

TI_GERICHTE 32.2002.61 vom 2. April 2003

TI Tribunale d'appello, 2003-04-02, IT

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_32.2002.61

FR: TI_GERICHTE 32.2002.61 du 2 avril 2003

IT: TI_GERICHTE 32.2002.61 del 2 aprile 2003

Regeste

Sentenza o decisione senza scheda

Erwägungen

E. 28

cpv. 2 LAI l'invalidità è determinata 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 e il reddito del lavoro che egli avrebbe potuto conseguire se non fosse diventato invalido. Il grado d'invalidità dell'assicurato deve quindi essere determinato dal raffronto del reddito ch'egli ancora può conseguire nonostante la sua invalidità con quello che avrebbe potuto guadagnare in assenza delle affezioni di cui è portatore (RCC 1992, pag. 182 consid. 3; RCC 1990, pag. 543 consid. 2; M. Valterio, Droit et pratique de l'assurance-invalidité, Les prestations, pagg. 200 e ss.). 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 (art. 28 cpv. 2 LAI). Nel confronto dei redditi la giurisprudenza - di regola - non 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 consid. 2b; DTF 107 V 21 consid. 2c; G. Scartazzini, Les rapports de causalité dans le droit suisse de la sécurité sociale, pag. 232; D. Cattaneo, Les mesures préventives et de réadaptation de l'assurance-chômage, pagg. 316 e s. nn. 1158 e 1159 e la giurisprudenza citata). 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. Secondo il TFA i due redditi, dalla cui differenza emerge il grado dell'incapacità di guadagno, vanno stabiliti in maniera precisa. Se ciò non è possibile, devono essere calcolati sulla base di una valutazione fondata sulle circostanze concrete (SVR 1996 IV Nr. 74 consid. 2a, DTF 114 V 313 consid. 3a). 2.5. Dagli atti dell'incarto emerge che durante l'istruttoria amministrativa _____ è stato visitato da diversi specialisti. Il Dr. Med. _____, Capo Clinica di Chirurgia presso l'Ospedale _____, nel suo rapporto 25 ottobre 1999, ha ritenuto l'assicurato inabile al lavoro al 100% nella sua precedente professione di cameriere e al 50% in altre attività che alternino la posizione eretta con quella seduta, osservando: " (...) 3 Diagnosi: " Frattura del calcagno e talo a sinistra trattate conservativamente " Frattura instabile del corpo L2 trattata con intervento di spondilodesi da L1 a L3 " Lussazione del gomito sinistro 4.1 Anamnesi: Il paziente ebbe

un trauma di scivolamento e caduta in un dirupo il 15 agosto 1998. In questa caduta si procurò la frattura da compressione instabile della vertebra lombare 2, frattura del calcagno e talo a sinistra e lussazione del gomito sinistro. All'Ospedale _____ viene sottoposto ad intervento di spondilodesi da L1 a L3, la lussazione del gomito viene trattata conservativamente come pure la frattura del talo e calcagno. Attualmente da me viene trattato e valutato per quanto concerne la caviglia ed il piede a sinistra, mentre per quanto concerne la colonna viene seguito dai Colleghi di Neurochirurgia dell'Ospedale _____.

Deambulazione sui talloni e sulle punte con dolori in sede fibulotalare e talo-calcaneare e carico piuttosto sul bordo esterno del piede. Flessione dorsale e flessione plantare a sinistra 15°-0°-45°, eversione ed inversione ridotte di 1/3 a sinistra, pro e supinazione a sinistra 35°-0°-30°. I dolori sono maggiori alla flessione plantare della caviglia ed alla palpazione in sede inframalleolare. Le radiografie della caviglia mostrano un cedimento da parte del talo, mentre la frattura del calcagno é consolidata. 5 Una consultazione o una visita sono state necessarie per l'allestimento di questo rapporto? Sì.

6 Desidera essere informato della decisione dell'Ufficio AI? Sì. F O G L I O C O M P L E M E N T A R E DOMANDE SULL'ULTIMA ATTIVITÀ ESERCITATA 1 Quale influsso ha il danno alla salute sull'attività finora esercitata? Ha un influsso del 100% in quanto svolgeva l'attività di cameriere. 2.1 L'attività finora esercitata é ancora proponibile? No. 2.2 Esiste ancora una limitazione del rendimento? Sì al 100%.

DOMANDE SULLE POSSIBILITÀ DI REINTEGRAZIONE 1 La capacità lavorativa può essere migliorata all'attuale posto di lavoro? No. 2 e Sono proponibili all'assicurato altre attività? Se sì, di che genere? 2.1 Sono proponibili attività che alternino la posizione eretta con quella seduta con relativa capacità di camminare, ma senza la necessità di alzare e portare pesi di qualsiasi tipo, oppure un'abilità lavorativa in attività d'ufficio dove c'è una maggiore libertà di movimento. A tale proposito posso proporre il lavoro come cassiere in una stazione di benzina, oppure gestione di un chiosco per giornali, oppure operaio generico con mansioni in posizione seduta e la possibilità di alzarsi più volte durante l'arco della giornata. 2.2 Esisterebbe una limitazione del rendimento? Se sì, in quale misura? Si penso del 40%-50%." (Doc. AI _) Anche il Dr. Med. _____ a, Primario di Neurochirurgia all'Ospedale _____, nel suo rapporto medico del 22 agosto 2000, ha ritenuto l'assicurato inabile al lavoro al 100% nella sua precedente attività di cameriere e al 50% in altre attività che alternino la posizione eretta con quella seduta, rilevando: "(...) Constatazioni mediche: controllo ambulatoriale del 05.05.2000 Il paziente è stato sottoposto il 17.8.1998 ad un intervento di stabilizzazione posteriore transpeduncolare L1/L3 e greffe intertrasversale bilaterale con laminectomia L1 a L3 per una frattura tipo Burst di L2. Attualmente egli continua a lamentare dolori nella parte superiore della colonna lombare con irradiazioni in sede lombare inf. come pure nella regione toracale superiore e bruciori al carico, specialmente alla marcia, nella natica come pure al piede sin. con irradiazioni verso il ginocchio. Il paz. ha effettuato regolarmente esercizi in piscina con effetto moderato per i dolori a livello della schiena, malgrado ciò nota un lieve progresso. I disturbi alla caviglia sono sempre evidenti. Attualmente assume Arthrotec 1 tabl. die. L'esame clinico del 05.5.2000 non mette in evidenza alcun deficit sensomotorio. Buona mobilità della colonna lombare con una distanza dito-suolo di 20 cm. e senza limitazione sia alla reclinazione, alla latero-flessione e alla rotazione del dorso in ambedue i lati. L'esame della colonna lombare a.p. e laterale in posizione eretta del 14.2.2000 aveva mostrato una buona posizione delle viti in uno spazio tra i limiti inf. di L1 e i limiti superiori di L3 sia anteriormente che posteriormente e una minima protrusione del muro posteriore di L2. Persisteva un

importante schiacciamento del corpo vertebrale L2. La RM del 21.12.1999 aveva messo in evidenza un'iperintensità di segnale intramidollare nel corpo vertebrale L2 con discontinuità e spessore estremamente ridotto nella sua parte centrale (necrosi post-traumatica). L'atteggiamento terapeutico rimane conservativo. Per quel che concerne la capacità lavorativa riteniamo il paziente inabile in misura completa nell'attività originaria (cameriere). In attività leggere che non comportino la permanenza prolungata in una determinata posizione, movimenti iterativi di anteroflessione del tronco e il sollevamento frequente di pesi superiori ai 10 kg, pensiamo egli possa raggiungere un grado soddisfacente di capacità lavorativa. Domande particolari: (allegato al questionario medico)

1) abilità lavorativa presunta in attività che alternino la posizione eretta a quella seduta, con relativa capacità di camminare e portare pesi: 50 % a condizione che i pesi non superino i 10 kg

2) abilità lavorativa in attività sedentarie di tipo industriale (senza grandi possibilità di cambiare spesso posizione del corpo) e d'ufficio (maggiore anche se non totale libertà di movimento): 50% " (Doc. AI _) Il Dr. Med. _____, specialista FMH in Neurochirurgia, nel referto redatto in data 10 aprile 2001, ha dal canto suo osservato: " (...) L'esame clinico non evidenzia una sintomatologia lombovertebrale di rilievo e l'esame neurologico risulta pure normale. Anche a livello cervicale assenza di deficit in senso motorio, ma presenza di una sintomatologia cervicale più importante. Poiché la sintomatologia dominante è quella cervicale ho provveduto ad una TAC che non ha comunque confermato delle compressioni radicolari o stenosi dei foramini malgrado le gravi alterazioni degenerative a livello C3/4 e C4/5. Soggettivamente il paziente non se la sente di riprendere il lavoro. A mio modo di vedere penso che il paziente in un'attività confacente, quindi attività leggere con ergonomia favorevole possa essere ritenuto abile al lavoro nella misura di almeno il 50%. Ritengo opportuno anche una valutazione più approfondita della capacità lavorativa presso il SAM di Bellinzona, tanto più che una riqualifica professionale probabilmente non entra in considerazione." (Doc. AI _) Il Dr. Med. _____, specialista in Chirurgia, nel suo rapporto datato 6 febbraio 2001, ha rilevato: " (...) CONCLUSIONE: esiti di infortunio in data 15 agosto 1998 a seguito del quale il paziente ha subito un politrauma. Specificatamente · lussazione del gomito sinistro riposta e guarita senza particolari reliquati; · frattura instabile del corpo di L2 trattata cruentemente con intervento di laminectomia L1-L3 bilaterale con spinotomia, patch di dura madre artificiale, spondilodesi da L1 a L3 con buon risultato clinico e radiologico. Permangono limitazione funzionale e dolori in assenza di evidenti segni per sofferenza radicolari; · frattura del calcagno talo a sinistra trattate conservativamente. Permangono dolori alla deambulazione prolungata o alla stazione prolungata, impossibilità a deambulare su terreni sconnessi o portare pesi superiori i kg. 8-10, necessità di utilizzare scarpe tipo _____; · sindrome cervicale non di origine infortunistica." (Doc. _) Come visto, dunque, tutti gli specialisti consultati sono giunti alla conclusione che _____ sia inabile al 100% nella precedente occupazione di cameriere, mentre invece sia da considerare abile al lavoro al 50% in attività adeguate che alternino la posizione seduta a quella eretta. In sede ricorsuale, per contro, l'assicurato ha prodotto una perizia effettuata dal Dr. Med. _____, Neurochirurgo e Dirigente medico del Dipartimento di Neuroscienze all'Ospedale _____, nella quale lo specialista ha attestato un'inabilità lavorativa del 100% dell'assicurato nella professione di cameriere e un'inabilità lavorativa dell'80% in tutte le attività che non prevedano la possibilità di coricarsi ogni 30-45 minuti circa e di muovere qualche passo. Nel rapporto datato 28 febbraio 2002 lo specialista, dopo aver proceduto alla valutazione dello stato di salute dell'insorgente, ha riscontrato: " (...)

VALUTAZIONE Il Sig. _____ presenta quindi: 1) una sintomatologia dolorosa dorso-lombare persistente e permanente sia in posizione ortostatica che durante la deambulazione, si attenua discretamente in posizione supina in scarico ed in decubito-laterale. Tale sintomatologia si aggrava imprevedibilmente con dei blocchi lombari che insorgono anche nei movimenti più banali con e senza modico carico; addirittura l'igiene personale viene eseguita con molta cautela e circospezione. Presenta inoltre delle irradiazioni algiche all'arto inferiore sinistro che raramente si estendono al di sotto della fossa poplitea e che sono suggestive per una irritazione del ramo posteriore primario. L'esame clinico depone per la diagnosi di sindrome da insufficienza o instabilità lombare dove si inserisce una sindrome delle faccette articolari posteriori. L'esame clinico ed i reperti radiologici a disposizione escludono una sofferenza radicolare agli arti inferiori. In effetti, pur in mancanza di una radiografia lombare funzionale (non mi risulta che siano state effettuate) che dimostri l'esistenza di una instabilità segmentaria visibile appare ampiamente dimostrato da dati clinici e biomeccanici della letteratura come sopra e sotto una fusione vertebrale aumentino le sollecitazioni di taglio sui livelli adiacenti (1). Alla luce delle conoscenze attuali sul piano biomeccanico il concetto di instabilità viene inteso come una riduzione della rigidità vertebrale associata a movimenti anomali segmentari che possono essere provocati da perturbazioni minime al sistema (questo significa che il paziente a dipendenza delle circostanze potrebbe bloccarsi a livello lombare anche spostando una tazzina di caffè). Si ritengono importanti, sul piano patogenetico, il ruolo dei meccanismi di controllo neuromuscolari e persino le proprietà dei tessuti molli (altrimenti uno scheletro dovrebbe potere stare in piedi da solo e non appeso ad un chiodo). All'esame clinico appare evidente un non perfetto funzionamento delle facoltà propriocettive; sicuramente gli esiti della frattura talo calcaneare sinistra contribuiscono a creare un disbalance muscoloscheletrico con verosimile contributo ad alterare gli schemi propriocettivi. Purtroppo, allo stato delle conoscenze attuali, i rilievi radiografici standard ed in movimento non sono sufficientemente sensibili e specifici da poter inquadrare con precisione tale sindrome clinica. Appare altresì noto come un tutore produca una immobilizzazione dubbia e possa determinare un aumento dei carichi e dei movimenti sul rachide lombare basso. In effetti le fissazioni segmentarie corte di fratture vertebrali toracolombari da scoppio (burst fracture), senza fusione, presentano un Low Back Outcome Score pressoché identico alle fissazioni con associato grafting posterolaterale (greffes untertrasversaria) (2,3,4). Non vale la pena quindi soffermarsi eccessivamente sulla interpretazione radiologica di una avvenuta fusione o no in quanto questa è comunque discutibile ed è difficilissimo escludere una pseudoartrosi (4) ed inoltre, come dimostrato in importanti studi multicentrici (5) il metodo del trattamento chirurgico non influenza: - la lunghezza del periodo riabilitativo e la quota di miglioramento. - la capacità fisica, che é significativamente diminuita e solo il 71% degli operati ritorna al lavoro. Inoltre l'opzione chirurgica (greffes più fissatore interno o solo fissatore) non dimostra alcuna correlazione statisticamente significativa tra parametri radiologici e clinici. 2) la cefalea occipito nucale, le algie cervicali, la deprivazione di sonno ed il conseguente stato ansioso-depressivo, anamnesticamente reattivo, unitamente alla presenza di caratteristici "trigger points" evocano (come probabilmente indicato dal Dr. _____ riferendosi ad una "tendo inserzionite diffusa" che tecnicamente si chiama entesite) l'insorgenza di una malattia pseudoreumatologica e pseudopsichiatrica rognosa, benigna ma praticamente inguaribile, che si chiama fibromialgia (fibrositis syndrome degli anglosassoni, polientesopatia, o ancora sindrome polialgica idiopatica diffusa). Al momento attuale, pur

in presenza di una TAC cervicale con evidenti processi spondilodiscoartrosici, l'esame clinico non depone per una mielopatia o radicolopatia degli arti superiori anche se, a complemento d'indagine, una RM cervicale sarebbe indicata. Si evidenzia piuttosto, in aggiunta a quanto sopra, una sofferenza sensitiva del nervo mediano sin ad una elettro-neurografia eseguita dal Dr. _____ il 24.4.2001. 3) inoltre la cervicalgia, i sintomi soggettivi di vertigine e sbandamento, l'alterata efficienza del controllo posturale evidenziato clinicamente (6,7,8,9), la rettilineizzazione del segmento cervicale con inversione, in cifosi, della lordosi fisiologica con fulcro in C6, sono indicativi di reliquati ascrivibili a trauma distorsivo cervicale occorso con la caduta da 10 metri del 15.8.1998. Una anamnesi per precedenti eventi infortunistici al rachide cervicale non è nota ed il tutto è stato probabilmente scotomizzato a causa delle più rilevanti, sul piano dell'imaging, fratture traumatiche. Bisogna comunque specificare che spesso disturbi relativi ad un trauma distorsivo cervicale si manifestano tardivamente rispetto all'evento infortunistico (10). 4) i dolori al piede sinistro durante la deambulazione sono in modo preponderante da ascrivere agli esiti della frattura del calcagno e del talo trattati conservativamente dove residua un cedimento strutturale del talo e processi artrosici. 5) la lussazione del gomito sinistro non ha dato esito ad instabilità o rigidità della funzione articolare. **CONCLUSIONI DIAGNOSTICHE ASCRIVIBILI AL TRAUMA** - Lussazione del gomito sinistro senza reliquati - Frattura del calcagno e del talo piede sinistro - Trauma distorsivo cervicale con sindrome cervicale correlata - Insufficienza o instabilità lombare dove si inserisce una sindrome delle faccette articolari posteriori (ramo posteriore primario). **CONCLUSIONI DIAGNOSTICHE NON ASCRIVIBILI AL TRAUMA** - Sindrome fibromialgica verosimilmente primaria **CAPACITÀ LAVORATIVA** Il Sig. _____ è inabile al lavoro al 100% quale cameriere ed inabile al lavoro all'80% per tutte quelle professioni od attività che non prevedono la possibilità di coricarsi ogni 30-45 minuti circa e di muovere qualche passo." (Doc. _) Basandosi sugli accertamenti medici effettuati dal Dr. _____, dal Dr. _____, dal Dr. _____ e dal Dr. _____, l'amministrazione ha dunque ritenuto che l'interessato è inabile al 100% nella sua precedente attività di cameriere, mentre invece è abile al 50% in attività adeguate che alternino la posizione eretta a quella seduta e ha quindi attribuito all'assicurato una mezza rendita d'invalidità. Il ricorrente, per contro, in virtù della perizia del Dr. _____, ritiene che gli si debba riconoscere, oltre all'inabilità lavorativa del 100% nell'attività di cameriere, un'inabilità lavorativa pari almeno all'80% in qualsiasi altra professione. Considerate le summenzionate contrastanti valutazioni mediche, questa Corte ha ordinato l'esecuzione di una perizia multidisciplinare a cura del Prof. Dr. Med. _____ della _____ Klinik di Zurigo. 2.6. Sulla base delle risultanze degli atti contenuti nell'incarto, nonché degli accertamenti medici eseguiti presso la _____ Klinik, il Dr. _____ ha posto la seguente diagnosi con ripercussioni sulla capacità lavorativa: "(...)
6.- Considerazioni 6.1. Il trauma sul tratto toracolombare della colonna, sul midollo spinale e sulla parte craniale della cauda equina in seguito al ruzzolone in un dirupo il 15 08 98 è stato certamente violento: lo prova la frattura della seconda vertebra lombare, lo strappo della dura madre, il reperto della RMN del 17 12 1999 (cfr. 5.2.2). Se le conseguenze della frattura possono essere curate con un'operazione, che nel caso del Signor _____ è stata eseguita tempestivamente e in modo ottimale, le conseguenze del trauma del tessuto nervoso sono spesso molto meno tranquille. Il cono midollare è stato solo leggermente contuso, tant'è che deficit neurologici importanti non sono mai insorti. Ma la fibrosi leptomeningea può peggiorare, senza che essa possa essere curata in modo causale e certo.

La prognosi circa le conseguenze di una simile lesione rimane dunque, quasi cinque anni dopo il trauma, ancora aperta. 6.2. Il Signor _____ ha voluto e creduto di dover dimostrare e sottolineare in modo molto teatrale i disturbi che lo tormentano nelle gambe (cfr. 5.1.): in realtà, fatta la tara della necessità avvertita dal signor _____ di far valere le sue ragioni, i disturbi di cui si lamenta sono quelli tipici della leptomeningite cronica fibroplastica della cauda equina: crampi soprattutto, dolori, irritazione radicolare perenne, malessere, irritabilità, fastidio continuo. Si deve credere, alla luce dell'anamnesi e del quadro della RMN (cfr. 5.2.2), che questi disturbi esistono per davvero e che a causa di essi il signor _____, indipendentemente da quanto soffre per le conseguenze della frattura del calcagno sn e della lussazione del gomito sn, è e rimarrà totalmente invalido, a causa esclusivamente delle conseguenze del trauma del 15 08 98. 6.2. La raccomandazione di riconoscere un'invalidità totale è ribadita dalla considerazione che si tratta delle conseguenze di una lesione grave di colonna, midollo e cauda equina. I disturbi neurogenici sono plausibili, e, data la loro natura, non ben curabili. Un'operazione per togliere una parte della leptomeninge ispessita ha un senso solo se si dovesse sviluppare una cisti liquorale importante. In caso di forti dolori radicolari potrebbe esser presa in considerazione la stimolazione delle fascie posteriori del midollo spinale. Oggi tale indicazione, nonostante il deficit minimo della sensibilità tattile nella gamba sn, non è data, perché non sono presenti i tipici disturbi da deafferentazione. Spesso non si può far altro che somministrare al paziente medicinali sintomatici. Un'altra caratteristica dei disturbi polimorfi della leptomeningite cronica fibroplastica e cistica spinale è che l'intensità dei disturbi e dei fastidi può esser così imprevedibile da render impossibile o aleatoria la programmazione di una giornata, quindi ancor più di una giornata di lavoro. 6.4. Certamente non traumatici sono i malesseri che il signor _____ localizza nel segmento cervicale e dei quali si rintraccia la prima notizia negli atti due anni dopo l'incidente, e dei quali non si trova alcun appoggio nelle indagini con immagini. 7.- Domande della parte convenuta 7.1. Quali patologie presenta l'assicurato (con e senza influsso sulla capacità lavorativa)? La patologia determinante è la lesione nella regione della punta del midollo spinale e della parte prossimale della cauda equina. I disturbi provocati da questa lesione, anche se non ha prodotto un deficit neurologico vistoso, sono credibili, intensi, e scarsamente influenzabili da mezzi terapeutici. Ai disturbi di questa lesione si associano quelli della frattura del calcagno sinistro (che dovrebbe esser presto operata, ci ha detto il signor _____), e dei postumi della lussazione del gomito sinistro. Oggi il signor _____ lamenta dolori fortissimi nella nuca e nel segmento cervicale: di essi non si è trovato il substrato morfologico, e, comunque, non sono da riportare all'incidente del 15 08 98. 7.2. Da quanto tempo? I disturbi della leptomeningite cronica, i dolori lombari, i dolori al tallone sinistro ed al gomito sn sono da imputare esclusivamente al trauma del 15 08 98. I dolori alla nuca e alle spalle, non traumatici, vengono registrati per la prima volta due anni dopo l'incidente del 15 08 98 e sono certamente non traumatici. 7.3. Specifichi il perito quali sono i limiti funzionali dell'assicurato. Cfr. 6.1., 6.2. e 6.3. Già la limitazione (funzionale? non si capisce bene che cosa significhi) oggettiva della lesione toraco-lombare a carico del midollo e della cauda sono sufficienti ad individuare una limitazione molto importante: si tratta, accanto ai dolori somatici, di dolori neuralgici da irritazione radicolare pressoché continui. Inoltre la frattura del calcagno sinistra è ancora dolorosa e richiederebbe un nuovo intervento chirurgico. 7.4. La precedente attività di cameriere è ancora proponibile? In caso affermativo, in quale misura? I disturbi credibili e verosimili che il signor _____ ha nella regione lombare e nelle gambe sono da soli sufficienti ad impedirgli il lavoro di cameriere. Alla sua invalidità

totale contribuiscono poi le conseguenze della frattura del calcagno sinistro, la condizione successiva a lussazione del gomito a sinistra e i dolori cervicali, questi ultimi certamente non di natura traumatica. 7.5. Quale grado di capacità mantiene l'assicurato nell'ambito di un'attività che rispetti i limiti indicati? Di regola coloro i quali hanno subito un trauma dell'entità e della natura del signor _____ - con riferimento particolare alla lesione a ridosso del midollo e della parte prossimale della cauda equina - per la costanza dei disturbi, per la loro imprevedibilità e per la scarsità dell'aiuto che può esser dato, sono invalidi in misura completa o quasi. Non vedo, nel caso del signor _____, almeno ora, la concreta possibilità di un destino diverso. 7.6. E' possibile migliorare la capacità lavorativa, rispettivamente la capacità in attività adeguate, tramite eventuali provvedimenti d'integrazione? E' ovvio che, una volta guarita la lesione del calcagno sinistro, un tale tentativo può esser fatto. Ritengo comunque che le possibilità siano minime quando non nulle. Dolori neurogenici cronici sono veramente molto, molto debilitanti. 8.- Domande della parte attrice 8.1. Quali patologie presenta il paziente; soffre di: cefalea diurna e/o notturna; sensazione di vertigine; perdita di equilibrio; algie urenti ed irradianti al trapezio superiore; algie urenti ed irradianti alla scapola, lungo il tricipite, lungo la porzione radiale ed ulnare dell'avambraccio fino al primo dito della mano sinistra; parestesie sottoforma di formicolio ad entrambe le mani; dolori paravertebrali e dorsolombari; dolori anche a livello delle sincondrosi sacroiliache; dolori all'arto inferiore sinistro lungo il versante posteriore ed anteriore della coscia; dolori alla regione peritrocanterica; dolori al calcagno sinistro soprattutto al mattino? Dopo aver letto questa lista non di patologie ma di disturbi ho pensato bene di non chiederne al signor _____ la conferma (non rimangono che pochi angoli del corpo che vengano risparmiati), ma l'ho pregato di elencare i suoi disturbi in ordine di gravità attuale, senza tralasciarne nessuno. Ne è sortita la lista di 3. Torno a ripetere: l'elenco di 8.1. è un sammel-surium di ogni possibile disturbo senza possibilità di verifica oggettiva. Se il signor _____ non ha parlato d'altro di quanto elencato in 3. vuol dire che non soffre che di quei disturbi, già di per sé sufficienti per compromettergli probabilmente per sempre l'esistenza. 8.2 Quali altre patologie non elencate al punto 1 presenta il paziente? Cfr. 3 8.3 L'attuale stato di salute dell'assicurato è da ritenersi stazionario? Non con certezza. Un miglioramento dei disturbi posttraumatici (tralasciamo qui i disturbi cervicali, certamente non d'origine traumatica) è possibile per quanto riguarda il tallone sinistro, è possibile - non molto probabile - per quel che riguarda il dolore lombare, impossibile per le irritazioni radiolari alle gambe. La possibilità di un peggioramento non è scomparsa, anche cinque anni dopo il trauma, per quanto spiegato in 5.2.2, 6.1., 6.2. 8.4. Il paziente soffre di una sindrome da insufficienza o instabilità lombare? Non ne soffre dal punto di vista clinico né da quello radiologico. I suoi dolori lombari sono la conseguenza del trauma, della vertebra fratturata, della contusione delle parti molli, della necessità di tagliare la muscolatura genuina della schiena per poter eseguire l'inevitabile operazione, ma non di una instabilità attuale. Le rx lombari danno un reperto ottimo. Una instabilità potrebbe venire col tempo, come conseguenza dell'iper carico funzionale dei segmenti non fusi. 8.4.1, 2, 3, 4: irrilevanti 8.5. Il paziente soffre di fibromialgia? No, non c'è nessun sospetto di questa malattia. 8.6 Il paziente soffre di trauma distorsivo cervicale manifestatosi in seguito alla caduta da 10 m.? No, nessun elemento della documentazione consente di ricondurre gli attuali dolori cervicali al trauma del 15 08 98. 8.7. Il paziente soffre di spondilartrosi cervicale con mielopatia? No. 8.8. Le domande 8 e 8.1. si riferiscono alla lesione del piede sinistro di cui non ho competenza. Quale che sia la prognosi di questa lesione, quella generale rimarrà invariata. 8.9. Viste le patologie di cui soffre il paziente, in che misura è incapace al lavoro

nella sua professione di cameriere. Ne è totalmente incapace. 8.10. Viste le patologie di cui soffre [... si ventila l'opportunità di un'altra professione]. Cfr. 7.6." (Doc. _) 2.7. Perché un rapporto medico abbia valore probatorio 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). A proposito delle perizie mediche eseguite nell'ambito della procedura amministrativa il TFA ha già avuto modo di evidenziare che, nell'ipotesi in cui sono state eseguite da medici specializzati riconosciuti, hanno forza probatoria piena, se giungono a conclusioni logiche e sono state realizzate sulla base di accertamenti approfonditi, fintanto che indizi concreti non inducono a ritenerle inaffidabili ((DTF 123 V 176, 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 le perizie fatte esperire da medici esterni (DTF 104 V 31; ZAL 1986 p. 188; RAMI 1993 p. 95). 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 (DTF 125 V 353 consid. 3a/cc, cfr. U. Meyer-Blaser, Rechtsprechung des Bundesgericht im Sozialversicherungsrecht, Zurigo 1997 p. 230).

2.8. In caso di perizia giudiziaria, il giudice non si scosta senza motivi imperativi dalle conclusioni del perito, il cui ruolo consiste proprio nella messa a disposizione della giustizia della propria scienza medica, per fornire un'interpretazione scientifica dei fatti (STFA del 12 novembre 1998 in re L.A.; SVR 1998 LPP Nr. 16 p. 55; STFA non pubbl. del 14 aprile 1998 in re O.B.; DTF 122 V 161; STFA non pubbl. del 28 novembre 1996 in re G. F.; DTF 112 V 32 consid. 1a; DTF 107 V 174 consid. 3). Il giudice può disattendere le conclusioni del perito giudiziario, nel caso in cui il rapporto peritale contenga delle contraddizioni o sulla base di una controperizia, richiesta dal medesimo tribunale, che conduca ad un altro risultato (DTF 101 IV 130). Egli può discostarsene anche nel caso in cui, fondandosi sulla diversa opinione di altri esperti, ritiene di avere sufficienti motivi per mettere in dubbio l'esattezza della perizia giudiziaria. Va tuttavia sottolineato che il perito giudiziario - contrariamente al perito di parte o allo specialista che si esprime sotto un'altra veste - ha uno statuto speciale nel senso ch'egli esercita, in virtù del mandato giudiziario che lo sottopone alla comminatoria secondo l'art. 307 del Codice penale, una funzione qualificata al servizio della giurisprudenza (RCC 1986, pag. 201 consid. 2a). Per ciò che concerne il valore probante di un rapporto medico è inoltre determinante il fatto che il rapporto sia completo nei punti litigiosi, si basi su uno studio esteso, prenda in considerazione anche le lamentele espresse, sia stato consegnato in piena conoscenza dell'incarto, sia chiaro nell'esposizione delle relazioni mediche e nella valutazione della situazione medica e le conclusioni dell'esperto siano motivate (RAMI 1991 pag. 311 consid. 1).

2.9. Nell'evenienza concreta questo TCA non intravede ragioni che gli impediscano di far proprie le conclusioni cui è pervenuto nella propria perizia il Prof. Dr. Med. _____, specialista delle affezioni invalidanti di cui il ricorrente è portatore, dopo aver preso in considerazione tutte le patologie di cui è affetto l'assicurato (lesione nella regione della punta del midollo spinale e nella parte prossimale della cauda equina, frattura del calcagno sinistro e lussazione del gomito sinistro). Infatti, il perito ha

compiutamente valutato il danno alla salute lamentato dall'assicurato sulla base di accertamenti approfonditi e completi, giungendo a conclusioni logiche e motivate in merito alla capacità di lavoro. Lo specialista ha valutato il ricorrente inabile al 100% sia nella sua precedente professione di cameriere, sia in qualsiasi altra attività, escludendo l'esecuzione di provvedimenti integrativi volti ad aumentare la capacità lavorativa (cfr. doc. _). Tale valutazione conferma sostanzialmente quanto già espresso dal Dr. _____ nella perizia "privata" 28 febbraio 2002 (doc. _). In simili circostanze, dunque, alla perizia del Dr. _____ della _____ Klinik deve essere attribuita forza probante piena conformemente ai succitati parametri giurisprudenziali (cfr. consid. 2.7.). Pertanto, è da ritenere dimostrato con la certezza richiesta nel campo delle assicurazioni sociali (cfr. DTF 121 V 208 consid. 6a; DTF 115 V 142 consid. 8b; SVR 1996 Nr. 85 pag. 269; SVR 1996 LPC Nr. 22 pag. 263ss RAMI 1994 pag. 210/211) che _____ è da ritenere totalmente inabile al lavoro nella sua professione di cameriere così come in qualsiasi altra attività, a decorrere dal 15 agosto 1998, e, a partire da tale data, non più collocabile in qualsiasi altra attività lucrativa adeguata. Conformemente all'art. 29 cpv. 1 lett. b LAI - che prevede la nascita del diritto alla rendita al più presto nel momento in cui l'assicurato, per un anno e senza notevoli interruzioni, è stato incapace al lavoro per almeno il 40 per cento in media - il diritto ad una rendita intera a favore di _____, unitamente alle rendite complete per la moglie e per i figli, decorre dal 1° agosto 1999.

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