

# **TI\_GERICHTE 32.2005.25 vom 28. November 2005**

TI Tribunale d'appello, 2005-11-28, IT

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti\\_gerichte\\_32.2005.25](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_32.2005.25)

FR: TI\_GERICHTE 32.2005.25 du 28 novembre 2005

IT: TI\_GERICHTE 32.2005.25 del 28 novembre 2005

## **Regeste**

Assicurato affetto da patologie somatiche e psichiatriche. Rinvio degli atti all'amministrazione per accertamenti d'ordine neurologico. La componente neuropsicologica è stata invece tenuta in considerazione nella valutazione psichiatrica e quindi non è necessaria un'ulteriore perizia.

## **Erwägungen**

### **E. 1**

il disturbo da disadattamento

#### **E. 1.1**

A livello psicologico e mentale si constata una media-elevata ansia libera con una lieve deflessione del tono dell'umore e una alterazione delle funzioni cognitive, messa in evidenza soltanto tramite la testistica approfondita effettuata dalla dr.ssa Vacheresse. Tuttavia egli presenta un pensiero lucido, vivace e le capacità di concentrazione e attenzione sembrano ancora adeguate.

#### **E. 1.2**

A livello fisico, lamentele soggettive e le valutazioni obiettive del dolore e della sintomatologia parestetica e censtopatica.

#### **E. 1.3**

Nell'ambito sociale non sono costatabili grosse attitudini di tipo regressivo del comportamento a livello sociale. 2. Conseguenze dei disturbi sull'attività attuale. 2.1. Sull'attività attuale come piastrellista i sintomi psicologici hanno una ripercussione in quanto detta attività viene vissuta da lui come uno sforzo fisico che minaccia la sua integrità psichica e fisica danneggiando ulteriormente il suo stato di salute. 2.2. L'attività attuale è ancora praticabile? L'attività attuale potrebbe essere praticabile teoricamente, anche se non è indicata in quanto comporterebbe un rischio d'attivazione dei meccanismi regressivi e d'accentuazione della sintomatologia già presente in modo moderato. 2.3. Se sì in quale misura, ore al giorno? Sì, nella misura di 4.30 ore al giorno. 2.4. È costatabile una diminuzione della capacità di lavoro? Sì. 2.5. Se sì in che misura? Nella sua attività come piastrellista è costatabile una diminuzione della capacità di lavoro nella misura del 50%. 2.6. Da quando esiste una limitazione della capacità di lavoro provata a livello medico teorico di almeno il 20%? Dal 07.07.2001. 2.7. Quale è stato da allora lo sviluppo della limitazione della capacità di lavoro? Si è mantenuta stazionaria nella sua attività attuale. 3. L'ambiente di lavoro dell'assicurato è in gradi di sopportare disturbi psichici? Sì." (Doc. AI 38) Ritenuto come non vi siano possibili provvedimenti d'integrazione ed escluso che vi siano misure per migliorare la capacità lavorativa, lo specialista ha ravvisato una

ridotta capacità lavorativa in altre attività: " 3. L'assicurato è in grado di svolgere altre attività? 3.1. Sì, se egli si trovasse in un posto di lavoro caratterizzato da una attività manuale leggera con dei pesi non superiori ai 15 kg, con dei gesti più o meno ripetitivi nei quali egli può cambiare la postura da seduto a stare in piedi e camminare. Questo luogo dovrebbe essere piuttosto tranquillo e con poche persone (non più di 5) nello stesso posto di lavoro. Si dovrebbero evitare spostamenti, cambiamenti veloci di turni di lavoro o di persone, in modo che sia confrontato con delle persone di riferimento piuttosto fisse. 3.2. L'attività potrebbe essere svolta nella misura di 6-7 ore al giorno con delle pause di 5 minuti per ogni ora lavorativa, per un totale di 6h 30 o 7h 35." (Doc. AI 38) 2.7. Il ricorrente è stato valutato, sempre su incarico dell'Ufficio AI, anche dal dr. \_\_\_\_\_, specialista in reumatologia. Nel rapporto 31 marzo 2003 egli ha accertato le seguenti diagnosi: "Sindrome fibromialgica generalizzata Esito da discectomia e spondilodisi C5/6 il 18 gennaio 2002 Alterazioni degenerative della colonna cervicale (condrosi dorsale C4/5, uncartrosi plurisegmentale) e lombare (restringimento del penultimo spazio intersomatico, spondilosi) Anomalia di transizione lombosacrale Disturbi statici del rachide (tendenzialmente piatto con ipercifosi della dorsale alta)." (Doc. AI 20) Quanto alle conseguenze sulla capacità di lavoro ed alla capacità d'integrazione, il perito ha evidenziato: " Considero come lavoro ergonomicamente idoneo alle patologie sopramenzionate, un'attività con carichi variabili (carico massimo: 15 kg), che permette di cambiare spesso la posizione del rachide senza movimenti ripetitivi di rotazione o flessione della colonna vertebrale, rispettivamente senza estensione prolungata del rachide. Attività che richiedono una posizione prevalentemente statica sono inadatte. In un lavoro adeguato allo stato di salute l'assicurato è abile al lavoro in misura completa, 3 mesi dopo l'intervento neurochirurgico alla colonna cervicale, quindi dal 1 maggio 2002. Nella sua ultima professione di piastrellista, lo considero inabile al lavoro nella misura di 2/3 a partire dal 7 luglio 2001, dato che il lavoro di piastrellista implica in gran parte posizioni inergonomiche e statiche." (Doc. AI 20) 2.8. Sulla base dei menzionati dati medici, nel rapporto 14 luglio 2004 il consulente in integrazione professionale ha così determinato il grado d'invalidità, rispettivamente la necessità o meno di una riformazione professionale: " In conclusione, in ossequio alle disposizioni citate e tendo conto delle indicazioni medico teoriche, calcolando un reddito secondo tabelle RSS con una riduzione del 15% permesso dalla giurisprudenza (nel presente caso per possibilità unicamente di svolgere attività "leggere"; variazioni della postura e per la necessità di regolari pause), si ottiene per l'anno 2002 un reddito da persona con danno alla salute pari a circa fr. 34'851.00 che, confrontato con il reddito senza danno alla salute di fr. 67'554.00 (salario 2002 secondo questionario DL. Non è possibile utilizzare il salario 2003 in quanto le RSS non sono ancora state aggiornate all'anno in questione), permette il riconoscimento di un grado d'invalidità del 48%. Provvedimenti professionali non entrano in considerazione a causa dell'età professionale avanzata e dall'atteggiamento passivo (si veda perizia psichiatrica). Restiamo naturalmente a disposizione qualora l'A. dovesse trovare un datore di lavoro disponibile ad assumerlo previa formazione ad hoc da 3 a 6 mesi al massimo e dove sarà possibile incrementare la CGR precedentemente stabilita. Attribuire quarto di rendita." (Doc. AI 42) Di conseguenza, l'Ufficio AI ha posto il ricorrente al beneficio di un quarto di rendita (con un grado d'incapacità al guadagno del 48%), trascorso il termine annuo di attesa (art. 29 cpv. 1 lett. b LAI), dal 1° luglio 2002. 2.9. Con il presente ricorso, l'assicurato contesta in primis la perizia del dr. \_\_\_\_\_, esibendo diversi certificati del suo psichiatra curante, dr. \_\_\_\_\_, qui riportati: - certificato 23 settembre 2004, prodotto con l'opposizione: " Ritengo valida la perizia del

Dr. \_\_\_\_\_ nella prima parte (dati clinici). Per quanto riguarda la seconda parte (conseguenza sulla capacità di lavoro) non posso condividere con il Dr. \_\_\_\_\_ il punto 2.3 in quanto apertamente in contrasto con quanto egli riferisce - a mio avviso in modo preciso e rigoroso - al punto 2.2. Per quanto riguarda la terza e ulteriore parte, infine, (conseguenze sulle capacità d'integrazione) il mio punto di vista diverge sensibilmente da quanto riportato del collega essenzialmente poiché il dato clinico attuale appare sfavorevole a che egli possa sperare essere in grado di svolgere altre attività e che queste possano inoltre essere effettuate nella e con le modalità riportate (vedi 3.1 e 3.2). Si tratta di un quadro clinico complesso caratterizzato da elementi diagnostici molto sfavorevoli dal punto di vista valutatorio e che si potenziano vicendevolmente in modo negativo proprio a causa della loro coesistenza temporale e spaziale:

## **E. 2**

la sindrome somatoforme indifferenziata

### **E. 2.10**

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 (Meyer-Blaser, Die Rechtspflege in der Sozialversicherung, BJM 1989 pag. 31; DTF 125 V 352 consid. 3a e riferimenti; Pratique VSI 2001 pag. 108 consid. 3a, 1997 pag. 123; STFA del 18 marzo 2002 nella causa M [I 162/01], consid. 2b). 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, 122 V 161, 104 V 212; STFA del 14 aprile 1998 nella causa O.B.; STFA del 28 novembre 1996 nella causa G.F.; STFA del 24 dicembre 1993 nella causa S.H.; SVR 1998 IV Nr. 1 pag. 2; SZS 1988 pag. 329 e 332; ZAK 1986 pag. 189). 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). Nella DTF 125 V 351 seg. (= SVR 2000 UV 10, pag. 33ss.), la nostra Corte federale ha ribadito che ai rapporti allestiti da medici alle dipendenze di un'assicurazione deve essere riconosciuto pieno valore probante, a condizione che essi si rivelino essere concludenti, compiutamente motivati, di per sé scevri di contraddizioni e, infine, non devono sussistere degli indizi che facciano dubitare della loro attendibilità (DTF 125 V 352 consid. 3a). Il solo fatto che il medico consultato si trovi in un rapporto di dipendenza con l'assicuratore, non permette già di metterne in dubbio l'oggettività e l'imparzialità. Devono piuttosto esistere delle particolari circostanze che permettano di ritenere come oggettivamente fondati i sospetti circa la parzialità dell'apprezzamento (DTF 125 V 354 consid. 3b/bb). Lo stesso vale per le perizie fatte esperire da medici esterni (DTF 104 V 31; ZAK 1986 pag. 188; RAMI 1993 pag. 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 (cfr. DTF 125 V 353 consid. 3b/cc; Meyer-Blaser, Rechtsprechung des

Bundesgerichts, op. cit., pag. 111). Infine, va rilevato che, affinché un esame medico in ambito psichiatrico sia ritenuto affidabile deve adempiere diverse condizioni (cfr. D. 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 lavorativa da parte dell'assicurato. Tale prognosi deve tener conto di diversi criteri, quali il carattere premorbo, 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 psicosociale 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 inedita 27 settembre 2001 nella causa A., inc. 32.1999.124).

2.11. Nella fattispecie in esame, da un attento esame della documentazione agli atti, questo TCA non può che aderire alle conclusioni del perito psichiatra. Egli ha infatti dettagliatamente ed esaurientemente descritto lo status psichico dell'assicurato, valutato il danno alla salute lamentato sulla base di accertamenti completi ed approfonditi, giungendo a conclusioni logiche e motivate in merito alla residua capacità lavorativa. I succitati certificati dello psichiatra curante, dr. \_\_\_\_\_, non apportano nuovi elementi: le diagnosi espone corrispondono a quanto accertato dal perito e la cronicizzazione dello quadro psichiatrico è stata del resto ammessa anche dal dr. \_\_\_\_\_ (cfr. capitolo 5 della perizia). Infine, rettamente nella nota 22 marzo 2005 il dr. \_\_\_\_\_, responsabile del SMR, ha evidenziato come il succitato specialista abbia attestato un'incapacità al lavoro del 100% dal 7 gennaio 2001 (doc. B), allorché la cura era iniziata il 7 ottobre 2001 (doc. AI 24), nonostante che nel breve rapporto d'uscita 10 giugno 2003 dalla Clinica \_\_\_\_\_ fosse stato rimarcato un decorso favorevole della malattia psichica (" Il paziente ha recuperato un tono dell'umore volto al positivo. Permangono disturbi alla colonna ed alle spalle" ; sub. doc. AI 27). Per quanto concerne l'aspetto neuropsicologico, il ricorrente ha rilevato come nel rapporto 24 luglio 2003 la neuropsicologa \_\_\_\_\_ abbia evidenziato un peggioramento rispetto alla sua ultima valutazione del 2001, in particolare per quel che concerne la memoria, classificando il deficit di media gravità (doc. AI 34). Se da una parte tale valutazione non è stata discussa in dettaglio nella citata perizia psichiatria

### **E. 3**

il complesso disturbo di personalità." (Doc. AI 49) - scritto 13 aprile 2005: " Come noto il signor RI 1 è stato coinvolto in un incidente della circolazione in Italia nel 1993. Non si fece curare fino al 1996 quando gli venne riscontrata una piccola ernia discale poi ingrandita.

Operato nel 2002 dal Dott. \_\_\_\_\_, malgrado il successo dell'intervento, il paziente lamenta continui dolori alla testa, mancanza di sonno quasi tutti i giorni. A seguito del perdurare di questi disturbi unitamente alla perdita del posto di lavoro il paziente ha sviluppato una serie di disturbi, come citato anche nei miei precedenti scritti, dando forma a una profonda depressione e ad una sindrome da disadattamento. Il signor RI 1 si trova ora in uno stato di salute precario; instabilità emotiva, irritabilità, intolleranza alle frustrazioni, ideazioni autolesive legate anche alla perdita dell'indennità sociale e familiare, poco protetto, molto esposto ad un possibile ulteriore aggravamento della sua depressione. Con queste condizioni non è neppure pensabile una riattivazione o un reinserimento professionale. L'inabilità è per ora totale, la prognosi si orienta verso la cronicizzazione della sintomatologia." (Doc. C) - scritto 16 giugno 2005: " Come ho potuto riferire telefonicamente oggi stesso alla Sua segretaria con la presente Le confermo quanto anticipato alla stessa. In buona sostanza quindi: 1. Esiste una componente neuropsicologica che aggrava il quadro clinico del paziente, (rapp. Dr.ssa \_\_\_\_\_ del 24.07.03) e che peraltro è stato confermato in più occasioni da me e dei miei collaboratori. 2. Il quadro clinico è ora compromesso in modo totale. 3. L'incapacità lavorativa è data dalla compromissione completa delle facoltà volitive, affettive e cognitive del paziente. La condizione, oramai strutturata del paziente, è quella di una cronicità franca." (Doc. D) Il ricorrente ha pertanto fatto presente come l'Ufficio AI non abbia considerato l'aspetto neuropsicologico nel valutare il grado d'invalidità. In particolare egli si è riferito al referto 24 luglio 2003 della neuropsicologa \_\_\_\_\_, la quale ha concluso come segue: " La valutazione neuropsicologica effettuata nel mese di luglio 2003 con questo paziente 54enne, che lamenta dolori e disturbi di memoria e concentrazione secondo il suo giudizio insorti dopo l'infortunio del 1996 e ingravescenti, seguito sul piano psichico per una sindrome da disadattamento con reazione mista ansioso-depressiva, mette in evidenza: - concentrazione deficitaria - difficoltà visive nelle prove di attenzione e, in parte, alle gnosie visive - difficoltà alle gnosie digitali - un deficit della memoria lungo termine, moderato in modalità verbale e da moderato a severo in modalità visiva - problemi di tipo "esecutivo" ("frontali") con in particolare difficoltà di programmazione, inibizione, fluidità e astrazione Rispetto alla valutazione del settembre 2001, i risultati appaiono effettivamente peggiorati, in particolare per quanto concerne la memoria, e sono di gravità media. I disturbi neuropsicologici osservati sono compatibili con le conseguenze di un trauma cervicale o di un trauma cranico. Essi sono, in questa situazione, come succede frequentemente, complicati dallo stato psichico del paziente, probabilmente reattivo, e dai dolori; un bilancio globale dovrebbe tener quindi conto anche delle valutazioni mediche, psichiatriche e neurologiche. Una visita oculistica potrebbe eventualmente chiarire la natura dei disturbi visivi osservati ai test. Per quanto concerne la richiesta di un'eventuale presa a carico dei disturbi neuropsicologici, ho l'impressione che questi siano ormai stabilizzati e che degli esercizi "a tavolino" non sarebbero di grande giovamento al paziente, ragione per la quale ho rinunciato a proporre una terapia." (Doc. AI 34) In conclusione, l'assicurato ha chiesto che venga esperita una perizia multidisciplinare che tenga conto della componente reumatologica, neuropsicologica e psichica.

## **E. 5**

maggio 2004, dall'altra è stata presa in considerazione dal dr. \_\_\_\_\_ nell'ambito del giudizio sull'esigibilità lavorativa dell'assicurato (cfr. punto B della perizia, cfr. consid. 2.6). Per quel che riguarda la problematica reumatologica, il ricorrente ha genericamente contestato le conclusioni del dr. \_\_\_\_\_ senza tuttavia apportare validi motivi che

permettono di discostarsi dalla valutazione peritale; né vi sono del resto nell'inserto atti medici che contraddicono la dettagliata, nonché esauriente perizia eseguita dal citato reumatologo, alla quale va conferito valore probatorio pieno, congiuntamente a quella psichiatrica svolta dal dr. \_\_\_\_\_ (consid. 10). Lacunosa risulta tuttavia la valutazione neurologica. Dagli atti emerge che il ricorrente è stato visto privatamente dal dr. \_\_\_\_\_, Capo del Servizio cantonale di neurologia all'Ospedale di \_\_\_\_\_. Nel referto 18 novembre 2002 egli aveva ritenuto che l'assicurato "vada rassicurato e, comunque stimolato a riprendere la sua attività al 50%" (doc. AI 14), mentre nel successivo rapporto 29 agosto 2005, prodotto pendente causa, riscontrato un peggioramento rispetto alla sua valutazione del 2002, il dr. \_\_\_\_\_ ha giudicato l'assicurato totalmente inabile in qualsiasi attività (doc. E). Se da un lato, come sostenuto dal medico responsabile SMR nella nota 12 settembre 2005, il confronto dei dati oggettivi clinici contenuti nei succitati due rapporti permettono di valutare una stazionarietà del quadro clinico piuttosto che un peggioramento (doc. XXIV), dall'altro, l'aspetto qui in discussione non è stato debitamente approfondito dall'amministrazione, non potendosi escludere a priori una rilevante limitazione neurologica della residua capacità lavorativa dell'interessato in attività confacenti, temporalmente parlando, fino al momento dell'emissione della decisione su opposizione contestata (cfr. consid. 2.13). Ne consegue che gli atti vanno retrocessi all'Ufficio AI, affinché proceda al succitato accertamento neurologico.

2.12. Secondo la giurisprudenza del TFA, per determinare il grado di inabilità lavorativa di un assicurato che soffre di diverse patologie non si devono semplicemente sommare le singole valutazioni, bensì si deve far capo ad un giudizio globale che scaturisce dopo ponderata discussione plenaria fra tutti gli esperti interessati; l'Alta Corte ha inoltre osservato che la questione a sapere se i singoli gradi di inabilità si possano sommare e se del caso in quale misura è una problematica squisitamente medica, che di principio il giudice non rimette in discussione (cfr. STFA del 4 settembre 2001 nella causa D, I 338/01 pubblicata in RDAT 2002 I no. 72 pag. 485). Recentemente, in una sentenza inedita del 19 agosto 2005 nella causa D. ( I 606/03) lo stesso TFA ha inoltre precisato che il giudizio sul grado complessivo dell'incapacità lavorativa va di regola eseguito nell'ambito di una perizia. In particolare, l'Alta Corte ha rilevato: " La fattispecie in esame, infine, differisce da quella di cui alla sentenza pubblicata in RDAT 2002 I no. 72 pag. 485. A prescindere dal fatto che, in quell'occasione, le inabilità lavorative erano comunque state parzialmente sommate, va rilevato che il giudizio si fondava, in quella vertenza, su una perizia pluridisciplinare in cui la situazione valetudinaria era stata attentamente esaminata dai periti nel suo complesso, e non su due perizie indipendenti tra loro come nel caso ora in esame." (STFA citata, consid. 5.5) Per questo motivo, il TFA ha disposto il rinvio all'istanza giudiziaria inferiore degli atti " affinché con l'ausilio di un perito, sulla base dei rapporti medici all'inserto chiarisca la questione circa la cumulabilità o meno dei gradi di inabilità lavorativa in ambito psichiatrico e in ambito reumatologico, e si pronunci nuovamente sul grado d'inabilità" (STCA citata, consid. 6). Sarà pertanto compito dell'amministrazione, una volta espletato l'accertamento neurologico, determinarsi, conformemente alla succitata giurisprudenza federale, sull'abilità lavorativa globale, per poi pronunciarsi nuovamente sul grado di capacità al guadagno dell'assicurato.

2.13. Da ultimo, il ricorrente ha trasmesso il referto dell'esame di risonanza magnetica eseguito il 21 settembre 2005 in cui il dr. \_\_\_\_\_ ha riscontrato l'insorgenza di una piccola ernia intraforaminale a carico della radice C5 destra (doc. F). Al riguardo, rettamente con le osservazioni 13 ottobre 2005 l'Ufficio AI ha fatto presente che " ulteriori peggioramenti dello stato valetudinario dell'assicurato, emersi a

seguito della definizione della decisione su opposizione, potranno essere esaminati dall'amministrazione in fase di revisione" (XXVIII). Infatti, a prescindere dal fatto che il citato rapporto non contiene alcun giudizio né sulle limitazioni funzionali, né sul grado di capacità lavorativa residua, per costante giurisprudenza il giudice delle assicurazioni sociali, ai fini dell'esame della vertenza, si basa di regola sui fatti che si sono realizzati fino al momento della resa della decisione contestata, in casu 21 giugno 2005 ( DTF 129 V 4 consid. 1.2). Spetterà pertanto all'assicurato inoltrare un'eventuale domanda di revisione, accompagnata dalla pertinente documentazione medica certificante un rilevante peggioramento dello stato valetudinario.

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