

## **TI\_GERICHTE 32.2021.67 vom 13. April 2021**

TI Tribunale d'appello, 2021-04-13, IT

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti\\_gerichte\\_32.2021.67](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_32.2021.67)

FR: TI\_GERICHTE 32.2021.67 du 13 avril 2021

IT: TI\_GERICHTE 32.2021.67 del 13 aprile 2021

### **Erwägungen**

#### **E. 23**

dicembre 2020, ha formulato le proprie osservazioni chiedendo all'UAI di rivedere la propria posizione, alla luce della decisione formale 21 dicembre 2020 dell'\_\_\_\_\_ che ha riconosciuto una rendita LAINF del 41% a decorrere dal 1° ottobre 2020 (incarto AI, p. 167). In data 13 aprile 2021, la Cassa \_\_\_\_\_ ha emanato la decisione con la quale ha confermato il diritto a una rendita d'invalidità temporanea, dal 1° settembre 2018 al 30 novembre 2020 (incarto AI, p. 184-186). Da quel documento risulta, da una parte, che la decisione comprendeva 5 ulteriori pagine di motivazione che ne costituivano una parte integrante (incarto AI, p. 184) e, dall'altra, che l'originale del provvedimento è stato intimato al \_\_\_\_\_ (incarto AI, p. 186). Ciò è del resto confermato dalla circostanza che, con scritto del 19 aprile 2021, il rappresentante dell'assicurato ha chiesto che gli venisse trasmesso il CD completo di tutti gli atti AI, facendo riferimento proprio alla decisione del 13 aprile 2021 (incarto AI, p. 187). In data 26 aprile 2021, l'UAI ha inviato il CD al \_\_\_\_\_ (incarto AI, p. 189). Il 10 maggio 2021, l'assicurato ha interposto ricorso al TCA per il tramite del sindacato RA 1 (doc. I). Tutto ben considerato, il TCA fatica a ravvisare in cosa sarebbe consistita la violazione del diritto di essere sentito. In effetti, anche se per errore l'amministrazione avesse allegato alla decisione di rendita del 13 aprile 2021 le motivazioni relative al progetto di decisione (quelle che prevedevano un grado d'invalidità dell'8% dal 1° dicembre 2020, anziché del 27%), ciò che potrebbe essere stato il caso stando almeno alla documentazione allegata all'impugnativa (cfr. i doc. B e C), tale circostanza non ha procurato alcun pregiudizio all'assicurato, dato che al suo rappresentante è stato dato accesso all'intera documentazione (cfr. incarto AI, p. 189), in cui figuravano le motivazioni con il nuovo calcolo del grado dell'invalidità (cfr. incarto AI, p. 178-180). In questo senso, non può essere ignorato che, nell'impugnativa, si fa esplicito riferimento al grado d'invalidità del 27% (doc. I, p. 3). Comunque, anche se per mera ipotesi di lavoro si volesse ammettere una violazione del diritto di essere sentito, essa è da considerarsi sanata, siccome l'assicurato ha potuto impugnare la decisione amministrativa ed esporre per esteso le proprie argomentazioni dinanzi al TCA, autorità che gode di pieno potere cognitivo.

2.2. Litigiosa è la questione di sapere se è a giusta ragione che l'amministrazione ha negato all'assicurato il diritto alla rendita, dopo aver accertato un grado d'invalidità non pensionabile alla scadenza dell'anno di attesa, oppure no.

2.3. Secondo l'art. 4 cpv. 1 LAI in relazione con gli artt. 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 a 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 ( Duc, L'assurance invalidité, in: Meyer (Hrsg.), Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht, Band XIV, Soziale Sicherheit, 2a ed., 2007, pag. 1411, n. 46 ). Per incapacità al lavoro s'intende qualsiasi incapacità, totale o parziale, derivante da un danno alla salute fisica, mentale o psichica di compiere un lavoro ragionevolmente esigibile nella professione o nel campo di attività abituale. In caso d'incapacità al lavoro di lunga durata possono essere prese in considerazione anche le mansioni esigibili in un'altra professione o campo d'attività (art. 6 LPGGA). L'incapacità al guadagno è definita all'art. 7 LPGGA e consiste nella perdita, totale o parziale, della possibilità di guadagno sul mercato del lavoro equilibrato che entra in considerazione, provocata da un danno alla salute fisica, mentale o psichica e che perdura dopo aver sottoposto l'assicurato alle cure ed alle misure d'integrazione ragionevolmente esigibili. Secondo l'art. 8 cpv. 1 LPGGA, è considerata invalidità l'incapacità al guadagno totale o parziale presumibilmente permanente o di lunga durata. La nozione d'invalidità di cui all'art. 4 cpv. 1 LAI e 8 cpv. 1 LPGGA è di carattere giuridico economico, non medico (DTF 116 V 249 consid. 1b). L'art. 28 cpv. 1 LAI prevede che l'assicurato ha diritto ad una rendita se: a. la sua capacità al guadagno o la sua capacità di svolgere le mansioni consuete non può essere ristabilita, mantenuta o migliorata mediante provvedimenti d'integrazione ragionevolmente esigibili; b. ha avuto un'incapacità al lavoro (art. 6 LPGGA) almeno del 40% in media durante un anno senza notevole interruzione; e c. al termine di questo anno è invalido (art. 8 LPGGA) almeno al 40%. L'art. 28 cpv. 2 LAI prescrive che 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%. Tuttavia, il diritto alla rendita nasce al più presto dopo 6 mesi dalla data in cui l'assicurato ha rivendicato il diritto alle prestazioni conformemente all'art. 29 cpv. 1 LPGGA, ma al più presto a partire dal mese seguente il compimento dei 18 anni (art. 29 cpv. 1 LAI). In virtù dell'art. 28a cpv. 1 LAI, per valutare l'invalidità di un assicurato che esercita un'attività lucrativa si applica l'art. 16 LPGGA. Il Consiglio federale definisce il reddito lavorativo determinante per la valutazione dell'invalidità. Ai sensi dell'art. 16 LPGGA 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). Il grado d'invalidità dell'assicurato deve quindi essere determinato dal raffronto del reddito che egli ancora può conseguire nonostante la sua invalidità con quello che avrebbe potuto guadagnare in assenza delle affezioni di cui è portatore (Duc, op. cit., pag. 1476, n. 213 e la giurisprudenza citata alla nota a piè pagina n. 264). Si confronta perciò il reddito che l'assicurato avrebbe potuto conseguire se non fosse divenuto invalido con quello ch'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 29, consid. 1, 104 V 135 consid. 2a e 2b; Pratique VSI 2000 pag. 84 consid. 1b) . S econdo la giurisprudenza per il raffronto dei redditi sono determinanti le circostanze esistenti al momento dell'(eventuale) inizio del diritto alla rendita ed i redditi da valido e da invalido devono però essere rilevati sulla medesima base temporale e la valutazione deve tenere conto di eventuali modifiche dei redditi di paragone intervenute fino alla resa della decisione e suscettibili di incidere sul

diritto alla rendita (cfr. regesto della DTF 129 V 222). Inoltre, nel confronto dei redditi, secondo la giurisprudenza federale – di regola – non si tiene conto di fattori estranei all'invalidità, come ad esempio la formazione professionale, le attitudini fisiche e psichiche e l'età dell'assicurato (RCC 1989, pag. 325; DTF 107 V 17, consid. 2c confermata dall'allora TFA [dal 1. gennaio 2007: TF] con sentenza U 156/05 del 14 luglio 2006, consid. 5 ; Scartazzini, op. cit., pag. 232). 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. L'Alta Corte ha stabilito che i due redditi, dalla cui differenza emerge il grado dell'incapacità di guadagno, vanno stabiliti in maniera precisa. Se ciò non fosse possibile, devono essere calcolati sulla base di una valutazione fondata sulle circostanze concrete (SVR 1996 IV Nr. 74 consid. 2a, DTF 114 V 310 consid. 3a).

2.4. Per costante giurisprudenza (cfr. 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/Reichmuth, Rechtsprechung des Bundesgerichts zum IVG, 2014, ad art. 28a, pag. 389). 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 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). Nella DTF 137 V 210 il TF ha concluso che l'acquisizione delle basi mediche per poter emettere una decisione attraverso perizie effettuate da istituti esterni come i SAM nell'assicurazione invalidità svizzera, come pure il loro utilizzo nelle procedure giudiziarie, è di per sé conforme alla Costituzione e alla Convenzione europea (consid. 2.1-2.3). Contestualmente la nostra Massima Istanza ha inoltre ritenuto necessario adottare dei correttivi tanto a livello amministrativo (assegnazione a caso dei mandati; differenze minime delle tariffe della perizia; miglioramento e uniformizzazione dei criteri di qualità e di controllo e rafforzamento dei diritti di partecipazione; consid. dal 3.2 al 3.3, 3.4.2.6 e 3.4.2.9) quanto a livello dell'autorità giudiziaria (in caso di accertata necessità di ulteriori chiarimenti, il Tribunale cantonale o il Tribunale federale amministrativo devono per principio essi stessi ordinare una perizia medica i cui costi sono posti a carico dell'assicurazione invalidità; consid. 4.4.1.3, 4.4.1.4 e 4.4.2). 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). In effetti, nel caso in cui sussista anche il minimo dubbio sull'affidabilità e sulla concluzione dei pareri medici interni dell'assicurazione, non è possibile fondarsi su tali rapporti (STF 8C\_336/2015 del 25 agosto 2015, consid. 4.3. con riferimenti, in particolare, alla DTF 139 V 225 e alla 135 V 465). Va poi 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) 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). Va ancora evidenziato che, affinché un esame medico in ambito psichiatrico sia ritenuto affidabile deve adempiere diverse condizioni (Cattaneo, "La promozione dell'autonomia del disabile: esempi scelti dalle assicurazioni sociali", in RDAT 2003-II pag. 628-629, in particolare la nota 158, nella quale vengono citate alcune sentenze federali e cantonali, in particolare la DTF 127 V 294). In quest'ultima sentenza l'Alta Corte ha 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 psico-sociale 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 32.1999.124 inedita 27 settembre 2001; STF I 683/03 del 12 marzo 2004 pubblicata in DTF 130 V 352). 2.5. In concreto, ricevuta la domanda di prestazioni, l'UAI ha acquisito agli atti l'intero incarto \_\_\_\_\_ (cfr. supra, consid. 1.3.) dal quale è emerso in particolare che sono stati effettuati molteplici tentativi di riabilitazione (cfr. tra gli altri docc. 74-100 incarto AI) e che la situazione valetudinaria andava considerata ormai stabilizzata. Su richiesta del SMR (doc. 34 e 35 incarto AI), la dr.ssa \_\_\_\_\_, spec. FMH in medicina interna e medico curante dell'assicurato (doc. 1, pag. 8 e doc. 39, pag. 121 incarto AI), ha allestito il rapporto del 20 settembre 2020 (doc. 35 incarto AI) indicando quali diagnosi con ripercussione sulla capacità lavorativa: " Impotenza funzionale e dolori spalla sx. (infortunio del 14.09.2017)

- capsulite retrattile - esiti di infiltrazione cortisonica (10/2018) 29.08.2018 decompressione a resezione AC sinistra, tenotomia del bicipite per tendinopatia posttraumatica del capolungo del bicipite e contusione acromioclavicolare 21.10.2019, artroscopia biopsie plurime, adesiolisi, red decompressione ed asportazione III distale clavicola sx. Dolore lombare cronicizzato su base degenerativa ed acuitizzato dopo trauma: Esiti di infiltrazione epidurale (18.10.2017).” (doc. 35, pag. 108 incarto AI) Inoltre, a proposito della capacità/esigibilità lavorativa, la dr.ssa \_\_\_\_\_ ha rilevato che l’assicurato non sarebbe più stato in grado di svolgere attività lavorative comportanti l’utilizzo delle braccia sopra l’orizzontale e il sollevamento di pesi superiori a 10 kg a causa dei dolori alla schiena (doc. 35, pag. 108 e seg. incarto AI). Ella ha anche dichiarato che in un’attività adeguata RI 1 avrebbe potuto lavorare “ forse anche giornata lavorativa intera (lavori leggeri nell’edilizia, senza sollevamento braccia oltre l’orizzontale). ” (doc. 35, pag. 110 incarto AI), precisando di averlo visto solo il giorno dell’infortunio (doc. 35, pag. 110; cfr. supra consid. 1.1.). Il rapporto della curante è stato elaborato tenendo conto (anche) dei referti dei dottori \_\_\_\_\_ e \_\_\_\_\_ che hanno considerato, a titolo di diagnosi secondarie, i “ dolori lombari cronicizzati su base degenerativa ed acuitizzati dopo trauma ” (doc. 35, pag.112 e segg. incarto AI). Con certificazione del 9 ottobre 2020, il dr. \_\_\_\_\_, spec. FMH in chirurgia ortopedica e traumatologia, anch’egli interpellato dal SMR (doc. 39, pag. 121 incarto AI), ha diagnosticato una sindrome lombovertebrale con discopatia L5-S1 con riduzione dello spazio intersomatico e spondilolistesi degenerativa L4-5 incipiente. Il curante specialista, pur osservando di aver visto l’assicurato in una sola occasione (5 febbraio 2020) , ha dichiarato che “ dai referti a me a disposizione un’attività leggera è compatibile con le diagnosi ” (doc. 38 incarto AI). La consulente in integrazione, basandosi sulla visita medica \_\_\_\_\_ del 7 agosto 2020 (cfr. supra, consid. 1.3.), ha ritenuto l’assicurato “ abile al lavoro nella misura del 100% in attività adeguata [...]. Nel caso specifico, sono considerate esigibili tutte quelle attività non qualificate, molto leggere – leggere, semplici, che rispettano i limiti funzionali dello stesso. Trattasi di attività che non richiedono una preparazione professionale specifica ma che possono essere esercitate dopo una semplice introduzione sul posto di lavoro e un breve periodo d’adeguamento, rappresentate nella categoria 4.2. ” (doc. 31 incarto AI). Quanto sopra è stato fatto proprio dal medico SMR nel suo rapporto finale del 14 ottobre 2020 (doc. 39, incarto AI). Il dr. \_\_\_\_\_, dopo aver sottolineato l’impossibilità per l’assicurato di riprendere l’esercizio della sua precedente professione e considerato la sindrome lombovertebrale fra le diagnosi con ripercussione sulla capacità lavorativa, ha stabilito una capacità lavorativa completa in attività adeguate a far tempo dal 7 agosto 2020 (cfr. supra, consid. 1.3.). Sulla scorta di quanto precede, l’UAI ha emanato il progetto di decisione del 16 ottobre 2020 e, successivamente alle osservazioni dell’assicurato, la decisione formale impugnata (cfr. supra, consid. 1.3. e segg.). Dal profilo medico, l’insorgente contesta l’esaustività dei rapporti dei dottori \_\_\_\_\_ e \_\_\_\_\_, siccome questi ultimi hanno potuto visitarlo soltanto in un’occasione, circostanza che avrebbe impedito loro di approfondire la questione dei dolori alla schiena, in particolare la ripercussione sulla capacità lavorativa residua. Anche l’\_\_\_\_\_, aggiunge il ricorrente, avrebbe omesso di approfondire la problematica lombare poiché essa esula dalla sua competenza. A supporto della propria tesi, il ricorrente si prevale della relazione della fisioterapista \_\_\_\_\_, dei referti del dr. \_\_\_\_\_ e della riabilitazione svoltasi a \_\_\_\_\_, del rapporto relativo alla visita di chiusura del dr. \_\_\_\_\_, come pure delle certificazioni prodotte pendente causa (cfr. supra consid. 1.6., 1.8. e segg.). I contestati rapporti dei curanti, posti alla base della

decisione impugnata, secondo l'insorgente, andrebbero completati approfondendo la problematica lombare (cfr. supra consid. 1.6.; ricorso, pag. 5 e seg.) al fine di accertare l'effettiva capacità lavorativa residua, da lui ritenuta inferiore al 100% (cfr. doc. 54, pag. 178 incarto AI).

2.6. Questo Tribunale, chiamato a verificare se lo stato di salute del ricorrente sia stato accuratamente vagliato dall'amministrazione prima dell'emissione della decisione impugnata, dopo attenta analisi della documentazione medica agli atti, deve confermare le conclusioni dell'UAI. In questo contesto, va immediatamente precisato che l'insorgente non contesta il fatto che, di per sé, i disturbi interessanti la spalla sinistra non lo limitano nell'esercizio di un'attività lavorativa adeguata, così come era stato del resto accertato anche in ambito LAINF (si vedano inoltre i precedenti giurisprudenziali, riguardanti assicurati che accusavano limitazioni nell'utilizzo degli arti superiori, in cui è stata riconosciuta la loro piena abilità lavorativa in attività sostitutive adeguate - cfr., fra le tante, STCA 35.2020.72 dell'8 marzo 2021 consid. 2.4.4 e riferimenti ivi citati, STCA 35.2020.1 del 21 dicembre 2020 consid. 2.4.3, STCA 35.2018.114 del 18 marzo 2019 consid. 2.3.3, STCA 35.2018.52 del 12 novembre 2018 consid. 2.4.3, STCA 35.2018.38 del 10 ottobre 2018 consid. 2.5, STCA 35.2017.109 del 13 giugno 2018 consid. 2.3.5).

2.6.1. Occorre in primo luogo esaminare i rapporti dei dottori \_\_\_\_\_ e \_\_\_\_\_, sulla cui base il medico SMR è poi pervenuto alla conclusione che l'assicurato presenta una capacità lavorativa completa in attività sostitutive adeguate (cfr. supra, consid. 2.5.). La diagnosi della dr.ssa \_\_\_\_\_ risulta chiara, ovvero "dolori lombari su base degenerativa ed acutizzati dopo il trauma" (doc. 35, pag. 108 incarto AI). Tale diagnosi trova riscontro in pregresse refertazioni mediche (a titolo esemplificativo, già il medico \_\_\_\_\_ dell'\_\_\_\_\_ dr. \_\_\_\_\_, a margine della visita di controllo dell'8 maggio 2018, affermava che "[...] a livello del rachide lombare appare evidente che ci si trova davanti ad una situazione di tipo degenerativo che può aver avuto un certo tipo di riacutizzazione [...].") (doc. 131, pag. 361 incarto AI). A proposito della capacità/esigibilità lavorativa dell'assicurato, la curante ne ha accertato i limiti funzionali (doc. 35, pag. 109 incarto AI: "Non potrà sollevare le braccia sopra l'orizzontale, non potrà sollevare pesi elevati > 10 kg a causa dei dolori alla schiena"; cfr. anche pag. 110 del documento), ritenendo possibile che egli lavori sull'arco dell'intera giornata in un'attività rispettosa dei limiti funzionali di cui sopra. Nel caso di specie, le patologie presentate dall'assicurato hanno richiesto consulti, esami, interventi, misure fisioterapiche e degenze che hanno coinvolto molti specialisti (cfr. a titolo esemplificativo i doc. 79, 81, 85-95, 100, 102, 105, 139, 151, 172 incarto AI), i cui referti sono stati trasmessi alla curante, la quale li ha ritenuti sufficienti per esprimere un giudizio affidabile circa la capacità lavorativa dell'assicurato in attività alternative adeguate. È infatti evidente che, qualora la dr.ssa \_\_\_\_\_ avesse avuto dei dubbi circa la diagnosi e/o le sue ripercussioni sulla capacità lavorativa residua dell'assicurato, ella si sarebbe astenuta dall'esprimere il proprio parere, rispettivamente avrebbe richiamato ulteriore documentazione medica dai colleghi, ciò che non è però avvenuto. Ne consegue che, a mente di questo Tribunale, l'avverbio "forse" (cfr. supra, consid. 2.5.) non configura, di per sé, una riserva sufficiente ad inficiare l'accertamento della capacità lavorativa operato dalla curante. Per quanto concerne il rapporto 19 agosto 2020 del dr. \_\_\_\_\_, egli ha formulato la diagnosi di "sindrome lombovertebrale con spondilolistesi degenerativa L4-5 incipiente" (doc. 279 incarto AI), diagnosi confermata anche il 9 ottobre 2020 (doc. 38 incarto AI). Circa la ripercussione dei dolori alla schiena sulla capacità lavorativa dell'assicurato, lo specialista ha dichiarato che "[...] dai referti a me a disposizione un'attività leggera è compatibile con le diagnosi ." (doc. 38 incarto AI).

In conclusione, i dottori \_\_\_\_\_ e \_\_\_\_\_ hanno entrambi considerato i dolori lombari e, tenuto conto anche di quanto era stato refertato in precedenza da altri specialisti, hanno concluso a favore di una capacità lavorativa completa in attività rispettose delle limitazioni funzionali presentate dall'assicurato. Secondo il TCA, la sola circostanza che i curanti appena citati abbiano visitato personalmente l'assicurato in un'unica occasione non è sufficiente a mettere in dubbio la correttezza dei loro pareri (e, di riflesso, nemmeno quella della valutazione espressa dal medico SMR).

2.6.2. Oltre alla contestazione discussa al precedente considerando, a sostegno della sua tesi il ricorrente si prevale dello scritto della fisioterapista \_\_\_\_\_, della relazione medica del dr. \_\_\_\_\_, delle cure riabilitative a \_\_\_\_\_, del rapporto di chiusura del dr. \_\_\_\_\_, e delle certificazioni mediche prodotte pendente causa (cfr. supra, consid. 2.5.). Nella sua presa di posizione del 24 settembre 2018 (doc. 152 incarto AI), la fisioterapista \_\_\_\_\_ ha scritto: “ Als ich Herrn RI 1 im September 2017 zum ersten Mal sah, war klar, dass das Hauptproblem in diesem Moment die Rückenproblematik war. Er war vollkommen deformiert vor Schmerz und ich fand keine Position ihn zu behandeln. [...] Für mich war klar, dass dies nach einer Weile operiert werden musste, da ich nicht behandeln konnte ohne ihm Torturen zuzufügen. [...] ich kann, bei der Therapie der Schulter, nur bedingt behandeln, da er vom Rücken her zu grosse Schmerzen hat, um Behandlungspositionen einzunehmen [...]”. Nel suo rapporto del 4 marzo 2020 (doc. 246 incarto AI) la fisioterapista ha in sintesi rilevato, oltre a quanto già riportato in precedenza e sempre con riferimento alla problematica lombare, che i forti dolori alla schiena avevano comportato una scoliosi, la quale “ ... causava un enorme squilibrio muscolare, funzionale e deformativa sulla spalla e il collo. [...] Spero che il paziente venga operato alla schiena, e che possa fare una cura intensa a Novaggio almeno per due settimane. ”. Preliminarmente, occorre evidenziare che la valutazione di una fisioterapista non può avere il medesimo valore di quella di un medico. In secondo luogo, la fisioterapista \_\_\_\_\_ ha sì refertato la presenza della problematica lombare e dei dolori ad essa riconducibili, ma non si è espressa su come e quanto questi dolori possano limitare la capacità lavorativa dell'assicurato in un'attività che tiene debitamente conto dei limiti funzionali. A tal proposito, questo Tribunale ribadisce che i dolori lombari di cui soffre il signor RI 1 sono stati tenuti in considerazione dai dottori \_\_\_\_\_ e \_\_\_\_\_, i quali hanno comunque ammesso una capacità lavorativa completa in attività adeguate (cfr. supra consid. 2.6.1.). Ne consegue che neppure i rapporti della signora \_\_\_\_\_ sono atti ad inficiare la fondatezza delle loro conclusioni (cfr. supra consid. 2.6.1.).

2.6.3. Il ricorrente rinvia al periodo di degenza presso la Clinica \_\_\_\_\_ di \_\_\_\_\_ (docc. 172 e 182 incarto AI), circostanza che, a suo modo di vedere, dovrebbe inficiare l'accertamento della sua capacità lavorativa residua operato dai dottori \_\_\_\_\_ e \_\_\_\_\_. È vero che, contestualmente ad un tentativo di riabilitazione limitato alla spalla sinistra, il ricorrente ha soggiornato per quattro settimane presso la citata clinica, senza però trarne grandi benefici (doc. 177, pag. 433, doc. 179 e doc. 182, pag. 441 incarto AI). Il relativo rapporto di uscita, datato 6 marzo 2019, non contiene tuttavia alcuna indicazione circa la residua capacità lavorativa dell'assicurato, tanto meno riferita alla problematica rachidea, di modo che non appare parimenti atto a sminuire il valore probatorio attribuito alle certificazioni dei curanti in questione. Il ricorrente si appella altresì alla “ relazione medica del Dr. \_\_\_\_\_ ” (cfr. supra consid. 2.5.), riferendosi al rapporto dello specialista in neurochirurgia del 28 novembre 2017 (doc. 92 incarto AI). In tale rapporto – allestito a poco più di due mesi dall'evento infortunistico – lo specialista sottolinea la natura degenerativa dei disturbi

lombari, osservando altresì che questi “ peggiorano con la deambulazione e regrediscono in posizione seduta ”. Sempre con riferimento ai dolori, lo specialista ha refertato una “ grave sintomatologia algica lamentata dal paziente ”. Ora, oltre a rilevare che il rapporto del dr. \_\_\_\_\_ è stato allestito a poco più di due mesi dall’infortunio (cfr. supra consid. 1.1.) e pertanto nella fase più acuta della sintomatologia, si rammenta nuovamente che i dolori alla schiena del ricorrente sono stati già considerati dai dottori \_\_\_\_\_ e \_\_\_\_\_ e dall’amministrazione; essi non sono stati ritenuti tali da precludere l’impiego del ricorrente in un’attività confacente. Il dr. \_\_\_\_\_ non si è del resto pronunciato a proposito della capacità lavorativa residua dell’assicurato, ciò che non sorprende visto che il suo rapporto è stato appunto allestito poco dopo l’evento infortunistico. In conclusione, il rapporto del dr. \_\_\_\_\_ non fornisce alcun nuovo elemento di valutazione atto a modificare l’accertamento dei dottori \_\_\_\_\_ e \_\_\_\_\_ circa la capacità lavorativa residua dell’assicurato.

2.6.4. Davanti al TCA, l’assicurato ha allegato il referto relativo all’esame di RMN lombo-sacrale del 15 giugno 2021 (doc. G1) che, a suo dire, “ attesta in modo oggettivo i problemi già evidenziati in fase di ricorso ” (doc. VI, pag. 2), unitamente al certificato 17 giugno 2021 del dott. \_\_\_\_\_ (doc. VIII+1). Per quanto riguarda la RMN, la radiologa ha refertato, tra l’altro, “ segni di spondilosi. Degenerazione/disidratazione degli ultimi due dischi intersomatici con riduzione in altezza degli spazi intersomatici corrispondenti. ”, in linea dunque con la diagnosi precedente. Infatti, vi è un esplicito riferimento alla diagnosi di spondilosi degenerativa (cfr. doc. G1), conformemente alla diagnosi formulata, tra gli altri, dal dr. \_\_\_\_\_ (doc. 279 e 38 incarto AI). È dunque a giusta ragione che il medico SMR, chiamato a prendere posizione sulle nuove refertazioni prodotte dal ricorrente, ha ritenuto che “ (...) l’attuale esame RM conferma una situazione come da precedente valutazione dr. \_\_\_\_\_, ossia presenza di alterazioni di tipo degenerativo (...). In questa situazione confermo una esigibilità lavorativa per attività adatte, leggere (...).” (doc. XIII1). Per quanto attiene al certificato del dott. \_\_\_\_\_, questo specialista in ortopedia e traumatologia presso l’Ospedale di \_\_\_\_\_, ha rilevato quanto segue: " In base alla visita effettuata e alla documentazione esibita risulta affetto da: [...] Lombosciatalgia bilaterale da spondiloartrosi rachide lombo-sacrale e protrusioni discali [...] e angioma soma; Obiettivamente [con riferimento al rachide lombo-sacrale, n.d.r.]: Algo-limitazione dei movimenti di flessione-estensione e rotazionali del tronco con dolore irradiato sugli arti inferiori. Lasegue e Wassermann positivi. ROT ipovalidi. Punti di Valleix positivi. Parestesie ai piedi. Attualmente il paziente presenta: Riduzione dell’autonomia posturale; [...] lombosciatalgia bilaterale, con difficoltà al mantenimento della stazione eretta protratta, e della deambulazione consentita per piccole distanze; Difficoltà nel salire e scendere le scale; Difficoltà nell’espletare le normali attività della vita quotidiana.” (cfr. doc. VIII+1) Anche il dott. \_\_\_\_\_ ha dunque evidenziato la problematica lombare ed i dolori ad essa associati. Ciò, a mente dello specialista, comporta delle limitazioni nel mantenimento prolungato della posizione eretta, nella deambulazione su lunghi tratti e nel salire e scendere le scale. Secondo questa Corte, il contenuto della certificazione in questione non appare atto a generare dei dubbi circa la fondatezza dei pareri dei dottori \_\_\_\_\_ e \_\_\_\_\_. Da una parte, è pacifico che le attività esigibili, alternative a quella abituale di minatore, dovranno ossequiare le limitazioni dettate dal danno alla salute. D’altra parte, il dott. \_\_\_\_\_ ha sì elencato quali sono a suo avviso gli impedimenti funzionali legati alla problematica interessante la colonna lombo-sacrale, tuttavia egli non ha preteso che tale danno impedirebbe al ricorrente di esercitare, a tempo pieno e con un rendimento completo, un’attività idonea. L’insorgente

rinvia infine al rapporto relativo alla visita di chiusura del 7 agosto 2020 compiuta dal medico \_\_\_\_\_ dell' \_\_\_\_\_, dr. \_\_\_\_\_ (doc. 277, pag. 603 e segg. incarto AI; cfr. supra consid. 1.3.). In quell'occasione, questo specialista in chirurgia ortopedica e traumatologia ha così descritto lo status a livello del rachide: " Cammina in modo fluido. [...] Riduzione della curva lordotica lombare, alla palpazione la muscolatura paravertebrale del tratto lombare risulta decondizionata ed ipotonica. Dolore alla digito-pressione a livello delle masse paravertebrali lombari. Nessun dolore irradiante, né nessun segno per una radicolopatia. [...] Dolenzia alla palpazione dei muscoli erector spinae destra e sinistra. Nessuna dolenzia sopra il livello dei trocanteri." (doc. 277, pag. 606 e seg. incarto AI) Trattandosi della capacità lavorativa, dopo aver definito molto improbabile una ripresa dell'attività abituale a fronte dello stato della spalla sinistra, il dr. \_\_\_\_\_ ha dichiarato l'assicurato abile al 100% in attività adeguate ai limiti funzionali (doc. 277, pag. 607 e seg. incarto AI). Tutto ben considerato, nemmeno il referto del medico di circondario appare suscettibile di validamente supportare le censure sollevate dall'insorgente, nella misura in cui il dr. \_\_\_\_\_ non si è pronunciato in merito alla capacità lavorativa tenuto conto della problematica interessante la colonna lombare (e ciò per il motivo che è stato ritenuto estinto il nesso di causalità naturale tra quest'ultima e l'infortunio assicurato). In conclusione, dunque, nel caso di specie non vi sono sufficienti elementi che permettono di discostarsi dagli accertamenti dei dottori \_\_\_\_\_ e \_\_\_\_\_ (e, dunque, del medico SMR) circa la capacità lavorativa residua dell'assicurato in attività che tengono conto dei suoi limiti funzionali oggettivati. Alla luce di quanto precede, va ritenuto dimostrato con un sufficiente grado di verosimiglianza che il ricorrente sarebbe in grado di esercitare, a tempo pieno e con un rendimento completo, un'attività lavorativa confacente alle limitazioni dipendenti dal danno riguardante la spalla sinistra e il rachide lombosacrale, senza che si riveli necessario dare seguito alla richiesta ricorsuale tendente all'esecuzione di una perizia giudiziaria.

2.7. Il ricorrente contesta la valutazione economica operata dall'UAI in punto al salario posto alla base del calcolo del reddito da valido (cfr. infra consid. 2.7.1. e seg.), al livello di competenze applicabile qualora il reddito da valido dovesse essere stabilito in base ai salari statistici (cfr. infra consid. 2.7.3.) e alla riduzione percentuale operata sul reddito statistico da invalido (cfr. infra consid. 2.7.4.).

2.7.1. Giusta l'art. 16 LPGA, per valutare il grado d'invalidità il reddito che l'assicurato invalido potrebbe conseguire esercitando l'attività ragionevolmente esigibile da lui dopo la cura medica e l'eventuale esecuzione di provvedimenti d'integrazione, tenuto conto di una situazione equilibrata del mercato del lavoro (reddito da invalido), è confrontato con il reddito che egli avrebbe potuto ottenere se non fosse diventato invalido (reddito da valido). Secondo la giurisprudenza federale, per determinare il reddito ipotetico conseguibile dalla persona assicurata senza il danno alla salute (reddito da valido), occorre stabilire quanto la stessa, nel momento determinante (corrispondente all'inizio dell'eventuale diritto alla rendita, cfr. STCA 35.2019.112 del 14 settembre 2020, consid. 2.2.2.), guadagnerebbe secondo il grado di verosimiglianza preponderante come persona sana, tenuto conto delle sue capacità professionali e delle circostanze personali. Tale reddito dev'essere determinato nel modo più concreto possibile. Di regola, ci si baserà sull'ultimo reddito che la persona assicurata ha conseguito prima del danno alla salute, se del caso adeguandolo all'evoluzione dei salari, o comunque sul salario che potrebbe essere conseguito in un posto di lavoro identico nella stessa azienda o in un'azienda simile (cfr. STCA 32.2019.24 del 28 gennaio 2020, consid. 2.6.). Questo perché normalmente, in base all'esperienza comune, la persona interessata avrebbe continuato la precedente attività in assenza del danno alla salute (STF

9C\_852/2018 del 5 marzo 2019, consid. 5.4.1.; DTF 139 V 28, consid. 3.3.2. e 129 V 222, consid. 4.3.1.). Le eccezioni al citato principio dell'esperienza comune sono – dal profilo del grado probatorio – assoggettate al grado di verosimiglianza preponderante (STF 8C\_362/2014, consid. 5.2.3. con ulteriori rinvii giurisprudenziali; RAMI 1993 no. U 168, pag. 97 e segg., consid. 5b; 4a, b). Qualora l'ultimo salario percepito fosse superiore alla media, esso può essere preso come base per determinare il reddito da valido solo se, sempre secondo il grado di verosimiglianza preponderante, è accertato che l'assicurato lo avrebbe percepito anche successivamente senza il danno alla salute (tra le altre: STF 8C\_362/2014 del 25 giugno 2014, consid. 5.2.3 in fine, 8C\_671/2010 del 25 febbraio 2011, consid. 4.5.1., 9C\_5/2009 del 16 luglio 2009, consid. 2.3. con rinvii). Per poter determinarsi su tale questione, i tribunali devono valutare tutte le circostanze del caso concreto (STF 8C\_581/2020 e 8C\_585/2020 del 3 febbraio 2021 consid. 6.3., pubblicata in SVR 7/2021, UV Nr. 26, p. 123 e segg.). Inoltre, qualora l'ultimo salario percepito presenti forti fluttuazioni in un arco temporale relativamente breve, ci si dovrà basare sul reddito medio conseguito su una forchetta temporale più estesa (STF 9C\_14/2019 del 24 aprile 2019, consid. 2.2.2. con ulteriori rinvii giurisprudenziali, 8C\_443/2018 del 30 gennaio 2019, consid. 2.1. con ulteriori rinvii giurisprudenziali). Per costante giurisprudenza federale, qualora l'assicurato, come persona sana, non sarebbe stato più attivo presso il suo precedente posto di lavoro, il reddito da valido va determinato sulla base dei valori statistici (STF 8C\_581/2020 e 8C\_585/2020 succitata). L'utilizzo dei valori salariali statistici è quindi sussidiario, ovvero il ricorso a tali dati avverrà solo se non è possibile determinare il reddito da valido e/o da invalido sulla base e in conformità alle circostanze specifiche del singolo caso (DTF 142 V 178, consid. 2.5.7. con ulteriori rinvii giurisprudenziali; STCA 35.2020.49 del 25 gennaio 2021 consid. 1.6.). Il TF ha stabilito che per la determinazione del salario statistico sono di principio applicabili i dati salariali nazionali di cui alla tabella RSS TA1 (STFA U 75/03 del 12 ottobre 2006 e I 222/04 del 5 settembre 2006). 2.7.2. Nella presente fattispecie, l'UAI ha determinato il reddito da invalido fondandosi su dati statistici, in quanto l'assicurato al momento dell'infortunio era da tempo in disoccupazione (cfr., al riguardo, le sentenze federali citate al consid. 6.3 della succitata pronuncia 8C\_581/2020 e 8C\_585/2020). Il ricorrente sostiene invece che per il calcolo del reddito da valido l'UAI avrebbe dovuto basarsi sul salario medio concretamente percepito durante i cinque anni precedenti la disoccupazione – come da decisione dell'\_\_\_\_\_ (cfr. supra consid. 2.6.) – e non sui salari statistici. In effetti, a suo modo di vedere, egli avrebbe "(...) con grado elevato di verosimiglianza preponderante, in modo attendibile in relazione alle sue capacità professionali" continuato a svolgere senza il danno alla salute lo stesso lavoro percependo addirittura un salario maggiorato, sia per esperienza, sia per l'evoluzione del salario in sé stesso." (doc. XIV). A questo proposito, il TCA ricorda che effettivamente in una sentenza 8C\_227/2019 del 13 settembre 2019 il Tribunale federale, contrariamente all'assicuratore contro gli infortuni e a questa Corte, ha ritenuto corretto non applicare i salari statistici nel caso di un assicurato che aveva perso il proprio impiego. In tale giudizio, la Corte federale si è chinata sulla questione di sapere se per la determinazione del reddito da valido di un lancista-minatore rimasto vittima di due infortuni nel 2014 e nel 2015 in costanza di rapporto di lavoro e di un terzo nel gennaio 2017, durante il successivo periodo di disoccupazione seguito dalla disdetta del contratto (chiusura del cantiere nel gennaio 2016), andassero applicati i dati statistici o se si dovesse invece basarsi sui precedenti salari percepiti dall'assicurato (consid. 3.1. e seg.), giacché, senza l'infortunio, egli avrebbe continuato a percepire il salario precedente. L'Alta Corte ha dapprima rammentato che nella

determinazione del reddito da valido “bisogna chiedersi quale sia il reddito ipotetico che la persona assicurata avrebbe raggiunto più probabilmente senza il danno alla salute. Questo può sovrapporsi al salario presumibilmente guadagnato da una persona in piena salute, ma soltanto se non si presentano altre circostanze, indipendenti dall’infortunio, che potrebbero diminuire tale importo.” (consid. 4.2. con riferimenti). Il TF ha poi rilevato quanto segue: " (...). 4.3. Effettivamente risulta che dal conto AVS del ricorrente nel periodo 1991-2013 si desume un guadagno medio di fr. 98'887.- e negli ultimi anni degli importi di fr. 116'647.- nel 2009, di fr. 124'703.- nel 2010, di fr. 127'703.- nel 2011, fr. 107'473.- nel 2012 e fr. 116'032.- nel 2013. Rispetto al salario statistico adottato di fr. 73'504.-, il guadagno medio dal 1991 è superiore di quasi il 35% (se si considerassero soltanto gli ultimi anni, lo scarto sarebbe ancora maggiore, nell'anno 2013 è addirittura del 58%). Certo, il cantiere B.\_\_\_\_\_ è stato chiuso, ma la Corte cantonale non constata che egli senza l'infortunio avrebbe smesso l'attività di lancista-minatore. Anzi, in base alla dichiarazione del 19 settembre 2014, peraltro non contestata dall'assicuratore, il ricorrente ha iniziato a lavorare nei tunnel dal 1987 ed è giunto fino a essere caposquadra (assistente). Ha esercitato per diversi datori di lavoro la sua attività in Spagna, Germania e in Italia per poi tornare in Svizzera per la formazione del tunnel ferroviario di base del S. Gottardo (traforo da Bodio alla Buzza di Biasca). Ha poi proseguito l'attività tra Bodio e Faido, proseguendo fino a Sedrun. Consapevole che i lavori stavano giungendo al termine, l'assicurato si è mosso in anticipo cercando lavoro presso C.\_\_\_\_\_, sapendo che a Sigirino si stava aprendo il nuovo cantiere del tunnel ferroviario di base del Ceneri. In seguito alla più che ventennale esperienza del ricorrente nel settore, non si può fare astrazione della circostanza che il salario percepito precedentemente fosse manifestamente più elevato. Tenuto conto della circostanza che il reddito da valido deve essere calcolato nel modo più concreto (consid. 4.1), è più corretto, sotto il profilo della verosimiglianza preponderante, riferirsi un salario più elevato come negli anni precedenti, piuttosto che applicare il salario statistico scelto dalla Corte cantonale (sentenza 8C\_759/2017 consid. 3.1, cfr. anche per esempio sentenza 8C\_145/2012 del 9 novembre 2012 consid. 3.2). Tuttavia, l'assicuratore sin dall'inizio è partito dal presupposto che nel caso concreto andasse determinato facendo capo a dati statistici (valutazione del 24 luglio 2018). Non compete al Tribunale federale come prima e unica istanza procedere a eventuali assunzioni di prova e rivalutare il caso. La Corte cantonale dovrà quindi provvedere a istruire tale aspetto.” Nella successiva STCA 35.2019.113 del 24 ottobre 2019, con l'accordo delle parti, il TCA ha riconosciuto all'assicurato una rendita di invalidità del 38% considerando un reddito da valido di fr. 98'887 e un reddito da invalido di fr. 60'952, rimasto incontestato. In una sentenza 35.2019.112 del 14 settembre 2020, chiamato in particolare a stabilire il reddito da valido di un minatore-jumbista vittima di un infortunio allorquando si trovava ancora alle dipendenze del suo ex datore di lavoro, il TCA è pervenuto alla conclusione che, senza il danno alla salute, l'assicurato avrebbe continuato a esercitare la sua precedente attività professionale. In questo senso, è stato giudicato determinante il fatto che l'assicurato aveva praticamente sempre svolto la professione di minatore, che al momento in cui è rimasto vittima dell'evento traumatico era ancora in essere un contratto con un'agenzia di lavoro interinale che l'aveva collocato presso una ditta impegnata a quel momento sul cantiere della costruenda galleria ferroviaria di Maroggia e che la documentazione prodotta comprovava che, nell'anno in cui è nato il potenziale diritto alla rendita, l'insorgente aveva cercato di riprendere il lavoro di minatore, non riuscendovi a causa del danno alla salute infortunistico. Gli atti sono quindi stati rinviati all'amministrazione affinché determinasse

di nuovo l'entità del reddito senza invalidità, tenuto conto delle considerazioni espresse nel giudizio. In un'altra pronuncia 35.2020.49 del 25 gennaio 2021, riguardante un minatore macchinista che, al momento in cui è rimasto vittima d'infortunio (aprile 2005), era impegnato sul cantiere di Alptransit e che, proprio a causa del danno alla salute, non è più stato in grado di riprendere l'esercizio della sua abituale professione, questo Tribunale ha accertato che, anche senza l'infortunio, al momento della nascita del potenziale diritto alla rendita (2017), egli non si sarebbe più trovato alle dipendenze del suo ex datore di lavoro (dal 2016, terminato il cantiere in questione, la ditta non aveva infatti più impiegato dipendenti). Ritenuto che non era contestato che, senza il danno alla salute, l'assicurato avrebbe comunque continuato a lavorare nel campo della costruzione di gallerie e che i dati salariali statistici relativi al settore delle costruzioni, utilizzati dall'assicuratore convenuto per determinare il reddito da valido, non erano sufficientemente rappresentativi di quelle che sono le peculiarità retributive proprie allo specifico settore dei lavori in sotterraneo, il TCA ha stabilito che quel reddito avrebbe dovuto essere fissato in applicazione del CNM e meglio delle norme previste dalla Convenzione addizionale al CNM per i lavori in sotterraneo (Appendice 12). Gli atti sono quindi stati rinviati all'amministrazione affinché determinasse nuovamente il reddito da valido conformemente alle considerazioni espresse in sentenza.

2.7.3. Chiamato a pronunciarsi nel caso concreto, questo Tribunale ricorda innanzitutto che per costante giurisprudenza l'assicurazione per l'invalidità non è vincolata alla valutazione dell'invalidità operata dall'assicurazione contro gli infortuni e viceversa (tra le altre, cfr. STF 9C\_529/2010 del 24 gennaio 2011, consid. 3.2.; STF 9C\_594/2016 del 18 novembre 2016, consid. 2.4.; STF 8C\_19/2021 del 27 aprile 2021, consid. 6.; cfr. STCA 32.2019.47 del 24 febbraio 2020, consid. 2.6.; STCA 32.2020.25 del 2 ottobre 2020, consid. 2.6. e STCA 35.2020.51 dell'8 febbraio 2021, consid. 2.5.). Ne consegue che il grado d'invalidità calcolato dalla \_\_\_\_\_ non è vincolante per l'UAI e quest'ultimo può procedere autonomamente in tal senso. Secondo il TCA a ragione l'amministrazione ha applicato i dati statistici e non ha considerato la media dei salari che l'assicurato aveva conseguito lavorando come minatore. Al riguardo, va innanzitutto ricordato che RI 1 aveva ricevuto la disdetta dall'ultimo datore di lavoro il 25 gennaio 2016 con effetto al 31 marzo 2016. Tale decisione era “ ... da ricondurre alla fine della fase di lavoro continuo nella tratta \_\_\_\_\_ (del \_\_\_\_\_, n.d.r.), che impone una diversa modalità di lavoro e l'impossibilità di garantire ulteriormente l'impiego.” (doc. 315 incarto AI; cfr. anche doc. 316, pag. 717 incarto AI). Un impiego del ricorrente presso il suo precedente datore di lavoro non entrava quindi più in considerazione. Inoltre, da aprile 2016 (doc. 316 incarto AI) fino all'infortunio del 14 settembre 2017 (cfr. supra consid. 1.1.), dunque per ben 18 mesi, il ricorrente è rimasto in disoccupazione. Ora, se il fatto di essere stato al beneficio dell'assicurazione contro la disoccupazione al momento dell'infortunio non costituisce, di per sé, una circostanza sufficiente per discostarsi dall'applicazione del salario effettivamente percepito prima della disoccupazione in favore dei dati statistici (cfr. STF 8C\_227/2019 del 13 settembre 2019; cfr. anche STCA 35.2019.112 del 14 settembre 2020 consid. 2.2.5.), ulteriori elementi risultano in questo caso determinanti. L'amministrazione ha giustamente rilevato che l'assicurato non ha effettuato delle ricerche di lavoro mentre svolgeva l'attività abituale (doc. 52 pag. 174 incarto AI: “L'assicurato ha potuto documentare di aver svolto delle ricerche di lavoro mentre svolgeva l'attività abituale. No ” – il corsivo è del redattore), pur sapendo che i lavori del \_\_\_\_\_ relativi alla tratta \_\_\_\_\_ della \_\_\_\_\_ stavano giungendo al termine, ciò che rendeva precaria la sua situazione lavorativa. Durante il periodo di disoccupazione egli ha peraltro beneficiato

di un programma d'integrazione professionale, ma non nella sua precedente attività di minatore: "Dal 1° aprile 2016, alla chiusura dei cantieri, ho perso la mia occupazione e quindi ho dovuto annunciarmi alla Cassa disoccupazione \_\_\_\_\_ di \_\_\_\_\_. Sono stato impiegato per tre mesi in un programma occupazionale transitorio presso il \_\_\_\_\_. Non ho più svolto altre mansioni professionali durante questo periodo ." (doc. 97, pag. 289 incarto AI). D'altro canto, dalla documentazione che il TCA ha richiamato in corso di causa, specificatamente da quella che è stata prodotta dall'URC di \_\_\_\_\_ (cfr. allegati al doc. XXII), si evince che durante il periodo quadro 2016-2018 (per la precisione da aprile 2016 ad agosto 2017) le ricerche di lavoro compiute dall'assicurato sono state quasi esclusivamente rivolte a imprese attive in Ticino nell'ambito dell'edilizia ordinaria ( non sotterranea ; soltanto la ricerca effettuata il 15 maggio 2017 ha riguardato un'impresa – \_\_\_\_\_ – che si occupa [anche] della costruzione di \_\_\_\_\_). È vero che, a margine del colloquio di consulenza del 20 luglio 2016, il ricorrente ha dichiarato di volersi muovere "... anche oltre Gottardo alla ricerca di cantieri adeguati alle attività per cui si propongono sostanzialmente lavori in galleria" (in questo senso, si veda pure il verbale del 16 settembre 2016), ma poi alle intenzioni non hanno fatto seguito i fatti. Del resto, non può neppure essere ignorato che in base al "piano di azione" concordato nell'aprile 2016 con il consulente del personale URC, le professioni ricercate dall'insorgente erano quelle di "macchinista edili, operaio edile, capo squadra, camionista, aiuto di magazzino" e dunque non specificatamente quella di minatore (si veda pure il piano di azione concordato il 6 giugno 2016). Dal CV dell'assicurato emerge inoltre che il suo impiego in Svizzera è pressoché integralmente riconducibile alla realizzazione di un progetto di interesse (trans)nazionale su base pluriennale, nello specifico \_\_\_\_\_ (doc. G3), ragione per cui la sua occupazione in Ticino era limitata a tale progetto, con tutte le peculiarità del caso (ad esempio circa l'assunzione, la garanzia di avere un cantiere in essere per diversi anni, condizioni salariali al di sopra della media nonostante non disponga di qualifiche, ecc.). Conformemente alla giurisprudenza federale che impone di considerare tutte le circostanze personali del singolo caso (STF 8C\_227/2019 del 13 settembre 2019 consid. 4.2.), in concreto – e contrariamente a quanto sostenuto dal ricorrente – non si può dunque concludere che senza il danno alla salute il signor Vona avrebbe continuato a svolgere la sua precedente attività di minatore. Anzi, secondo il TCA, è con verosimiglianza preponderante vero proprio il contrario. È dunque a giusta ragione che per determinare il reddito da valido l'amministrazione ha applicato i salari statistici in luogo del salario concretamente percepito nel periodo antecedente la disoccupazione dell'assicurato. Tale agire risulta corretto. 2.7.4. Il ricorrente asserisce che, anche nella denegata ipotesi in cui per il reddito da valido venisse applicato il salario statistico, contrariamente a quanto indicato dall'UAI non sarebbe applicabile il livello di competenze "2" ma il "4", subordinatamente il "3", siccome "era necessario in prima istanza che fosse pronto a risolvere situazioni complesse soprattutto nel campo della sicurezza sul lavoro e in tutti i livelli attivi durante il suo turno ." In tal senso, l'insorgente rinvia ai conteggi di salario nei quali è indicata la "classe Q" (doc. G2). Ora, nel CNL settoriale i salari minimi sono regolati sulla base di classi salariali (doc. H1) e la "classe Q" corrisponde a quella dei lavoratori diplomati, posti appena prima dei capi ("classe V"). Da tale circostanza il ricorrente desume il diritto all'applicazione, per determinare il reddito da valido, di un livello di competenze superiore al "2". Inoltre, a supporto della sua tesi, il ricorrente rinvia anche al CV (doc. G3) che, a suo avviso, confermerebbe l'assolvimento di un corso specialistico per la sicurezza sul lavoro, ciò che, unitamente agli altri corsi indicati nel CV,

“mostrano una specializzazione adatta a risolvere questioni complesse soprattutto in fase di turnistica . ” (doc. VI, pag. 2). A proposito della questione di sapere se, ai fini della determinazione del reddito da valido, vada applicato il livello di competenze “2” (come sostiene l’UAI) oppure livelli di competenze superiori (come pretende l’insorgente), questo Tribunale ricorda che, a partire dalla 10.a edizione della RSS (RSS 2012) gli impieghi sono classificati per professione in funzione del tipo di lavoro che è generalmente eseguito. L’accento è pertanto posto sul genere di attività che la persona interessata è in grado di svolgere in funzione delle sue qualifiche (livello delle sue competenze) e non più sulle qualifiche in quanto tali. Sono dunque stati definiti quattro livelli di competenza in funzione di nove gruppi di professioni e del tipo di lavoro, della formazione necessaria per praticare la professione e dell’esperienza professionale (cfr. tabella TA 1\_skill\_level della RSS 2012; DTF 142 V 178, consid. 2.5.3. e segg.). Il livello 1 è il più basso e corrisponde alle mansioni fisiche e manuali semplici, mentre il livello 4 è il più elevato e raggruppa le attività che richiedono la risoluzione di problemi compositi e l’assunzione di decisioni complesse, che presuppongono un’ampia conoscenza fattuale e teorica in un ambito specifico (ne fanno parte, ad esempio, i direttori, i quadri di direzione e i gerenti, come pure le professioni intellettuali e scientifiche). Tra questi due estremi figurano le professioni dette intermedie (livelli di competenza 2 e 3). Il livello 3 implica delle attività pratiche complesse che necessitano ampie conoscenze in un ambito specifico (in particolare, i tecnici, i supervisor, gli intermediari o il personale infermieristico). Il livello 2 si riferisce alle attività pratiche come la vendita, la cura delle persone, l’elaborazione dei dati e l’amministrazione, l’utilizzo di macchinari e di apparecchiature elettroniche, i servizi di sicurezza e la guida di veicoli (cfr. STF 9C\_370/2019 del 10 luglio 2019, consid. 4.1. con ulteriori rinvii giurisprudenziali). A proposito delle qualifiche dell’insorgente, il TCA constata che egli ha terminato la propria formazione scolastica nel 1986 ottenendo la licenza di terza media. Egli ha dichiarato di aver frequentato una scuola per divenire elettrotecnico, senza tuttavia ottenere il relativo attestato. Successivamente, l’assicurato è stato abilitato quale guardia giurata con porto d’armi. L’esperienza professionale di RI 1 nel settore dell’edilizia (galleria) ha avuto inizio in Italia nel 1992 ed è terminata nel 2016 in Ticino con la conclusione del cantiere della \_\_\_\_\_ della \_\_\_\_\_ (doc. G3; doc. 97, pag. 289 incarto AI). Il ricorrente non dispone di alcun attestato professionale, federale o estero, nel settore delle costruzioni (doc. 43, pag. 152, doc. 97, pag. 289, doc. 287, pag. 634 incarto AI; cfr. anche doc. 35, pag. 108 incarto AI). Sempre con riferimento al CV, il TCA rileva che ad eccezione della licenza di condurre per carrelli telescopici ottenuta nel 2012, tutti i corsi di formazione e aggiornamento frequentati dal ricorrente sono terminati senza il conferimento di alcun diploma che andasse oltre la semplice attestazione di frequenza/partecipazione (cfr. doc. G3). La frequentazione di corsi non configura circostanza sufficiente per poter concludere che il mansionario del ricorrente comprendeva attività ordinarie complesse che avrebbero potuto giustificare un livello di competenze superiore al “2”. D’altronde, contestualmente all’opposizione 6 novembre 2020 alla decisione formale dell’\_\_\_\_\_, il ricorrente medesimo si era limitato prudenzialmente a chiedere, alternativamente all’applicazione del salario medio conseguito precedentemente al periodo di disoccupazione, la collocazione nel livello di competenze “3” e non del “4” (doc. 287, pag. 634 incarto AI). Ne consegue che RI 1 non dispone di alcuna qualifica professionale specialistica e, contrariamente a quanto da lui asserito, dal CV non emerge nulla che certifichi che egli rappresentava un punto di riferimento per la risoluzione “di questioni complesse soprattutto in fase di turnistica” (doc. VI, pag. 2). Occorre ora

determinare in cosa consisteva effettivamente l'attività del ricorrente. In proposito, l'assicurato ha asserito che dal 2010 al 2016 era "caposquadra, assistente e responsabile della sicurezza all'interno della galleria", precisando comunque che "quando mi ero annunciato alla cassa disoccupazione avevo notificato l'attività di conduttore macchine edili (escavatore, pala gommata) ." (doc. 97, pag. 289 incarto AI). Bisogna innanzitutto precisare che con la dicitura "caposquadra" è da intendere un assistente (cfr. STF 8C\_227/2019 del 13 settembre 2019 consid. 4.3.). In secondo luogo, giova riproporre il tenore di quanto dichiarato dall'ultimo datore di lavoro del ricorrente chiamato a esprimersi circa il mansionario di quest'ultimo: "operatore macchine: la sua mansione è quella di operatore della macchina. Per il 60-70% del suo turno utilizza Mezzi per il trasporto degli inerti, rocce ecc. Per il restante periodo di tempo del turno (...) rimane a disposizione della squadra per le normali attività di avanzamento come: spostamento tubazioni impianti aria ed acqua, trasporto spritz-beton con autobetoniera dall'impianto di betonaggio al fronte ." (doc. 11, pag. 38 incarto AI). La dichiarazione del precedente datore di lavoro, dunque, non fa alcun accenno a ruoli di responsabilità che prevedono la risoluzione di questioni complesse in ambito di turnistica e sicurezza. Secondo questo Tribunale, dal profilo probatorio, occorre attribuire un peso maggiore alle dichiarazioni dell'ultimo datore di lavoro rispetto alle allegazioni di parte dell'insorgente, dichiarazioni che meglio si conciliano con l'assenza di qualifiche professionali specialistiche. Per quanto attiene invece al rinvio al CNL settoriale e all'indicazione "classe Q" sui conteggi di salario, va rilevato che quella categoria salariale comprende i "lavoratori diplomati (...) in possesso di un certificato professionale riconosciuto dalla CPSA (attestato federale di capacità o attestato estero equipollente) e con almeno 3 anni di attività su cantieri (...)." (doc. H2). L'attribuzione alla classe salariale "Q" è quindi direttamente legata al livello di formazione professionale, non al mansionario, come rettamente rilevato dall'UAI (cfr. doc. XVI, pag. 2). Siccome la giurisprudenza federale suevocata pone l'accento sull'attività effettivamente svolta, declassando le qualifiche professionali in quanto tali a degli indicatori funzionali, già per questo motivo l'indicazione della "classe Q" risulta in casu inconferente. Peraltro, l'indicazione "classe Q" risulta quantomeno equivoca, siccome lo stesso ricorrente, come accennato in precedenza, ammette di non disporre di alcuna certificazione professionale. Visto quanto precede e considerando la giurisprudenza federale suevocata, secondo questa Corte, l'applicazione del livello di competenze "2", comprendente attività pratiche come, tra le altre, l'utilizzo di macchinari e i trasporti, appare corretta, in quanto è l'unico conforme a quanto emerge dalla documentazione agli atti (tra gli altri: docc. G2 e G3; doc. 35, pag. 109, doc. 97, pag. 289 e doc 317 incarto AI). In effetti, fatta astrazione dalle allegazioni – non sufficientemente sostanziate – del ricorrente e contestate dall'amministrazione, le attività che egli svolgeva non erano generalmente di una complessità tale da necessitare ampie conoscenze in un ambito specifico, ciò che avrebbe potuto giustificare l'applicazione del livello di competenze "3" (applicabile ad esempio ai tecnici, infermieri, ecc.). Alla luce di quanto appena rilevato, l'applicazione del livello di competenze "4" in concreto non entra neppure in linea di conto. Di conseguenza, è a giusta ragione che l'UAI si è basato sui dati salariali statistici per determinare il reddito da valido, applicando il livello di competenze "2". Esso ammonta pertanto a fr. 74'542.65, così come stabilito dall'amministrazione (cfr. supra, consid. 1.5.). 2.7.5. Il reddito da invalido è determinato sulla base della situazione professionale concreta dell'interessato, a condizione 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 ”). Se invece non esiste un siffatto guadagno, in particolare perché l’assicurato non ha intrapreso un’attività lucrativa da lui esigibile, il reddito da invalido, da contrapporre a quello da valido nella determinazione del grado di invalidità, può essere desunto dai rilevamenti statistici ufficiali editi dall’Ufficio federale di statistica (DTF 126 V 75, consid. 3b/aa e seg. con ulteriori rinvii giurisprudenziali). In tal senso, la giurisprudenza federale ha sancito che sono esclusivamente applicabili i dati salariali nazionali della tabella TA1 dell’inchiesta sulla struttura dei salari elaborata dall’Ufficio federale di statistica (STFA 12 ottobre 2006 nella causa S., U 75/03, e del 5 settembre 2006 nella causa P., I 222/04). Trattandosi del reddito da invalido ritenuto dall’UAI (fr. 54'689.11; cfr. supra, consid. 1.5.), va rilevato che l’insorgente ne contesta l’ammontare limitatamente all’entità della riduzione sociale applicata (20%). Il TCA può pertanto limitare il proprio esame a questo solo aspetto. A tal proposito, va ricordato 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 TF 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). Il TF ha inoltre precisato che non è necessario procedere con deduzioni distinte per ogni fattore entrante in considerazione come le limitazioni legate all’età, gli anni di servizio, la nazionalità, la categoria del permesso di soggiorno o ancora il tasso d’occupazione. Occorre piuttosto procedere ad una valutazione globale, nei limiti del potere di apprezzamento, degli effetti di questi fattori sul reddito da invalido, tenuto conto dell’insieme delle circostanze concrete (cfr. sentenza 8C\_80/2013 del 17 gennaio 2014 consid. 4.2). Con sentenza 9C\_179/2013 del 26 agosto 2013, la Corte federale ha infine confermato il principio posto dal TCA secondo cui la riduzione del salario statistico deve avvenire tramite l’utilizzo di multipli di 5, ritenuto come l’applicazione di tassi più frazionati si rivelerebbe problematica poiché siffatte riduzioni sarebbero difficilmente concretizzabili e quindi anche difficilmente verificabili in sede giudiziaria (consid. 5.4.). Questa giurisprudenza è stata confermata anche nella STF 9C\_767/2015 del 19 aprile 2016 consid. 4.6. Nella concreta evenienza, con la decisione impugnata, l’UAI ha operato una riduzione del 20% sul reddito statistico da invalido, e meglio 8% poiché l’assicurato è in grado di svolgere soltanto delle attività leggere e 12% per, non meglio precisati, “svantaggi salariali derivanti da contingenze particolari” (cfr. doc. 51 e 54). Con la propria impugnativa, il ricorrente pretende invece che gli venga riconosciuta una deduzione del 25% (cfr. doc. I). Chiamato ora a pronunciarsi in proposito, il TCA ritiene che la pretesa decurtazione del 25% del reddito statistico da invalido, sia priva di fondamento, posto che già la riduzione decisa dall’amministrazione (20%) appare come generosa. In effetti, secondo la più recente giurisprudenza federale (cfr., ad esempio, la STF 8C\_9/2020 del 10 giugno 2020 commentata da A. Bernasconi in SZS/RSAS 2021 pag. 49), una riduzione dettata dagli impedimenti fisici si giustifica soltanto se, anche su un mercato del lavoro che si suppone equilibrato, considerati gli impedimenti legati alla persona o al posto di lavoro, non esiste più un ventaglio

sufficientemente ampio di attività accessibili alla persona assicurata (cfr. STF 8C\_174/2019 del 9 luglio 2019 consid. 5.2.2 e i riferimenti ivi citati). Nel caso di specie, dalla documentazione agli atti emerge che, nonostante il danno salute interessante la spalla sinistra e il rachide lombo-sacrale, l'assicurato sarebbe ancora in grado di svolgere, senza limiti di tempo o di rendimento, attività leggere dal profilo del sollevamento/trasporto di pesi, da svolgere al di sotto del piano orizzontale. Ora, tenuto conto dell'esigibilità appena descritta, occorre ammettere che il ricorrente beneficia di un ventaglio di attività sostitutive esigibili ancora sufficientemente ampio, motivo per il quale l'UAI non avrebbe in realtà dovuto applicare alcuna decurtazione a tale titolo. In questo contesto, è ancora utile segnalare che l'incapacità per motivi di salute di continuare a svolgere lavori pesanti non implica necessariamente una riduzione del reddito ipotetico da invalido. Il semplice fatto che siano ormai esigibili soltanto dei lavori leggeri non giustifica l'applicazione di una riduzione supplementare, siccome il salario statistico comprende, nel livello di qualifica 1, già un gran numero di attività leggere (cfr. STF 8C\_841/2017 del 14 maggio 2018, consid. 5.2.2.2 e riferimenti). 2.8. Raffrontando il reddito da valido di fr. 74'542.65 con quello da invalido di fr. 54'689.11, si ottiene un grado d'invalidità (arrotondato) del 27% che non dà diritto a una rendita. Ne segue che il ricorso va respinto, mentre la decisione impugnata merita conferma. 2.9. Secondo l'art. 69 cpv. 1bis LAI in vigore dal 1. gennaio 2021 ed applicabile in concreto (cfr. anche la disposizione transitoria dell'art. 83 LPGA in combinazione con gli art. 61 lett. a e fbis LPGA nel tenore in vigore dal 1. gennaio 2021) la procedura di ricorso dinanzi al tribunale cantonale delle assicurazioni in caso di controversie relative a prestazioni dell'AI 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 (cfr. 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 complessivi fr. 500 vanno poste a carico dell'insorgente.

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