

## **TI\_GERICHTE 32.2009.202 vom 9. Oktober 2009**

TI Tribunale d'appello, 2009-10-09, IT

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti\\_gerichte\\_32.2009.202](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_32.2009.202)

FR: TI\_GERICHTE 32.2009.202 du 9 octobre 2009

IT: TI\_GERICHTE 32.2009.202 del 9 ottobre 2009

### **Regeste**

Richiesta di prestazioni respinta in assenza di un grado di invalidità pensionabile

### **Erwägungen**

#### **E. 21**

dicembre 2007; STFA I 707/00 del 21 luglio 2003; STFA H 335/00 del 18 febbraio 2002). Nel merito 2.2. Il 1° gennaio 2008 è entrata in vigore la modifica del 6 ottobre 2006 della legge federale sull'assicurazione invalidità (LAI), di altre leggi federali nonché della legge federale sulla parte generale del diritto delle assicurazioni sociali (5a revisione dell'AI; RU 2007 5129 e segg.). Per la disanima del diritto a una rendita di invalidità eventualmente già insorto in precedenza occorre rifarsi alle regole generali del diritto intertemporale, secondo cui sono applicabili le disposizioni in vigore al momento della realizzazione dello stato di fatto che deve essere valutato giuridicamente o che produce conseguenze giuridiche (DTF 130 V 445 consid. 1 pag. 446 seg. con riferimento a DTF 130 V 329). Ne discende che nel caso in esame si applicano le norme sostanziali in vigore fino al 31 dicembre 2007 per quanto attiene allo stato di fatto realizzatosi fino a tale data, mentre per il periodo dal 1° gennaio 2008 al 9 ottobre 2009, data della decisione impugnata, che delimita temporalmente il potere cognitivo del giudice delle assicurazioni sociali (DTF 132 V 215 consid. 3.1.1 pag. 220 con riferimenti), trovano applicazione le nuove norme (STF 9C\_443/2009 del 19 agosto 2009). Va qui rilevato che la 5a revisione dell'AI non ha modificato in maniera sostanziale le disposizioni legali sulla valutazione del grado d'invalidità. La giurisprudenza fondata sulle norme precedenti mantiene pertanto la sua validità (STF 8C\_76/2009 del 19 maggio 2009, consid. 2). 2.3. Oggetto del contendere è sapere se a ragione l'Ufficio AI ha negato il diritto ad una rendita di invalidità all'assicurato, il quale postula il riconoscimento del diritto ad una rendita intera dal 1. settembre 2007 e di una mezza rendita dal 1. gennaio 2008. 2.4. Secondo l'art. 4 cpv. 1 LAI in relazione con gli art. 7 e 8 della LPGA, con invalidità s'intende l'incapacità al guadagno presunta permanente o di rilevante durata, cagionata da un danno alla salute fisica o psichica, conseguente ad infermità congenita, malattia o infortunio. Gli elementi fondamentali dell'invalidità, secondo la surriferita definizione, sono quindi un danno alla salute fisica o psichica conseguente a infermità congenita, malattia o infortunio, e la conseguente incapacità di guadagno. Occorre quindi che il danno alla salute abbia cagionato una diminuzione della capacità di guadagno, perché il caso possa essere sottoposto all'assicurazione per l'invalidità (Scartazzini, Les rapports de causalité dans le droit suisse de la sécurité sociale, tesi Ginevra 1991, pagg. 216ss). Secondo l'art. 28 cpv. 1 LAI, in vigore sino al 31 dicembre 2007 (cpv. 2 dal 1° gennaio 2008), gli assicurati hanno diritto ad una rendita intera se sono invalidi almeno al 70%, a tre quarti di rendita se sono invalidi almeno al 60%, ad una mezza rendita se sono invalidi almeno al 50% o a un quarto di

rendita se sono invalidi almeno al 40%. Ai sensi dell'art. 16 LPG, il grado d'invalidità è determinato stabilendo il rapporto fra il reddito del lavoro che l'assicurato conseguirebbe, dopo l'insorgenza dell'invalidità e dopo l'esecuzione di eventuali provvedimenti d'integrazione, nell'esercizio di un'attività lucrativa ragionevolmente esigibile da lui in condizioni normali di mercato del lavoro (reddito da invalido) e il reddito del lavoro che egli avrebbe potuto conseguire se non fosse diventato invalido (reddito da valido). Si confronta perciò il reddito che l'assicurato avrebbe potuto conseguire se non fosse divenuto invalido con quello che egli può tuttora realizzare, benché invalido, sfruttando la residua capacità lavorativa in attività da lui ragionevolmente esigibili in condizioni normali del mercato del lavoro, previa adozione di eventuali provvedimenti integrativi (metodo generale del raffronto dei redditi; DTF 128 V 30 consid. 1, 104 V 136 consid. 2a e 2b; Pratique VSI 2000 pag. 84 consid. 1b). Nella DTF 107 V 21 consid. 2c, la nostra Corte federale ha stabilito che l'assicurazione per l'invalidità non è tenuta a rispondere, qualora l'assicurato, in ragione della sua età, di una carente formazione oppure a causa di difficoltà di apprendimento o linguistiche, non riesce a trovare concretamente un'occupazione (giurisprudenza confermata dal TFA con una sentenza del 14 luglio 2006 nella causa A., U 156/05, consid. 5). La misura dell'attività ragionevolmente esigibile dipende, d'altra parte, dalla situazione personale dell'assicurato e dalla possibilità di applicazione di misure reintegrative. La situazione personale dell'assicurato è essenziale per la valutazione della residua capacità al guadagno. Secondo il Tribunale federale delle assicurazioni (TFA, dal 1° gennaio 2007 Tribunale federale) i due redditi, dalla cui differenza emerge il grado dell'incapacità di guadagno, vanno stabiliti in maniera precisa. Se ciò non è possibile, devono essere calcolati sulla base di una valutazione fondata sulle circostanze concrete (SVR 1996 IV Nr. 74 consid. 2a, DTF 114 V 313 consid. 3a).

2.5. Nel caso concreto l'assicurato ha subito, in data 28 settembre 2006, un infarto per le conseguenze del quale è stato ricoverato sino al 6 ottobre 2006 presso il reparto di medicina interna dell'Ospedale \_\_\_\_\_ di \_\_\_\_\_ (doc. AI 10-17). Il suo medico curante dr. \_\_\_\_\_ ha ripetutamente attestato un'inabilità lavorativa completa (doc. AI 10, 12). Nel suo rapporto all'AI del 28 gennaio 2008 il prof. \_\_\_\_\_, specialista in cardiologia che aveva seguito l'assicurato durante la sua degenza ospedaliera, dopo aver effettuato accertamenti approfonditi, ha concluso per un'inabilità lavorativa, nell'attività svolta dall'assicurato, del 100% dal 29 settembre 2006 e del 30% dal 1 gennaio 2008. Nel medesimo rapporto, al capitolo 6.2 concernente le "risorse", lo specialista sostiene invece l'esigibilità dell'attività fino ad allora svolta del "70% a partire dal 15 maggio 2007" (l'evidenziatura è della redattrice; doc. AI 13-5), ponendo le seguenti diagnosi: "Malattia coronaro-ischemica bivasale con infarto acuto anteriore in data 28 settembre 2006 con stato dopo PTCA in urgenza con ricanalizzazione di un'occlusione acuta del RIVA medio con un buon risultato angiografico; CPK massime superiori alle 2000 U/I; ipo-acinesia antero-apicale. Stato dopo PTCA del ramo circonflesso (stenosi del 75%) con impianto di uno stent medicato." (Doc. AI 13-1) e motivato come segue: "(...) Trattasi di un paziente che ha presentato in data 28 settembre 2006 un infarto acuto del miocardio antero-apicale e per questa ragione era stato sottoposto ad un intervento di PTCA in urgenza con ricanalizzazione di un'occlusione trombotica a livello del RIVA medio con buon risultato angiografico (28 settembre 2006; rapporto allegato). Vista la presenza di una stenosi significativa a livello della RCX a cavallo tra il 1° terzo ed il 2° terzo il paziente veniva poi sottoposto ad una seconda angioplastica coronarica con impianto di uno stent pure medicato a livello della stenosi della circonflessa stessa. Nel decorso il paziente che inizialmente presentava una

compromissione della funzionalità ventricolare sinistra in fase relativamente precoce dopo l'infarto risultava poi oligoasintomatico fatta eccezione per una dispnea da sforzo classe II-III. Già alla fine di ottobre del 2006 la funzionalità ventricolare sinistra sistolica globale era migliorata persistendo tuttavia una ipocinesia antero-apicale. Una cicloergometria associata a scintigrafia miocardica eseguita in data 14 maggio 2007 risultava soggettivamente ed elettrocardiograficamente negativa con uno sforzo comparabile ad un minuto di 200 watt ad una frequenza cardiaca di 138 battiti/min.; all'esame scintigrafico si confermava la pregressa necrosi apicale interessante anche il terzo distale antero-settale e quello inferiore senza tuttavia associati reperti significativi per la presenza di ischemia miocardica residua da sforzo. Alla luce di quest'ultimo esame, in particolare, e della valutazione clinica ove il paziente attualmente svolge degli sforzi fisici di grado moderato quale delle passeggiate in montagna con dislivelli di ca. 500-1000 m e tagliando l'erba in giardino con un tosaerba ritengo che il paziente sia da considerare abile nella sua attività fisica professionale formalmente nella misura almeno del 70 %. Sforzi fisici massicci con sollevamento di pesi oltre i 20 kg (sforzi isometrici o sforzi isometrici analoghi) sarebbero tendenzialmente da evitare. (...)" (doc. AI 13-7) In corso di procedura l'assicurato, tramite le RA 1, ha prodotto copia di uno scritto del 4 marzo 2008 del Servizio medico delle \_\_\_\_\_, nel quale il dr. \_\_\_\_\_ ha dichiarato RI 1 non più idoneo al lavoro, in ragione dei seri problemi alla salute di cui era affetto, affermando tra l'altro quanto segue: " Je me réfère à nos précédents échanges de courrier concernant le cas de l'employé sus-nommé, pour lequel je viens de recevoir, via le Dr \_\_\_\_\_, le résultat de l'examen effectué par le Prof. \_\_\_\_\_ en date du 28.01.2008. En tenant compte des très sérieux problèmes qui touchent ce collaborateur, il ressort clairement des rapports du médecin traitant et également du médecin spécialiste que M. RI 1 n'est plus capable de reprendre son activité professionnelle contractuelle aux \_\_\_\_\_, activité pour laquelle, par le présent courrier, je dois le déclarer formellement inapte en raison de ses sérieux problèmes de santé. Toujours de vu de l'évolution de l'état de santé de M. RI 1, notamment de ses problèmes de santé sur le plan cardiovasculaire, il existerait peut-être une capacité de travail médico-théorique de 30% au maximum dans un poste de travail extrêmement allégé, sans port de charges supérieures à 10 kg (max 15 kg de manière exceptionnelle), sans longs déplacements, et ceci même sur un terrain régulier. Lors de notre entretien téléphonique du 5.01.2007, vous m'aviez indiqué que vous auriez de la peine à occuper ce collaborateur en dehors de son activité professionnelle habituelle. Dans ces conditions, en tenant compte des sérieux problèmes de santé qui affectent cet employé, j'atteste chez ce dernier une invalidité professionnelle à 100%. J'estime son incapacité de gain à 70%, au moins." (Doc. A4) L'Ufficio AI ha ritenuto opportuno sottoporre l'assicurato ad una ulteriore valutazione specialistica presso il Servizio Medico Regionale dell'AI (SMR) da parte del prof. \_\_\_\_\_, cardiologo. Nel suo rapporto medico dell'11 giugno 2008 lo specialista, posta quale diagnosi " Cardiopatia ischemica con malattia coronarica multivasale con infarto miocardico il 28 settembre 2006 per occlusione del RIVA trattata mediante PTCA/Stent e stenosi del 50-75% del ramo circonflesso", ha osservato: " (...) Limiti funzionali Non sono presenti limiti funzionali. Il paziente non lamenta sintomi cardiaci. Egli svolge sforzi fisici moderati, quali passeggiate in montagna con dislivelli di 500-1000 m e lavora in giardino, tagliando ad esempio l'erba con la tosaerba.. Una scintigrafia cardiaca in data 15.5.2007 con sforzo fisico di 200 watt per 1 min, FC 138 bpm, PA 200/95 mm Hg, ha mostrato una pregressa necrosi apicale ma non reperti significativi per la presenza di ischemia miocardica residua da sforzo. La frazione di eiezione del ventricolo sinistro è risultata essere di 58 %, "

quindi praticamente normale. (...)" (Doc. AI 17-1) Concludendo poi: " (...)  
Raccomandazioni, proposte SMR Dall'esame del paziente e dallo studio degli atti e degli  
esami eseguiti (vedi considerazioni precedenti) ritengo che il paziente sia da considerare  
abile al lavoro a partire dal 1. giugno 2007, quindi anche nel presente e prevedibilmente  
sino all'età di 65 anni ( a meno che non intervengano complicazioni o nuove patologie). La  
mia valutazione medica è quindi in contrasto con la decisione delle \_\_\_\_\_ di  
pre-pensionare il paziente a partire dal 1. ottobre 2008. Prof. Dr. med. \_\_\_\_\_ (Doc.  
AI 17-2) Il dr. \_\_\_\_\_, medico SMR, nelle Annotazioni 13 ottobre 2008, ha concluso "  
(...) disponiamo di una valutazione da parte del prof. \_\_\_\_\_ che ben conosce il  
paziente e che lo ritiene abile almeno nella misura del 70%, valutazione condivisa dal prof.  
\_\_\_\_\_ che ha incontrato l'assicurato in sede SMR. Le obiezioni da parte delle RA 1  
non sono comprensibili e non si basano su criteri clinici." (Doc. AI 27) Conclusioni che il  
medico SMR ha nuovamente e integralmente confermato nelle sue annotazioni del 7 ottobre  
2009 (doc. AI 44). Sulla base di questi accertamenti, l'Ufficio AI, posta un'incapacità  
lavorativa dal 28 settembre 2006 al 31 maggio 2007, e quindi inferiore all'anno richiesto  
dalla legge e una capacità lavorativa di almeno il 70% dal 1. giugno 2007 nell'attività  
abituale, con assenza di invalidità, nella decisione contestata ha confermato il diniego di  
prestazioni (doc. A2 e consid. 1.3). Dal punto di vista professionale RI 1 è stato attivo per le  
\_\_\_\_\_ dal 1969 in qualità di " impiegato agli apparecchi centrali" . Nell'apposito  
formulario compilato per l'Ufficio AI in data 3 ottobre 2007, il datore di lavoro ha descritto  
tale attività lavorativa come un " lavoro al banco di comando della stazione di smistamento  
di \_\_\_\_\_ ", lavoro che " consiste nella disposizione degli scambi per la circolazione  
delle manovre e per lo smistamento di treni e carri merci. La sue sono funzioni di sicurezza.  
Particolare attenzione deve dare nella giusta successione delle manovre a dipendenza delle  
manovre che circolano e all'occupazione degli scambi" . Dal profilo fisico il lavoro era da  
svolgere per lo più da seduto, talvolta in piedi e in minima parte camminando, senza  
comunque alcun sollevamento di pesi (doc. AI 9). In data 19 maggio 2008, a seguito del  
succitato rapporto del 4 marzo 2008 del Servizio medico delle \_\_\_\_\_ (doc. A4), RA 1  
hanno informato l'AI che il loro servizio medico aveva esonerato RI 1 dalla sua funzione  
originale di impiegato agli apparecchi centrali \_\_\_\_\_ e da ogni altra attività con  
funzioni di sicurezza e di non aver nessuna possibilità di impiegarlo produttivamente (doc.  
AI 15-1). 2.6. Quanto alla valenza probante di un rapporto medico, determinante è che i  
punti litigiosi importanti siano stati oggetto di uno studio approfondito, che il rapporto si  
fondi su esami completi, che consideri parimenti le censure espresse dal paziente, che sia  
stato approntato in piena conoscenza dell'incarto (anamnesi), che la descrizione del contesto  
medico sia chiara e che le conclusioni del perito siano ben motivate. Determinante quindi  
per stabilire se un rapporto medico ha valore di prova non è né l'origine del mezzo di prova,  
né la denominazione, ad esempio quale perizia o rapporto (STF 8C\_828/2007 del 23 aprile  
2008; STFA I 462/05 del 25 aprile 2007; STFA U 329/01 e U 330/01 del 25 febbraio 2003;  
DTF 125 V 352 consid. 3a; DTF 122 V 160 consid. 1c; Meyer-Blaser, Die Rechtspflege in  
der Sozialversicherung, BJM 1989 pag. 31; Pratique VSI 3/1997 pag. 123), bensì il suo  
contenuto (DTF 122 V 160 in fine con rinvii). A proposito delle perizie mediche eseguite  
nell'ambito della procedura amministrativa, il TFA ha stabilito che, nell'ipotesi in cui sono  
state eseguite da medici specializzati riconosciuti, hanno forza probatoria piena se giungono  
a conclusioni logiche e sono state realizzate sulla base di accertamenti approfonditi, fintanto  
che indizi concreti non inducono a ritenerle inaffidabili (DTF 123 V 176; DTF 122 V 161,  
DTF 104 V 212; SVR 1998 IV Nr. 1 pag. 2; SZS 1988 pagg. 329 e 332; ZAK 1986 pag.

189; Locher, Grundriss des Sozialversicherungs-rechts, Berna 1994, pag. 332). In una sentenza pubblicata nella Pratique VSI 2001 pag. 106 segg., il TFA ha però ritenuto conforme al principio del libero apprezzamento delle prove definire delle direttive per la valutazione di determinate forme di rapporti e perizie. In particolare per quanto concerne le perizie giudiziarie, la giurisprudenza ha statuito che il giudice non si scosta senza motivi imperativi dalla valutazione 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. Ragioni che possono indurre a non fondarsi su un tale referto sono ad esempio la presenza di affermazioni contraddittorie, il contenuto di una superperizia, altri rapporti contenenti validi motivi per farlo (Pratique VSI 2001 pag. 108 consid. 3b)aa e riferimenti citati; STFA I 462/05 del 25 aprile 2007; STFA U 329/01 ed U 330/01 del 25 febbraio 2003). Nella DTF 125 V 351 (= SVR 2000 UV Nr. 10 pag. 33 segg.), la Corte federale ha ribadito che ai rapporti allestiti da medici alle dipendenze di un'assicurazione deve essere riconosciuto pieno valore probante, a condizione che essi si rivelino essere concludenti, compiutamente motivati, di per sé scevri di contraddizioni e, infine, non devono sussistere degli indizi che facciano dubitare della loro attendibilità. Il solo fatto che il medico consultato si trovi in un rapporto di dipendenza con l'assicuratore non permette già di metterne in dubbio l'oggettività e l'imparzialità. Devono piuttosto esistere delle particolari circostanze che permettano di ritenere come oggettivamente fondati i sospetti circa la parzialità dell'apprezzamento. Lo stesso vale per le perizie fatte esperire da medici esterni (DTF 104 V 31; RAMI 1993 pag. 95). Le perizie affidate dagli organi dell'AI o dagli assicuratori privati, in sede di istruttoria amministrativa, a medici esterni o a servizi specializzati indipendenti, i quali fondano le proprie conclusioni su indagini approfondite e giungono a risultati concludenti, dispongono di forza probatoria piena, a meno che non sussistano indizi concreti a mettere in causa la loro credibilità (Pratique VSI 2001 pag. 109 consid. 3b)bb; STF 8C\_535/2007 del 25 aprile 2008; STFA I 462/05 del 25 aprile 2007). Il TFA, in una decisione I 938/05 del 24 agosto 2006 concernente un caso di assicurazione per l'invalidità, ha evidenziato il valore probatorio delle opinioni espresse dai medici SMR nell'ambito dell'assicurazione per l'invalidità, sottolineando che in caso di divergenza tra il medico curante ed il medico SMR non è per principio necessario procedere ad una nuova perizia. In quell'occasione l'Alta Corte ha sviluppato la seguente considerazione: "(...) 3.2 L'on ne saurait certes mettre sur le même pied un rapport d'expertise émanant d'un Centre d'observation médicale de l'AI (COMAI) - dont la jurisprudence a admis que l'impartialité et l'indépendance à l'égard de l'administration et de l'OFAS sont garanties (ATF 123 V 175) - et un rapport médical établi par le SMR; toutefois, cela ne signifie pas encore qu'en cas de divergence d'opinion entre médecins du SMR et médecins traitants, il est, de manière générale, nécessaire de mettre en oeuvre une nouvelle expertise. La valeur probante des rapports médicaux des uns et des autres doit bien plutôt s'apprécier au regard des critères jurisprudentiels précédemment énumérés (cf. consid. 3.1 supra). Il n'y a dès lors aucune raison d'écarter le rapport du SMR ici en cause ou de lui préférer celui du médecin traitant, pour le seul motif que c'est le service médical régional de l'AI qui l'a établi. Au regard du déroulement de l'examen clinique pratiqué par les médecins du SMR et du contenu de leur rapport, on ne relève, du reste, aucune circonstance particulière propre à faire naître un doute sur l'impartialité de ceux-ci. La recourante ne fait d'ailleurs rien valoir de tel. (...)") (cfr. STFA del 24 agosto 2006 nella causa B., I 938/05, consid. 3.2) Per quel che riguarda i rapporti del 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 (STF 8C\_828/2007 del 23 aprile 2008; DTF 125 V 353 consid. 3a)cc); Pratique VSI 2001 pag. 109 consid. 3a)cc); Meyer-Blaser, Rechtsprechung des Bundes-gericht im Sozialversicherungsrecht, Zurigo 1997, pag. 230). Infine, va ricordato che se vi sono dei rapporti medici contraddittori, il giudice non può evadere la procedura senza valutare l'intero materiale ed indicare i motivi per cui egli si fonda su un rapporto piuttosto che su un altro (STF 8C\_535/2007 del 25 aprile 2008, STFA I 462/05 del 25 aprile 2007). Va qui evidenziato che in una sentenza del 14 luglio 2009 (9C\_323/2009), pubblicata in SVR 2009 IV Nr. 56, pag. 174, il TF, richiamati l'art. 59 cpv. 2 bis LAI che regola i servizi medici regionali e l'art. 49 OAI che stabilisce i compiti, ha sviluppato le seguenti considerazioni: "(...) 4.2 Sinn und Zweck des im Rahmen der 5. IV-Revision (Bundesgesetz vom 6. Oktober 2006; AS 2007 5129 ff.) neu geschaffenen, seit 1. Januar 2008 in Kraft stehenden und vorliegend anwendbaren Art. 59 Abs. 2bis IVG sowie des neu gefassten Art. 49 IVV liegen darin, dass die IV-Stellen zur Beurteilung der medizinischen Anspruchsvoraussetzungen auf eigene Ärzte und Ärztinnen zurückgreifen können. Diese sollen aufgrund ihrer speziellen versicherungsmedizinischen Kenntnisse für die Bestimmung der für die Invalidenversicherung massgebenden funktionellen Leistungsfähigkeit der Versicherten verantwortlich sein. Damit soll eine konsequente Trennung der Zuständigkeiten zwischen behandelnden Ärzten (Heilbehandlung) und Sozialversicherung (Bestimmung der Auswirkungen des Gesundheitsschadens) geschaffen werden. Die RAD bezeichnen die zumutbaren Tätigkeiten und die unzumutbaren Funktionen unter Angabe einer allfälligen medizinisch begründeten zeitlichen Schonung. Damit soll im Hinblick auf eine erfolgreiche Eingliederung eine objektivere Festlegung der massgebenden funktionellen Leistungsfähigkeit der Versicherten ermöglicht werden. Gestützt auf die Angaben des RAD hat die IV-Stelle zu beurteilen, was einer versicherten Person aus objektiver Sicht noch zumutbar ist und was nicht (Botschaft vom 23. Juni 2005 zur Änderung des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung [5. Revision], BBl 2005 4572 zu Absatz 2 und 4577 Ziff. 2.2.1 zu Art. 7 Absatz 2; vgl. auch Protokolle der Sitzungen der nationalrätlichen und ständerätlichen Kommissionen für soziale Sicherheit und Gesundheit vom 11.-13. Januar 2006, S. 98 ff., resp. vom 29./30. Mai 2006, S. 62 f.; Beatrice Breitenmoser, Die Antworten des Gesetzgebers in der 4. und 5. IVG-Revision: Die zentralen Punkte der beiden Revisionen, in: Die 5. IVG-Revision: Kann sie die Rentenexplosion stoppen?, 2004, S. 108 f.; Ralf Kocher, Ausblick auf die 5. IV-Revision, in: Invalidität im Wandel, 2005, S. 45; Ueli Kieser, Entwicklungen im Rahmen der 5. IV-Revision, HILL 2007 Fachartikel Nr. 7, S. 5; ebenso, wenn auch rechtspolitisch kritisch, Hardy Landolt, Auswirkungen der 5. IVG-Revision auf die Schadenminderungspflicht, Personen-Schaden-Forum 2007, S. 239 ff., und Thomas Locher, Stellung und Funktion der Regionalen Ärztlichen Dienste [RAD] in der Invalidenversicherung [IV], in: Medizinische Gutachten, 2005, S. 65 f.). 4.3 4.3.1 Auch auf Stellungnahmen der RAD kann indessen nur abgestellt werden, wenn sie den allgemeinen beweisrechtlichen Anforderungen an einen ärztlichen Bericht genügen (Urteil des Eidg. Versicherungsgerichts I 694/05 vom 15. Dezember 2006 E. 2). Sie müssen insbesondere in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden sein und in der Beschreibung der medizinischen Situation und Zusammenhänge einleuchten; die Schlussfolgerungen sind zu begründen (BGE 125 V 351 E. 3a S. 352). Die RAD-Ärzte müssen sodann über die im Einzelfall gefragten persönlichen und fachlichen Qualifikationen verfügen (Urteile I 142/07 vom 20. November 2007 E. 3.2.3 und I 362/06 vom 10. April 2007 E. 3.2.1). Bezüglich dieser materiellen und formellen Anforderungen

sind sie im Beschwerdefall gerichtlich überprüfbar (vgl. hiezu Protokoll der Sitzung der Kommission für soziale Sicherheit und Gesundheit des Nationalrates vom 11.-13. Januar 2006, S. 101). Nicht zwingend erforderlich ist, dass die versicherte Person untersucht wird. Nach Art. 49 Abs. 2 IVV führt der RAD für die Beurteilung der medizinischen Voraussetzungen des Leistungsanspruchs nur «bei Bedarf» selber ärztliche Untersuchungen durch. In den übrigen Fällen stützt er seine Beurteilung auf die vorhandenen ärztlichen Unterlagen ab (BBl 2005 4572 zu Absatz 2). Das Absehen von eigenen Untersuchungen ist somit nicht an sich ein Grund, um einen RAD-Bericht in Frage zu stellen. Dies gilt insbesondere, wenn es im Wesentlichen um die Beurteilung eines feststehenden medizinischen Sachverhalts geht und die direkte ärztliche Befassung mit der versicherten Person in den Hintergrund rückt (Urteil I 1094/06 vom 14. November 2007 E. 3.1.1 in fine mit Hinweisen; vgl. auch BGE 127 I 54 E. 2e und f S. 57 f.). 4.3.2 Im Übrigen hat die Rechtsprechung bereits unter der bis 31. Dezember 2007 geltenden Rechtslage erkannt, dass Berichte regionaler ärztlicher Dienste materiell Gutachtensqualität haben können (vgl. etwa Urteil des Eidg. Versicherungsgerichts I 694/05 vom 15. Dezember 2006 E. 2; vgl. auch SVR 2008 IV Nr. 13, I 211/06 E. 5.2). Trifft dies zu, haben sie beweisrechtlich keinen geringeren Rang als etwa ein MEDAS-Gutachten (Urteil 9C\_773/2007 vom 23. Juni 2008 E. 5.3; Urteil des Eidg. Versicherungsgerichts I 827/05 vom 18. Oktober 2006 E. 3.2; vgl. auch Urteil 9C\_657/2007 vom 12. Juni 2008 E. 3.2). Nach dem soeben ergangenen Urteil 9C\_204/2009 vom 6. Juli 2009 haben RAD-Untersuchungsberichte, sofern sie den erwähnten materiellen und formellen Anforderungen (E. 4.3.1 hievore) genügen, einen vergleichbaren Beweiswert wie ein anderes Gutachten (BGE 9C\_204/2009 vom 6. Juli 2009 E. 3.3.2 mit weiteren Hinweisen). Nach der kraft Art. 55 ATSG sinngemäss anwendbaren Rechtsprechung zu Art. 12 lit. e VwVG wird mit Gutachten von Sachverständigen gestützt auf besondere Sachkenntnis Bericht über die Sachverhaltsprüfung und -würdigung erstattet (BGE 132 II 257 E. 4.4.1 S. 269). Wann eine solche medizinische Expertise vorliegt, beurteilt sich im Einzelfall aufgrund der verfahrensmässigen Bedeutung und des Inhalts der ärztlichen Meinungsäusserung. Eine generelle, schematische, formalen Gesichtspunkten folgende Abgrenzung ist nicht möglich (BGE 122 V 157 E. 1b S. 160). Immerhin handelt es sich in der Regel da um ein Sachverständigengutachten, wo ein Arzt im Hinblick auf den Abschluss eines Versicherungsfalles beauftragt wird, einen auf den gesamten medizinischen Akten und allenfalls eigenen Untersuchungen beruhenden zusammenfassenden Bericht zu erstatten (Urteil U 65/06 vom 14. Februar 2007 E. 2.2 mit Hinweisen; Urteil des Eidg. Versicherungsgerichts U 91/95 vom 9. März 1998 E. 3c). (...)" (SVR 2009 IV Nr. 56, consid. 4.2 e 4.3, pag. 175-176) 2.7. Nell'evenienza concreta, richiamata la suesposta giurisprudenza in materia di valore probatorio di rapporti medici, questo Tribunale non intravede ragioni che gli impediscano di far proprie le conclusioni a cui sono giunti il prof. \_\_\_\_\_ e il prof. \_\_\_\_\_, i quali hanno compiutamente valutato le affezioni cardiache di cui l'assicurato è portatore e, sottolineato il decorso favorevole avuto dal paziente dopo l'infarto e la stazionarietà dello stato, sono giunti ad una conclusione logica e priva di contraddizioni in merito alla capacità lavorativa di almeno il 70% (il dr. \_\_\_\_\_) rispettivamente del 100% (il dr. \_\_\_\_\_) nell'attività lavorativa precedentemente svolta di scambista. Va detto che le conclusioni (del 28 gennaio 2008 rispettivamente del 11 giugno 2008) coincidono pienamente per quanto attiene alle diagnosi, mentre divergono parzialmente per quanto attiene alla capacità lavorativa residua che per il prof. \_\_\_\_\_ è del 70%, almeno, mentre che per il prof. \_\_\_\_\_ è

integra. In entrambi i casi, comunque, le conclusioni attestano un'abilità lavorativa nella precedente professione di almeno il 70%. Per quanto attiene alla decorrenza dell'abilità parziale, dopo un periodo di incapacità lavorativa piena successiva al momento dell'infarto del 28 settembre 2006, la discrepanza nelle conclusioni dei due specialisti appare solo apparente, ove si ritenga che anche il prof. \_\_\_\_\_ nel suo rapporto indica, al capitolo 6.2, un'abilità lavorativa nella precedente attività svolta del 70% dal 15 maggio 2007. In realtà appare evidente che la ripresa della parziale capacità lavorativa viene fatta coincidere dai due specialisti con la data dell'esecuzione, il 15 maggio 2007, di una scintigrafia miocardica che ha mostrato una pregressa necrosi apicale, ma non reperti significativi per la presenza di ischemia miocardica residua da sforzo (cfr. in effetti il prof. Gallino nello scritto 28 gennaio 2008 "Alla luce di quest'ultimo esame...", doc. AI 13-7). Va sottolineato anche che il prof. \_\_\_\_\_ ha posto limitazioni assai modeste alle risorse fisiche dell'assicurato e meglio precisando che sarebbero da evitare "sforzi fisici massicci con sollevamento di pesi oltre i 20 kg" (doc. AI 13-7). Il prof. \_\_\_\_\_ non ha invece segnalato alcuna limitazione da osservare nell'esecuzione di attività lavorative (doc. AI 17-1). A questo proposito va osservato che in ogni modo l'indagine effettuata dall'amministrazione presso le \_\_\_\_\_ ha evidenziato che l'attività svolta dall'assicurato (scambista al banco di comandi della stazione) non richiede alcun sforzo fisico con sollevamento di pesi (cfr. doc. AI 9). La dettagliata ed approfondita valutazione di questi specialisti non è stata smentita da altri certificati medici attestanti elementi o diagnosi nuove che possano modificare le predette conclusioni specialistiche o documentare una modifica dello stato di salute insorta successivamente. Quanto prodotto dal ricorrente al fine di dimostrare, a suo modo di vedere, una sua maggiore inabilità al lavoro a causa delle patologie che lo affliggono, difatti, non è in grado di sovvertire le conclusioni dei periti interpellati dall'amministrazione. L'unica valutazione versata agli atti è in effetti quella del 4 marzo 2008 del Servizio Medico delle \_\_\_\_\_ sottoscritta dal dr. \_\_\_\_\_ che conclude per "un'invalidità professionale" del 100% (doc. A 4; cfr. per esteso sopra al consid. 2.5). Ora, tale valutazione manifestamente non è idonea a modificare l'attendibilità delle conclusioni specialistiche. A parte il fatto che nemmeno è dato di sapere la formazione specifica del dr. \_\_\_\_\_, da tale presa di posizione appare verosimile che le conclusioni siano state tratte unicamente sulla base degli atti, senza visita dell'assicurato, e senza che fossero predisposti altri accertamenti. Del resto tale rapporto tralascia completamente di motivare le conclusioni di totale incapacità lavorativa nella professione svolta, in particolare non premurandosi di motivare la discrepanza di tali conclusioni rispetto a quelle tratte dal prof. \_\_\_\_\_ sulla base di accertamenti approfonditi e di una valutazione clinica/specialistica del paziente. Né del resto è possibile concludere altrimenti considerando i vari certificati medici (l'ultimo del 8 ottobre 2007, doc. AI 10 e 12-1) resi dal medico curante dell'assicurato, dr. \_\_\_\_\_, generalista, per il quale l'assicurato subirebbe un'incapacità lavorativa completa. In effetti, il curante, che peraltro non è specialista nella materia che qui interessa, non fornisce nessun elemento medico, da cui si possa desumere l'eventuale peggioramento dello stato di salute rispettivamente dal quale si possa dedurre una valutazione diversa dell'incapacità lavorativa che permetta di mettere in dubbio le conclusioni dei cardiologi interpellati. Del resto anche il curante sottolinea il decorso favorevole avuto dal paziente, sottolineando come "dal punto di vista oggettivo il sistema cardio-vascolare appaia relativamente ben stabilizzato" (doc. AI 12-2). Si tratta in definitiva di valutazioni diverse delle ripercussioni sulla capacità lavorativa delle medesime patologie. A dette differenti e generiche valutazioni - che peraltro non sostanziano i motivi

per cui le diagnosi poste ne limiterebbero la capacità lavorativa in misura superiore di quella attestata dai periti -, ribadite l'affidabilità e la completezza delle valutazioni specialistiche dei prof. \_\_\_\_\_ e \_\_\_\_\_ - ricordate peraltro le suesposte considerazioni che si impongono sul tema dell'attendibilità delle attestazioni dei medici curanti degli assicurati (anche se specialisti; STF 9C\_38/2008 del 15 gennaio 2009, STF 9C\_602/2007 dell' 11 aprile 2008, consid. 5.3, STF 9C\_114/2007 del 20 luglio 2007, consid. 3.2.3 in fine, STF I 701/05 del 5 gennaio 2007, consid. 2), poiché alla luce del rapporto di fiducia esistente con il paziente, il medico curante attesterà, in caso di dubbio, in favore del suo paziente (STF 8C\_828/2007 del 23 aprile 2008) -, non si può in questa sede aderire. Se ne deve concludere che il ricorrente non ha in sostanza prodotto alcun certificato medico atto a dimostrare che, al momento dell'emanazione dell'atto impugnato ( il giudice delle assicurazioni sociali valuta la legalità della decisione impugnata in base alla situazione di fatto e di diritto esistente al momento in cui essa è stata resa; DTF 130 V 140, 129 V 4, 121 V 366 consid. 1b) , i disturbi di cui è affetto incidano sulla sua capacità lavorativa in maniera superiore a quanto appurato dai periti cardiologi interpellati dall'Ufficio AI. A tal proposito va ricordato che se da una parte la procedura davanti al TCA è retta dal principio inquisitorio, secondo cui i fatti rilevanti per il giudizio devono essere accertati d'ufficio dal giudice, dall'altra si rileva che questo principio non è però assoluto, atteso che la sua portata è limitata dal dovere delle parti di collaborare all'istruzione della causa (DTF 122 V 158 consid. 1a, 121 V 210 consid. 6c con riferimenti). Il dovere processuale di collaborazione comprende in particolare l'obbligo delle parti di apportare ■ ove ciò fosse ragionevolmente esigibile ■ le prove necessarie, avuto riguardo alla natura della disputa e ai fatti invocati, ritenuto che altrimenti rischiano di dover sopportare le conseguenze della carenza di prove (DTF 117 V 264 consid. 3b con riferimenti). Quanto alle ulteriori allegazioni ricorsuali, per le quali egli non sarebbe più in grado di esplicitare la sua abituale attività lavorativa, le stesse non possono modificare le suesposte conclusioni in merito all'attendibilità delle perizie cardiologiche agli atti. In effetti il ricorso si limita a criticare le conclusioni dell'amministrazione, ma non fornisce elementi concreti che ne permettano di mettere in dubbio la fondatezza. In particolare, quanto alla richiamata "resistenza psicofisica" dell'assicurato, va detto che il prof. \_\_\_\_\_ ha definito intatte, con capacità illimitate, le risorse psichiche dell'interessato (doc. AI 13-5). D'altra parte il ricorso trascura di considerare che l'assicurato è stato sottoposto a accertamenti specialistici approfonditi presso i sanitari dell' \_\_\_\_\_ che l'hanno avuto in cura (doc. AI 13-9). In conclusione, rispecchiando i referti specialistici del prof. \_\_\_\_\_ e del prof. \_\_\_\_\_, tutti i criteri di affidabilità e completezza richiesti dalla giurisprudenza (cfr. consid. 2.6), agli stessi può esser fatto riferimento. Inoltre, non essendo l'interessato affetto da altre patologie invalidanti che avrebbero dovuto essere ulteriormente indagate, questo Tribunale ritiene che la refertazione medica agli atti contiene elementi chiari e sufficienti per valutare l'incapacità al guadagno dell'assicurato sino all'emanazione del querelato provvedimento. Pertanto, richiamato l'obbligo che incombe all'assicurato di intraprendere tutto quanto sia ragionevolmente esigibile per ovviare alle conseguenze del discapito economico cagionato dal danno alla salute (DTF 123 V 233 consid. 3c, 117 V 278 consid. 2b, 400 e i riferimenti ivi citati; cfr. altresì i dianzi citati riferimenti), è da ritenere siccome dimostrato con il grado della verosimiglianza preponderante, valido nell'ambito delle assicurazioni sociali (DTF 126 V 360; 125 V 195 consid. 2), che, fatto salvo per un periodo di inabilità lavorativa completa dal 28 settembre 2006 al 31 maggio 2007, sino al momento dell'emanazione del querelato provvedimento l'assicurato presentava una capacità

lavorativa di almeno il 70% nell'attività precedentemente svolta così come in ogni altra professione che non implichi il sollevamento di pesi superiori ai 20 kg. In conclusione, viste le risultanze mediche suesposte, vi è da concludere che a ragione l'Ufficio AI ha ritenuto una diminuzione della capacità lavorativa del 30% al massimo nella sua attività di scambista alle \_\_\_\_\_ . 2.8. Quanto alla valutazione economica, accertata dunque dal punto di vista medico-teorico una capacità lavorativa sia nell'attività precedentemente svolta di scambista che in altre attività adeguate del 70% almeno, l'Ufficio AI ha quantificato un grado di invalidità del 30%. Ora, deve essere osservato primariamente che 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 pag. 233, 117 V 275 consid. 2b pag. 278, 394 consid. 4b pag. 400 e i riferimenti ivi citati; Riemer-Kafka, Die Pflicht zur Selbstverantwortung, Friburgo 1999, pagg. 57, 551 e 572). 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 pag. 28 e sentenze ivi citate; LANDOLT, Das Zumutbarkeitsprinzip im schweizerischen Sozialversicherungsrecht, tesi Zurigo 1995, pag. 296 segg.). Non è quindi dato alcun diritto ad una rendita se la persona interessata è in grado di percepire un reddito tale da escluderne l'erogazione (DTF 113 V 22 consid. 4a pag. 28; RCC 1968 pag. 434). Alla luce di tutto quanto esposto, visto che l'assicurato presentava dal 1. giugno 2007, secondo i periti interpellati dall'Ufficio AI, un tasso di capacità lavorativa ancora del 70% nella sua attività abituale di scambista, egli, per ridurre il danno, avrebbe potuto continuare a mettere a frutto questa sua capacità nella sua precedente professione, essendo quindi teoricamente in grado di conseguire un reddito corrispondente del 70% del reddito realizzabile senza il danno alla salute. In questo caso è quindi indicato un raffronto percentuale dei redditi (DTF 114 V 313 consid. 3a e riferimenti; STF I 759/2005 del 21 agosto 2006; STCA dell'8 settembre 2008, 32.2007.271; Omlin, Die Invalidität in der obligatorischen Unfallversicherung, pag. 154). In effetti, per la giurisprudenza se il danno alla salute non è tale - come in casu in base alle perizie - da imporre un cambiamento di professione, di regola il giudizio sull'incapacità al guadagno non esprimerà valori superiori all'incapacità lavorativa indicata dal medico. Questo perché si suppone che esplicando tutto l'impegno professionale che la restante capacità lavorativa medico-teorica ancora permette di sviluppare, l'assicurato esprima una capacità di guadagno della medesima proporzione (RAMI 1993 U 168, pag. 100; DTF 114 V 313, consid. 3b; STCA del 21 marzo 1995 nella causa S. F., del 31 maggio 1995 nella causa E. D., del 7 giugno 1995 nella causa M. Z. e del 26 febbraio 1996 nella causa G). Vista in concreto un'incapacità lavorativa del 30% nella precedente professione di scambista, il grado di invalidità è stato correttamente fissato al 30% (cfr. al riguardo DTF 114 V 310 consid. 3a pag. 313 con riferimenti; STF 9C\_776/2007 del 14 agosto 2008), tasso questo che non raggiunge il grado minimo di invalidità pensionabile del 40%, ragione per cui non vi sono i presupposti per concedergli il diritto ad una rendita d'invalidità (cfr. consid. 2.4). Va qui rilevato che il Tribunale federale, in una sentenza 9C\_294/2008 del 19 marzo 2009, ha ancora una volta ritenuto corretto considerare che un'assicurata, inabile al lavoro al massimo al 30% sia nella sua professione abituale, che in altre attività, presenta un grado di invalidità del 30%. Alla medesima soluzione l'Alta Corte è arrivata in una sentenza 8C\_558/2008 del 17 marzo 2009 per un assicurato inabile al lavoro al 50% nella sua professione. Ritenuto poi che la ripresa della capacità lavorativa parziale è stata situata dai

periti al mese di giugno 2007, non esistono nemmeno i presupposti per riconoscere una rendita per il periodo di inabilità lavorativa totale intercorso dal momento dell'infarto, avvenuto il 28 settembre 2006, sino al 1. giugno 2007, non essendo trascorso almeno l'anno di carenza prescritto dall'art. 29 cpv. 1 lett. b v.LAI. In queste circostanze, il Tribunale conferma quindi il rifiuto del diritto ad una rendita stabilito dall' amministrazione. Prive di rilievo risultano essere le ulteriori allegazioni del ricorrente che partono dall'errato presupposto che egli non sia più in grado di esercitare l'ultima attività lavorativa. Il ricorso dell' assicurato è di conseguenza respinto e la decisione dell'amministrazione confermata.

2.9. Secondo l'art. 69 cpv. 1bis LAI, in vigore dal 1° luglio 2006, la procedura di ricorso in caso di controversie relative all'assegnazione o al rifiuto di prestazioni AI dinanzi al tribunale cantonale delle assicurazioni è soggetta a spese. L'entità delle spese è determinata fra 200.-- e 1'000.-- franchi in funzione delle spese di procedura e senza riguardo al valore litigioso. Visto l'esito della vertenza, le spese per complessivi fr. 200.-- sono poste a carico del ricorrente.

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