

## **TI\_GERICHTE 35.2018.2 vom 20. Februar 2019**

TI Tribunale d'appello, 2019-02-20, IT

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti\\_gerichte\\_35.2018.2](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_35.2018.2)

FR: TI\_GERICHTE 35.2018.2 du 20 février 2019

IT: TI\_GERICHTE 35.2018.2 del 20 febbraio 2019

### **Regeste**

Diritto alla rendita d'invalidità. Caso di applic. art. 28 cpv. 3 OAINF: ammesso che già prima dell'infortunio assicurato, la cap. lav. ridotta a causa di affezioni morbose e che - tenuto conto della globalità del danno alla salute - ass. ancora in grado di realizzare redd. da inv. ritenuto da UAI

### **Erwägungen**

#### **E. 29**

gennaio 2016 consid. 5.2.3 e riferimenti ivi menzionati). 2.5. Nella concreta evenienza, dalla decisione su opposizione impugnata si evince che l'amministrazione ha negato il diritto a una rendita d'invalidità in applicazione dell'art. 28 cpv. 3 OAINF. Accertato che, già prima dell'infortunio dell'agosto 2013, la capacità lavorativa dell'insorgente era ridotta a causa di patologie morbose, tanto che l'assicurazione per l'invalidità lo ha dichiarato invalido in misura del 46% dal 1° marzo 2013, l'CO 1 ha sostenuto che i postumi infortunistici non hanno pregiudicato ulteriormente questa sua (già) residua capacità lavorativa, per cui RI 1 è stato reputato ancora in grado di realizzare il reddito annuo di fr. 34'448 stabilito dall'UAI (doc. 206, p. 4). A proposito della situazione antecedente al noto infortunio, nell'incarto AI figura segnatamente la valutazione 11 luglio 2013 del dott. \_\_\_\_\_, medico SMR (allegato al doc. XXV, p. 358 ss). In quel documento la situazione medica dell'assicurato è stata così riassunta: " (...) Si tratta di un assicurato di 45 anni noto per una sindrome lombo-vertebrale cronica su ernia L4/L5 con irradiazione algica agli arti inferiori e, da circa quattro mesi, sindrome cervico-cefalica con persistenza di sintomatologia algica resistente a terapia farmacologica con oppioidi. I sintomi lombare risalgono al 1992 come postumi di un infortunio sul lavoro (caduta accidentale in cava). Negli anni la sintomatologia peggiora nonostante i numerosi trattamenti antalgici. Da segnalare un blocco lombare iperalgico in data 26.03.2012 spiegato dal rilievo alla RM di un'ernia discale L5-S1 sinistra lussata nel recesso anterolaterale della radice di S1. L'assicurato si sottopone a numerosi consulti specialistici (Dr. \_\_\_\_\_, Dr. \_\_\_\_\_ e Dr. \_\_\_\_\_) che non pongono al momento indicazione chirurgica per la risoluzione del quadro clinico. I disturbi persistono nonostante procedura di infiltrazione di anestetici e steroidi (Dr.ssa \_\_\_\_\_) ed applicazione di TENS (Dr. \_\_\_\_\_). Infine, l'assicurato in data 29.03.2013 viene sottoposto a valutazione peritale da parte della \_\_\_\_\_ dal Dr. med. \_\_\_\_\_ che lo dichiara inabile al 100% in qualunque attività." Il dott. \_\_\_\_\_ ha quindi diagnosticato – diagnosi con influsso sulla capacità lavorativa – una discopatia L4/L5 e L5/S1 con pregressa radicolopatia iperalgica S1 a sinistra, una sindrome cervico-cefalica cronica su riferita discopatia in assenza di radicolopatia agli arti superiori e una probabile sindrome del dolore cronico e ha disposto l'allestimento di una perizia bidisciplinare, reumatologica e psichiatrica (in realtà, è poi

stata eseguita una perizia pluridisciplinare – cfr. allegato al doc. XXV, p. 366). Dal documento in questione risulta inoltre che il ricorrente è stato inabile al lavoro al 100% dal 25 marzo al 3 giugno 2012, al 50% dal 4 al 10 giugno 2012 e di nuovo al 100% dall'11 giugno 2012 in poi. Nel frattempo, nel corso del mese di agosto 2013, RI 1 è rimasto vittima dell'infortunio assicurato dall'CO 1, riportando la frattura del capitello radiale destro Mason I (doc. 8), inizialmente trattata in modo conservativo. Nei mesi di settembre e ottobre 2013, il ricorrente è stato sottoposto ad accertamenti pluridisciplinari (neurologici, reumatologici, ORL e psichiatrici) nel quadro della perizia ordinata dall'assicurazione per l'invalidità. Dal relativo referto, datato 5 novembre 2013, risultano le seguenti conclusioni a proposito della capacità/esigibilità lavorativa dell'assicurato, frutto della discussione di consenso tra tutti i periti coinvolti: "(...) Tenuto conto di tutte le patologie riscontrate nel loro insieme, riteniamo che da marzo 2012 l'A. abbia presentato una capacità lavorativa residua del 50% (metà rendimento per il normale tempo di lavoro) per la professione abituale e da ultimo esercitata di polimeccanico ed una capacità lavorativa del 60% (diminuzione del rendimento del 40% per il normale tempo di lavoro) in un'attività particolarmente adatta, che rispetti integralmente i limiti funzionali e di carico formulati dal consulente reumatologo Dr. med. \_\_\_\_\_. Dal 27.8.2013, l'A. è completamente inabile al lavoro in ogni professione, a causa della frattura del capitello radiale al gomito ds. Se il decorso per la patologia psichiatrica di recente insorgenza e per la frattura del capitello radiale al gomito ds. saranno favorevoli, dall'1.3.2014 l'A. ritroverà la capacità lavorativa presente prima dell'infortunio del 27.8.2013. Se questo non fosse il caso, si dovrà procedere ad una nuova valutazione per queste due patologie. Per i problemi alla schiena ed i disturbi neurologici correlati, la prognosi risulta stazionaria. Per la patologia ORL, la prognosi è ancora incerta, non disponendo di una diagnosi conclusiva." (allegato al doc. XXV, p. 429) Questa in particolare la valutazione espressa dal dott. \_\_\_\_\_, spec. FMH in reumatologia, nella sua perizia (parziale) del 19 settembre 2013: "(...) L'assicurato è totalmente inabile al lavoro per qualunque attività dal 27.8.2013 (frattura del capitello radiale) al 27.12.2013, al 50% dal 28.12.2013 al 27.2.2014. Salvo complicazioni della frattura, l'assicurato dovrebbe in seguito aver recuperato la capacità lavorativa che aveva prima dell'infortunio e non sono da prevedere cambiamenti di rilievo a medio e lungo termine. La capacità lavorativa dell'assicurato prima dell'infortunio e a partire da 6 mesi dopo l'infortunio è del 60% come polimeccanico e del 80% in un lavoro leggero e adatto. L'assicurato può lavorare a tempo pieno con un rendimento proporzionalmente ridotto. (...). La diminuzione della capacità lavorativa è dovuta alla fibromialgia, sindrome algica generalizzata associata a insonnia e stanchezza. La diminuzione della capacità lavorativa è dovuta alle alterazioni degenerative di media importanza a livello della colonna cervicale e lombare nonché all'ernia discale lombare. Queste problematiche limitano l'assicurato in lavori che richiedono la posizione eretta prolungata, in lavori inergonomici, per movimenti ripetitivi di flessione-estensione o rotazione del tronco, lavori con le braccia sopra l'orizzontale e lavori che non permettono il rispetto delle regole di ergonomia della schiena." (allegato al doc. XXV, p. 445) Interpellato dall'amministrazione, con annotazione del 10 aprile 2014, il medico SMR dott. \_\_\_\_\_ ha precisato che la perizia SAM aveva già "... preso in considerazione e valutato anche gli esiti della frattura del capitello radiale destro occorsa in data 27 agosto 2013. Pertanto, confermo le conclusioni peritali descritte nel mio rapporto finale del 16.12.2013 senza necessità ulteriore di correzioni o aggiornamenti." (allegato al doc. XXV, p. 487). Con decisione del 15 aprile 2014, l'UAI ha quindi posto il ricorrente al beneficio di un quarto di rendita (grado d'invalidità del 46%)

dal 1° marzo 2013 al 31 ottobre 2013, di una rendita intera (grado del 100%) dal 1° novembre 2013 al 30 giugno 2014 e di un quarto di rendita (grado del 46%) dal 1° luglio 2014 in poi. Il grado d'invalidità del 46% è stato stabilito raffrontando il reddito che l'assicurato avrebbe potuto conseguire senza il danno alla salute continuando a svolgere la sua precedente professione (fr. 63'710/anno) con il reddito che egli sarebbe in grado di realizzare nonostante il danno alla salute, esercitando delle attività sostitutive adeguate in misura del 60% (fr. 34'448/anno) (allegato al doc. XXV, p. 502 s.). Il provvedimento appena citato è cresciuto incontestato in giudicato. In data 19 marzo 2015, l'insorgente è stato sottoposto a un intervento artroscopico al gomito destro con débridement, sinovectomia e resezione plica dorso-radiale, a fronte di una diagnosi d'artrosi a livello dell'articolazione radio-omerale (doc. 95). A margine della visita di controllo del 3 giugno 2015, il PD dott. \_\_\_\_\_, spec. FMH in chirurgia ortopedica e traumatologia, ha fatto stato di un decorso post-operatorio insoddisfacente con immutati dolori al gomito destro (doc. 96; in questo stesso senso si veda pure il rapporto relativo al consulto del 26 agosto 2015 [doc. 103], in cui il dott. \_\_\_\_\_ ha riferito che l'infiltrazione eseguita nel frattempo non aveva comportato alcuna riduzione dei dolori, tanto da mettere in dubbio che il gomito stesso fosse la causa della sintomatologia, e auspicato una consultazione reumatologica). Nel corso del mese di novembre 2015, il medico curante di RI 1, dott. \_\_\_\_\_, spec. FMH in medicina generale, ha postulato una revisione della rendita AI in vigore, essendo nel frattempo intervenuto un "netto peggioramento del quadro clinico" del suo paziente (allegato al doc. XXV, p. 537). Agli atti figura diversa documentazione medica acquisita successivamente alla domanda di revisione. Per quanto qui d'interesse, la radiografia del gomito destro del 15 settembre 2015 ha evidenziato la frattura del capitello radiale con dislocazione del suo asse, possibile causa della riduzione di ampiezza della flessione e dell'estensione del gomito (allegato al doc. XXV, p. 574). L'esame di RMN del gomito destro del 12 novembre 2015 ha mostrato un buon consolidamento della frattura della testa del radio con uno scalino intrarticolare di 4 mm sulla metà laterale e un piccolo versamento articolare (allegato al doc. XXV, p. 573). Con rapporto del 28 ottobre 2015, il dott. \_\_\_\_\_, spec. FMH in neurologia, ha affermato di non aver riscontrato "... una apparente causa neurologica dei sintomi accusati dal paziente a livello del gomito destro, nessun argomento di una neuropatia periferica locale o radicolopatia cervicale al riguardo. Infine non ho segni clinici di radicolopatie lombari in paziente che soggettivamente descrive dei dolori e disestesie nel territorio compatibile con la radice S1 destra che comunque sarebbe già stata ampiamente indagata in passato per cui non ho provveduto a altre indagini." (allegato al doc. XXV, p. 571). Il dott. \_\_\_\_\_, spec. FMH in reumatologia, con referto dell'11 dicembre 2015, ha sostenuto di non conoscere "... a sufficienza il paziente per esprimermi sulla sua credibilità. Le limitazioni fatte valere sono troppo soggettive e oggettivamente non vi è una clinica che possa confermare ciò che riferisce il paziente. È possibile che vi siano importanti alterazioni scheletriche che potrebbero essere indagate con scintigrafia trifasica. Il referto radiologico da esiti importanti che alla visione diretta delle radiografie non ritrovo." (allegato al doc. XXV, p. 564). Il 10 febbraio 2016, il dott. \_\_\_\_\_, spec. FMH in anesthesiologia e terapia del dolore, ha rilevato che "il dolore attuale è poco oggettivabile, per verificare cause in essere si potrebbe eseguire scintigrafia trifasica del gomito ed esami biochimici compatibili con iniziale calcificazioni eteropiche (...)." (doc. 131). Il 22 aprile 2016, l'assicurato è stato visitato dal dott. \_\_\_\_\_, spec. FMH in chirurgia della mano, il quale ha affermato che, alla luce della sintomatologia denunciata e degli esiti della TAC eseguita nel frattempo

(doc. 146), "... parte dei dolori possono essere giustificati dall'artrosi postraumatica con disassamento del piatto articolare del capitello radiale. (...). Non penso comunque che tutti i disturbi siano legati a questa problematica. Risulta clinicamente anche una sintomatologia algica di tipo tendineo muscolare. Ho consigliato di continuare con dei trattamenti anti infiammatori. Ritengo inoltre che sia giustificata una rivalutazione della situazione da parte del Dr. \_\_\_\_\_." (doc. 142, p. 4). Secondo il Prof. dott. \_\_\_\_\_ (Clinica \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_), consultato in data 24 ottobre 2016, i disturbi lamentati dal ricorrente correlavano, dal punto di vista clinico, con una sintomatologia delle parti molli laterali piuttosto che con una problematica artrosica, sebbene quest'ultima fosse stata diagnosticata intraoperativamente. Egli ha quindi disposto l'esecuzione d'infiltrazioni al gomito destro per meglio oggettivare l'origine dei disturbi (doc. 166). Le due infiltrazioni non hanno fornito risposta, cosicché i sanitari della Clinica \_\_\_\_\_ hanno posto la diagnosi di gomito del tennista ( epicondilite laterale o infiammazione del tendine estensore dell'avambraccio ) (cfr. doc. 171 e 180). Nel mese di febbraio 2017, l'assicurato è stato periziato dal dott. \_\_\_\_\_, spec. FMH in reumatologia, al quale l'UAI ha chiesto di quantificare l'eventuale peggioramento riscontrato e le corrispondenti ripercussioni funzionali ( allegato al doc. XXV, p. 684). Con referto del 23 febbraio 2017, il perito ha diagnosticato una sindrome panvertebrale con componente cervico-lombospondilogenica cronica bilaterale in discopatie con stenosi neuroforaminali cervicali plurisegmentali, restringimento del canale spinale cervicale in particolare a livello C6-C7, discopatie plurisegmentali lombari, disturbi statici del rachide (iperlordosi della dorsale alta con protrazione del capo, iperlordosi lombare, scoliosi destroconvessa dorsale), decondizionamento e sbilancio muscolare, obesità (peso: 99,2 kg / statura (anamnestica): 177 cm), periartropatia omeroscapolare bilaterale in lesione focale trasmurale anamnestica del sovraspinato a destra, deficit funzionale prevalentemente estensorio del gomito destro in artrosi cubitale secondaria a destra, esiti da frattura intraarticolare dislocata della testa radiale al gomito destro il 27.8.2013, trattata conservativamente, esiti da artroscopia con debridement, sinovectomia, resezione dorsoradiale di plica al gomito destro il 19.3.2015, tendenza fibromialgica (8 su 18 punti fibromialgici positivi). Precipitato di aver tenuto conto soltanto "degli handicap strutturalmente spiegabili, inerenti al mio campo di specialità e non di eventuali comorbidità neurologiche o psichiatriche", il dott. \_\_\_\_\_ ha dichiarato "... l'assicurato, a partire dal 16.6.2015, abile al lavoro sull'arco di una giornata lavorativa normale di 8-9 ore, ma con una diminuzione del rendimento del 20% come già stabilito dopo l'ultima valutazione pluridisciplinare redatta il 5.11.2013, tenendo tuttavia conto che i limiti funzionali e di carico da me sopraprofilati sono applicabili al momento della ripresa lavorativa dopo l'ultimo intervento di artroscopia con débridement, sinovectomia, resezione dorsoradiale di plica al gomito destro il 19.3.2015." (allegato al doc. XXV, p. 701 s.). Nuovamente interpellato dall'UAI, il reumatologo in questione ha precisato che "... , come si evince da pagina 36 del rapporto peritale pluridisciplinare redatto dal \_\_\_\_\_ nel 2013, oltre all'inabilità lavorativa dettata dalla patologia reumatologica, andavano anche considerate le inabilità lavorative dettate dalle comorbidità extra-reumatologiche sulle quali il servizio di accertamento medico si era chinato, in particolare sulla patologia ORL e quella psichiatrica. La mia valutazione peritale del 20.2.2017 tiene unicamente conto delle patologie inerenti al mio campo di specialità, per cui, sulla base dei limiti funzionali e di carico da me profilati il 20.2.2017, può essere riconfermata un'inabilità lavorativa del 20%, come già stabilito dopo l'ultima valutazione reumatologica nel 2013, intesa come diminuzione del rendimento sull'arco di una giornata lavorativa normale di 8-9 ore, a

decorrere dal 19.6.2015 , quindi a distanza di 3 mesi dall'ultimo intervento chirurgico effettuato al gomito destro il 19.3.2015.” (allegato al doc. XXV, p. 728 – il corsivo è del redattore). In data 4 maggio 2017 ha avuto luogo la visita \_\_\_\_\_ di chiusura, a margine della quale il dott. \_\_\_\_\_, spec. FMH in chirurgia ortopedica e traumatologia, ha valutato l'esigibilità lavorativa - “tenendo in considerazione anche il quadro a suo tempo considerato dall'AI” - nei seguenti termini: " (...) Sollevare e portare: l'assicurato è in grado di sollevare pesi molto leggeri fino all'altezza dei fianchi spesso; pesi leggeri talvolta; pesi medi, pesanti e molto pesanti mai. Sollevare oltre l'altezza del petto pesi fino a 5 kg talvolta, sollevare oltre l'altezza del petto pesi superiori a 5 kg di rado o mai. Maneggio di attrezzi: l'assicurato è in grado di maneggiare attrezzi leggeri e di precisione senza limitazione, attrezzi medi di rado, pesanti e molto pesanti mai. La rotazione della mano è possibile talvolta. Posizione e mobilità: l'assicurato è in grado di effettuare lavori sopra la testa talvolta, rotazione del busto di rado, posizione seduta e inclinata in avanti, in piedi e inclinata in avanti mai. Posizione inginocchiata con flessione delle ginocchia spesso. Posizione di lunga durata: l'assicurato è in grado di mantenere la posizione seduta spesso, la posizione in piedi spesso, la posizione di libera scelta è consentita. Spostamenti: l'assicurato è in grado di camminare senza limitazione per tratti superiori ai 50 m, camminare per lunghi tratti talvolta, su terreno accidentato talvolta, salire le scale talvolta, salire le scale a pioli mai. L'uso delle due mani è possibile a condizione, equilibrio e stare in equilibrio possibile.” L'assicurato è quindi stato giudicato abile nella misura massima possibile in attività rispettose dei limiti funzionali descritti (doc. 186, p. 6). Con rapporto del 24 novembre 2017, il dott. \_\_\_\_\_ ha riferito che l'esame scintigrafico del gomito destro ha evidenziato la presenza di un'artrosi, principalmente a livello radio-omeroale, e ha perciò proposto al ricorrente di sottoporsi a un intervento d'impianto di protesi parziale con neurolisi del nervo radiale e decompressione (doc. 209). Chiamato a pronunciarsi in proposito, il chirurgo ortopedico dott. \_\_\_\_\_ ha rilevato che “se l'esame Spect-CT ha permesso di confermare sedi di degenerazione postraumatiche attive, non si può considerare una modifica della situazione organica oggettiva tra il momento della chiusura del caso da parte del dott. \_\_\_\_\_ e la situazione al momento della valutazione da parte del PD dott. \_\_\_\_\_. (...) Essendo la situazione rimasta invariata da un punto di vista radiologico o clinico, il nuovo parere da parte del PD dott. \_\_\_\_\_ corrisponde semplicemente ad un nuovo avviso, nella fattispecie contrario a quello emesso da lui stesso prima dell'esame Spect-CT, ma in conoscenza di danni artrosici presenti nell'articolazione, poiché aveva proceduto all'intervento artroscopico.” (allegato al doc. XVIII, p. 2 s. – il corsivo è del redattore). Con decisione del 12 novembre 2018, cresciuta in giudicato, l'UAI ha respinto la domanda di revisione della rendita in vigore e, pertanto, confermato il diritto a un quarto di rendita (con grado d'invalidità del 46%) (allegato al doc. XXV, p. 781). 2.6. Chiamato a pronunciarsi in merito all'applicabilità al caso di specie dell'art. 28 cpv. 3 OAINF, questo Tribunale ritiene che, alla luce della documentazione riassunta in precedenza, occorra ammettere che già prima dell'infortunio dell'agosto 2013, la capacità lavorativa di RI 1 era ridotta in maniera durevole a causa di rilevanti affezioni morbose. In questo senso, si veda in particolare la perizia SAM del 5 novembre 2013, dalla quale si evince che, dal mese di marzo 2012 , l'insorgente risultava definitivamente inabile in misura del 50% nella sua precedente professione di polimeccanico e in misura del 40% in attività alternative adeguate (allegato al doc. XXV, p. 429), come pure la decisione AI del 15 aprile 2014 - non contestata dall'assicurato - con la quale gli è stato riconosciuto un quarto di rendita a far tempo dal 1° marzo 2013 , a fronte di

un grado d'invalidità del 46% (allegato al doc. XXV, p. 502 s.). Sulla scorta di quanto precede e in ossequio al disposto di cui all'art. 28 cpv. 3 OAINF, si deve ora esaminare se, tenuto conto della globalità del danno alla salute (affezioni morbose + affezioni infortunistiche), il ricorrente è ancora in grado di realizzare il reddito ritenuto dall'UAI a titolo di reddito da invalido (il quale, nei confronti dell'infortunio assicurato, rappresenta un reddito da valido – cfr. supra, il consid. 2.4.), ossia fr. 34'448/anno (allegato al doc. XXV, p. 503). Tutto ben considerato, secondo questa Corte, la risposta al quesito posto non può che essere positiva. In effetti, dalla decisione AI del 15 aprile 2014 – lo si ripete non contestata dal ricorrente – emerge che, dopo un periodo limitato di tempo (dal 1° novembre 2013 al 30 giugno 2014) in cui quest'ultimo ha presentato un'invalidità del 100%, corrispondente al peggioramento provocato dall'infortunio del 27 agosto 2013, a decorrere dal 1° luglio 2014, l'insorgente è stato dichiarato invalido in misura del 46% (con conseguente riduzione della rendita a un quarto), il medesimo grado esistente prima dell'infortunio (cfr. allegato al doc. XXV, p. 503). I postumi dell'evento traumatico in questione non sono dunque stati giudicati tali da pregiudicare ulteriormente la sua (già) residua capacità lavorativa, così come stabilito dalla perizia elaborata dal reumatologo dott. \_\_\_\_\_ (cfr. allegato al doc. XXV, p. 445: “Salvo complicazioni della frattura, l'assicurato dovrebbe in seguito aver recuperato la capacità lavorativa che aveva prima dell'infortunio e non sono da prevedere cambiamenti di rilievo a medio e lungo termine.” – il corsivo è del redattore). È vero che la visita peritale del dott. \_\_\_\_\_ ha avuto luogo il 17 settembre 2013 (cfr. allegato al doc. XXV, p. 441), a breve distanza dall'infortunio al gomito destro, di modo che il suo parere riguardo al ripristino della capacità lavorativa presente prima di quel sinistro, ha il valore di una previsione. Al riguardo, va tuttavia sottolineato che l'istruttoria compiuta dall'assicurazione per l'invalidità a seguito della domanda di revisione della rendita del dicembre 2015, non ha consentito di accertare l'intervento di un aggravamento delle condizioni di salute dell'insorgente, tale da giustificare un aumento del grado dell'invalidità. In effetti, con decisione del 12 novembre 2018 – anch'essa cresciuta incontestata in giudicato -, facendo essenzialmente capo alle risultanze della perizia reumatologica del dott. \_\_\_\_\_ (cfr. allegato al doc. XXV, p. 691 ss.), l'UAI ha confermato il diritto a un quarto di rendita con un grado d'invalidità del 46% (cfr. allegato al doc. XXV, p. 782). In queste condizioni, allorquando il ricorrente obietta che la decisione AI del 1° luglio 2014 non avrebbe “approfondito adeguatamente il danno al gomito e tanto meno la sua evoluzione” (cfr. doc. I), egli pare ignorare che, successivamente, nel quadro dell'istruttoria della domanda di revisione, l'evoluzione del danno (in particolare) al gomito destro è stata invece adeguatamente approfondita. In esito a quanto precede, il TCA ritiene quindi accertato che, esercitando in misura del 60% un'attività lavorativa adeguata al danno alla salute nel suo insieme, RI 1 sarebbe ancora in grado di realizzare un reddito (da invalido) di fr. 34'448/anno, così come stabilito dall'UAI con decisione cresciuta in giudicato. Questo Tribunale non ignora che agli atti figurano certificazioni attestanti una totale incapacità lavorativa (segnatamente quelle indicate nel ricorso – cfr. doc. I, p. 5), esse non appaiono tuttavia atte a giustificare un diverso esito della vertenza, basato su approfonditi accertamenti specialistici e su conseguenti decisioni AI, non contestate dall'assicurato. In conclusione, la decisione su opposizione impugnata, mediante la quale l'CO 1 ha negato all'assicurato il diritto a una rendita d'invalidità a decorrere dal 1° luglio 2017, deve essere confermata.

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