forza, di modo che anche da questo profilo è ancora esigibile l'esercizio di un'attività leggera adeguata (con pause regolari), fra cui quella precedente di parrucchiere. Il dott. D._____ ha quindi concluso che, date le premesse, il ricorrente presenta un'incapacità al lavoro del 20% solo a far tempo dal 5 maggio 2005 (data dell'elettrocardiogramma da sforzo positivo) nella sua precedente attività (doc. 29 e 29.1 nonché doc. 35).

11.4 Certo, nella perizia medica particolareggiata E 213 del 14 marzo 2005 (doc. 24), l'insorgente è stato ritenuto capace di svolgere sia il suo precedente lavoro sia un lavoro sostitutivo leggero nella misura di sole 3-4 ore al giorno. Senonché, detta valutazione medica – diversa da quella convincente effettuata dal medico del SMR che ha concluso ad un'incapacità al lavoro del 20% nella precedente attività di parrucchiere in proprio – non è condivisibile, risultando difficilmente compatibile, se non addirittura incompatibile, con la diagnosi accertata (cardiopatia ischemico-ipertensiva in buon compenso e periartrite scapolo-omerale destra a lieve impegno funzionale). La stessa non è altresì corroborata da riscontri oggettivi né nella citata perizia né in altri documenti medici agli atti di causa (di data anteriore alla decisione impugnata del 19 giugno 2007), segnatamente da indicazioni precise, affidabili e oggettivabili sull'esistenza di problemi di

salute maggiori di quelli ritenuti dal medico del SMR e suscettibili d'incidere significativamente sulla capacità lavorativa del ricorrente nella precedente attività di parrucchiere in proprio. Il ricorrente ha invero sottolineato, con scritto del 18 aprile 2006 successivo alla decisione del 13 marzo 2006 dell'UAIE, ma pure in sede di ricorso, che le affezioni di cui soffre non gli consentono di esercitare un'attività lucrativa e giustificano un'invalidità del 100%. Tuttavia, non ha prodotto alcun documento medico oggettivo suscettibile di dimostrare la pretesa maggiore incidenza sul grado d'incapacità lavorativa ritenuta dall'UAIE (del 20%) dell'insieme delle affezioni indicate ed in particolare di quelle che il medico SMR non ha ritenuto di dovere includere in quelle aventi una ripercussione sulla capacità lavorativa. In particolare, occorre precisare che nella misura in cui il certificato medico del 13 aprile 2006 del dott. E._____ (doc. 33) si riferisce alle note diagnosi, segnatamente di cardiopatia ischemica con pregresso infarto miocardico acuto (IMA) nonché artralgie scapolomeroale destra, non apporta alcun (nuovo) elemento medico oggettivo con riferimento ad eventuali limitazioni funzionali specifiche aventi incidenza sulla capacità lavorativa del ricorrente. Laddove tale documento fa stato di nuove patologie – quali cervico-dorso-lombalgia, gonalgie bilaterali, artralgie piedi bilaterali, artralgie polso destro – queste non sono corroborate da riscontri medici oggettivi nella relazione medesima. Inoltre, tale documento non comporta alcuna indicazione in merito ad una specifica inabilità lavorativa e neppure al relativo grado. L'insorgente non ha altresì presentato in sede di ricorso argomenti o mezzi di prova suscettibili di far apparire la presente fattispecie in un'ottica diversa dal profilo della sua incapacità lavorativa. Ha certo preteso di soffrire di una nuova patologia – la sindrome ansioso depressiva reattiva – ma non ha prodotto alcun documento medico specialistico da cui risulti, da un lato, tale diagnosi e, dall'altro lato, l'incidenza della stessa sulla sua capacità lavorativa. In conclusione, secondo questo Tribunale, non vi è ragione di scostarsi dalle valutazioni del dott. D._____ (doc. 29 e 29.1 nonché doc. 35), che rispondono alle esigenze poste dalla giurisprudenza a perizie e referti medici aventi valore probatorio (v. considerando 9 del presente giudizio).

11.5 Non soccorre l'insorgente neppure il fatto che sia stato riconosciuto invalido ai sensi del diritto italiano (v. doc. 10, segnatamente la copia del verbale della Commissione di prima istanza per l'accertamento degli stati di invalidità civile di B._____ del 13

dicembre 1999). Giova in effetti rammentare che la valutazione di un'autorità straniera con riferimento all'incapacità lavorativa di un assicurato non vincola di principio le autorità svizzere nell'apprezzamento del caso secondo il diritto svizzero (v. sentenza del Tribunale federale I 435/02 del 4 febbraio 2003 consid. 2).

11.6 Va inoltre ricordato che, per costante giurisprudenza, ogni assicurato deve intraprendere tutto quanto sia ragionevolmente esigibile per ovviare nel modo migliore possibile alle conseguenze della sua invalidità, segnatamente mettendo a profitto la sua residua capacità lavorativa se necessario in una nuova professione (sentenza del Tribunale federale I 543/03 del 27 agosto 2004; DTF 130 V 97 consid. 3.2 e DTF 113 V 22 consid. 4a).

11.7 Giova infine rilevare, che allorquando, come nel caso di specie, il ricorrente presenta ancora una residua capacità lavorativa dell'80% nella sua precedente attività di parrucchiere in proprio, il grado d'invalidità corrisponde all'incapacità lavorativa ("Prozent-Vergleich"). In tale caso, la determinazione del grado d'invalidità non presuppone né la presa in considerazione dell'età del ricorrente né del mercato equilibrato del lavoro né un raffronto dei redditi ipotetici (cfr. sentenze del Tribunale federale 9C_612/2007 e 9C_947/2008 del 29 maggio 2009).

12.

In conclusione, sulla scorta della documentazione medica agli atti di causa e delle considerazioni che precedono, questo Tribunale condivide la valutazione dell'autorità inferiore secondo la quale il ricorrente presenta una residua capacità lavorativa dell'80% nella sua precedente attività di parrucchiere in proprio a far tempo dal 5 maggio 2005.

13.

Da quanto esposto, consegue che il ricorso, destituito di fondamento, non merita tutela e la decisione impugnata va confermata.

14.

14.1 Visto l'esito della procedura, le spese processuali, di fr. 300.--, sono poste a carico del ricorrente (art. 63 cpv. 1 e cpv. 5 PA nonché art. 3 lett. b del regolamento sulle tasse e sulle spese ripetibili nelle cause dinanzi al Tribunale amministrativo federale del 21 febbraio

2008 [TS-TAF, RS 173.320.2]). Esse sono computate con l'anticipo spese, di identico ammontare, versato dal ricorrente stesso il 3 aprile 2008.

14.2 Al ricorrente, soccombente, non spetta altresì alcuna indennità per spese ripetibili della sede federale (art. 64 PA in combinazione con l'art. 7 cpv. 1 e 2 TS-TAF a contrario). Peraltro, le autorità federali, quand'anche vincenti, non hanno di principio diritto ad un'indennità a titolo di ripetibili (art. 7 cpv. 3 TS-TAF), salvo eccezioni non ravvisabili nel caso concreto (v., fra l'altro, DTF 127 V 205).

(dispositivo alla pagina seguente)

Per questi motivi, il Tribunale amministrativo federale pronuncia:

1.

Il ricorso è respinto.

2.

Le spese processuali, di fr. 300.--, sono poste a carico del ricorrente. L'anticipo spese di fr. 300.--, versato il 3 aprile 2008, è computato con le spese processuali.

3.

Non si attribuiscono spese ripetibili.

4.

Comunicazione a:

- rappresentante del ricorrente (Raccomandata con avviso di ricevimento)
- autorità inferiore (n. di rif.)
- Ufficio federale delle assicurazioni sociali

Il presidente del collegio:

La cancelliera:

Vito Valenti

Marcella Lurà

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: