



Corte III
C-863/2008
{T 0/2}

Sentenza del 30 marzo 2009

Composizione

Giudici: Francesco Parrino (presidente del collegio),
Michael Peterli, Elena Avenati-Carpani;
Cancelliere: Dario Croci Torti

Parti

A. _____,
patrocinato dall'avvocato Giacomo Lisi,
Via Stampacchia 21, IT-73100 Lecce,
ricorrente,

contro

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

Oggetto

Assicurazione-invalidità (decisione del 7 dicembre 2007)

Fatti:**A.**

A._____, cittadino italiano, nato il _____, ha lavorato in Svizzera dal 1972 al 1995, solvendo regolari contributi all'assicurazione svizzera per la vecchiaia, i superstiti e l'invalidità (AVS/AI) durante tale periodo (doc. 6). Dopo il rimpatrio ha continuato a svolgere un'attività lucrativa dal 2002 come gestore di una pizzeria e bar fino al 25 giugno 2007, lavoro già ridotto nel corso del 2004/2005, per problemi di salute, dalle precedenti 10-12 ore giornaliere a 4 ore (doc. 10).

In data 28 settembre 2006, A._____ ha formulato una richiesta volta al conseguimento di una rendita dell'assicurazione svizzera per l'invalidità (doc. 1, 4).

B.

Il richiedente è stato visitato il 20 novembre 2006 presso i servizi medici dell'Istituto nazionale della previdenza sociale (INPS) di Lecce, ove il sanitario incaricato ha evidenziato la diagnosi di *“insufficienza renale cronica di grado marcato, ipertensione arteriosa severa con cardiopatia e retinopatia ipertensiva”* ed ha posto un tasso d'invalidità dell'80% (doc. 22). Sono stati esibiti documenti oggettivi, quali:

- una cartella clinica relativa alla degenza dal 30 settembre 2005 per ernia inguinale destra operata (doc. 14); il paziente è poi stato trasferito in nefrologia;
- la cartella clinica concernente la degenza dal 3 all'11 ottobre 2005 per cardiomiopatia ipertensiva ad evoluzione dilatativa con compromissione lieve-media della funzione sistolica globale, ipertensione polmonare secondaria, insufficienza renale cronica (doc. 15);
- una terza cartella clinica (continuazione delle precedente degenza) per il ricovero fino al 27 ottobre 2005 per insufficienza renale cronica di grado marcato, ipertensione arteriosa severa, cardiopatia ipertensiva, retinopatia ipertensiva (doc. 16);
- brevi rapporti di visite di controllo del 30 novembre 2005 e 2 febbraio 2006 (doc. 17, 18);

- un breve rapporto di visita nefrologica del 20 giugno 2006 (doc. 19, 20) ed altri del 14 novembre 2006 (doc. 21) e del 1° febbraio 2007 (doc. 23);
- una relazione di visita nefrologica del 20 marzo 2007 (doc. 24);
- un verbale di pronto soccorso del 2 giugno 2007 per precordialgie e ricovero fino al 7 giugno 2007 per cardiopatia ipertensiva, insufficienza renale cronica, ipercolesterolemia (doc. 25).

C.

Nel suo rapporto del 21 settembre 2007, il Dott. Ribordy, medico dell'Ufficio dell'assicurazione per l'invalidità per gli assicurati residenti all'estero (UAIE), dopo aver ripreso la diagnosi sopra riferita ed analizzato il caso sotto il profilo delle malattie di lunga durata, ha affermato che il richiedente non avrebbe mai subito un'incapacità di lavoro di livello pensionabile nella sua precedente attività (doc. 27).

L'amministrazione ha aderito al parere del proprio medico consulente ed un progetto di decisione comportante il diniego di prestazioni è stato inviato all'interessato il 28 settembre 2007 (doc. 28). L'interpellato non ha preso posizione in merito, per cui, mediante decisione del 7 dicembre 2007, l'UAIE ha respinto la richiesta di rendita (doc. 29).

D.

Con il ricorso depositato il 7 febbraio 2008, A._____, regolarmente rappresentato dall'avv. Giacomo Lisi di Lecce, chiede, sostanzialmente, l'annullamento del summenzionato provvedimento amministrativo e, di conseguenza, il riconoscimento del suo diritto a prestazioni assicurative. A suffragio delle sue conclusioni produce i risultati di una scintigrafia renale sequenziale del 19 dicembre 2007 (capacità di filtrazione glomerulare ridotta).

Ricevuto il ricorso, l'UAIE ha sottoposto gli atti al Dott. Lehmann, il quale, nella sua relazione del 22 maggio 2008, ha affermato che le patologie in atto nel ricorrente non sono di gravità tale da giustificare un'incapacità al lavoro di livello pensionabile.

Nelle sue osservazioni ricorsuali del 10 giugno 2008, l'UAIE propone la reiezione dell'impugnativa con argomenti di cui, per quanto necessario, si riferirà nei considerandi in diritto del presente giudizio.

Dopo aver preso atto delle osservazioni dell'amministrazione e di altra documentazione di rilievo, l'avv. Lisi, con scritto del 18 luglio 2008, ha ribadito l'intenzione del proprio assistito di mantenere il ricorso facendo presente che A._____ ha cessato la propria attività lucrativa formalmente il 25 giugno 2007, dopo più di tre anni di capacità al lavoro notevolmente ridotta a causa dei noti problemi ipertensivi e renali.

Con ordinanza del 25 luglio 2008, il Tribunale amministrativo federale (TAF) ha invitato la parte ricorrente a voler versare un anticipo corrispondente alle presunte spese processuali. L'anticipo richiesto (Fr. 300.-) è stato regolarmente versato il 4 agosto 2008.

Diritto:

1.

Riservate le eccezioni di cui all'art. 32 della legge del 17 giugno 2005 sul Tribunale amministrativo federale (LTAF, RS 173.32), il Tribunale amministrativo federale giudica, in virtù dell'art. 31 LTAF, i ricorsi contro le decisioni ai sensi dell'art. 5 della legge federale del 20 dicembre 1968 sulla procedura amministrativa (PA, RS 172.021) emanate dalle autorità menzionate all'art. 33 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 del 19 giugno 1959 sull'assicurazione per l'invalidità (LAI, RS 831.20).

2.

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

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

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

2.3 Il ricorso è tempestivo e rispetta i requisiti minimi prescritti dalla legge (art. 60 LPGa e 52 PA). Il ricorrente ha versato l'anticipo delle presunte spese processuali, entro il termine impartito. Il gravame è dunque ricevibile, nulla ostando all'esame del merito dello stesso.

3.

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

4.

4.1 Il 1° giugno 2002 sono entrati in vigore l'Accordo tra la Confederazione svizzera, da una parte, e la Comunità europea ed i suoi Stati membri, dall'altra, sulla libera circolazione delle persone del 21 giugno 1999 (ALC, RS 0.142.112.681) ed il correlato Allegato II che regola il coordinamento dei sistemi di sicurezza sociale nonché il Regolamento (CEE) n° 1408/71 del Consiglio del 14 giugno 1971 relativo all'applicazione dei regimi di sicurezza sociale ai lavoratori subordinati, ai lavoratori autonomi e ai loro familiari che si spostano all'interno della Comunità (RS 0.831.109.268.1) come pure il corrispondente Regolamento di applicazione (Regolamento CEE n° 574/72 del Consiglio del 21 marzo 1972 relativo all'applicazione del Regolamento n° 1408/71, RS 0.831.109.268.11). Si tratta di una normativa che si applica a tutte le rendite il cui diritto sorge a far data dal 1° giugno 2002 o successivamente e che sancisce il principio della parità di trattamento tra cittadini che risiedono in uno Stato membro della Comunità europea ed i cittadini svizzeri (art. 3 e 6 del Regolamento CEE n° 1408/71).

4.2 Giusta l'art. 20 ALC, salvo disposizione contraria contenuta nell'allegato II, gli accordi bilaterali tra la Svizzera e gli Stati membri della Comunità europea in materia di sicurezza sociale vengono sospesi a decorrere dall'entrata in vigore del presente Accordo qualora il medesimo campo sia disciplinato da quest'ultimo. Nella misura in cui l'Accordo, in particolare l'Allegato II che regola il coordinamento dei

sistemi di sicurezza sociale (art. 8 ALC), non prevede disposizioni contrarie, l'organizzazione della procedura come pure l'esame delle condizioni di ottenimento di una rendita di invalidità svizzera sono regolate dal diritto interno svizzero (DTF 130 V 257 consid. 2.4).

4.3 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.

5.

Il ricorrente ha presentato la richiesta di rendita il 28 settembre 2006. In deroga all'art. 24 LPGA, l'art. 48 cpv. 2 LAI precisa che, se l'assicurato si annuncia più di dodici mesi dopo la nascita del diritto, le prestazioni possono essere assegnate soltanto per i 12 mesi precedenti la richiesta. In concreto, lo scrivente Tribunale amministrativo federale può quindi limitarsi ad esaminare se il ricorrente avesse diritto ad una rendita il 28 settembre 2005 (ossia 12 mesi precedenti la presentazione della domanda), oppure se un diritto alla rendita sia sorto tra tale data ed il 7 dicembre 2007, data dell'impugnata decisione. Il giudice delle assicurazioni sociali analizza, infatti, la legalità della decisione impugnata, in generale, secondo lo stato di fatto esistente al momento in cui la decisione in lite è stata resa (DTF 130 V 445 consid. 1.2 e 1.2.1).

6.

Per avere diritto ad una rendita dell'assicurazione invalidità svizzera, un cittadino italiano deve adempiere cumulativamente le seguenti condizioni: essere invalido ai sensi della legge svizzera ed aver versato contributi all'AVS/AI svizzera durante un anno intero almeno (art. 36 cpv. 1 LAI).

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

7.

7.1 In base all'art. 8 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; il cpv. 2 della stessa norma stabilisce che l'invalidità è considerata insorgere quando, per natura e gravità, motiva il diritto alla singola prestazione.

7.2 L'assicurato ha diritto ad una rendita intera se è invalido per almeno il 70%, a tre quarti di rendita se è invalido per almeno il 60%, ad una mezza rendita se è invalido per almeno la metà e ad un quarto di rendita se è invalido per almeno il 40% (art. 28 cpv. 1 LAI). In seguito all'entrata in vigore dell'Accordo bilaterale, la limitazione prevista dall'art. 28 cpv. 1ter LAI, secondo il quale le rendite per un grado d'invalidità inferiore al 50% sono versate solo ad assicurati che sono domiciliati e dimorano abitualmente in Svizzera (art. 13 LPG), non è più applicabile quando l'assicurato è cittadino dell'UE, dell'AELS o svizzero.

7.3 Il diritto alla rendita, secondo l'art. 29 cpv. 1 LAI, nasce, al più presto, nel momento in cui l'assicurato presenta un'incapacità permanente di guadagno pari almeno al 40% (lettera a), oppure quando egli è stato per un anno e senza notevoli interruzioni, incapace al lavoro per almeno il 40% in media (lettera b). La prima lettera si applica allorché lo stato di salute dell'assicurato si è stabilizzato; la seconda se lo stato di salute è labile, vale a dire suscettibile di evolvere verso un miglioramento od un peggioramento (DTF 121 V 264, 111 V 21 consid. 2b).

7.4 Per incapacità al lavoro s'intende qualsiasi incapacità, totale o parziale, derivante da un danno alla salute fisica, mentale o psichica di compiere un lavoro ragionevolmente esigibile nella professione o nel campo di attività abituale. In caso d'incapacità al lavoro di lunga durata possono essere prese in considerazione anche le mansioni esigibili in un'altra professione o campo d'attività (art. 6 LPG). L'incapacità al guadagno è definita all'art. 7 LPG e consiste nella perdita, totale o parziale, della possibilità di guadagno sul mercato del lavoro equilibrato che entra in considerazione, provocata da un danno alla salute fisica, mentale o psichica e che perdura dopo aver sottoposto l'assicurato alle cure ed alle misure d'integrazione ragionevolmente esigibili.

8.

8.1 In merito all'attività svolta dal ricorrente, va osservato che questa si è progressivamente ridotta dal 2004. Da allora, l'interessato ha diminuito il suo ritmo di lavoro per ragioni che imputa al suo stato salute. Titolare di una pizzeria e bar dal 2002, egli lavorava per 10-12 ore al giorno, indicazioni che sono verosimili dal momento che si tratta di un esercizio pubblico a gestione familiare. Dopo l'insorgere dei disturbi di salute, l'assicurato ha ridotto il proprio impegno in misura graduale fino ad arrivare a 4 ore al giorno. L'attività è stata ceduta al figlio con effetto dal 25 giugno 2007 (cfr. atto notarile, doc. 11).

8.2 La nozione d'invalidità di cui all'art. 4 LAI e 8 LPGA è di carattere giuridico economico e non medico (DTF 116 V 249 consid. 1b; 110 V 275, 105 V 207). 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). In altri termini l'assicurazione svizzera per l'invalidità risarcisce soltanto la perdita economica che deriva da un danno alla salute fisica o psichica dovuto a malattia o infortunio, non la malattia o la conseguente incapacità lavorativa (metodo generale del raffronto dei redditi; DTF 128 V 30, 104 V 136; Pratique VSI 2000 p. 84).

Per quanto concerne la fissazione del grado di incapacità al guadagno degli indipendenti, la giurisprudenza prevede che l'invalidità sia fissata secondo la riduzione del rendimento nella situazione concreta in cui viene svolta l'attività e quindi considerando le ripercussioni economiche di questa riduzione (metodo straordinario). In base al metodo straordinario dapprima si constata l'impedimento dovuto al danno alla salute, poi si valutano gli effetti di tale impedimento sull'incapacità di guadagno (AHI Praxis 1998 p. 120; SVR 1996 IV Nr. 74 p. 213ss consid. 2b). Una determinata limitazione della capacità produttiva funzionale può, quindi, non produrre una perdita di guadagno della medesima entità. Se tuttavia l'interessato cessa l'attività indipendente si può rinunciare all'applicazione del metodo straordinario di calcolo dell'invalidità. In tal caso infatti il raffronto delle

mansioni svolte prima e dopo la sopravvenienza del danno alla salute non è più possibile (RAMI 1995 p. 106ss).

Ora, nel caso di specie, non è giustificato applicare il metodo straordinario. Infatti, l'interessato ha ufficialmente cessato di lavorare nel giugno 2007, dopo che, almeno da due-tre anni, aveva notevolmente ridotto il suo impegno lavorativo per ragioni di salute. Pertanto, alla data dell'impugnata decisione, l'assicurato non esercitava più alcuna attività lucrativa.

8.3 In carenza di documentazione economica, la documentazione medica costituisce un importante elemento di giudizio per determinare quali lavori siano ancora ragionevolmente esigibili dall'assicurato, ma non spetta al medico graduare il tasso d'invalidità dell'assicurato (DTF 114 V 314, 105 V 158). Infatti, per costante giurisprudenza le certificazioni mediche possono costituire importanti elementi d'apprezzamento del danno invalidante, allorché permettono di valutare l'incapacità lavorativa e di guadagno dell'interessato in un'attività da lui ragionevolmente esigibile (DTF 115 V 134 consid. 2, 114 V 314 consid. 3c).

Inoltre, perché un rapporto medico abbia valore probatorio è determinante che esso valuti ed esamini in maniera completa i punti litigiosi, si fondi su degli esami approfonditi, prenda conto di tutte le affezioni di cui si lamenta l'assicurato, sia stabilito in piena conoscenza dei suoi antecedenti (anamnesi) e sia chiaro nell'esposizione delle correlazioni mediche o nell'apprezzamento della situazione medica; le conclusioni dell'esperto devono inoltre essere motivate (DTF 125 V 352, 122 V 160).

9.

9.1 Dalla documentazione ad atti si evince che l'assicurato soffre essenzialmente di ipertensione arteriosa severa con discreto danno cardiocircolatorio consistente in una cardiomiopatia ipertensiva ad evoluzione dilatativa, insufficienza renale cronica di grado marcato (in relazione all'ipertensione), ipertensione polmonare secondaria, iniziale retinopatia ipertensiva (doc. 15, 16, 22).

9.2 Giova ricordare che le affezioni in oggetto debbono, dal profilo giuridico, essere esaminate alla luce dell'art. 29 cpv. 1 lett. b LAI. Trattasi, infatti, di malattie che, per costante giurisprudenza, sono da

configurare non già di carattere permanente (cioè di natura consolidata o irreversibile), bensì patologico-labile, ossia suscettibili di migliorare o peggiorare.

Ne discende che, in mancanza di uno stato di salute sufficientemente stabilizzato, è inapplicabile la prima lettera dell'art. 29 cpv. 1 LAI, per cui può entrare in considerazione solo la seconda lettera della citata norma legale, la quale prevede un termine d'attesa di un anno. Pertanto, il ricorrente potrebbe pretendere una rendita dell'assicurazione svizzera per l'invalidità solo a partire dal momento in cui ha subito, senza interruzione notevole, un'incapacità lavorativa media del 40% almeno durante un anno.

10.

10.1 Per quanto concerne le conseguenze invalidanti delle menzionate affezioni, il medico dell'INPS pone un tasso d'invalidità dell'80%. Dal canto suo, i Dott.ri Ribordy e Lehmann, sanitari dell'UAIE, ritengono l'assicurato in grado di svolgere il suo precedente lavoro in misura superiore al 60%. Il Dott. Lehmann precisa tuttavia che l'interessato può svolgere solo compiti medio/leggeri nell'ambito della sua attività di gerente di un bar/pizzeria.

10.2 Ora, a mente di questo Tribunale, i pareri dei medici dell'UAIE non sono motivati in maniera adeguata e non sono sorretti da documentazione oggettiva completa ed attendibile. L'insufficienza renale di cui soffre l'assicurato viene quasi sempre definita grave, sebbene, per ora, il paziente non abbisogna di dialisi. L'ipertensione è costantemente di livello elevato e rende dunque verosimili le doglianze soggettive del paziente consistenti in capogiri, astenia, dolore ai polpacci, edemi declivi bilaterali ingravescenti nell'arco della giornata, saltuarie precordialgie. Manca però ad atti un'indagine cardiologica recente e completa, soprattutto un ecocardiogramma, un elettrocardiogramma normale e sotto sforzo ed un parere di un cardiologo. In queste condizioni, non si può condividere il parere dei medici dell'UAIE, secondo il quale l'interessato potrebbe riprendere il precedente lavoro di gestore di una pizzeria con bar, sia pure limitandosi ai compiti più leggeri. Si tratta di un lavoro stressante che comporta, oltretutto, un impegno personale importante, soprattutto nell'ambito di un'azienda di tipo familiare. La riduzione della propria attività e poi la cessazione dovuta all'insorgere della malattia appare dunque credibile e una diminuzione di almeno il 40% della capacità

lavorativa residua nel suo mestiere di gerente non può essere esclusa a priori.

Ora, fatte queste considerazioni, il collegio giudicante si trova nell'impossibilità di determinare la misura dell'eventuale incapacità di lavoro e di guadagno subita dall'interessato e da quando questa invalidità esisterebbe.

11.

11.1 In queste circostanze è necessario accogliere parzialmente il ricorso, annullare la decisione impugnata e rinviare l'incarto all'UAIE, affinché emani una nuova decisione. Certo, l'art. 61 cpv. 1 PA permette solo eccezionalmente di ricorrere ad una tale procedura. Nel caso concreto, l'applicazione dell'eccezione prevista è tuttavia giustificata se si considerano le numerose lacune dell'incarto e l'ampiezza delle informazioni da raccogliere.

11.2 L'UAIE dovrà quindi completare l'istruttoria delucidando la situazione medica per il periodo dal 2004-2005 (riduzione considerevole dell'attività lucrativa) fino alla data dell'impugnata decisione (7 dicembre 2007). L'UAIE emanerà poi un nuovo provvedimento impugnabile.

A tale fine il ricorrente dovrà essere sottoposto ad una perizia particolareggiata ed a delle indagini approfondite in cardiologia e nefrologia. L'interessato sarà sottoposto a tutti quegli accertamenti oggettivi e strumentali che il caso richiede (ECG, ECG sotto sforzo, ecocardiogramma, analisi ematochimiche, sonografia addominale, ecc.).

L'incarto sarà poi inviato in esame al servizio medico dell'UAIE, il quale si pronuncerà in merito all'evoluzione dell'incapacità al lavoro fra il 2004-2005 ed il 7 dicembre 2007, data della decisione impugnata, nonché in merito all'attività professionale che il ricorrente avrebbe potuto espletare nel periodo suddetto.

Se del caso, l'Autorità amministrativa effettuerà poi un'adeguata e circostanziata indagine comparativa dei redditi.

12.

12.1 Visto l'esito del ricorso, non vengono prelevate spese processuali. L'anticipo di Fr. 300.-, versato dal ricorrente il 4 agosto 2008 gli viene restituito.

12.2 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, vista la memoria di ricorso, si giustifica riconoscere alla parte ricorrente un'indennità per spese ripetibili di Fr. 1'000.-, da porre a carico dell'UAIE.

Per questi motivi, il Tribunale amministrativo federale pronuncia:

1.

Il ricorso è parzialmente accolto, nel senso che, annullata l'impugnata decisione del 7 dicembre 2007, gli atti sono rinviati all'Ufficio dell'assicurazione per l'invalidità per gli assicurati residenti all'estero, perché proceda ai sensi del considerando 11 e statuisca di nuovo.

2.

Non si prelevano spese processuali. L'anticipo di Fr. 300.- versato dal ricorrente il 4 agosto 2008, gli viene restituito.

3.

Alla parte ricorrente viene riconosciuta un'indennità per spese ripetibili di Fr. 1'000.-, la quale viene posta a carico dell'Ufficio AI intimato.

4.

Comunicazione a:

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

Il presidente del collegio:

Il cancelliere:

Francesco Parrino

Dario Croci Torti

Rimedi giuridici:

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

Data di spedizione: