

# TI\_GERICHTE 32.2001.28 vom 27. Februar 2001

TI Tribunale d'appello, 2001-02-27, IT

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti\\_gerichte\\_32.2001.28](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_32.2001.28)

FR: TI\_GERICHTE 32.2001.28 du 27 février 2001

IT: TI\_GERICHTE 32.2001.28 del 27 febbraio 2001

## Regeste

Sentenza o decisione senza scheda

## Erwägungen

### E. 13

novembre 2000 ha diagnosticato: " (...) 4. ■ **DIAGNOSI** ■ Anamnesticamente sindrome lombovertebrale recidivante con/da turbe statiche lievi ed alterazioni degenerative moderate (osteocondrosi L4/5 con spondilartrosi bilaterale) ■ Spondilosi iperostotica Forestier (DISH) in sede toracale ■ Iniziale contrattura di Dupuytren III bilateralmente senza deficit funzionale ■ Stato da artroscopia del ginocchio sinistro per sinovite aspecifica senza residui funzionali o morfologici (17.07.1997)" attestando inoltre che " (...) Il paziente riferisce di dolori lombari presenti da decenni, curati con cicli intermittenti di fisioterapia, rispettivamente di cure balneari. Nell'ambito di un'esacerbazione della sofferenza nel 1996 vennero effettuati ulteriori accertamenti clinici (presso l'ortopedico Dr. \_\_\_\_\_, vedi suo rapporto del 29.09.1996, cit.) e neuroradiologici; una TAC di febbraio 1996 (vedi punto 3.4.) mise in evidenza una "modesta protrusione discale al livello L3/4. Non ernie discali. Segni di artrosi interapofisaria al livello L3/4, L4/5 ed L5/S1". Su base delle constatazioni di allora il medico fiduciario della Cassa Malati \_\_\_\_\_ Dr. \_\_\_\_\_ ritenne il paziente abile al lavoro in maniera normale. Da una patologia intercorrente al ginocchio sinistro (che si era rivelata di natura aspecifica senza lesione strutturale evidente all'artroscopia effettuata in luglio del 1997) il paziente si è ripreso apparentemente bene al punto che l'ortopedico Dr. \_\_\_\_\_ che effettuò l'intervento esclude un danno invalidante (sua cartella clinica, visita del 22.03.2000). Il paziente continua comunque a lamentarsi di dolori sia al livello lombare che alle ginocchia; i primi sono presenti sotto sforzo, da limitarlo nell'alzare pesi o nell'effettuare movimenti ripetitivi con il tronco; i secondi sarebbero presenti specialmente a destra, unicamente camminando, senza limitarlo nell'effettuare lunghe passeggiate (stando alle sue dichiarazioni di diverse ore quando porta a spasso il caso della figlia). Clinicamente noto discrete alterazioni statiche del rachide che si presenta con un appiattimento della cifosi toracale ma senza deviazioni scoliotiche. Vi è un certo limite funzionale del tratto lombare in particolare in estensione (■2/3), movimento che provoca dolori. Non riscontro invece una significativa sindrome vertebrale. Mancano pure segni in favore di un'instabilità segmentale o di una compressione radicolare. Il referto alle ginocchia è addirittura normale, senza elementi di una patologia strutturale e/o funzionale qualsiasi. Quali referti minori (senza influsso sulla valutazione della capacità lavorativa) trovo un'incipiente contrattura di Dupuytren nel raggio III di entrambi le mani ed un lieve deficit dell'estensione dell'articolazione intermedia del mignolo destro. La documentazione radiologica mette in evidenza alterazioni degenerative al livello lombare che coinvolgono lo spazio intersomatico di L4/5 (moderata osteocondrosi) e le articolazioni

vertebrali posteriori (tra L3 ed S1). Il paragone delle radiografie attuali con quelle del 1995 mostra una discreta progressione della degenerazione del segmento L4/5. La spondilosi iperostotica Forestier riscontrata su una radiografia della colonna toracale nel 1995 non ha ripercussioni funzionali od algiche (paziente senza dolori toracali). In considerazione del referto artroscopico del 1997 (senza patologie strutturali maggiori) e del referto clinico attuale del tutto blando ho soprasseduto a fare effettuare delle radiografie anche delle ginocchia. Su base delle mie constatazioni cliniche concordo con l'ortopedico Dr.

\_\_\_\_\_ che già nel 1996 ritenne le patologie riscontrate "del tutto compatibili con l'età del paziente". Un certo limite della caricabilità fisica del paziente è data unicamente dalla patologia della colonna lombare. Il dolore lombosacrale che appare prontamente nel movimento di estensione del tronco combacia con la presenza radiologica di alterazioni artrosiche nelle articolazioni vertebrali posteriori (spondilartrosi) e può comportare delle difficoltà per il paziente nell'effettuare lavori manuali sopra la testa, posizione che esige un'estensione lombare. Tenendo infine conto dei dolori riferiti anche nei movimenti di flessione (senza che questo movimento sia particolarmente limitato) si può ammettere un limite della capacità lavorativa quale carrozziere al massimo del 25%, anche se l'assenza di una sindrome lombovertebrale tangibile sembra deporre per un'irritabilità meccanica trascurabile della cerniera lombosacrale. Il limite proposto concerne il rendimento del paziente senza che vi siano particolari impedimenti nello svolgere la sua professione che vadino oltre a quanto imposto dall'età. In assenza di un'importante progressione delle alterazioni strutturali negli ultimi 5 anni (vedi punto 3.4.) questa valutazione è per intanto definitiva, senza che ci si debba aspettare ad un impatto maggiore della patologia lombare sulla capacità di lavoro nei prossimi 2 anni. 6. ■ POSSIBILITA' DI MIGLIORARE LA CAPACITA' DI LAVORO Non vi sono delle proposte terapeutiche che potrebbero modificare le condizioni fisiche del paziente in maniera da ridurre il limite della sua capacità lavorativa sotto il punto S. In considerazione dell'età del paziente non entrano in considerazione provvedimenti di ordine professionale. Il paziente non necessita di mezzi ausiliari." Sulla base delle risultanze peritali l'UAI ha quindi stabilito un grado d'incapacità al guadagno del 25% negando di conseguenza il diritto ad una rendita d'invalidità. Col gravame l'assicurato censura l'errata valutazione da parte del perito del suo grado d'incapacità lavorativa asseverando di non essere in grado di svolgere qualsivoglia attività lavorativa. 2.7. Va anzitutto rilevato che, per quanto riguarda la valenza probatoria da attribuire ad un certificato medico, è determinante che esso valuti ed esamini in maniera completa i punti litigiosi, si fondi su degli esami approfonditi, prenda conto di tutti i mali di cui si lamenta l'assicurato, sia stabilito in piena conoscenza dei suoi antecedenti (anamnesi) e sia chiaro nell'esposizione delle correlazioni mediche o nell'apprezzamento della situazione medica; le conclusioni dell'esperto devono inoltre essere motivate (cfr. Ulrich Meyer-Blaser, Die Rechtspflege in der Sozialversicherung, BJM 1989 p. 31; Pratique VSI 3/1997 pag. 123). Inoltre, secondo costante giurisprudenza, le perizie mediche eseguite nell'ambito della procedura amministrativa da medici specializzati riconosciuti hanno forza probatoria piena se giungono a conclusioni logiche e sono state realizzate sulla base di accertamenti approfonditi, fintanto che indizi concreti non inducono a ritenerle inaffidabili (DTF 123 V 176, DTF 122 V 161, 104 V 212; STFA del 14 aprile 1998 in re O.B. inedita, STFA del 28 novembre 1996 in re G.F. inedita, STFA 24.12.1993 in re S.H. inedita; SVR 1998 IV Nr. 1 p. 2; SZS 1988 p. 329 e 332; ZAK 1986 p. 189; Locher, Grundriss des Sozialversicherungsrechts, Berna 1994, p. 332 ). Lo stesso vale per quel che riguarda perizie dell'amministrazione fatte esperire da medici esterni (DTF 104 V 31; RAMI 1993

pag. 95). Il TFA ha inoltre precisato che, nell'ipotesi in cui si tratti di una lite in materia di prestazioni, dall'art. 4 CF rispettivamente 6 CEDU, non può essere dedotto il diritto di essere sottoposto ad una perizia medica esterna (DTF 122 V 157). Nell'ambito del libero apprezzamento delle prove è in linea di principio consentito all'amministrazione e al giudice fondare la propria decisione su basi di giudizio interne all'istituto assicuratore. Per quanto riguarda l'imparzialità e l'attendibilità di simili prove, devono tuttavia essere poste delle esigenze severe (DTF 122 V 157). Per quel che riguarda il medico di fiducia, infine, secondo la generale esperienza della vita, il giudice deve tener conto del fatto che, in dubbio, egli attesta a favore del suo paziente (U. Meyer-Blaser, Rechtsprechung des Bundesgericht im Sozialversicherungsrecht, Zurigo 1997 p. 230).

2.8. Nella concreta evenienza la perizia del dott. \_\_\_\_\_ risulta infatti fondata su esami approfonditi, eseguiti tenendo conto di tutti i disturbi lamentati dall'assicurato ed in piena conoscenza dei dati anamnestici. Il perito è inoltre giunto a conclusioni logiche e motivate quo alla capacità lavorativa, valutata alla luce delle effettive limitazioni e delle controindicazioni dovute alle affezioni di cui soffre \_\_\_\_\_. Infatti, dopo aver proceduto ad un approfondito e completo esame anamnestico, il perito, tenuto conto dell'insieme dei disturbi lamentati dall'assicurato e sulla base dei reperti reumatologico, neurologico periferico e radiologico, ha anzitutto posto in rilievo la compatibilità delle patologie riscontrate con l'età del paziente (1937), concordando in tale senso con quanto certificato dal dott. \_\_\_\_\_ con rapporto 29 luglio 1996 (cfr. inc. amm.). Egli ha in seguito evidenziato " un certo limite alla caricabilità fisica...data unicamente dalla patologia della colonna lombare" e osservato come " il dolore lombosacrale che appare prontamente nel movimento di estensione del tronco combacia con la presenza radiologica di alterazioni artrosiche nelle articolazioni vertebrali posteriori (spondilartrosi e può comportare delle difficoltà ... nell'effettuare lavori manuali sopra la testa, posizione che esige un'estensione lombare ". Tenuto conto altresì dei dolori riferiti a movimenti di flessione, movimenti ritenuti tuttavia non particolarmente limitati, lo specialista ha quindi concluso per un'incapacità lavorativa massima del 25% quale carrozziere, pur rilevando che " l'assenza di una sindrome lombovertebrale tangibile sembra deporre per un'irritabilità meccanica trascurabile della cerniera lombosacrale " ed evidenziando l'assenza di " particolari impedimenti nello svolgere la sua professione che vadano oltre a quanto imposto dall'età ". Egli ha infine escluso un " impatto maggiore della patologia lombare sulla capacità di lavoro nei prossimi due anni ", attribuendo carattere definitivo alla valutazione da esso effettuata. In simili circostanze alla perizia del dott. \_\_\_\_\_, concludente per un'incapacità lavorativa del 25% nell'attività di carrozziere - attività che è per altro verosimile ritenere, anche in virtù della generale esperienza della vita, comporti solo in minima parte l'esecuzione di lavori ritenuti siccome controindicati dal profilo medico (effettuazione di lavori sopra la testa) - deve qui essere attribuita forza probatoria piena ai sensi della citata giurisprudenza (cfr. consid. 2.7). Agli atti vi sono alcune certificazioni del medico di fiducia, dott. \_\_\_\_\_, facenti stato di un'incapacità lavorativa del 100% dal 1.4.1997 (attestata nel novembre 1999) rispettivamente (almeno) del 50% (certificata nel gennaio 2001), riconducibile alla sintomatologia dolorosa alla colonna dorsolombare-lombosacrale (cfr. certificato medico 3.1.2001 e rapporto medico 29 .11.1999, in inc. amm.). Tali certificazioni si limitano tuttavia a descrivere lo stato di salute dell'assicurato, senza precisare quali sono le controindicazioni e gli specifici impedimenti che giustificerebbero una limitazione della capacità lavorativa nella misura sopra descritta. La diversa valutazione, espressa dal dott. \_\_\_\_\_, del grado d'incapacità lavorativa

precedente dalle medesime affezioni non può di conseguenza essere ritenuta sufficiente per negare forza probatoria piena alla valutazione peritale. Dal fascicolo non emergono per il resto elementi o concreti indizi idonei a contraddire l'atto peritale o che potrebbero indurre a ritenerlo inaffidabile. Stante quanto sopra, è pertanto da ritenere siccome dimostrato con la certezza richiesta nel campo delle assicurazioni sociali (cfr. STFA 22 agosto 2000 in re K.B, C 116/00, consid. 2b; SVR 1996 KV N° 85 pag. 269; DTF 121 V 208 consid. 6a) che l'assicurato presenta un'incapacità lavorativa e, di riflesso, un'incapacità al guadagno pari al 25%. Visto quanto precede il ricorso deve essere respinto e la decisione impugnata confermata.

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