

BVGer C-4498/2007 vom 3. Juni 2009

Bundesverwaltungsgericht, 2009-06-03, IT

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bvger_C-4498_2007

FR: TAF C-4498/2007 du 3 juin 2009

IT: TAF C-4498/2007 del 3 giugno 2009

Regeste

Valutazione dell'invalidità

Erwägungen

E. 1

Riservate le eccezioni di cui all'art. 32 della legge sul Tribunale amministrativo federale del 17 giugno 2005 (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 sulla procedura amministrativa del 20 dicembre 1968 (PA, RS 172.021) emanate dalle autorità menzionate all'art. 33 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).

E. 2.1

In virtù dell'art. 3 lett. dbis 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-26bis e 28-70), sempre che la presente legge non preveda espressamente una deroga.

E. 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.

E. 2.3

Il ricorso è tempestivo ed ossequioso dei requisiti minimi prescritti dalla legge (art. 60 LPGA e 52 PA). L'insorgente ha versato l'anticipo delle presunte spese processuali entro il termine impartito. Il gravame è dunque ammissibile, nulla ostando all'esame del merito dello stesso.

E. 3.1

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).

E. 3.2

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.

E. 3.3

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.

E. 4

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.

E. 5

Il ricorrente ha presentato la richiesta di rendita il 9 gennaio 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 9 gennaio 2005 (ossia 12 mesi precedenti la presentazione della domanda), oppure se un diritto alla rendita sia sorto tra tale data ed il 30 maggio 2007, data della decisione impugnata. Il giudice delle assicurazioni sociali analizza, infatti, la legalità della decisione impugnata, in generale, secondo lo stato di fatto esistente al momento in cui la decisione in lite è stata resa (DTF 130 V 445 consid. 1.2 e 1.2.1).

E. 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.

E. 7.1

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.

E. 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 LPGGA), non è più applicabile quando l'assicurato è cittadino dell'UE e vi risiede.

E. 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).

E. 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 LPGGA). L'incapacità al guadagno è definita all'art. 7 LPGGA e consiste nella perdita, totale o parziale, della possibilità di guadagno sul mercato del lavoro equilibrato che entra in considerazione, provocata da un danno alla salute fisica, mentale o psichica e che perdura dopo aver sottoposto l'assicurato alle cure ed alle misure d'integrazione ragionevolmente esigibili.

E. 8.1

A. _____, dal 1995, era alle dipendenze di un locale notturno luganese, in qualità di portiere in un primo tempo e di cameriere poi. Ha lavorato senza particolari restrizioni fino al 27 luglio 2003, quando, cadendo, ha subito una distorsione al ginocchio sinistro. Non ha lavorato, al beneficio dell'assistenza medica e post-infortunistica dell'assicurazione Swica, fino al 15 novembre 2003; ha poi ripreso, sebbene con difficoltà, fino al 5 febbraio 2004, quando è stato di nuovo dichiarato inabile fino al 31 maggio 2005. Licenziato con effetto da quest'ultima data, è stato riassunto il giorno successivo con un contratto a metà tempo che, per quanto risulta dagli atti, è tutt'ora in corso.

E. 8.2

La nozione d'invalidità di cui all'art. 4 LAI e 8 LPGGA è di carattere giuridico economico, non medico (DTF 116 V 249 consid. 1b; 110 V 275, 105 V 207). 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 (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). In carenza di documentazione economica, la documentazione medica costituisce un importante elemento di giudizio per determinare quali lavori siano ancora 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).

E. 9.1

L'assicurato è stato dapprima visitato nell'ambito dell'assicurazione contro gli infortuni. Di sua iniziativa, ha poi consultato altri sanitari. L'incarto della Swica contiene una serie di valutazioni specialistiche che riflettono l'evoluzione dello stato di salute dell'interessato dopo l'infortunio/distorsione del luglio 2003 al ginocchio destro e le varie fasi di ricadute. Dopo la presentazione della domanda di rendita AI nel gennaio 2005, l'amministrazione ha effettuato un accertamento complementare, che comprendesse anche l'esame di eventuali doglianze extra-infortunistiche di cui l'assicuratore infortuni negava la propria copertura. Questo Tribunale considera che la perizia effettuata presso il SAM di Bellinzona è quella più completa perché tiene conto anche delle patologie extra-infortunistiche. Altri referti specialistici si sono succeduti (Dott.ri O. _____, F. _____, Q. _____), di cui si dirà in seguito.

E. 9.2

Va ricordato che una perizia richiesta dall'UAIE (in casu un servizio di accertamento medico specifico dell'assicurazione per l'invalidità) non può essere scartata adducendo che si tratta di un referto di parte. Infatti, la legge attribuisce all'amministrazione il compito di istruire le domande di rendita, procurandosi gli atti necessari, in particolare circa lo stato di salute, l'attività, la capacità di lavoro e l'idoneità all'integrazione dei richiedenti. A tale scopo possono essere domandati rapporti e informazioni, ordinate perizie, eseguiti sopralluoghi e consultati specialisti dell'aiuto pubblico o privato agli invalidi (art. 69 cpv. 2 OAI). In questo contesto l'Ufficio AI agisce quale organo amministrativo preposto all'attuazione della legge, sicché le perizie ordinate in adempimento di questo compito non possono essere considerate di parte o non conclusive alla luce di altri referti (DTF 123 V 175 e 122 V 157). Il Tribunale federale ha inoltre precisato che deve essere considerata rilevante una perizia affidata al SAM, negando che tale servizio medico possa essere considerato parte in causa per sussistenza di un vincolo per cui l'istituto medesimo sarebbe obbligato a tenere in particolare considerazione gli interessi specifici dell'assicurazione per

l'invalidità. Determinante è invece la circostanza che la perizia del SAM rispetti tutti i principi concernenti la valutazione medica dell'invalidità. Infatti, per quanto concerne il valore probatorio d'un rapporto medico va in particolare accertato se il rapporto è completo per quanto riguarda i temi sollevati, se si riferisce ad esami approfonditi, se tiene conto delle censure del paziente, se è stato redatto con conoscenza della pregressa vicenda valetudinaria (anamnesi), se è chiaro nella presentazione del contesto medico e, infine, se le conclusioni a cui giunge sono fondate. Elemento determinante dal profilo probatorio non è in linea di principio l'origine del mezzo di prova né la designazione del materiale probatorio quale rapporto o di perizia, bensì il suo contenuto (DTF 125 V 352, consid. 3a; 122 V 160 consid. 1c).

E. 9.3

Per quanto riguarda le valutazioni dell'assicuratore infortuni e dell'assicuratore invalidità, va ricordato che, per diverso tempo, la prassi dell'assicurazione per l'invalidità, confermata dal Tribunale federale, prevedeva che, quando le conseguenze invalidanti erano prettamente legate ad un infortunio, l'AI doveva, in linea di massima, rispettare la valutazione dell'invalidità passata in giudicato nell'ambito dell'assicurazione contro gli infortuni. Una determinazione differente del grado d'invalidità nell'ambito dell'assicurazione per l'invalidità poteva essere ammessa a condizione che esistessero motivi pertinenti; non bastava invece un apprezzamento divergente ma sostenibile, neppure se esso fosse di valore equivalente. Gli organi dell'AI sono vincolati solo se la decisione dell'altro assicuratore è cresciuta in giudicato (DTF 126 V 288). In una recente giurisprudenza (DTF 133 V 549 confermata in 9C_214/2007 consid. 3.2), il Tribunale federale ha tuttavia modificato questa giurisprudenza e ritenuto che la valutazione dell'invalidità da parte dell'assicurazione infortuni non vincola l'assicurazione invalidità.

E. 10

I sanitari del SAM hanno rilevato: "Diagnosi con influsso sulla capacità lavorativa: esiti dopo distorsioni recidivanti del ginocchio destro, in particolare il 27 luglio 2003 con: stato dopo meniscectomia mediale parziale il 19 settembre 2003, elongazione, lesione parziale non recente del legamento crociato anteriore destro, incipiente gonartrosi femoro-tibiale mediale destra; esiti dopo resezione dell'osso trapezio per rizartriosi della mano destra nel 1992. Possibile persistente sindrome irritativa del nervo mediano al polso destro in: stato dopo sindrome del canale carpale destro e relativa decompressione chirurgica nel 1994. Diagnosi senza influsso sulla capacità lavorativa: modica broncopneumopatia cronico-ostruttiva su tabagismo cronico, ipertensione arteriosa nota dal 2005 ca. non equilibrata dal trattamento diuretico in atto, stato dopo frattura della base del metacarpo V della mano sinistra nel 1999, tratti narcisistici, leggera anemia normocromica, normocitaria di origine non chiarita, stato dopo vagotomia per ulcera duodenale nel 1978. 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.

E. 11.1

Per quanto concerne le conseguenze invalidanti delle menzionate affezioni, i sanitari del SAM passano in rassegna l'incarto della Swica e prendono atto dei diversi accertamenti effettuati in quella sede (assicuratore infortuni). L'esame del SAM è completo e meglio riflette la situazione generale dell'assicurato sotto ogni punto di vista. Va anche ricordato che, ad un certo momento, fra i vari esami ordinati dalla Swica erano sorte delle divergenze interpretative di risultati oggettivi. A questo proposito si vedano, in particolare, i referti del Prof. G. _____ (radiologo) del 28 giugno e 13 ottobre 2005, i pareri del Dott. I. _____ (medicina legale e delle assicurazioni) del 25 marzo e 20 aprile 2005, la valutazione radiologica del 2 maggio 2005 del Prof. L. _____ ed il riscontro di questi problemi e divergenze nella relazione del Dott. E. _____ (ortopedico) dell'8 luglio 2005 (pag. 3), la richiesta di maggiori approfondimenti da parte del Dott. E. _____ al Prof. G. _____ (cfr. lettera del 2 settembre 2005), la risposta del Dott. G. _____ del 13 ottobre 2005 l'ulteriore intervento interlocutorio del Dott. E. _____ al Prof. H. _____ dell'Ospedale cantonale di Friburgo, la relazione di questi del 18 gennaio 2006 in esito a consultazione del 12 gennaio. Il problema più volte evocato dal Dott. E. _____ consisteva anche nell'accertare un nesso di causalità fra la distorsione del 2003 ed i disturbi (più o meno invalidanti) accusati al ginocchio destro.

E. 11.2

Ora, non è compito dell'assicurazione invalidità entrare nel merito di queste problematiche diagnostiche e disaccordi in relazione alle cure più opportune, segnatamente sulla necessità (controversa) di eventuali ulteriori interventi chirurgici. Compito dell'Ufficio AI e di questo Tribunale è di esaminare la capacità di lavoro residua dell'interessato e determinare l'eventuale perdita di guadagno. Emerge chiaramente dall'incarto dell'assicuratore infortuni, fino agli ultimi referti medici esibiti dopo la perizia al SAM, che la Swica intendeva soprattutto stabilire se vi era un chiaro nesso di causalità fra la distorsione subita nel luglio 2003 con tutte le doglianze attuali al ginocchio destro e se poteva essere prospettato un nuovo intervento chirurgico e con quali probabilità di successo. Tutti i rapporti del Dott. E. _____ sono significativi a tal proposito, con particolare riferimento alle sue richieste d'approfondimento presso i Prof. G. _____ (radiologo specializzato) e H. _____ (chirurgo ortopedico del ginocchio). L'UAIE e di riflesso questa autorità giudiziaria sono tenute a prendere atto di tale sviluppo investigativo medico dell'assicuratore infortuni, ma solo nella misura in cui questo potrebbe avere un'influenza di rilievo nella soluzione della vertenza AI. Il SAM ha avuto modo di prendere atto di tutta la problematica della Swica, in quanto l'incarto completo gli è stato sottoposto e, in più ha richiesto altri atti medici che non si trovavano in tali atti (cfr. perizia pag. 6).

E. 11.3

Nell'ambito della visita al SAM, l'assicurato è stato sottoposto a visita ortopedica dal Dott. U.. L'esperto indica come sia stato posto l'accento su controversie radiologiche e meno sulla situazione clinica che, infine, è quella che più conta. Al ginocchio colpito si conferma, in sostanza, una modesta gonartrosi del compartimento femorotibiale, senza chiari segni di evoluzione; una leggera instabilità antero-posteriore di primo grado, ciò che si può spiegare con uno stato di elongazione, rispettivamente lesione parziale del legamento crociato anteriore. Il profilo del ginocchio destro appare conservato, non vi sono segni di sinovialite

o di versamento endoarticolare, il quadro doloroso è relativamente diffuso, perirotuleo e popliteo; la rotula è ben mobile, altre prove specifiche di mobilità sono tutte negative (Zohlen, Lachmann, Pivot-shift); la stabilità in valgo-flessione/rotazione esterna e di varo-flessione/rotazione interna è normale; alla palpazione vi è una dolenzia all'altezza della rima articolare mediale del ginocchio poco pronunciata. In esito al danno al ginocchio, la deambulazione avviene in modo poco fluido, ma con soltanto lieve zoppia di risparmio a destra, il cammino in punta di piedi e sui talloni è possibile senza particolari difficoltà. Sempre sotto l'aspetto ortopedico, il paziente presenta da tempo problemi di rizoartrosi alla mano destra. L'esame clinico effettuato dal Dott. U. non ha però posto in rilievo particolari limitazioni funzionali invalidanti. I movimenti di prensione/opposizione e chiusura della dita sono liberi anche se poco vigorosi. Sussiste una chiara atrofia della muscolatura del tenere. La sensibilità al tatto è mantenuta, salvo una modesta ipoestesia nel campo del dito V (cfr. anche perizia neurologica. La mano sinistra, colpita da frattura nel 1999, non presenta più limitazioni di rilievo invalidante.

E. 11.4

Deve essere evidenziata anche l'indagine neurologica (Dott. T. del SAM) in relazione a disturbi all'avambraccio sinistro in relazione anche a quanto constatato dal Dott. U.. Gli esami elettrofisiologici mostrano una possibile persistente sindrome irritativa del nervo mediano al polso destro che potrebbe comportare, come cameriere, un impedimento sul piano funzionale, con un'incapacità lavorativa nella misura del 10% al massimo.

E. 11.5

Sotto il profilo psichiatrico (visita specialistica del Dott. S. del SAM) non vi è alcuna incapacità lavorativa. L'esame si era reso necessario visti alcuni accenni di depressione dell'umore con reazioni emotive esagerate di cui all'incarto della Swica. Ora, l'esperto incaricato, ha rilevato solo alcuni tratti narcisistici privi di incidenza debilitante.

E. 11.6

Per il resto, l'assicurato presenta diverse banali patologie non invalidanti, come una bronchite cronica da tabagismo, un'ipertensione occasionale (nota dal 2005), problemi di anemia. Tutti questi disturbi non assumono alcun carattere invalidante.

E. 11.7

I medici del SAM hanno quindi passato in rassegna tutto l'iter medico dell'incarto Swica. Essi osservano che le conseguenze sulla capacità lavorativa si evidenziano a livello neuroscheletrico (dolenzia del ginocchio destro, problemi di forza alla mano destra). Questi disturbi si ripercuotono sulla capacità di lavoro limitando il raggio di cammino, la deambulazione frequente su scale o su terreni accidentati, la capacità funzionale per il sollevamento ed il trasporto ripetuto di pesi oltre 10kg, la manipolazione di oggetti pesanti. Essi ritengono che l'interessato presenti un'incapacità di lavoro come cameriere del 30%. Da questa valutazione il collegio giudicante non ha motivo valido di scostarsi. Svolgendo un'analisi retrospettiva, i sanitari del SAM ammettono un'incapacità al lavoro totale dal 27 luglio fino al 15 novembre 2003 (cfr. perizie del Dott. E. _____ del 3 settembre 2005 ed 8 marzo 2006 della Dott.ssa M. _____). L'assicurato ha ripreso l'attività in modo completo fino al 5 febbraio 2004, data a partire dalla quale è stato di nuovo dichiarato totalmente inabile per i noti problemi al ginocchio destro. Ora, a differenza della soluzione adottata dalla Swica, i periti del SAM non riconoscono una totale incapacità al lavoro fino al 31 maggio 2005. Analizzando gli atti Swica, il SAM osserva che il Dott. F. _____

(rapporto dell'11 maggio 2005) riteneva possibile un rapido miglioramento della capacità lavorativa. I periti sostengono che a partire dal mese di agosto 2004 (tre settimane circa dopo il trattamento condroprotettivo consigliato dal Dott. E. _____; cfr. anche rapporto di questi del 30 luglio 2004) la capacità al lavoro dell'interessato avrebbe raggiunto il 70% già discusso. A questo parere, per i motivi legati alla valutazione di un caso d'assicurazione per l'invalidità (cfr. consid. 11.2), questo collegio giudicante può aderire.

E. 11.8

La documentazione medica esibita in sede di audizione e di ricorso non ha apportato elementi che possano porre in dubbio l'analisi del SAM. In particolare i Dott.ri F. _____ (13 novembre 2006) ed O. _____ (30 dicembre 2006) non rilevano nulla di nuovo o, perlomeno, nulla che possa giustificare una modifica della valutazione dei medici del SAM. A questo proposito si è pronunciato il Dott. N. _____, dell'Ufficio AI cantonale, nel rapporto del 12 febbraio 2007. Infine, il Dott. R. _____ dell'Ufficio AI si è pronunciato in sede ricorsuale confermando la valutazione del Dott. N. _____. Va rilevato che per quanto concerne il presunto mancato esame della valutazione radiologica del Dott. G. _____, questo non è pertinente in quanto tale atto e quelli ulteriori dello stesso esperto radiologo erano a conoscenza del SAM. Il Dott. R. _____ rileva che il rapporto del Dott. F. _____ menziona una sintomatologia femoro-tibiale e femoro-patellare destra, segnatamente un versamento articolare, una maggiore riduzione della flessione massima (rispetto a quella riscontrata dal Dott. U.) ed un peggioramento di tipo soggettivo (maggiori doglianze). Questa esacerbazione è di natura passeggera. La patologia presentata dall'assicurato è, come già detto, di tipo labile, ed è quindi soggetta a repentini mutamenti che possono più o meno durare nel tempo.

E. 12

Visto quanto precede, A. _____ non ha mai presentato un'incapacità al lavoro di livello pensionabile del 40% almeno in media su di un lungo periodo (un anno almeno), in quanto la prima inabilità al lavoro è durata meno di 4 mesi (dal 27 luglio 2003 al 15 novembre successivo) e la seconda, determinata dal SAM, è ammissibile dal 5 febbraio 2004 al 1° agosto successivo. Si ricorda che, in base all'art. 29ter dell'ordinanza del 17 gennaio 1961 sull'assicurazione per l'invalidità (OAI, RS 831.201) vi è interruzione notevole dell'incapacità al lavoro secondo l'art. 29 LAI, allorché l'assicurato è stato interamente abile al lavoro durante almeno 30 giorni consecutivi. In queste circostanze, il ricorso deve essere respinto e l'impugnata decisione confermata.

E. 13.1

Le spese processuali, ammontanti a Fr. 300.-, sono poste a carico del ricorrente e vengono compensate con l'anticipo già versato.

E. 13.2

Visto l'esito del ricorso, non vengono riconosciute indennità per spese ripetibili. Per quel che concerne l'UAIE, le autorità federali non hanno diritto ad un'indennità a titolo di ripetibili (art. 7 cpv. 3 del regolamento del 21 febbraio 2008 sulla tasse e sulle spese ripetibili nelle cause dinanzi al Tribunale amministrativo federale [TS-TAF, RS 173.320.2]).

Export aus OpenCaseLaw (CC0). Verbindlich ist allein der vom erlassenden Gericht veröffentlichte Originaltext. Quellen-URL siehe oben.