

BVGer C-7072/2009 vom 19. November 2010

Bundesverwaltungsgericht, 2010-11-19, IT

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bvger_C-7072_2009

FR: TAF C-7072/2009 du 19 novembre 2010

IT: TAF C-7072/2009 del 19 novembre 2010

Regeste

Assicurazione per l'invalidità (AI)

Erwägungen

E. 1.1

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

E. 1.2

Secondo l'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 del 6 ottobre 2000 sulla parte generale del diritto delle assicurazioni sociali (LPGA, RS 830.1). In conformità con l'art. 2 LPGA, le disposizioni della presente legge sono applicabili alle assicurazioni sociali disciplinate dalla legislazione federale, se e per quanto le singole leggi sulle assicurazioni sociali lo prevedano. Giusta l'art. 1 cpv. 1 LAI, le disposizioni della LPGA sono applicabili all'assicurazione per l'invalidità (art. 1a-26bis e 28-70), sempreché la LAI non deroghi alla LPGA.

E. 1.3

Conformemente all'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. Il ricorso deve essere interposto entro 30 giorni dalla notificazione della decisione o della decisione contro cui l'opposizione è esclusa (art. 60 LPGA). Esso deve contenere le conclusioni, i motivi, l'indicazione dei mezzi di prova e la firma del ricorrente o del suo rappresentante, con allegati la decisione impugnata e i documenti indicati come mezzi di prova, se sono in possesso del ricorrente (art. 52 cpv. 1 PA).

E. 1.4

In concreto, il ricorso è ammissibile nella misura in cui è stato presentato tempestivamente e nel rispetto dei requisiti previsti dalla legge (art. 59 e 60 LPGA, nonché l'art. 52 cpv. 1 PA), e visto che l'anticipo di Fr. 300.-, relativo alle spese processuali, è stato versato nel termine impartito.

E. 2.1

Il 1° giugno 2002 sono entrati in vigore l'Accordo tra la Confederazione svizzera, da una parte, e la Comunità europea ed i suoi Stati membri, dall'altra, sulla libera circolazione delle persone del 21 giugno 1999 (ALC, RS 0.142.112.681) ed il correlato Allegato II che regola il coordinamento dei sistemi di sicurezza sociale nonché il Regolamento (CEE) n° 1408/71 del Consiglio del 14 giugno 1971 relativo all'applicazione dei regimi di sicurezza sociale ai lavoratori subordinati, ai lavoratori autonomi e ai loro familiari che si spostano all'interno della Comunità (RS 0.831.109.268.1) come pure il corrispondente Regolamento di applicazione (Regolamento CEE n° 574/72 del Consiglio del 21 marzo 1972 relativo all'applicazione del Regolamento n° 1408/71, RS 0.831.109.268.11). 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 i cittadini di uno Stato membro della Comunità europea, ivi risiedenti, ed i cittadini svizzeri (art. 2 e 3 del Regolamento CEE n° 1408/71).

E. 2.2

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

E. 2.3

L'art. 80a LAI sancisce espressamente l'applicabilità nella presente procedura, trattandosi di un cittadino italiano 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. 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).

E. 3

Relativamente al diritto applicabile, deve essere ancora precisato che, a partire dal 1° gennaio 2008, la presente procedura è retta dalla LAI nel suo tenore modificato il 6 ottobre 2006 (5a revisione), ritenuto tuttavia il principio secondo il quale le norme applicabili sono quelle in vigore al momento in cui dei fatti giuridicamente rilevanti si sono verificati (ATF 130 V 445 consid. 1.2). Ne consegue che il diritto alla rendita si esamina fino al 31 dicembre 2007 alla luce delle precedenti norme e, a partire dal 1° gennaio 2008, in conformità con le nuove disposizioni.

E. 4

Il ricorrente contesta la validità materiale della decisione dell'UAIE, chiedendo che gli sia riconosciuto il diritto ad una rendita intera d'invalidità.

E. 5.1

Qualora una prima richiesta di rendita sia stata negata perché il grado d'invalidità era insufficiente o perché l'invalido poteva provvedere a se stesso, una nuova domanda è riesaminata soltanto se l'assicurato rende verosimile che il grado d'invalidità si è modificato in misura rilevante per il diritto alle prestazioni (art. 87 cpv. 2 e 3 dell'Ordinanza federale sull'assicurazione per l'invalidità del 17 gennaio 1961/OAI, RS 831.201). Se non è il caso, l'amministrazione non entra nel merito della richiesta (DTF 109 V 114 consid. 2a). Se l'amministrazione entra nel merito della nuova domanda deve esaminare la fattispecie da un punto di vista materiale e, in particolare, verificare se la modifica del grado d'invalidità resa verosimile dall'assicurato si è effettivamente realizzata (DTF 109 V 115). In tal caso applicherà, per analogia, le disposizioni sulla revisione di rendite in corso (art. 17 cpv. 1 LPG, art. 87 segg. OAI, *Jurisprudence et pratique administrative* [Pratique VSI] 1999 pag. 8, DTF 117 V 198).

E. 5.2

La condizione di verosimiglianza posta dall'art. 87 cpv. 3 OAI deve permettere all'amministrazione, che ha precedentemente rifiutato una prestazione o già effettuato una sua revisione con provvedimento cresciuto in giudicato, di scartare senza ulteriori esami nuove domande con le quali l'assicurato si limita a ripetere gli stessi argomenti, senza allegare una modifica di fatti determinanti (DTF 125 V 410 consid. 2b). Adita con una nuova domanda, l'amministrazione deve così cominciare con l'esaminare se le allegazioni dell'assicurato sono, in maniera generale, plausibili, in altri termini se l'assicurato ha reso plausibile una modifica importante dello stato di salute, suscettibile d'incidere sulla sua capacità lavorativa rispettivamente sul grado d'invalidità, rispetto a quella precedentemente ritenuta. Se ciò non è il caso, l'amministrazione può liquidare l'istanza senza ulteriori indagini con un rifiuto di entrata in materia. A tal proposito, occorre precisare che quanto più breve è il lasso di tempo trascorso dalla decisione precedente, tanto più rigorosamente l'amministrazione apprezzerà la plausibilità delle allegazioni dell'assicurato. Su questo aspetto, essa dispone di un certo margine di apprezzamento che il giudice è di principio tenuto a rispettare (v. sentenze del Tribunale federale 9C_708/2007 dell'11 settembre 2008 consid. 2.3 e relativi riferimenti, 9C_860/2007 del 10 dicembre 2008 consid. 5 e I 52/03 del 16 gennaio 2004 consid. 3).

E. 5.3

In concreto, la prima decisione che ha rifiutato di accordare al ricorrente una rendita d'invalidità, cresciuta in giudicato, è stata resa il 3 marzo 2007 (incarto AI, doc. 20/1 a 3). Il ricorrente ha poi presentato una seconda domanda di rendita il 2 gennaio 2008 (incarto AI, doc. 22/1 e 2 e 23)), respinta dall'UAIE mediante la decisione del 19 ottobre 2009, qui impugnata (incarto AI, doc. 64/1 a 3). Ne consegue che il periodo di riferimento per giudicare se è intervenuta una modifica rilevante del grado d'invalidità, può essere limitato dal 2 marzo 2007 al 19 ottobre 2009.

E. 6

Secondo le norme applicabili, per avere diritto ad una rendita dell'assicurazione per l'invalidità svizzera, un cittadino italiano deve adempiere, cumulativamente, le seguenti condizioni: - essere invalido ai sensi della legge svizzera; - avere versato contributi all'AVS/AI svizzera per almeno un anno intero (art. 36 cpv. 1 LAI, nel tenore in vigore fino al 31 dicembre 2007). A partire dal 1° gennaio 2008, è tuttavia necessario avere versato contributi durante almeno 3 anni (art. 36 LAI nel tenore modificato il 6 ottobre 2006). A tale fine è possibile prendere in considerazione anche i contributi versati ad un'assicurazione sociale assimilata di uno Stato membro dell'Unione europea (UE) o dell'Associazione europea di libero scambio (AELS), a condizione che almeno un anno di contributi sia registrato all'AVS/AI svizzera (FF 2005 p. 4065; art. 45 del Regolamento CEE n° 1408/71). In concreto, è pacifico che il ricorrente 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 cpv. 1 LPGA è considerata invalidità l'incapacità al guadagno totale o parziale presumibilmente permanente o di lunga durata. L'art. 4 cpv. 1 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'ALC, la limitazione prevista dall'art. 28 cpv. 1ter LAI (art. 29 cpv. 4 LAI, a partire dal 1° gennaio 2008), secondo il quale le rendite per un grado d'invalidità inferiore al 50% sono versate solo ad assicurati che sono domiciliati e dimorano abitualmente in Svizzera (art. 13 LPGA), non è più applicabile quando l'assicurato è cittadino svizzero o dell'Unione europea e vi risiede.

E. 7.3

L'art. 28 cpv. 1 LAI stabilisce che l'assicurato ha diritto ad una rendita alle seguenti condizioni: (a) la sua capacità di guadagno o la sua capacità di svolgere le mansioni consuete non può essere ristabilita, mantenuta o migliorata mediante provvedimenti d'integrazione ragionevolmente esigibili; (b) ha avuto un'incapacità di lavoro (art. 6 LPGA) almeno del 40% in media durante un anno senza notevole interruzione; e (c) al termine di questo anno è invalido almeno al 40%. Tuttavia, il diritto alla rendita nasce al più presto dopo sei mesi dalla data in cui l'assicurato ha rivendicato il diritto alle prestazioni conformemente all'articolo 29 cpv. 1 LPGA, ma al più presto a partire dal mese seguente il compimento dei 18 anni (art. 29 cpv. 1 LAI).

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 LPGA). L'incapacità al guadagno è definita all'art. 7 cpv. 1 LPGA e consiste nella perdita, totale o parziale, della possibilità di guadagno sul

mercato del lavoro equilibrato che entra in considerazione, provocata da un danno alla salute fisica, mentale o psichica e che perdura dopo aver sottoposto l'assicurato alle cure ed alle misure d'integrazione ragionevolmente esigibili. Per valutare la presenza di un'incapacità al guadagno sono considerate esclusivamente le conseguenze del danno alla salute; inoltre, sussiste un'incapacità al guadagno soltanto se essa non è obbiettivamente superabile (art. 7 cpv. 2 LPGGA, nel suo nuovo tenore dal 1° gennaio 2008).

E. 7.5

La nozione d'invalidità di cui all'art. 4 cpv. 1 LAI e 8 cpv. 1 LPGGA è di carattere giuridico economico, non medico (DTF 116 V 249 consid. 1b). In base all'art. 16 LPGGA, applicabile per il rinvio dell'art. 28 cpv. 2 LAI (art. 28a cpv. 1 LAI, dal 1° gennaio 2008), per valutare il grado d'invalidità, il reddito che l'assicurato potrebbe conseguire esercitando l'attività ragionevolmente esigibile da lui dopo la cura medica e l'eventuale esecuzione di provvedimenti d'integrazione, tenuto conto di una situazione equilibrata del mercato del lavoro, è confrontato con il reddito che egli avrebbe potuto ottenere se non fosse diventato invalido. In altri termini, l'assicurazione svizzera per l'invalidità risarcisce soltanto la perdita economica che deriva da un danno alla salute fisica o psichica dovuto a malattia o infortunio, non la malattia o la conseguente incapacità lavorativa (metodo generale del raffronto dei redditi; DTF 128 V 30; Pratique VSI 2000 p. 84). 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 l'invalidità dell'assicurato (DTF 114 V 314).

E. 8

Il giudice delle assicurazioni sociali deve esaminare in maniera obiettiva tutti i mezzi di prova, indipendentemente dalla loro provenienza, e poi decidere se i documenti messi a disposizione permettono di giungere ad un giudizio attendibile sulle pretese giuridiche litigiose (DTF 125 V 352 consid. 3a). Per costante giurisprudenza le certificazioni mediche possono costituire importanti elementi d'apprezzamento del danno invalidante, allorché permettono di valutare l'incapacità lavorativa e di guadagno dell'interessato in un'attività da lui ragionevolmente esigibile (DTF 115 V 134 consid. 2, 114 V 314 consid. 3c). Perché un rapporto medico abbia valore probatorio è determinante che esso valuti ed esamini in maniera completa i punti litigiosi, si fondi su degli esami approfonditi, prenda conto di tutte le affezioni di cui si lamenta l'assicurato, sia stabilito in piena conoscenza dei suoi antecedenti (anamnesi) e sia chiaro nell'esposizione delle correlazioni mediche o nell'apprezzamento della situazione medica; le conclusioni dell'esperto devono inoltre essere motivate (DTF 125 V 352, 122 V 160). Per quel che riguarda i rapporti concernenti il medico curante, secondo la generale esperienza della vita, il giudice deve tenere conto del fatto che, alla luce del rapporto di fiducia esistente con il paziente, il medico curante attesterà, in caso di dubbio, in favore del suo paziente (DTF 125 V 353; VSI 2001 p. 109).

E. 9.1

In concreto, il ricorrente ha cessato il proprio lavoro d'idraulico il 31 dicembre 2007 e, dal 1° gennaio 2008, non ha più ripreso alcuna attività lucrativa, per cui occorre fondarsi sui documenti medici al fine di valutare la sua capacità lavorativa.

E. 9.2

Ora, dall'insieme della documentazione medica agli atti e, in particolare, dalle perizie dei dott.ri B._____, reumatologo, del 21 luglio 2005 (incarto Zurigo, doc. 20/1 a 8),

C. _____, internista, del 14 gennaio 2008 (incarto Zurigo, doc. 46/1 a 4), F. _____, reumatologo, del 5 dicembre 2008 (incarto AI, doc. 43/1 a 15), e G. _____, psichiatra, del 29 gennaio 2009 (incarto AI, doc. 47/2 a 8), risulta la diagnosi di sindrome del dolore cronico somatoforme, di cervicobrachialgia con alterazioni degenerative contenute in C5/6 e 6/7, di modiche alterazioni degenerative della cuffia dei rotatori destra, di sindrome lombovertebrale cronica in presenza di turbe statiche del rachide e di alterazioni degenerative in L2/3, e di gonartrosi tricompartmentale a sinistra, attualmente senza segni di attivazione. Questa diagnosi è stata confermata dai medici dell'UAI-TI che si sono occupati del caso, ossia i dott.ri E. _____, nelle sue prese di posizione del 16 dicembre 2008 (incarto AI, doc. 44), 9 febbraio e 19 agosto 2009 (incarto AI, doc. 48 e 57), ed D. _____, nella sua presa di posizione dell'11 dicembre 2009. Di conseguenza, visto il carattere univoco di questa diagnosi, del resto non contestata dal ricorrente, il collegio giudicante non ha motivo per non aderirvi.

E. 9.3

Per costante giurisprudenza, le affezioni appena menzionate sono di carattere labile, ossia suscettibili di migliorare o di peggiorare. Così, nell'assenza di uno stato di salute sufficientemente stabilizzato, il ricorrente potrebbe pretendere una rendita dell'assicurazione svizzera per l'invalidità solo a partire dal momento in cui abbia subito, senza interruzione notevole, un'incapacità lavorativa di almeno il 40% durante un anno (art. 28 cpv. 1 lett. b LAI) e, al termine di questo anno, sia invalido almeno al 40% (art. 28 cpv. 1 lett. c LAI).

E. 10.1

Rispetto alle conseguenze invalidanti delle affezioni diagnosticate sulla capacità lavorativa, il dott. B. _____ ha rilevato innanzitutto, nella sua perizia del 21 luglio 2005, che il ricorrente, benché affetto da una sindrome del dolore cronico dell'emisfero destro, presenta una mobilità cervicale soltanto moderatamente limitata alle rotazioni globali dalle due parti, e ciò in assenza di deficit cervicoradicolari sicuri, le alterazioni degenerative a più livelli tra C4 e C7, con un'ernia discale posterolaterale C6/7 a destra, non traducendosi in una sofferenza radicolare C7, per cui il significato clinico della stessa ernia rimane dubbio. Per quanto concerne la spalla destra, il perito ha osservato che la sua mobilizzazione passiva, la quale appare libera, produce un arco dolente suggerente una patologia a livello del muscolo sopraspinato, senza indizi clinici per una rottura della cuffia dei rotatori, ma piuttosto per una borsite sottoacromiodeltoidea, unitamente ad un'artrosi dell'articolazione acromioclaveare. Riguardo alla colonna lombare, lo specialista ha evidenziato come essa risulti moderatamente limitata alle lateroflessioni bilaterali, in assenza di deficit lomboradicolari documentati. Relativamente agli arti inferiori, egli ha constatato che il ginocchio destro presenta una lesione del menisco mediale, eventualmente in correlazione con l'indolenzimento all'altezza dell'emirima meridiale, mentre il ginocchio sinistro è scevro da patologie di rilievo. A proposito dei dolori descritti dal ricorrente, l'esperto ha precisato che essi non si lasciano completamente spiegare con le affezioni oggettivabili, concludendo che l'attività d'idraulico risulta esigibile sull'arco di una giornata lavorativa normale, con una diminuzione del rendimento del 40%, mentre un'attività confacente è esigibile da subito a tempo e rendimento completi, purché non implichi, essenzialmente, il sollevamento e il trasposto di carichi superiori ai 26 kg, la manipolazione di attrezzi di peso superiore ai 45 kg, posizioni di lavoro a braccia elevate e spostamenti su ponteggi e scale a pioli.

E. 10.2

Nella sua perizia del 14 gennaio 2008, il dott. C._____ ha constatato che il ricorrente presenta un rachide cervicale e lombare la cui mobilità non è limitata in modo significativo, che la sua spalla destra è all'origine di dolori diffusi, senza limitazioni funzionali, che il suo arto superiore destro non è affetto da nessun deficit neurologico motorico-sensitivo e che, per quanto attiene agli arti inferiori, l'esame neurologico è indifferente, la marcia sulle punte e sui talloni è eseguita senza cedimenti, i riflessi osteotendinei patellari e achillei sono simmetrici normovivi e la manovra di Lasègue è negativa dalle due parti. L'esperto ha sottolineato che il ricorrente è confrontato già da alcuni anni con una sindrome del dolore cronico, unitamente a patologie degenerative del rachide e delle articolazioni periferiche che permettono di spiegare solo parzialmente la sintomatologia, concludendo che il suo stato attuale di salute è sovrapponibile a quello descritto dal dott. B._____. Egli ha ancora precisato che il ricorrente denota un'incapacità lavorativa almeno del 40%, temporaneamente anche del 50%, nell'ultima attività esercitata, ma una capacità lavorativa completa, secondo l'esigibilità formulata dal dott. B._____, in attività adeguate.

E. 10.3

Dal canto suo, il dott. F._____ ha indicato, nella sua perizia del 5 dicembre 2008, che il ricorrente presenta una sintomatologia dolorosa plurifocale all'apparato locomotorio all'origine di ampie indagini paracliniche e valutazioni specialistiche, evidenziando alterazioni strutturali e funzionali di entità contenuta, in parziale contrasto con l'intensità della sintomatologia e degli impedimenti riferiti soggettivamente. A questo proposito, il perito ha precisato che, clinicamente, sono constatabili un trofismo muscolare della spalla e del braccio destri simmetrico al lato non dominante, con una mobilità passiva regolare dell'articolazione gleno-omeroale e con prove isometriche ad intermittenza anche normali, senza indizi a favore di un'insufficienza della cuffia dei rotatori, il ricorrente palesando, nei movimenti attivi richiesti, limitazioni variabili, con un atteggiamento piuttosto dimostrativo, e ciò in contrasto con l'uso spontaneo di tutto l'arto. A livello cervicale, lo specialista ha affermato che i dolori sono più contenuti, associati a limitazioni funzionali solo minime, evidenziabili nei movimenti d'estensione e rotazione a destra, senza che essi sollecitino disturbi periferici specialmente nel braccio destro, e senza, quindi, indizi clinici a favore di una neurocompressione. L'esperto ha notato che non sussiste una sindrome verticale locale, l'ernia discale C6/7 essendo clinicamente silente, e che la funzionalità articolare delle mani è perfettamente normale, senza segni a favore di un'affezione reumatica infiammatoria, come per esempio un'artrite reumatoide. Egli ha inoltre aggiunto che la sintomatologia lombare può essere l'espressione della presente degenerazione del segmento L2/3, i documenti medici non confermando l'ipotesi di una "claudicatio spinalis", e che i dati anamnestici non depongono per alterazioni vascolari degli arti inferiori, la patologia saliente degli arti inferiori essendo una pangenartrosi a sinistra in uno stato dopo meniscectomia, al momento senza segni di una sofferenza maggiore dell'articolazione, visto che il trofismo muscolare della coscia sinistra, in particolare, è normale e simmetrico al lato destro, e senza segni d'attivazione del processo degenerativo coinvolgente i tre compartimenti, in assenza d'instabilità legamentare e in presenza di una funzionalità articolare ancora buona. Sintetizzando, lo specialista ha affermato che le affezioni diagnosticate non spiegano l'entità della sintomatologia, rispettivamente il suo impatto sulla caricabilità fisica del ricorrente, ciò che rivela una componente somatoforme, la quale è predominante nell'insieme dei disturbi. Egli ha aggiunto che la patologia organica con il

maggior impatto sulla funzionalità fisica del ricorrente è la pangonartrosi sinistra, la quale, pur essendo al momento priva di segni d'attivazione, determina dei limiti segnatamente per il trasporto di pesi e per lavori da svolgere in posizione inginocchiata o accovacciata. Sottolineando che la capacità funzionale residuale si discosta solo minimamente da quella descritta dal dott. B._____ nel novembre 2005, egli ha stabilito che essa, rispetto al sollevamento e al trasporto di carichi, è ridotta per pesi fino a 25 kg e nulla oltre questo valore, che essa, rispetto alla manipolazione d'attrezzi, è ridotta se quest'ultimi sono pesanti e nulla se molto pesanti, che essa è lievemente ridotta per le posizioni di lavoro seduta od eretta e piegata in avanti, e ridotta in posizione inginocchiata o con le ginocchia flesse, che essa è lievemente ridotta per la posizione statica seduta ed eretta, per spostamenti superiori a cinquanta metri, per la salita e la discesa di scale e su terreni accidentati, e ridotta per lunghi tragitti e spostamenti su ponteggi e scale a pioli. Rispetto ad attività conformi a questa esigibilità, l'esperto ha concluso che la capacità lavorativa del ricorrente è pari al 100% (presenza e rendimento), e ciò a partire da subito.

E. 10.4

Dal punto di vista psichiatrico, il dott. G._____ ha osservato che il ricorrente è affetto da una sindrome somatoforme del dolore cronico, senza comorbidità psichiatrica di particolare gravità ed intensità, concludendo che, in mancanza di disturbi psichici medio-gravi, la detta sindrome non rivela un carattere invalidante, per cui la capacità lavorativa nell'ultima attività svolta o in altre attività idonee non è compromessa.

E. 10.5

Dalle chiare e dettagliate considerazioni mediche specialistiche che precedono, unanimi nelle loro conclusioni sia rispetto alla diagnosi, sia rispetto all'esigibilità, e confermate dai medici dell'UAI-TI occupatisi del caso, il collegio giudicante non può che considerare che l'incapacità lavorativa del ricorrente per l'attività d'idraulico è pari ad almeno il 40% dal 21 novembre 2005, data della perizia del dott. B._____, e che la sua capacità lavorativa in attività confacenti al suo stato di salute, conformemente ai limiti funzionali da ultimo descritti in modo esaustivo dal dott. F._____, è completa. Ciò significa che, durante il periodo in esame, ossia dal 3 marzo 2007 al 19 ottobre 2009 (cfr. consid. 5), non si è verificato alcun peggioramento dello stato di salute del ricorrente.

E. 11

Per quanto riguarda il grado d'invalidità, il collegio giudicante osserva che, in considerazione del fatto che l'esigibilità formulata dal dott. B._____ nel novembre 2005 è stata fondamentalmente confermata dal dott. F._____ nella sua perizia del dicembre 2008, il calcolo effettuato dall'UAI-TI il 15 dicembre 2006 (incarto AI, doc. 16/1 a 3), alla base della decisione del 2 marzo 2007 (incarto AI, doc. 20/1 a 3), cresciuta in giudicato senza essere stata contestata dal ricorrente, conserva tutta la sua pertinenza anche in questa sede, indipendentemente dalla necessità di indicizzare i valori salariali da valido e da invalido al 2008 o al 2009.

E. 12

È necessario, a questo punto, ancora ricordare che, secondo un principio generale del diritto delle assicurazioni sociali, ogni assicurato ha l'obbligo di ridurre il danno conseguente alla sua invalidità (sentenza del Tribunale federale I 147/01 del 9 maggio 2001; DTF 123 V 230 consid. 3c e DTF 117 V 275 consid. 2b). In virtù di tale obbligo, l'assicurato deve intraprendere tutto quanto sia ragionevolmente esigibile per avviare 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 113 V 22 consid. 4a).

E. 13

Di conseguenza, il ricorso deve essere respinto e la decisione impugnata del 19 ottobre 2009 confermata.

E. 14

Secondo l'art. 63 cpv. 1 PA, le spese processuali sono di regola messe a carico della parte soccombente. In concreto, visto l'esito della procedura, le spese processuali di Fr. 300.- sono poste a carico del ricorrente e compensate con l'anticipo dello stesso ammontare, versato il 3 marzo 2010. In conformità con l'art. 64 cpv. 1 PA, l'autorità di ricorso, se ammette il ricorso in tutto o in parte, può assegnare al ricorrente una indennità per le spese indispensabili e relativamente elevate che ha sopportato (spese ripetibili). Considerato l'esito della procedura, non si assegnano al ricorrente indennità per spese ripetibili. Per quanto 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 sulle 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.