

## **TI\_GERICHTE 32.2014.57 vom 24. März 2014**

TI Tribunale d'appello, 2014-03-24, IT

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti\\_gerichte\\_32.2014.57](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_32.2014.57)

FR: TI\_GERICHTE 32.2014.57 du 24 mars 2014

IT: TI\_GERICHTE 32.2014.57 del 24 marzo 2014

### **Regeste**

L'Ufficio AI ha respinto una nuova domanda di rendita. Respinta la ricusa del perito. Conferma della valutazione medico-teorica ed economica. Per la determinazione del reddito ipotetico da invalido non sono applicabili i dati salariali cantonali

### **Erwägungen**

#### **E. 1**

LPGA, 41 vLAI, art. 87ss. OAI; VSI 1999 pag. 8; Rüedi, Die Verfügungsanpassung als Grundfigur von Invalidenrentenrevisionen, in Schaffauser/ Schlauri, Die Revision von Dauerleistungen, Veröffentlichungen des Schweizerischen Instituts für Verwaltungskurse an der Uni St. Gallen, 1999, pag. 15; DTF 117 V 198). L'art. 17 cpv. 1 LPGA stabilisce che " se il grado d'invalidità del beneficiario della rendita subisce una notevole modificazione, per il futuro la rendita è aumentata o ridotta proporzionalmente o soppressa, d'ufficio o su richiesta." I principi giurisprudenziali sviluppati in materia di revisione di rendite sotto il regime del vecchio art. 41 LAI sono applicabili anche a proposito dell'art. 17 LPGA (DTF 130 V 349 seg. consid. 3.5). In particolare, la costante giurisprudenza ha stabilito che le rendite AI sono soggette a revisione non solo in caso di modifica rilevante dello stato di salute che ha un influsso sull'attività lucrativa, ma anche quando lo stato di salute è rimasto invariato, se le sue conseguenze sulla capacità di guadagno hanno subito un cambiamento importante (RCC 1989 pag. 323, consid. 2a; DTF 113 V 275, consid. 1a, 109 V 116 consid. 3 b, 105 V 30). Se la capacità al guadagno dell'assicurato migliora, v'è motivo di ammettere che il cambiamento determinante sopprime, all'occorrenza, tutto o parte del diritto a prestazioni dal momento in cui si può supporre che il miglioramento constatato perduri. Lo si deve in ogni caso tenere in considerazione allorché è durato tre mesi, senza interruzione notevole, e che presumibilmente continuerà a durare (art. 88 a cpv. 1 OAI). Analogamente, in caso di aggravamento dell'incapacità al guadagno, occorre tener conto del cambiamento determinante il diritto a prestazioni, non appena esso perdura da tre mesi senza interruzione notevole. L'art. 29 bis è applicabile per analogia (art. 88 a cpv. 2 OAI). 2.5. Nella presente fattispecie, l'assicurato chiede la ricusa del perito dr. \_\_\_\_\_ in quanto da "giudicarsi come non neutrale e anche poco sereno nei confronti del ricorrente ". Inoltre egli rileva: " ... è fuori di dubbio che le numerosissime perizie sempre affidate dall'Ufficio assicurazione invalidità al dr. \_\_\_\_\_, ledono il principio stabilito dalla Corte Europea secondo cui occorre che l'amministrazione operi una rotazione costante dei periti esterni e che i mandati peritali non vengano assegnati sempre agli stessi medici. \_\_\_\_\_ è senz'ombra di dubbio uno di questi soliti beneficiari. Tanto da fare insorgere il ragionevole dubbio che la parte di reddito annuo ch'egli consegue nella sua professione di medico, si costituisca da un apporto importante (decisivo), fornito dal committente UAI per quanto attiene proprie alle numerose perizie affidate allo stesso perito. (...)" (doc. I, pag. 10) Conformemente alla

giurisprudenza (ripresa in STFA I 429/04 del 13 aprile 2006, consid. 2.4), per i periti valgono di principio gli stessi motivi di astensione e di ricsuzione previsti per i giudici (DTF 120 V 364 consid. 3a). Di conseguenza, un perito dev'essere considerato parziale in presenza di circostanze atte a fare diffidare della sua imparzialità. La parzialità è uno stato interiore difficilmente dimostrabile. Per ricsuare un perito non è pertanto necessario provare che egli sia effettivamente parziale. È sufficiente l'esistenza di elementi che permettano di motivare l'apparente parzialità e il rischio di prevenzione. Nel valutare l'apparenza di parzialità e l'importanza di tali circostanze non ci si può tuttavia basare sulle sensazioni di una parte. La sfiducia nel perito deve piuttosto apparire fondata da un profilo oggettivo (DTF 125 V 353 seg. consid. 3b/ee, 123 V 176 consid. 3d; VSI 2001 p. 109 seg. consid. 3b/ee; RAMI 1999 no. U 332 pag. 193 consid. 2a/bb con riferimenti). Poco importa dunque che certi atteggiamenti di un magistrato o di un perito possano essere avvertiti dal ricsuante come espressioni di parzialità. Decisivo è chiarire se tali impressioni soggettive appaiano anche oggettivamente fondate (DTF 116 Ia 137 consid. 2a e 2b). Considerata la rilevanza che rivestono i rapporti medici nel diritto delle assicurazioni sociali, l'imparzialità del perito deve essere valutata con rigore (DTF 123 V 176 consid. 3d, 120 V 364 consid. 3). Sempre conformemente alla giurisprudenza (esposta nella citata STFA I 429/04, consid. 2.5), semplici dissapori tra il giudice, rispettivamente il perito, e una parte non giustificano una ricsua del magistrato, rispettivamente del perito, a meno che denotino una riconoscibile prevenzione (RDAT 1976 pag. 62). Per legittimare una ricsua non basta nemmeno un'antipatia, ancorché dichiarata, ma occorre un'avversione marcata, grave e profonda (Poudret, Commentaire de la loi fédérale d'organisation judiciaire, vol. I, n. 4.2 all'art. 23 OG). L'avversione non può inoltre risalire troppo in là nel tempo (Alfred Bühler, Erwartungen des Richters an den Sachverständigen, in: PJA 1999 pag. 570). Orbene, va qui rilevato che con scritto 18 dicembre 2012 il rappresentante dell'assicurato si era opposto al prospettato accertamento peritale a cura del dr. \_\_\_\_\_, chiedendo all'Ufficio AI di emettere una decisione formale (doc. AI 157). Va tuttavia evidenziato che lo stesso rappresentante, rispondendo allo scritto 9 gennaio 2013 dell'amministrazione che gli intimava un termine di 10 giorni per dichiarare se il suo cliente fosse disposto a sottoporsi all'accertamento medico, con lettera 17 gennaio 2013 aveva comunicato "... la disponibilità dell'assicurato a sottoporsi all'accertamento medico previsto, previo che lo stesso possa avvenire il prima possibile, anche in ragione del lungo tempo trascorso" (doc. AI 162). In quell'occasione l'assicurato non aveva ricsuato il perito. Lo fa in sede giudiziaria, motivo per cui la censura risulta essere tardiva. Va inoltre rilevato che il ricorrente non ha fornito i motivi per cui ritiene il dr. \_\_\_\_\_ parziale, prevenuto e tantomeno "poco sereno" nei suoi confronti. Del resto, dal numero dei mandati conferiti al dr. \_\_\_\_\_ non è possibile concludere per una parzialità dello specialista. A tal riguardo, nella STCA 32. 2013.203 consid. 2.9 del 3 ottobre 2014 proprio riguardo al medesimo specialista questa Corte aveva precisato quanto segue: " In effetti, nella STF 9C\_44/2014 dell'11 febbraio 2014 – confermando il giudizio con il quale questo Tribunale aveva concluso che secondo la giurisprudenza federale, un motivo di ricsuzione non è dato per il solo fatto che il perito incaricato é economicamente dipendente dal mandante oppure per il solo fatto che egli svolge degli incarichi per conto dell'amministrazione – , il TF ha rilevato, tra l'altro, che "(...) un motivo formale di ricsua non sarebbe neppure dato qualora detto centro fosse economicamente dipendente dall'AI, poiché un siffatto motivo non si realizza già con lo svolgimento di compiti per l'amministrazione ma solo in caso di prevenzione personale (...)" ( STF 9C\_44/2014 dell'11 febbraio 2014). (...) Nemmeno, (senza una valutazione

puntuale nel merito dei singoli casi) a mente di questo Tribunale, per il solo fatto che un perito giunga spesso a delle valutazioni simili è possibile concludere per una sua parzialità. Questo Tribunale ritiene pertanto di potere concludere, in sintonia con la giurisprudenza in materia secondo la quale, fino a prova (anche se attenuata) del contrario, l'imparzialità del perito deve essere presunta (STFA I 14/04 del 14 marzo 2006, consid. 3.2.2; Auer/Malinverni/Hottelier, Droit constitutionnel suisse, vol. II: Les droits fondamentaux, Berna 2000, pag. 579 cifra marg. 1205), che le argomentazioni generiche sviluppate dall'assicurata (e dal suo rappresentante, che non sembra essere a conoscenza in particolare della giurisprudenza di cui alle surriferite STF 9C\_44/2014 e 9C\_519/2011) non giustificano alcuna apparente prevenzione o rischio di parzialità. "Le medesime considerazioni valgono per il caso in esame. Ne consegue che l'istanza di ricusa, nella misura in cui è ricevibile, è respinta. 2.6. L'Ufficio AI ha conferito mandato peritale al dr. \_\_\_\_\_ (sui motivi; cfr. annotazioni 9 gennaio 2013 del dr. \_\_\_\_\_, attivo presso il SMR). Dal referto del 12 marzo 2013 (doc. AI 168) risulta che il citato specialista in reumatologia ha posto le seguenti diagnosi: " (...) Gonartrosi sintomatica (dolore cronico) a destra in - Esiti da condroplastica abrasiva di grossa ulcera cartilaginea nel solco intercondilico femorale, in artroscopia del ginocchio destro, il 29.5.1996. Stato da frattura del femore distale destro con epifisiolisi, il 25.5.1991 - Osteosintesi del femore distale destro il 25.5.1991 / Asportazione del materiale di osteosintesi il 19.2.1992. Periartropatia omeroscapolare con sintomatologia di attrito bilaterale. Sindrome pan vertebrale con componente cervicolombospondilogenica bilaterale cronica in - Alterazioni degenerative del rachide lombare (discopatia L5/S1 con piccola ernia discale tendente alla sublussazione legamentare con estensione inferiore, senza compressione radicolare. - Disturbi statici del rachide (ipercifosi prolungata della dorsale con protrazione del capo, iperlordosi lombare, scoliosi sinistro convessa dorsale, destroconvessa lombare, scompensata). - Decondizionamento e sbilancio muscolare. (...)" (doc. AI 168/11) In merito alla valutazione della capacità lavorativa il dr. \_\_\_\_\_ rileva: " (...) Giudico come lavoro adatto allo stato di salute attuale, un'attività che tiene pienamente conto della capacità funzionale e di carico residua, descritta nell'allegato. In un lavoro adatto allo stato di salute, giudico l'assicurato abile al lavoro sull'arco di una giornata lavorativa normale di 8 - 9 ore, ma con una diminuzione del rendimento del 10 %; quest'ultima si spiega con i dolori cronici lamentati, potenzialmente accessibili alle cure sopramenzionate, questo a decorrere dall'ultima valutazione peritale del 18.10.2006, tenendo ovviamente conto degli attuali limiti funzionali e di carico. Da ultimo l'assicurato era dipendente come tecnico per computer dell'\_\_\_\_\_, fino al 30.6.2006, contratto poi disdetto per scadenza; stando ad una valutazione del posto di lavoro con sopralluogo del 9.11.2007, questa attività implicava il sollevamento frequente di carichi molto leggeri, ogni tanto di carichi leggeri, mai medi rispettivamente pesanti o molto pesanti; si segnalava che l'assicurato non doveva mai sollevare carichi sotto rispettivamente sopra i 5 kg sopra il livello delle spalle, l'attività si limitava al maneggio di attrezzi leggeri e di precisione, mai di attrezzi medi, pesanti e molto pesanti, mai venivano svolte attività sopra la testa, mai con rotazione del tronco; tuttavia l'assicurato doveva spesso assumere la posizione eretta ed inclinata in avanti, quest'ultima mansione può essere ora svolta soltanto talvolta; l'attività del tecnico per computer, sempre stando alla stessa descrizione, permetteva all'assicurato di variare molto spesso la posizione corporea; il perito ortopedico il 18.10.2006, affermava che quest'ultima attività poteva essere eseguita soltanto nella misura del 50 %; con i limiti funzionali ora aggiuntisi, per la sintomatologia algica irradiante al rachide, giudico l'assicurato, in qualità di tecnico per

computer, abile al lavoro sull'arco di una giornata lavorativa normale di 8 - 9 ore, ma con una diminuzione del rendimento del 60 %, a partire dal 15.3.2012, allorché la patologia al rachide lombare veniva definita tramite risonanza magnetica. Va detto che lo specialista FMH in ortopedia da ultimo consultato Dr. \_\_\_\_\_ di \_\_\_\_\_, il 16.5.2012, affermava che il suo paziente risultava inabile al lavoro al 50 % anche in attività prevalentemente seduta; prendendo atto della capacità funzionale e di carico residua e delle osservazioni sopramenzionate, un'attività prevalentemente seduta, per la problematica algica al rachide, non è da considerarsi adatta all'assicurato; lo stesso deve avere la possibilità di alternare le posizioni corporee al bisogno; con queste premesse la capacità lavorativa viene da me ritenuta superiore ossia, come già detto, sull'arco di una giornata lavorativa normale di 8-9 ore, ma con una diminuzione del rendimento del 10%." (doc. AI 168/11-12) L'assicurato, con riferimento al succitato rapporto del dr. \_\_\_\_\_, contesta la valutazione del perito. Va qui ricordato che, secondo giurisprudenza, per la 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 bensì il suo contenuto (DTF 125 V 352 consid. 3 e 122 V 160 consid. 1c; in fine con rinvii). 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 (STF 8C\_535/2007 del 25 aprile 2008). Se vi sono dei rapporti medici contraddittori, il giudice non può evadere la procedura senza valutare l'intero materiale e indicare i motivi per cui egli si fonda su un rapporto piuttosto che su un altro (STF 8C\_535/2007 del 25 aprile 2008). Va infine evidenziato 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; DTF 125 V 353 consid. 3a)cc); Pratique VSI 2001 pag. 109 consid. 3a)cc; Meyer, Bundesgesetz über die Invalidenversicherung, in: Rechtsprechung des Bundesgerichts zum Sozial-versicherungsrecht, 2010, ad art. 28a, pag. 353 ) 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\_710/2011 del 20 marzo 2012 consid. 4.5 e 9C\_9/2010 del 29 settembre 2010 consid. 3.4, entrambe con i rinvii giurisprudenziali ivi menzionati). Ritornando al caso in esame, questo TCA ritiene che lo stato di salute dell'assicurato è stato esaustivamente vagliato dal perito. Egli ha infatti proceduto ad una dettagliata valutazione, descrivendo minuziosamente le limitazioni funzionali riportate in un separato allegato, dovute principalmente alla sintomatologia al ginocchio ed alla problematica algica al rachide. In particolare l'assicurato deve avere la possibilità di alternare la posizione da statica a sedentaria e viceversa, evitare il porto di pesi e non assumere una posizione accovacciata. Del resto agli atti non vi sono certificazione

mediche idonee a mettere in dubbio la valutazione peritale. Rispetto alla perizia del dr. \_\_\_\_\_ del gennaio 2007 (cfr. consid. 1.2) vi è stato un peggioramento, nel senso che è stata rilevata una patologia alla colonna, così come sottolineato nelle annotazioni 23 maggio 2003 del SMR (cfr. doc. AI 177), il cui impatto sulla capacità lavorativa risulta essere minimo. Infatti, il dr. \_\_\_\_\_ ha valutato le radiografie della colonna cervicale eseguite il 3 maggio 2012 come “ nomarli, senza significative alterazioni degenerative” (cfr. perizia pag. 8), la cui sintomatologia riferita dall’assicurato è stata da lui definita come “ disturbi statici del rachide” (cfr. perizia pagg. 8 e 9). Non rilevante è la valutazione 27 febbraio 2011 del dr. \_\_\_\_\_, del resto antecedente alla perizia, relativa alla menomazione dell’integrità fisica da lui valutata al 50% (doc. AI 131/9). Infine, il ricorrente rileva come il dr. \_\_\_\_\_ sia ortopedico, mentre il dr. \_\_\_\_\_ reumatologo. Al riguardo va fatto presente che in merito all’allestimento di una perizia ortopedica piuttosto che reumatologica, va rilevato anche se non ha una specializzazione in ortopedia, il reumatologo per formazione ed esperienza lavorativa dispone dei mezzi per valutare in modo adeguato e completo affezioni all’apparato muscolo-scheletrico. In questo senso, nella STF 9C\_547/2010 del 26 gennaio 2010, il TF ha, tra l’altro, osservato che “(...) Gegenstand der Rheumatologie - als Teildisziplin der Inneren Medizin - sind (chronische) Schmerzen des Bewegungsapparates; dies trifft u.a. auch auf die Orthopädie zu (Urteil 9C\_203/2010 vom 21. September 2010 E. 4.1). Weshalb insbesondere der Rheumatologe nicht in der Lage gewesen sein soll, die Rückenbeschwerden des Versicherten kompetent zu beurteilen, ist nicht ersichtlich (...)” (STF 9C\_547/2010 del 26 gennaio 2010 consid. 4.1).

2.7. In merito alla capacità professionale in ambito informatico, l’assicurato evidenzia come la formazione ricevuta in ambito AI è avvenuta ancora sulla scorta del vecchio regolamento, rilevando inoltre quanto scritto il 5 luglio 2013 dal vicedirettore della scuola di informatica e di gestione: “ (...) Durante l’apprendistato il Sig. RI 1 è stato formato prevalentemente per la funzione di tecnico informatico svolgendo mansioni d’installazione di sistemi client, software e apparecchiature informatiche di vario genere oltre che a dare supporto diretto agli utenti del nostro istituto. A scuola, evidentemente, il Sig. RI 1 seguiva pure corsi legati ad altre discipline informatiche (programmazione, banche dati, sistemi server e networking, ...). Le competenze dell’interessato in questi ambiti sono però rimaste - ad un livello pressoché basilare poiché non applicate approfonditamente sul posto di lavoro.” (doc. AI 185/5) Ora, il ricorrente omette di citare l’esaustivo rapporto 8 settembre 2013 del consulente in integrazione professionale, in cui è stata esaurientemente discussa la problematica relativa alla validità o meno del diploma conseguito. Raccolta anche una presa di posizione del capo laboratorio sezione informativa SAM, sig. \_\_\_\_\_, il consulente ha in particolare rilevato: “ (...) Risposta del Servizio Integrazione Professionale In base a quanto riportato dal capo laboratorio sezione informatica SAM \_\_\_\_\_, si prende ulteriormente atto di quanto segue: - il diploma ottenuto dall’assicurato non solo è ancora valido ma è anche tuttora impiegabile nel mercato del lavoro. Ciò è dimostrato dal fatto che vi sono diplomati AFC in informatica che hanno seguito la stessa formazione scolastica dell’assicurato e che riescono ad essere ancor oggi impiegabili nel mercato del lavoro; - il diploma ottenuto dall’assicurato nel 2003 fa effettivamente parte del vecchio regolamento. Tuttavia, il vecchio regolamento data 2008 ... dunque gli ultimi apprendisti che hanno ottenuto l’AFC in informatica datano di 5 anni circa; - tutte le persone che seguono una formazione specialistica in informatica (AFC) e che per un periodo di tempo rimangono fermi possono esigibilmente cercare di mantenere/accrescere le proprie competenze con un altrettanto esigibile sforzo di volontà. È chiaro che con il tempo l’assicurato non ha

dimostrato una propria volontà di mantenere/accrescere le proprie competenze. Tale dato è confermato anche dal capo laboratorio sezione informatica SAM \_\_\_\_\_ il quale cita come «c'è stato un rifiuto completo nel tentare di tenersi aggiornato (anche il minimo indispensabile) e ha completamente "gettato la spugna"». D'altra parte – a suffragio di questa ipotesi - anche telefonicamente con l'assicurato ho potuto costatare questa mancanza di motivazione a mantenere/migliorare le sue competenze. Infatti, accennatogli che si potrebbero fargli svolgere dei corsi di aggiornamento, l'assicurato si è barricato di fronte ad un "adesso nel 2013 mi proponete questo!". In sintesi, malgrado una situazione per l'assicurato di mancanza di alcune competenze importanti per lo svolgimento dell'attività di informatico diplomato e nonostante l'assicurato non disponesse già al momento del diploma di alcune conoscenze ("già durante la formazione era molto debole e negli esami finali di tirocinio, i risultati non sono stati particolarmente brillanti"), da una valutazione complessiva del caso si deve concludere che l'assicurato non ha fatto e non sta facendo nulla per cercare di mantenere/migliorare la propria situazione rispetto al mercato del lavoro. Questa condizione impedisce tra gli altri anche la possibilità di far beneficiare l'assicurato di ulteriori competenze atte ad accrescere la propria spendibilità nel mondo del lavoro." (doc. AI 190/3-4) Il ricorrente fa inoltre riferimento allo scritto 21 ottobre 2013 all'amministrazione in cui, non manifestando preclusioni verso un programma di formazione e/o di riallenamento ad hoc prospettato nell'incontro del 15 ottobre 2013, ha chiesto che nel programma vi sia anche "un piano di rimborso a copertura delle spese, oltre che una equa indennità" (doc. AI 193). Egli stigmatizza il fatto che successivamente l'Ufficio AI non abbia intrapreso alcuna misura integrativa. Anche qui il ricorrente omette di citare l'incontro avuto il 13 marzo 2014 con il Capo Servizio AI, volto proprio a definire un programma di reinserimento, dal cui verbale risulta: " Colloquio presso l'Ufficio Assicurazione Invalidità in presenza di sig. RI 1 accompagnato dal rappresentante legale sig. \_\_\_\_\_, sig. \_\_\_\_\_ e sottoscritta. L'obiettivo dell'incontro è quello di discutere un programma di reinserimento per sig. RI 1 sulla base dell'incontro avuto presso UAI in data 15.10.2013. Sig. \_\_\_\_\_ indica dapprima che è sconcertante il calcolo CGR effettuato dalla consulente AI e l'abilità lavorativa definita in sede medica. Per quanto riguarda il calcolo CGR si rammenta che si tratta di una procedura voluta dalla legislazione coscienti che non rispecchia la realtà ticinese. Progetto di reinserimento Vi sarebbe la possibilità di iniziare il corso di tecnico sistemi di reti. Tale formazione, peraltro conosciuta da RI 1, sarebbe tenuta ogni lunedì e mercoledì sera dalle 18.00 alle 21.15 presso SSIG \_\_\_\_\_. L'inizio è avvenuto il 04.11.2013 e terminerebbe il 26.11.2014. Dopo avere discusso con sig. \_\_\_\_\_, responsabile studio post - diploma e formazione continua, viene confermata la possibilità per l'A. di iniziare questa formazione a condizione che legga la parte teorica eseguita fino ad ora. Oltre alla parte teorica si propone, durante il giorno, una parte pratica presso un datore di lavoro (ancora da reperire) così da aggiornarsi e ri-acquisire le competenze perse in questi anni. RI 1 dichiara di conoscere questa formazione e a suo modo sarebbe uno spreco di tempo e di denaro. Non riuscirebbe a seguire la scuola in quanto fa fatica a guidare alla sera. Dichiara dapprima di avere avuto una formazione carente e che i docenti di scuola non erano neppure informatici e ha ricevuto una formazione inappropriata. Chiedo conferma di quanto avere letto nei vari documenti che si è sentito obbligato dall'AM ad effettuare tale formazione. Conferma. A suo modo avrebbe difficoltà a reperire un posto di lavoro visti i suoi problemi di salute. Il problema di base è che non riesce a lavorare più di

ore e questo in qualsiasi ambito professionale. A suo dire potrebbe fare qualsiasi lavoro sulla mezza giornata. Dichiarò poi di potere svolgere pure l'informatico in tale percentuale lavorativa e aggiunge "anche senza un programma di reinserimento". Non concorda con la valutazione effettuata dal Dr. \_\_\_\_\_ e desidera contestare lo stato di salute. A livello di salute, a suo dire, non è per nulla migliorato e non concorda con l'abilità del 90% definita dal medico. Da parte sua auspica che gli venga riconosciuta una IL del 50% (per poter beneficiare di ½ rendita AI) e poi si arrangerebbe a reperire un lavoro dicendo "lo trovo sotto casa". Alla domanda se ha, in questo periodo, cercato un lavoro dichiara di no. Attende una decisione da parte del nostro Ufficio e poi valuta. Attualmente vive con l'entrata dell'AM di ca. 800.- e la sua compagna non lavora. A lui basterebbe un riconoscimento di mezza rendita AI e poi vaglierebbe delle attività lavorative.

Proseguimento Sig. RI 1 non intende sottoporsi al provvedimento di reinserimento e valuterà, tramite rappresentante legale se effettuerà opposizione alla comunicazione che nostro Ufficio emanerà." (doc. AI 196/1-2) Visto quanto sopra, all'amministrazione non può essere imputata alcuna inazione dal punto di vista professionale, senza dimenticare che l'assicurato non presenta un'incapacità al guadagno minima del 20%, presupposto per la concessione di provvedimento professionali (in merito cfr. DTF 124 V 110 consid. 2b; AHV Praxis 1997 pag. 80 consid. 1b). A tal riguardo va fatto riferimento alle annotazioni 30 aprile 2013 ove è stato segnatamente rilevato: "(...) Come discusso con \_\_\_\_\_, si ritiene necessario sottoporre la pratica al vaglio del Servizio Integrazione per valutare il diritto a PPR nonostante il grado AI non arrivi al 20% e l'età sia superiore ai 30 anni. (...)") (sottolineatura del redattore; doc. AI 172/1) 2.8. Per determinare il reddito ipotetico conseguibile dalla persona assicurata senza il danno alla salute (reddito da valido), nella fattispecie concreta l'Ufficio AI, sulla base dei dati forniti dall'ultimo datore di lavoro, ha determinato un salario annuo di fr. 61'056.-- (stato 2011). Tale dato è rimasto incontestato. Il reddito da invalido, secondo la giurisprudenza, è determinato sulla base della situazione professionale concreta dell'interessato, a condizione e però che quest'ultimo sfrutti in maniera completa e ragionevole la capacità lavorativa residua e che il reddito derivante dall'attività effettivamente svolta sia adeguato e non costituisca un salario sociale ("Soziallohn") (DTF 126 V 76 consid. 3b/aa e riferimenti). Se invece non esiste un siffatto guadagno, in particolare perché l'assicurato non ha intrapreso una attività lucrativa da lui esigibile, il reddito da invalido, da contrapporre a quello da valido nella determinazione del grado di invalidità, può essere ricavato dai rilevamenti statistici ufficiali, editi dall'Ufficio federale di statistica, che si riferiscono agli stipendi medi nelle principali regioni e categorie di lavoro (DTF 126 V 76 consid. 3b/bb; RCC 1991 pag. 332 consid. 3c, 1989 pag. 485 consid. 3b). Inoltre, va rilevato che, secondo la giurisprudenza federale, per gli assicurati che, a causa della particolare situazione personale o professionale (affezioni invalidanti, età, nazionalità e tipo di permesso di dimora, grado di occupazione ecc.), non possono mettere completamente a frutto la loro capacità residua nemmeno in lavori leggeri e che pertanto non riescono di regola a raggiungere il livello medio dei salari sul mercato, viene operata una riduzione percentuale sul salario teorico statistico. Il TFA ha precisato, al riguardo, come una deduzione globale massima del 25% del salario statistico permettesse di tener conto delle varie particolarità suscettibili di influire sul reddito del lavoro. Inoltre, chiamato a pronunciarsi sulla deduzione globale, la quale procede da una stima che l'amministrazione deve succintamente motivare, il giudice non può senza valido motivo sostituire il suo apprezzamento a quello degli organi dell'assicurazione (DTF 126 V 80 consid. 5b/cc). L'Alta Corte ha stabilito che sono esclusivamente applicabili, in difetto di indicazioni

economiche concrete, i dati salariali nazionali risultanti dalla tabella di riferimento TA1 dell'inchiesta sulla struttura dei salari edita dall'Ufficio federale di statistica e non i valori desumibili dalla tabella TA13, che riferisce dei valori in relazione alle grandi regioni (SVR 2007 UV nr. 17; STFA I 222/04 del 5 settembre 2006). Se una persona assicurata, per motivi estranei all'invalidità, ha realizzato un reddito considerevolmente inferiore alla media senza che vi si sia spontaneamente accontentata, si procede in primo luogo a un parallelismo dei due redditi di paragone. In pratica, questo parallelismo può avvenire a livello di reddito da valido aumentando in maniera adeguata il reddito effettivamente conseguito oppure facendo capo ai valori statistici oppure ancora a livello di reddito da invalido mediante una riduzione adeguata del valore statistico. In una seconda fase, occorre esaminare la questione di una deduzione dal reddito da invalido ottenuto sulla base dei valori medi statistici. A questo riguardo, va tenuto presente che i fattori estranei all'invalidità di cui si dovesse già aver tenuto conto con il parallelismo dei redditi di raffronto non possono essere presi in considerazione una seconda volta nell'ambito della deduzione per circostanze personali e professionali (DTF 134 V 322). Quando il reddito da valido differisce considerevolmente dal salario statistico riconosciuto nello specifico settore economico, il TF ha nel frattempo stabilito, anche in casi ticinesi (cfr. ad esempio sentenza 8C\_44/2009 del 3 giugno 2009 consid. 4), che se il guadagno effettivamente conseguito diverge di almeno il 5 % dal salario statistico usuale nel settore, esso è considerevolmente inferiore alla media ai sensi della DTF 134 V 322 consid. 4 pag. 325 e può giustificare - soddisfatte le ulteriori condizioni - un parallelismo dei redditi di paragone, fermo restando però che questo parallelismo si effettua soltanto per la parte percentuale eccedente la soglia del 5% (STF 9C\_1033/2008 e 9C\_1038/2008 del 15 gennaio 2010 consid. 5.5). In concreto, l'amministrazione ha determinato il reddito che l'assicurato potrebbe conseguire nel settore informatico (divisione economica 62), livello di qualifica 3 (conoscenze professionali e specializzate), per un importo di fr. 94'617.--. Tenuto conto di una riduzione del 10%, il reddito da invalido è stato definito in fr. 85'155,30.-- (cfr. doc. AI 178). Dal raffronto dei redditi non risulta alcuna incapacità al guadagno. L'assicurato contesta la determinazione del reddito da invalido nell'attività appresa, rilevando che: "(...) Al riguardo giova ricordare che a titolo di esempio, l'amministrazione cantonale, per quanto concerne mansioni di tecnico informatico, corrisponde redditi ben inferiori a quelli indicati da UAI. Addirittura, un concorso del 31 maggio 2013 e meglio per la nomina di un informatico aziendale (ciò che il ricorrente non è) viene offerto un salario minimo di Fr. 84'762.--, mentre che per la funzione di analista programmatore, titolo di cui non gode il ricorrente, il salario annuo minimo offerto è stabilito in Fr. 77'972.--. In questo senso osiamo ritenere che nell'ambito dell'industria privata, il mercato del lavoro, offre salari maggiormente inferiori. Da cui respinta la tesi promossa dall'Ufficio assicurazione invalidità secondo la quale il ricorrente dispone di una capacità salariale residua di Fr. 95'000.--, rispettivamente di Fr. 85'000.-- annui." (doc. I, pag. 14) Occorre qui ricordare che, come riportato sopra, secondo costante giurisprudenza, fanno stato i redditi statistici a livello nazionale. Non possono quindi essere presi in considerazione i dati salariali cantonali. Inoltre, avendo l'assicurato conseguito l'attestato federale di capacità, l'amministrazione poteva prendere in considerazione il livello no. 3 dei dati statistici. Che l'assicurato non abbia mai svolto un'attività nel settore per il quale è stato riformato professionalmente non è rilevante. Determinante è invece che, come visto al consid. 2.7, dal profilo medico tale attività è stata ritenuta adeguata, con una capacità lavorativa limitata al 90%. Il TCA costata infine che nella decisione su opposizione 3 dicembre 2009 (cfr. consid. 1.4), quale reddito da valido

l'assicurazione militare aveva preso in considerazione il salario annuo di montatore d'impianti sanitari e di riscaldamento, aumentando il reddito a fr. 62'500.-- in modo da considerare i 15 anni di esperienza lavorativa di cui l'assicurato avrebbe potuto beneficiare se non fosse stato invalido. Per quel che concerne il reddito da invalido, l'assicurazione, atteso che l'insorgente da tre anni non svolgeva alcuna attività lucrativa nel campo informatico, aveva utilizzato il salario statistico, tendendo tuttavia in considerazione il livello di qualifica 4 (attività semplici e ripetitive), determinandolo in fr. 50'000.--. Sia come sia, entrambe le modalità di calcolo non permettono di riconoscere all'assicurato il diritto ad una rendita AI. In conclusione, visto quanto sopra, rettamente l'Ufficio AI ha respinto la domanda di prestazioni. Ne consegue che la decisione contestata è confermata, mentre il ricorso va respinto. 2.9. Secondo l'art. 69 cpv. 1bis LAI, 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 (DTF 133 V 402; STF 9C\_156/2009 del 7 aprile 2009; STF 8C\_393/2008 del 24 settembre 2008). 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.