

TI_GERICHTE 32.2010.185 vom 31. Mai 2010

TI Tribunale d'appello, 2010-05-31, IT

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_32.2010.185

FR: TI_GERICHTE 32.2010.185 du 31 mai 2010

IT: TI_GERICHTE 32.2010.185 del 31 maggio 2010

Regeste

Viste le risultanze della visita SMR (attestante una capacità lavorativa dell'80% nell'attività abituale) a ragione l'Ufficio AI, sulla base di un confronto percentuale dei redditi, ha negato il diritto a prestazioni

Erwägungen

E. 25

aprile 2007; STFA U 329/01 e U 330/01 del 25 febbraio 2003; DTF 125 V 352 consid. 3a, 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 rinvi). 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, 122 V 161, 104 V 212; SVR 1998 IV Nr. 1 pag. 2; SZS 1988 pagg. 329 e 332; ZAK 1986 pag. 189; Locher, Grundriss des Sozialversicherungsrechts, Berna 2003, pag. 453). 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. (...) " (STFA I 938/05 del 24 agosto 2006, consid. 3.2) 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 sottolineato che a un rapporto del SMR può essere riconosciuta la qualità di perizia, anche se è stato redatto senza aver visitato personalmente l'assicurato. Al riguardo, l'Alta Corte, nella sentenza 9C_524/2010 del 27 ottobre 2010, ha precisato quanto segue: " (...) per il nuovo art. 59 cpv. 2bis LAI, in vigore dal 1° gennaio 2008 e - almeno in parte - applicabile in concreto, i servizi medici regionali sono a disposizione degli uffici AI per valutare le condizioni mediche del diritto alle prestazioni, stabiliscono la capacità funzionale dell'assicurato - determinante per l'AI secondo l'articolo 6 LPGA - ad esercitare un'attività lucrativa o a svolgere le mansioni consuete in una misura ragionevolmente esigibile e sono indipendenti per quanto concerne le decisioni in ambito medico nei singoli casi. A questo riguardo va ricordato che scopo e senso del nuovo disposto come pure del nuovo art. 49 OAI risiedono nella possibilità, per gli uffici AI, di fare capo a propri medici per la valutazione degli aspetti sanitari del diritto alla rendita. Questi ultimi, grazie alle loro specifiche conoscenze medico-assicurative, sono quindi chiamati a valutare la capacità funzionale della persona assicurata. In questo modo è stata creata una chiara separazione di competenze tra medici curanti e assicurazione sociale. Sulla base delle indicazioni del SMR, l'UAI deve così decidere cosa si può ragionevolmente pretendere da un assicurato e cosa invece no (v. sentenza 9C_323/2009 del 14 luglio 2009 consid. 4.2, in SVR 2009 IV n. 56 pag. 174 con riferimenti). (...) " (STF 9C_524/2010 del 27 ottobre 2010, consid. 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, op. cit., ad art. 28a, pag. 353). 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 ancora rilevato che, affinché un esame medico in ambito psichiatrico sia ritenuto affidabile, esso deve adempiere diverse condizioni. In DTF 127 V 294 l'Alta Corte ha infatti fatto proprie le considerazioni di Mosimann. In particolare, secondo questo autore (Somatoforme Störungen: Gerichte und [psychiatrische] Gutachten, in: SZS 1999 pag. 105 ss), in ambito psichiatrico l'esperto deve innanzitutto porre una diagnosi secondo una classificazione riconosciuta e pronunciarsi sulla gravità dell'affezione. Il perito deve anche valutare l'esigibilità della ripresa di un'attività lucrativa da parte dell'assicurato. Tale prognosi deve tener conto di diversi criteri, quali il carattere premorboso, l'affezione psichica e quelle organiche croniche, la perdita d'integrazione sociale, un eventuale profitto tratto dalla malattia, il carattere cronico della malattia, la durata pluriennale della stessa con sintomi stabili o in evoluzione e l'impossibilità di ricorrere a trattamenti medici secondo la regola d'arte. La prognosi sfavorevole deve essere fatta in base all'insieme dei succitati criteri. Inoltre, l'esperto deve esprimersi sull'aspetto psicosociale della persona esaminata. Del resto, un rifiuto di una rendita deve ugualmente basarsi su diversi criteri, tra i quali le divergenze tra i dolori descritti e quelli osservati, le allegazioni sull'intensità dei dolori la cui descrizione rimane sul vago, l'assenza di una richiesta di cura, le evidenti divergenze tra le informazioni fornite dal paziente e quelle risultanti dall'anamnesi, il fatto che le lamentele molto dimostrative lascino l'esperto insensibile, come pure le allegazioni di grandi handicap nonostante un ambiente psico-sociale intatto (STCA inedita 27 settembre 2001, inc. 32.1999.124). 2.8. 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 cui sono giunti i medici del SMR, i quali hanno compiutamente valutato le differenti affezioni di cui l'assicurato è portatore, giungendo ad una conclusione logica e priva di contraddizioni che conferma una capacità lavorativa dell'80% nella sua attività abituale e del 100% in un'attività adeguata. Quanto al momento a partire dal quale detta valutazione deve essere ritenuta valida, questo Tribunale rileva che anche se nel rapporto medico 2 marzo 2010 si legge che "(...) dal 1.10.2009 (chiusura infortunio), risulta esigibile incapacità lavorativa del 20% in attività abituale. In attività lavorativa rispettosa dei limiti funzionali incapacità lavorativa 0% (...)" (doc. AI 16/6), in realtà con ogni verosimiglianza vi sarebbe da ritenere che faccia stato il 1. ottobre 2008 visto che è quello il momento in cui è stato chiuso il caso di infortunio (cfr. doc. 32/1-2 dell'incarto cassa malati). In ogni caso detta valutazione vale sicuramente almeno a partire dal mese di marzo 2010, mese in cui ha avuto luogo l'esame medico. Il TCA rileva innanzitutto che il rapporto medico non datato del dr. _____ sub doc. AI 10/1-5 è stato considerato dai medici SMR nel rapporto 2 marzo 2010 (doc. AI 16/1-7), visto che le diagnosi poste dal dr. _____ sono state riprese dal dr. _____ nelle annotazioni 29 gennaio 2010 (doc. AI 12/1) in base alle quali è stato ordinato un esame medico a cura del SMR (doc. AI 13/1) (cfr. consid. 2.6) Non è possibile concludere diversamente anche avuto riguardo al certificato medico 19 aprile 2010 nel quale il dr. _____ ha solo attestato un'incapacità lavorativa del 50% dal 1. giugno 2009 in modo durevole (doc. AI 26/4). Quanto al rapporto 23 agosto 2010 indirizzato alla RA 1, nello stesso il dr. _____, poste le medesime diagnosi, si è limitato a ribadire in modo del tutto generico e senza documentare che "(...) come da lei richiesto, ribadisco, quale medico di famiglia

del suddetto paziente che lo stesso rimane inabile al lavoro al 50% dall'01.06.2009 a seguito delle diagnosi sopra esposte. Il paziente infatti presenta una sindrome panvertebrale su gravi alterazioni statico-degenerative del rachide cervicale e lombosacrale. Può lavorare solo 4 ore al giorno e poi si deve sdraiare e riposare. Per queste ragioni ha assunto un aiuto per il proprio negozio. (...)” (doc. D). Al riguardo anche i medici SMR, nelle annotazioni 12 maggio e 30 agosto 2010, hanno osservato che “(...) riguardo al certificato del dr. _____ del 19.04.2010, esso non documenta giustificazione clinica a supporto di quanto attesta (...)” (doc. AI 29/1) e che “(...) dal certificato del dr. _____ [ndr.: si riferisce al rapporto del 23 agosto 2010] non risulta una nuova diagnosi o una sostanziale modifica dello stato di salute rispetto la valutazione in ambito SMR (...)” (VIII/1). Del resto il dr. _____ non documenta e/o motiva in alcun modo per quali ragioni le conclusioni a cui sono giunti i medici SMR sarebbero errate. Il dr. _____, nelle conclusioni in merito all'esame RM-colonna cervicale del

E. 27

luglio 2009 (doc. 15/2-3), non si è espresso sulla capacità lavorativa e al riguardo i medici SMR, nelle annotazioni 12 maggio 2010, hanno precisato che “(...) è risaputo che non è giustificabile una correlazione tra peggioramento radiologico e peggioramento clinico (...)” (doc. AI 29/1). Anche il dr. _____, FMH in medicina generale, nel certificato medico 10 settembre 2009 – oltretutto contraddicendosi rispetto ai diversi periodi e capacità lavorative attestate nel certificato d'infortunio LAINF (fax del 15 settembre 2008 sub doc. 30/1 dell'incarto cassa malati) – ha solo attestato in modo del tutto generico e senza documentare che “(...) il paziente summenzionato è stato inabile al lavoro nella misura del 50% da febbraio 2008 ad aprile 2009 (...)” (doc. AI 33/16). Va qui 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 alla patologia psichiatrica – atteso che nel certificato medico 20 agosto 2010 il dr. _____, FMH in psichiatria e psicoterapia: non ha contestato la valutazione 2 marzo 2010 dei medici SMR; non ha posto una diagnosi secondo una classificazione internazionalmente riconosciuta e nemmeno ha indicato in cosa consisterebbe il trattamento limitandosi ad attestare che “(...) il signor RI 1, 1951, _____ è in cura con lo scrivente da Settembre 2009 per il perdurare di uno stato depressivo ad andamento recidivante reattivo a problematica fisiatrica. Il quadro clinico si caratterizza per un tono dell'umore deflesso, ansia, tensione, disturbi del sonno, difficoltà nel mantenersi sufficientemente concentrato a lungo con affaticabilità, demotivazione, vissuti auto squalificanti di incapacità e perdita di ruolo. Tale condizione psicopatologica nel corso dei mesi è rimasta pressoché immodificata sulla base di compromesse capacità introspettive del paziente e reattività modesta e per tale motivo è da ritenere inabile al lavoro in misura di almeno il 50% (...)” (doc. E) – questo Tribunale deve fare proprie le annotazioni 1. settembre 2010 nelle quali il dr. _____ ha osservato che “(...) il quadro clinico da me osservato, risp. la descrizione della giornata riferita dall'A.o stesso, non facevano rilevare una riduzione della funzionalità lavorativa al momento del colloquio del 2

marzo u.s. Poiché lo stesso curante indica uno stato invariato dal momento della presa a carico nel 2009 e non specifica una diagnosi secondo ICD-10 o DSM, ris. una sintomatologia oggettivamente differente da quanto da me osservato, confermo la mia presa di posizione (...)” . Nemmeno è possibile concludere diversamente anche avuto riguardo al rapporto 23 giugno 2010 del dr. _____ (doc. C), FMH in neurologia, indirizzato al dr. _____. Infatti, il dr. _____ non ha contestato la valutazione 2 marzo 2010 dei medici SMR e – poste le diagnosi di “(...) – brachialgie parestetiche bilaterali su modesta compressione cronica dei due nervi mediani nei canali carpali – sindrome pan vertebrale su importanti alterazioni statico-degenerative del rachide cervicale e lombosacrale (...)” (doc. C) – non si è espresso in alcun modo sulla capacità lavorativa. Al riguardo nelle annotazioni 29 luglio 2010 il dr. _____ ha formulato la seguente valutazione: “(...) l’attuale rapporto del neurologo dr. _____ esclude un peggioramento clinico a livello del rachide cervicale. Presenza unicamente d’una compressione moderata a livello dei nervi mediano con indicazione ad applicazione di stecca di notte, ev. infiltrazione (la compressione non è tale da rendere necessario un intervento chirurgico). Viene riconfermata la presenza di una sindrome pan vertebrale. In conclusione l’attuale rapporto medico non documenta un sostanziale peggioramento dello stato di salute dell’assicurato. La presenza di una compressione dei nervi mediani è problematica trattabile in modo semplice e non comporta un impedimento funzionale prolungato. Da notare che un intervento comporterebbe una IL di poche settimane. (...)” (IV/bis). Viste le risultanze mediche suesposte questo Tribunale deve concludere che, senza che sia necessario esperire ulteriori accertamenti medici, sicuramente almeno dal mese di marzo 2010 (mese in cui è stato esperito l’esame medico presso il SMR; cfr. doc. AI 15/1 e 16/1-7), l’assicurato va ritenuto abile al lavoro all’80% nella sua attività abituale e al 100% in un’attività adeguata rispettosa dei limiti funzionali posti. Le valutazioni del dr. _____ e del dr. _____, seppur divergenti unicamente per quanto riguarda la valutazione della capacità lavorativa dell’insorgente, non apportano elementi oggettivi che siano stati ignorati dai medici del SMR e vanno quindi intese nel senso di una diversa valutazione delle conseguenze che le patologie dell’interessato hanno sulla capacità di lavoro. Va qui ricordato che in ragione della diversità dell’incarico assunto (a scopo di trattamento anziché di perizia), in caso di lite non ci si può di regola fondare sulla posizione del medico curante, anche se specialista (STF 9C_38/2008 del 15 gennaio 2009, STF 9C_602/2007 dell’11 aprile 2008, consid. 5.3), 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) e che il solo fatto che uno o più medici curanti esprimano un’opinione contraddittoria non è sufficiente a rimettere in discussione una perizia ordinata dal giudice o dall’amministrazione e a imporre nuovi accertamenti (STF 9C_9/2010 del 29 settembre 2010, consid. 3.4 e i rinvii giurisprudenziali ivi menzionati). 2.9. Riguardo alla censura secondo la quale “(...) l’Ufficio AI ha manifestamente violato il diritto di essere sentito, poiché oltre a non aver esperito gli accertamenti necessari, non ha nemmeno atteso l’esito del consulto neurologico specialistico, comportandosi così, ha dunque violato il diritto fondamentale del ricorrente di essere sentito (...)” (I, punto 12), il TCA rileva quanto segue. In base a quanto esposto al precedente considerando, questo Tribunale ha potuto appurare che l’Ufficio AI ha intrapreso gli accertamenti necessari e che sulla base degli stessi era possibile pronunciarsi sulla capacità lavorativa residua. Quanto al rapporto 23 giugno 2010 del dr. _____ lo stesso è stato prodotto davanti al TCA che gode di pieno potere di cognizione e l’assicurato

ha preso posizione anche sulle annotazioni 29 luglio 2009 espresse dal dr. _____ in merito (doc. C, IV/bis e VI). Del resto, con la risposta, l'amministrazione ha puntualizzato: "(...) osserviamo come il termine legale di 30 giorni per presentare osservazioni prescritto dall'art. 73ter cpv. 1 OAI non sia prorogabile (cfr. art. 40 cpv. 1 LPGA). Scaduto il termine precitato, il presente Ufficio ha emesso la propria decisione formale. Non si ritiene pertanto di aver violato il diritto di essere sentito. (...)” (IV, pag. 4). Va poi qui ancora ricordato che nella STF I 688/06 dell'8 ottobre 2007 il TF ha affermato che "(...) da un rinvio degli atti all'amministrazione per garantire il diritto di essere sentito si può infatti – eccezionalmente (DTF 127 V 431 consid. 3d/aa pag. 437; 126 I 72; 126 V 130 consid. 2b pag. 132 con riferimenti) – prescindere se il rinvio si esaurirebbe in un vuoto esercizio procedurale e ritarderebbe inutilmente la procedura, in contrasto con l'interesse della parte lesa ad ottenere un giudizio in tempi rapidi (DTF 132 V 387 consid. 5.1 pag. 390; 116 V 182 consid. 3d pag. 187) . Orbene, questa Corte ha più volte osservato che se l'assicurato nella procedura precedente non ha formulato una richiesta di rinvio degli atti all'amministrazione a garanzia del suo diritto di essere sentito, ciò lascia concludere per un suo maggiore interesse a una rapida evasione della causa piuttosto che a un'esecuzione formalmente corretta della procedura ed osta pertanto all'annullamento dell'atto impugnato e al rinvio della causa all'amministrazione per rimediare al vizio (DTF 132 V 387 consid. 6.1 pag. 391; 119 V 208 consid. 6 pag. 218; cfr. pure la sentenza del Tribunale federale delle assicurazioni I 618/04 del 20 settembre 2006, riassunta in RSAS 2007 pag. 61, consid. 9) (...)” (STF I 688/06 dell'8 ottobre 2007, consid. 3.1.2). 2.10. Quanto alla valutazione economica occorre qui ricordare che, per costante giurisprudenza (STF 9C_13/2007 del 31 marzo 2008), al fine di poter graduare l'invalidità, all'amministrazione (o al giudice in caso di ricorso) è necessario disporre di documenti che devono essere rassegnati dal medico o eventualmente da altri specialisti, il compito del medico consistendo nel porre un giudizio sullo stato di salute, nell'indicare in quale misura e in quali attività l'assicurato è incapace al lavoro come pure nel fornire un importante elemento di giudizio per determinare quali lavori siano ancora ragionevolmente esigibili dall'assicurato (DTF 125 V 256 consid. 4 pag. 261; 115 V 133 consid. 2 pag. 134; 114 V 310 consid. 3c pag. 314; 105 V 156 consid. 1 pag. 158). Spetta in seguito al consulente professionale, avuto riguardo alle indicazioni sanitarie, valutare quali attività professionali siano concretamente ipotizzabili (Meyer-Blaser, Rechtsprechung des Bundesgerichts zum IVG, pag. 228 seg.). Nella fattispecie, va considerato che, come accennato (cfr. consid. 2.2) – visto che la richiesta di prestazioni AI è stata presentata nel mese di novembre 2009; doc. AI 1/1-9 e 2/1-2 – , il diritto alla rendita nascerebbe al più presto a far tempo dal 1. maggio 2010 (art. 29 cpv. 1 e 3 LAI) e che, da un punto di vista medico-teorico, a quel momento è stata accertata una capacità lavorativa dell'80% nell'attività abituale e del 100% in un'altra attività adeguata rispettosa dei limiti funzionali posti (cfr. consid. 2.8). Va qui osservato 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, 117 V 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). In concreto, visto che l'assicurato presenta, secondo i medici del SMR, un tasso di capacità lavorativa ancora dell'80 % nella sua attività abituale, egli, per ridurre il danno, avrebbe potuto continuare a mettere a frutto questa sua capacità nella precedente professione, essendo quindi teoricamente in grado di conseguire un reddito corrispondente dell'80% 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 conclusioni dei medici SMR – 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). Visto che l'insorgente conserva una capacità lavorativa residua dell'80% nella sua attività abituale, nella quale è in grado di conseguire un reddito corrispondente all'80% del reddito realizzabile senza il danno alla salute, l'incapacità lucrativa del ricorrente ammonta dunque al 20%. E' dunque a ragione che l'Ufficio AI ha negato all'assicurato il diritto ad una rendita (cfr. consid. 2.4). Va qui rilevato che il TF, 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. 2.11. In simili circostanze, visto tutto quanto precede, la decisione impugnata va confermata e il ricorso respinto. 2.12. 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 fr. 500.-- sono poste a carico del ricorrente.

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