

TI_GERICHTE 32.2005.29 vom 14. Juni 2005

TI Tribunale d'appello, 2005-06-14, IT

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_32.2005.29

FR: TI_GERICHTE 32.2005.29 du 14 juin 2005

IT: TI_GERICHTE 32.2005.29 del 14 giugno 2005

Regeste

incapacità lavorativa per motivi fisici. Nuova domanda di prestazioni, riforma professionale. Assistenza giudiziaria. Apprezzamento anticipato delle prove

Erwägungen

E. 1

LPGA - con invalidità s'intende l'incapacità al guadagno presunta permanente o di rilevante durata, cagionata da un danno alla salute fisica o psichica, conseguente a infermità congenita, malattia o infortunio. Gli elementi fondamentali dell'invalidità, secondo la surriferita definizione, sono quindi: - un danno alla salute fisica o psichica conseguente a infermità congenita, malattia o infortunio, e - la conseguente incapacità di guadagno. Occorre quindi che il danno alla salute abbia cagionato una diminuzione della capacità di guadagno, perché il caso possa essere sottoposto all'assicurazione per l'invalidità (Scartazzini, *Les rapports de causalité dans le droit suisse de la sécurité sociale*, pag. 216ss). Secondo l'art. 28 cpv. 1 LAI, in vigore sino al 31 dicembre 2003, gli assicurati hanno diritto a una rendita intera se sono invalidi almeno al 66 2/3 %, a una mezza rendita se sono invalidi almeno al 50% o a un quarto di rendita se sono invalidi almeno al 40%. Nel suo nuovo tenore in vigore dal 1° gennaio 2004, l'art. 28 cpv. 1 LAI prescrive che gli assicurati hanno diritto ad una rendita intera se sono invalidi almeno al 70%, a tre quarti di rendita se sono invalidi almeno al 60%, ad una mezza rendita se sono invalidi almeno al 50% o a un quarto di rendita se sono invalidi almeno al 40%. Ai sensi dell'art. 16 LPGA (rispettivamente dell'art. 28 cpv. 2 vLAI) il grado d'invalidità è determinato stabilendo il rapporto fra il reddito del lavoro che l'assicurato conseguirebbe, dopo l'insorgenza dell'invalidità e dopo l'esecuzione di eventuali provvedimenti d'integrazione, nell'esercizio di un'attività lucrativa ragionevolmente esigibile da lui in condizioni normali di mercato del lavoro (reddito da invalido) e il reddito del lavoro che egli avrebbe potuto conseguire se non fosse diventato invalido (reddito da valido). Il grado d'invalidità dell'assicurato deve quindi essere determinato dal raffronto del reddito 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, 1990 pag. 543 consid. 2; Valterio, *Droit et pratique de l'assurance invalidité, Les prestations*, Lausanne 1985, 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. 16 LPGA e 28 cpv. 2 vLAI: metodo generale del raffronto dei redditi; DTF 128 V 30 consid. 1, 104 V 136 consid. 2a e 2b; *Pratique VSI 2000* pag. 84 consid. 1b). Nel confronto dei redditi la giurisprudenza - di regola - non si tiene conto di fattori estranei all'invalidità, come ad

esempio la formazione professionale, le attitudini fisiche e psichiche e l'età dello assicurato (RCC 1989 pag. 325 consid. 2b; DTF 107 V 21 consid. 2c; Scartazzini, op. cit, pag. 232). La misura dell'attività ragionevolmente esigibile dipende d'altra parte dalla situazione personale dell'assicurato e dalla possibilità di applicazione di misure reintegrative. La situazione personale dell'assicurato è essenziale per la valutazione della residua capacità al guadagno. 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). Al proposito va precisato che, secondo una sentenza del TFA pubblicata in DTF 128 V 174 seg. e resa in ambito LAINF, per il raffronto dei redditi ipotetici fa stato il momento dell'inizio dell'eventuale diritto alla rendita (e non quello della decisione su opposizione). L'Alta Corte ha anche precisato che l'amministrazione è comunque tenuta, prima di pronunciarsi sul diritto ad una prestazione, a esaminare se nel periodo successivo all'inizio di tale diritto non sia eventualmente subentrata una modifica di rilievo dei dati ipotetici di riferimento. In questa eventualità essa dovrà pertanto procedere ad un ulteriore raffronto dei redditi prima di decidere. Tale principio è stato poi esteso anche all'assicurazione per l'invalidità (DTF 129 V 222; cfr. anche STFA inedite 26 giugno 2003 nella causa R. consid. 3.1, I 600/01; 3 febbraio 2003 nella causa R., I 670/01 pubblicata in SVR 2002 IV Nr. 24; 18 ottobre 2002 nella causa L. consid. 3.1, I 761/01 pubblicata in SVR 2003 IV Nr. 11 e 9 agosto 2002 nella causa S. consid. 3.1, I 26/02; cfr. anche STFA inedita 13 giugno 2003 nella causa G. consid. 4.2, I 475/01).

2.4. Qualora una prima richiesta di rendita sia stata negata perché il grado di invalidità era insufficiente o perché l'invalido poteva provvedere a se stesso, una nuova domanda è riesaminata soltanto se l'assicurato rende verosimile che il grado di invalidità si è modificato in misura rilevante per il diritto alle prestazioni (art. 87 cpv. 2 e 3 OAI). Se non è il caso, l'amministrazione non entra nel merito della richiesta (DTF 109 V 114 consid. 2a). Se l'amministrazione entra nel merito della nuova domanda deve esaminare la fattispecie da un punto di vista materiale e in particolare verificare se la modifica del grado di invalidità resa verosimile dall'assicurato si è effettivamente realizzata (DTF 199 V 115). In tal caso applicherà, per analogia, le disposizioni sulla revisione di rendite in corso (cfr. art. 17 cpv. 1 LPGA, 41 vLAI, art. 87ss. OAI; VSI 1999 pag. 8; R. Rüedi, Die Verfügungsanpassung als Grundfigur von Invalidenrenten-revisionen, in Schaffauer/Schlauri, Die Revision von Dauerleistungen, Veröffentlichungen des Schweizerischen Instituts für Verwaltungskurse an der Uni St. Gallen, 1999, pag. 15; DTF 117 V 198). La costante giurisprudenza ha stabilito che le rendite AI sono soggette a revisione non solo in caso di modifica rilevante dello stato di salute che ha un influsso sull'attività lucrativa, ma anche quando lo stato di salute è rimasto invariato, se le sue conseguenze sulla capacità di guadagno hanno subito un cambiamento importante (STFA non pubbl. del 28 giugno 1994 in re P. P. pag. 4; RCC 1989 pag. 323, consid. 2a; DTF 113 V 275, consid. 1a, 109 V 116 consid. 3 b, 105 V 30). Affinché sia possibile la revisione di una rendita AI è dunque necessario che le condizioni cliniche e/o economiche dell'assicurato abbiano subito una modifica, tale da influire sulla perdita di guadagno. D'altra parte la modifica deve essere notevole, non tanto da un punto di vista astratto, ma piuttosto in relazione con l'art. 28 cpv. 1 LAI. In ogni caso la revisione della rendita è possibile unicamente se, posteriormente alla pronuncia della decisione iniziale, la situazione invalidante è effettivamente mutata. Non basta invece che una situazione, rimasta sostanzialmente invariata, sia giudicata in modo diverso (RCC 1987 pag. 38 consid. 1a,

1985 pag. 336; STFA del 29 aprile 1991 nella causa G.C., consid. 4). Per stabilire in concreto se vi è motivo di revisione, da un punto di vista temporale vanno in particolare paragonati i fatti esistenti al momento della decisione formale iniziale con quelli esistenti nell'istante della pronuncia della nuova decisione. Da questo punto di vista un provvedimento che si limita a confermare una prima decisione di rendita non è rilevante (DTF 125 V 369 consid.

E. 2

con riferimenti, 109 V 262, 105 V 30; Valterio, op. cit., pag. 268; Meyer-Blaser, *Rechtsprechung des Bundesgerichts zum IVG*, Zurigo 1997, pag. 258). 2.5. Secondo l'art. 17 LAI, l'assicurato ha diritto alla formazione in una nuova attività lucrativa, se la sua invalidità esige la riformazione professionale e se con questa la capacità al guadagno possa essere presumibilmente conservata o migliorata in misura essenziale. Invalido ai sensi di questa disposizione è un assicurato che, a causa del tipo e della gravità del danno alla salute subito, patirebbe, senza una riformazione professionale, una perdita di guadagno pari almeno al 20% (DTF 124 V 111 consid. 2b; AHV Praxis 1997 p. 80 consid. 1b; SVR 1998 IV Nr. 24). Secondo l'art.

E. 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 (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). In un'altra sentenza inedita il TFA ha inoltre considerato rilevante una perizia giudiziaria fatta esperire dal TCA al SAM. Secondo il l'Alta Corte questo servizio non può essere considerato parte in causa, nel senso che sussiste un vincolo per cui l'istituto sarebbe obbligato a tenere in particolare considerazione gli interessi specifici dell'assicurazione invalidità (STFA non pubbl. del 22 maggio 1995 in re A. C; cfr. anche DTF 123 V 178 consid. 4b; Pratique VSI 2001 pag. 110 consid. 3c). 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) . Tale principio è stato del resto ribadito dal TFA proprio in occasione di una valutazione del SMR ["Un tel rapport, qui émane d'un service medical régional au sens de l'art. 69 al 4 RAI, a en effet une valeur probante s'il remplit les exigences requis par la jurisprudence, ce qui n'est guère contestable en l'espèce (ATF 125 V 352 consid. 3a)" cfr. STFA non pubblicata del 28 ottobre 2002 in re P (I 523/02), consid. 3]. 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).

2.8. Per quanto attiene al problema fisico (reumatologico), questo TCA non intravede ragioni che gli impediscano di far proprie le conclusioni cui sono pervenuti i medici del SMR. In esito ad un approfondito esame dello stato di salute dell'assicurato, nel referto medico 4 marzo 2004 il dr. _____, medico del SMR, sulla base di una consultazione avvenuta il 2 marzo 2004, dell'esame degli atti medici a sua disposizione (in particolare della perizia del dr. _____ del 22 maggio 2000, cfr. doc. AI 22), dopo illustrazione dei dati anamnestici, dei dati soggettivi e delle constatazioni obiettive, alla luce di una valutazione anche dal profilo prognostico , ha diagnosticato una "s indrome lombovertebrale cronica sinistra con alterazioni degenerative statiche e discopatia condrotica L5-S1, discreti sintomi e segni di irritazione del rachide S1 (L5) sinistra, s tato dopo appendicectomia" (doc. AI 66), concludendo per una totale incapacità lavorativa in attività pesanti; per attività leggere dove l'assicurato non debba alzare pesi superiori a 15/20 kg, dove non debba effettuare movimenti di rotazione ripetitivi della colonna vertebrale, la capacità lavorativa è stata giudicata totale. Il sanitario ha precisato che nella precedente attività di direttore di marketing d'albergo l'impedimento medico teorico non supera il 30%. Tale riduzione di rendimento a detta del medico " è giustificata dalla limitazione nel mantenere una posizione monotona, prolungata, prevalentemente seduta" . Egli ha precisato inoltre che "i n tale situazione ritengo che l'assicurato presenta una capacità lavorativa completa nella sua precedente professione con il rispetto delle limitazioni sopra descritte. Provvedimenti reintegrativi non sono indicati " (doc. AI 66). Tale valutazione è stata confermata anche dal dr. _____ e dal dr. _____ (doc. AI 86 e IIIbis). Dal canto suo il dr. _____ in data 22 febbraio 2005 ha rilevato la presenza di due "cisti radicolari" precisando che queste ultime "sono collegate col canale spinale e si gonfiano in posizione eretta e seduta , chinandosi o facendo attività che aumentino il flusso circolatorio e di riflesso anche la pressione intratecale. Gonfiandosi aumentano la sintomatologia, per questa ragione il nostro paziente mal sopporta la posizione eretta e seduta " (doc. B). Dallo stesso certificato non si evincono tuttavia sufficienti elementi per ammettere con alta verosimiglianza l'insorgere di un peggioramento delle condizioni di salute per lo meno sino all'emanazione del querelato provvedimento (del 1° febbraio 2005). Ad ogni buon conto quest'ultimo certificato medico è stato sottoposto al dr. _____, il quale, oltre a confermare che lo stato di salute dell'assicurato è rimasto stazionario anche in rapporto al primo esame peritale del dr. _____ (doc. AI 22), ha precisato che le due cisti rilevate con risonanza magnetica del 20 settembre 2004 "sono di piccole dimensioni (meno di un centimetro) e, come descritto nel referto, non portano

compressioni radicolari". A tale parere medico deve essere prestata piena adesione, ritenuto inoltre come a parte le cisti, che come visto non provocano compressioni radicolari, la situazione è rimasta sostanzialmente invariata dal maggio del 2000. Ora, la descrizione clinica operata dal dr. _____, peraltro come visto sovrapponibile a quella del dr. _____ e del dr. _____ (doc. AI 22 e 66), benché rilasciata da un sanitario che ha in cura l'assicurato da diversi anni, non può essere presa in considerazione ai fini del presente giudizio in quanto non sufficientemente circostanziata e dettagliata e non conforme quindi ai succitati criteri stabiliti dalla giurisprudenza (cfr. consid. 2.7). In ogni caso dal referto medico 22 febbraio 2005 del dr. _____ (posteriore di qualche settimana alla decisione su opposizione, doc. AI 87 e B) non si evincono sufficienti elementi per ammettere con alta verosimiglianza l'insorgere di un peggioramento delle condizioni di salute rispetto a quanto accertato precedentemente in sede peritale e confermato dai medici SMR (doc. AI 60, 66, IIIbis). Sino all'emanazione della decisione su opposizione del 1° febbraio 2005, la conclusione cui è giunto l'UAI non può essere pertanto validamente messa in discussione. Questo Tribunale ritiene che la refertazione medica agli atti contiene elementi chiari e sufficienti per valutare l'incapacità al guadagno dell'assicurato, senza che si renda quindi necessario l'esperimento di ulteriori accertamenti. Al proposito si osserva che se l'istruttoria da effettuare d'ufficio conduce l'amministrazione o il giudice, in base ad un apprezzamento coscienzioso delle prove, alla convinzione che la probabilità di determinati fatti deve essere considerata predominante e che altri provvedimenti probatori più non potrebbero modificare il risultato, si rinuncerà ad assumere altre prove (valutazione anticipata delle prove; cfr. Kölz/Häner, *Verwaltungsverfahren und Verwaltungsrechtspflege des Bundes*, Zurigo 1998, p. 47 n. 63; Gygi, *Bundesverwaltungsrechtspflege*, 2° ed., p. 274; si veda pure DTF 122 II consid. 469 consid. 41, 122 III 223 consid. 3, 119 V 344 consid. 3c con riferimenti). Un tale modo di procedere non lede il diritto di essere sentito conformemente all'art. 29 cpv.2 Cost. (DTF 124 V 94 consid. 4b, 122 V 162 consid. 1d, 119 V 344 consid. 3c con riferimenti). In concreto, alla luce degli atti di causa, questo Tribunale ritiene la fattispecie sufficientemente chiarita, motivo per cui non sono necessari ulteriori accertamenti. In conclusione, sulla base delle affidabili e concludenti risultanze mediche, richiamato inoltre l'obbligo che incombe all'assicurato di intraprendere tutto quanto sia ragionevolmente esigibile per ovviare alle conseguenze del discapito economico cagionato dal danno alla salute (DTF 123 V 233 consid. 3c, 117 V 278 consid. 2b, 400 e i riferimenti ivi citati; Riemer■Kafka, *Die Pflicht zur Selbstverantwortung*, Friburgo 1999, pagg. 57, 551 e 572; Landolt, *Das Zumutbarkeitsprinzip im schweizerischen Sozialversicherungsrecht*, tesi Zurigo 1995, pag. 61) - se necessario intraprendendo una nuova professione (DTF 113 V 28 consid. 4a e sentenze ivi citate; cfr. anche Meyer Blaser, *Rechtsprechung des Bundesgericht zum IVG*, Zurigo 1997, pag. 221) -, è da ritenere dimostrato, con il grado della verosimiglianza preponderante valido nell'ambito delle assicurazioni sociali (DTF 125 V 195 consid. 2 e i riferimenti ivi citati, 115 V 142 consid. 8b, 113 V 323 consid. 2a, 112 V 32 consid. 1c, 111 V 188 consid. 2b), che l'assicurato è abile al lavoro in misura del 100% nella sua precedente professione di direttore di albergo. Di conseguenza non può essere riconosciuto né un diritto alla rendita né prestazioni di "avviamento ad altra professione" o di "riadattamento nella stessa professione", così come indicato dall'assicurato nella sua domanda dell'agosto 2003 (doc. AI 42), in quanto, come visto, l'assicurato può svolgere senza impedimenti la sua precedente professione di direttore d'albergo. 2.9. Con il proprio gravame, il ricorrente ha chiesto di essere posto al beneficio dell'assistenza giudiziaria e del gratuito patrocinio. Ai sensi dell'art. 61 lett. f LPGa nella

procedura giudiziaria cantonale deve essere garantito il diritto di farsi patrocinare. Se le circostanze lo giustificano, il ricorrente può avere diritto al gratuito patrocinio. Tale norma di legge rispecchia sostanzialmente il tenore del vecchio art. 85 cpv. 2 lett. f LAVS, rimasto in vigore sino al 31 dicembre 2002, il quale prevedeva che l'autorità di ricorso doveva garantire il diritto di farsi patrocinare, se del caso, l'assistenza giudiziaria. L'art. 61 lett. 1 LPGa mantiene il principio che i presupposti del diritto alla concessione dell'assistenza giudiziaria si esaminano sulla base del diritto federale, mentre la determinazione della relativa indennità spetta al diritto cantonale (DTF 110 V 362 consid. 1b; Kieser, ATSG-Kommentar, Basilea 2003, Art. 61 N. 86). I presupposti (cumulativi) per la concessione dell'assistenza giudiziaria - rimasti invariati rispetto al vecchio diritto (Kieser, op. cit., Art. 61 N. 88s) - sono in principio dati se l'istante si trova nel bisogno (cfr. anche art. 3 Lag), se l'intervento dell'avvocato è necessario o perlomeno indicato (cfr. anche art. 14 cpv. 2 Lag) e se il processo non è palesemente privo di esito positivo (cfr. anche art. 14 cpv. 1 Lag; DTF 125 V 202 consid. 4a e 372 consid. 5a con riferimenti). Nel caso di specie, a prescindere dal questione a sapere se il ricorrente si trovi effettivamente nel bisogno, la domanda d'assistenza giudiziaria deve essere respinta, il ricorso 4 marzo 2005 risultando infatti già sin dall'inizio siccome privo di esito favorevole ai sensi della citata giurisprudenza.

E. 6

cpv. 1 OAI " per riforma professionale vanno intesi i provvedimenti di formazione necessari a mantenere o migliorare sensibilmente la capacità di guadagno al termine della prima formazione professionale o dopo l'inizio di un'attività lucrativa senza previa formazione professionale a causa dell'invalidità. " Con riforma professionale la giurisprudenza intende, in particolare, l'insieme delle misure reintegrative necessarie e adeguate a procurare al richiedente un'opportunità di guadagno approssimativamente equivalente a quella offerta dalla vecchia attività e meglio i provvedimenti atti a ripristinare, nel limite del possibile, la capacità di guadagno (DTF 124 V 110 consid. 2a; SVR 1996 IV p. 230 consid. 1 b.; STFA non pubbl. del 12 aprile 1994 in re S.; Valterio, op. cit., pag. 136; DTF 99 V 34; Meyer-Blaser, Rechtsprechung des Bundesgerichts zum IVG, Zurigo 1997, pagg. 127/128). Di regola è dato il diritto ad un provvedimento adeguato e necessario allo scopo integrativo, se esso corrisponde alle capacità dell'assicurato, non tuttavia ad una formazione professionale nettamente superiore o che supera le esigenze medie (per esempio da muratore a pilota, DTF 122 V 79 consid. 3b.bb; Meyer-Blaser, op. cit., pag. 128; DTF 99 V 35). La legge intende infatti assicurare una riforma necessaria e sufficiente (DTF 124 V 110 consid. 2a). La misura dev'essere quindi adeguata e deve esistere una proporzione ragionevole tra i costi che provoca e il risultato che ci si può attendere (Meyer-Blaser, op. cit., pagg. 130/131). 2.6. Nella fattispecie, il dr. _____, reumatologo e fisiatra, nella sua perizia del 22 maggio 2000 ha rilevato: " 4.- DIAGNOSI - Lieve sindrome lombospondilogenica cronica a sinistra con/da turbe statiche del rachide modeste (rachide piatto in stato da morbo di Scheuermann toracolombare) ed iniziali alterazioni degenerative (condrosi L5/S1) 5.- GRADO DI CAPACITA' DI LAVORO IN PERCENTUALE NELL'ESERCIZIO DELL'ATTIVITA' LUCRATIVA O DELL'ATTIVITA' ABITUALE SVOLTA PRIMA DELL'INSORGENZA DEL DANNO ALLA SALUTE Il paziente soffre quindi dall'inizio del 1998 di dolori lombosciatalgici a sinistra con accento nella zona lombo gluteale e sotto il tallone, disturbi risentiti in particolare con l'assunzione di posizioni corporee monotone per oltre 1-2 ore circa, da richiedere regolarmente un cambiamento di esse. Il quadro si è rivelato apparentemente

resistente alle cure conservative proposte, anche se era tornato asintomatico al termine di una cura stazionaria di riabilitazione della durata di 3 settimane presso la Clinica _____ di _____ (ottobre 1998), tale che venne allora ritenuto abile al lavoro al 100%. Dopo soli

E. 9

giorni invece era tornato inabile al lavoro in maniera completa per altri 3 mesi. Da ultimo il paziente venne sottoposto ad una valutazione neurologica specialistica presso il Dr. _____, _____ il quale considerò il quadro compatibile con una lombosciatalgia a sinistra "con discreti sintomi e segni di irritazione della radice S1 (L5)", suggerendo eventualmente ulteriori indagini per valutare l'opportunità di un consulto neurochirurgico. Le indagini paracliniche non hanno rivelato una patologia strutturale rilevante del rachide; la documentazione radiologica convenzionale è difatti da ritenere normale ad eccezione di modeste alterazioni statiche e degenerative. La MRI effettuata in febbraio 1998 mette in evidenza una deidratazione del disco intervertebrale L5/S1 nell'ambito di una condrosi, senza immagini di ernie discali. Il quadro clinico attuale non si differenzia in maniera sensibile dalle constatazioni precedenti (stato reumatologico della Clinica _____ di _____ di ottobre 1998, constatazioni neurologiche del Dr. _____ di novembre 1999), ad eccezione che non posso confermare un'evidente atrofia muscolare della gamba sinistra. Si notano discrete alterazioni statiche del rachide con un appiattimento delle curvature fisiologiche. L'esame funzionale globale della colonna vertebrale non mostra un limite tangibile della mobilità. Vi è una certa irritabilità manuale della cerniera lombosacrale alla quale si associano dolori alla palpazione della muscolatura della gamba sinistra (tratto ileo-tibiale), quadro comunque assai incostante con manifestazioni variabili di disagio del paziente a secondo della distrazione. Lo stesso vale per il dolore al tallone sinistro dove la palpazione inaspettata dal paziente provoca una reazione dolorosa ritardata. Mancano decisamente elementi in favore di una compressione radicolare in atto. Il quadro non depone nemmeno per una instabilità segmentale (passaggio lombosacrale). Nell'ottica delle mie constatazioni non posso confermare la presenza di una patologia strutturale e/o funzionale del rachide che impedisca in maniera sensibile la capacità di lavoro in particolare per un'attività lavorativa che richiede mansioni variabili con posizioni corporee miste, senza l'obbligo di assumere posizioni corporee monotone per ore. Quale direttore d'albergo ritengo il signor RI 1 abile al lavoro in maniera normale. Mi è difatti difficile immaginare in che maniera l'impedimento soggettivo dichiarato dal paziente di non poter assumere posizioni corporee monotone (seduto od eretto) per oltre 1-2 ore possa limitare la sua capacità di lavoro in maniera rilevante (addirittura nella misura del 50% come certificato in precedenza). L'assenza di referti oggettivi rilevanti lascia del resto qualche dubbio sulla reale esistenza delle difficoltà dichiarate del paziente. Il fatto che la recente radiografia della colonna lombare in incidenza laterale sia rimasta ulteriormente normale per quel che riguarda in particolare gli spazi intersomatici (con un referto sovrapposto alla prima radiografia di febbraio 1998) conferma infine che non si tratta di una patologia degenerativa evolutiva al punto che non ci si dovrà aspettare ad un cambiamento delle condizioni del paziente rispettivamente della valutazione della capacità lavorativa attuale a corto o medio termine . 6.- POSSIBILITA' DI MIGLIORARE LA CAPACITA' DI LAVORO ---- 7.- OSSERVAZIONI Nella luce delle mie constatazioni cliniche e considerando il dossier radiologico non ritengo indicato una valutazione neurochirurgica del caso (come suggerito dal neurologo Dr. M. _____ nel suo rapporto citato). Il paziente dovrebbe svolgere con costanza un programma di ginnastica appropriata con

esercizi di mobilizzazione per la colonna lombare in combinazione a dello stretching per la muscolatura degli arti inferiori. E' pure consigliabile una leggera attività sportiva (nuoto, bicicletta o simile). " (doc. AI 22) Il dr. _____, internista e medico curante, nel suo rapporto 17 novembre 2003 ha diagnosticato una "sindrome lombospondilogenica sinistra su turbe statiche ed incipienti processi degenerativi", certificando nel contempo un'inabilità lavorativa in misura del 50% dal 3 giugno 2002, del 100% dal 19 luglio 2002 e dal 1° dicembre 2002 nuovamente al 50%: " 3. Anamnesi: - Familiare: la madre soffre di lombalgia. - Remota: Problemi intestinali da neonato Dal 1992 episodi di diarrea con ematochezia anamnestiche Dal 1996 dolori lombocentrali ingravescenti fino al 2001 13.11.1998 colonscopia con reperto normale 03.06.02 riapparizione improvvisa di forti dolori lombocentrali a sinistra 21.01.03 frattura IV dito mano destra 4. Il paziente lamenta dolori lombari ingravescenti durante la giornata, che si accentuano alle posizioni monotone o allo sforzo moderato con irradiazioni intermittenti all'arto inferiore sinistro e parestesie fino al calcagno ed al malleolo laterale. 5. Paziente 41enne in discrete condizioni generali, 170 cm, 61 kg, P 60/min. reg., linfadenopatie, non varici, polsi periferici eusfigmici senza soffi arteriosi, addome blando senza organomegalie, con borborigmi normali, schiena piatta in asse con dolorabilità mediana e paramediana a livello lombare, PseudoLasègue positivo a 50° a sinistra, ipotrofia dell'arto inferiore sinistro con -1 cm di circonferenza a livello della coscia, -2 cm a livello del polpaccio, riflessi osteotendinei simmetrici, deambulazione con lieve zoppia sinistra, ulteriori reperti nei limiti. 6. Vedi copie rapporti, allegati. 7. Trattamento sintomatico; è prevedibile un peggioramento della sintomatologia con passare del tempo." (doc. AI 58) Nelle sue "raccomandazioni, proposte SMR" del 15 gennaio 2004 il dr. _____ ha rilevato: " Trattasi di un A 41 enne che dall'inizio del 02 svolge un'attività di direttore di marketing. In precedenza era direttore d'albergo. Nel 99 ha già fatto una richiesta di prestazione per la stessa patologia per la quale è stato peritato con la decisione di un rifiuto di prestazione visto che la sua attività era ancora completamente esigibile. Dopo qualche mese di attività nella nuova professione ripresenta nuovamente alcuni disturbi lombovertebrali che motivano nuovamente una IL di lunga durata. Nell'ottobre 02 viene valutato dal MF dell'assicurazione che con la sua valutazione medica giustifica un'IL del 50% per un mese e ritiene nuovamente inabile l'A in maniera completa dal 7.02. Nella sua valutazione clinica non evidenzia importante limitazione della mobilità vertebrale, nessuna radiculopatia, nessun'atrofia muscolare. Reperto assolutamente sovrapponibile a quello effettuato nel maggio 2000 dal Dott. _____. La valutazione del MC a qualche mese di distanza indica la presenza di disturbi recidivanti con la presenza di un'atrofia muscolare. Questo giustifica l'IL completa sino al 11.02 con una ripresa del 50% dal 12.02. Come attività adeguata viene descritta un'attività leggera che eviti posizioni statiche prolungate. Il dott. _____ indicava nella sua perizia che queste posizioni statiche potevano essere mantenute per oltre 1-2 ore. Il medico curante non indica oggettivamente una limitazione del tempo. Penso che possiamo definire meglio un eventuale peggioramento della situazione clinica con una visita SMR." (doc. AI 60) In data 2 marzo 2004 il dr. _____ ha esaminato l'assicurato rilevando: " Anamnesi: Anamnesi socio-famigliare e lavorativa: Padre deceduto a 73 anni per un incidente. Madre in buona salute. Divorziato. Due fratelli sani. Una figlia di 10 anni. Nessuna ereditarietà nota. Nato e cresciuto in _____ dove ha frequentato le scuole d'obbligo. Possiede un diploma di scuola alberghiera _____. Risiede in Svizzera dal 1981. Ha sempre lavorato nel campo alberghiero. Dal 1988 circa avrebbe assunto la direzione di un albergo a _____ per 5 anni. Dal 1994 sarebbe stato direttore dell'albergo _____ al

_____ . Interruzione di questa attività nel 1999 per ristrutturazione e malattia. Dal 2002 svolgeva l'attività di direttore marketing in una società che si occupava di commercio di caffè. Attività che imponeva diversi spostamenti e contatti con clienti, oltre ad attività amministrativa. Dal giugno 2002 inizia un periodo di inabilità prima al 50% poi al 100% per una sindrome panvertebrale recidivante. Dal giugno 2003 è disoccupato in seguito alla chiusura della ditta. Vive attualmente con la ex moglie e riceve un'indennità di disoccupazione. Anamnesi clinica remota: Appendicectomia nel 1970. Colonoscopia nel 1998 normale. Non vengono segnalate malattie particolari o interventi chirurgici. Anamnesi attuale: Riferisce dolori lombosacrali con irradiazione nella gamba sinistra sino al tallone dal 1998. Tali disturbi sono accentuati dalle posizioni monotone (seduta o eretta) e anche presenti durante la notte. Per questi problemi è stato sottoposto ad indagini radiologiche e completate da una RMI della colonna lombare che hanno evidenziato delle modiche alterazioni degenerative e una discopatia crondotica L5-S1 con lievi turbe statiche L1-L2 e cifosi su esiti di morbo di Scheuermann. Questi disturbi motivano una cura stazionaria alla clinica _____ di _____ che ha portato un miglioramento transitorio. Malgrado diversi trattamenti fisiatrici, la sintomatologia recidiva con minimo sforzo e il mantenimento di posizioni statiche. Nel 1999 una valutazione neurologica evidenzia una lombosciatalgia a sinistra con discreti segni di irritazione della radice S1 (L5). L'anamnesi sistematica è caratterizzata da un lieve consumo di tabacco (5 sigari al giorno) e un consumo saltuario di vino. Non vengono riferiti disturbi sistemici particolari. Riferisce un certo disturbo del sonno legato al dolore persistente. Nessun disturbo sfinteriale. Terapia: Condrosulf 800 1 past. al giorno Vioxx 25 1 past. al giorno Tramal gtt. in riserva 2-3 cicli di fisioterapia all'anno Disturbi lamentati dall'assicurato: L'assicurato dichiara dolori lombosacrali sinistri con irradiazione nella gamba sinistra con disturbi maggiori rimanendo seduto o in piedi anche per corti periodi. Il movimento e il cambio di posizione procurano un sollievo transitorio. I dolori presentano episodi di esacerbazione con riduzione della mobilità e dolori nel calcagno sinistro. Talvolta accompagnati da formicolio sul dorso della gamba sinistra. In tale situazione riferisce anche dolori lombosacrali al colpo di tosse. Riferisce di non poter deambulare, rimanere seduto o eretto oltre un quarto d'ora. Tali disturbi sono accentuati da bruschi cambiamenti climatici. Lamenta una certa debolezza nell'arto inferiore sinistro. Dal lato psicologico non si notano importanti alterazioni. Status: Paziente 42enne in buone condizioni generali, altezza 173 cm, peso 69 kg, BMI 23 kg/m2. Costituzione normale. Tegumenti sp. Linfonodi assenti. Auscultazione cardiopolmonare normale, PA 140/90 mmHg, normocardico. Circolazione periferica normale. Addome trattabile, senza organomegalie, logge renali sp. Status osteoarticolare: modico appiattimento della cifosi dorsale e della lordosi lombare. Bacino orizzontale. Mobilità cervicale normale, senza contrattura muscolare. Distanza mento/sterno 0-22. Colonna dorsale normale. Mobilità colonna lombare modicamente ridotta, specialmente in anteflessione. Non presenza di contrattura muscolare alla palpazione. Distanza dito/suolo 12 cm. Schober 8-10-15. Palpazione lombosacrale dolente con modica contrattura a sinistra. Tono gluteale conservato. Punti di Valleix negativi. Accorciamento ischio-cruale simmetrico. Trendelenburg sp. Deambulazione con lieve zoppia a sinistra. Circonferenza coscia simmetrica (50 cm) polpaccio sinistro con modica ipotrofia (1 cm). L'esame degli arti inferiori e superiori non presenta alterazioni di rilievo. Stato neurologico: nervi cranici normali. Forza conservata. Sensibilità non alterata. Riflessi osteotendinei simmetrici. Lasègue diretto dolente a 70° bilateralmente, indiretto sp. Buona stazione sulle punte e talloni. Lieve debolezza nella deambulazione sulle punte a sinistra. Posizione seduta con

arti inferiori estesi sul lettino possibile senza segni di sofferenza. Durante la visita l'assicurato ha avuto qualche colpo di tosse e non si sono notati segni di irritazione radicolare. Diagnosi: - Sindrome lombovertebrale cronica sinistra con alterazioni degenerative statiche e discopatia condrotica L5-S1 - Discreti sintomi e segni di irritazione del rachide S1 (L5) sinistra - Stato dopo appendicectomia Valutazione/conclusione: Trattasi di un assicurato 42enne che presenta una patologia lombovertebrale degenerativa, statica e discopatica, che motiva un'incapacità lavorativa di lunga durata. Diversi provvedimenti sanitari conservativi non hanno permesso di migliorare il decorso di tale affezione che presenta continui e ripetitivi episodi di esacerbazione. Oggettivamente ci troviamo confrontati con un assicurato che presenta una discreta lombosciatalgia sinistra intermittente, motivata dalle indagini radiologiche. Clinicamente non sono presenti attualmente segni di irritazione radicolari evidenti. La mobilità del rachide è ancora soddisfacente. L'atrofia muscolare al polpaccio sinistro non risulta significativa vista anche la durata dell'affezione presente. Attualmente non sono presenti segni di contrattura muscolare. L'esame clinico e gli esami effettuati oggettivamente non giustificano le limitazioni indicate dal paziente. In tale situazione ritengo che l'assicurato presenti una completa inabilità in attività pesanti. In un'attività che permetta l'alternanza delle posizioni statiche (ogni ora), che non imponga pesi superiori ai 15-20 kg, senza movimenti ripetitivi di rotazione/flessione della colonna vertebrale, l'assicurato presenta una completa capacità lavorativa. Nella sua precedente attività, che non impone il sollevamento di pesi elevati, che permette l'alternanza delle posizioni statiche, l'impedimento medico-teorico non supera il 30%. La diminuzione del rendimento è giustificata dalla limitazione nel mantenere una posizione monotona, prolungata, prevalentemente seduta. In tale situazione ritengo che l'assicurato presenta una capacità lavorativa completa nella sua precedente professione con il rispetto delle limitazioni sopra descritte. Provvedimenti reintegrativi non sono indicati. " (doc. AI 66) Nelle sue "annotazioni" del 26 gennaio 2005 il dr. _____ del SMR ha osservato: " Diagnosi: sindrome lombovertebrale cronica sinistra con alterazioni degenerative statiche e discopatia condrotica L5/S1 Discreti sintomi e segni di infiammazione del rachide S1 (L5) sinistra Decisione del 11.3.2004: rifiuto di misure d'ordine professionale In fase di opposizione vengono presentati: - certificati del medico curante Dr. _____ attestante unicamente IL del 50% (mezza giornata) per i mesi di aprile e maggio 2004 senza ulteriori indicazioni. - referto RM colonna lombare del 17.9.2004: situazione invariata rispetto agli esami precedenti (assenza di ernie o chiari segni per compressioni radicolari). Quale referto casuale presenza di 2 cisti radicolari S1 e S2 bilateralmente. valutazione: l'attuale documentazione medica presentata conferma l'assenza di un peggioramento a livello del rachide lombare. La recente indagine radiologica conferma l'assenza di una problematica radicolare o compressiva. Le cisti evidenziate sono prive di significato clinico. Non vi sono elementi che possano mettere in dubbio le conclusioni del Dr. _____ che vengono quindi confermate." (doc. 86) In data 22 febbraio 2005 il dr. _____ ha certificato: " Il paziente summenzionato ha sofferto di lombocruralgie a sinistra dal 10.04.1996 al 21.02.2001 e dal 03.06.2002 a tutt'oggi. Oltre a turbe statiche del rachide sotto forma di schiena piatta, il paziente presenta una spondilartrosi L5-S1, messa in evidenza con la TAC della colonna lombare dell'08.02.2001, e soprattutto due cisti radicolari, dette anche di Tarlov di 7 mm a sinistra e di 4 mm a destra a livello S1-S2, che potrebbero essere comunicanti e costituire quindi un'unica ciste di 11 mm, com'è stato dimostrato con la RMI della colonna lombare del 17.09.2004. Ora queste cisti di Tarlov possono essere sia asintomatiche, che sintomatiche, nel caso in cui siano

sintomatiche, causano dolori e disestesie alla colonna lombare, al sacro ed alle gambe . Queste cisti di norma sono collegate col canale spinale e si gonfiano in posizione eretta e seduta , chinandosi o facendo attività che aumentino il flusso circolatorio e di riflesso anche la pressione intratecale. Gonfiandosi aumentano la sintomatologia, per questa ragione il nostro paziente mal sopporta la posizione eretta e seduta ." (doc. B) Nelle sue "annotazioni" del 30 marzo 2005 il dr. _____, responsabile del SMR, ha osservato: " Mi permetto di non riassumere gli atti medici riguardanti il Signor RI 1. Una prima richiesta di prestazioni era stata respinta perché la patologia di cui l'Assicurato è portatore non era tale da limitare la capacità lavorativa per attività dove l'assunzione di posizioni monotone non poteva essere evitato. La valutazione dello stato di salute era stata affidata al dr. _____, reumatologia FMH. La nuova richiesta di prestazioni era motivata dalla persistenza della sintomatologia. La valutazione dello stato di salute, malgrado certificati con descrizione di IL diversa, non lasciava concludere con una variazione dello stesso. Quanto è stato oggettivato a seguito della seconda domanda di prestazioni è del tutto sovrapponibile a quanto già rilevato in precedenza. Si può affermare che, seppure in presenza di lesioni degenerative tendenzialmente a carattere evolutivo negativo, lo stato di salute è rimasto stazionario. Si fa valere ora la presenza di due cisti di Tarlov al rachide. Esse sono state descritte nel referto di risonanza magnetica della colonna lombare del 20.09.04. In tale referto, sebbene debba sempre essere interpretato assieme ad esame clinico e non in modo indipendente, si descrive come non vi siano compressioni radicolari e, eccezione fatta per la descrizione delle due cisti, tale referto mostra che la situazione appare invariata dal 1998. Per quanto riguarda le cisti stesse la sintomatologia provocata e la necessità di cure deve essere considerata in modo differenziato secondo la posizione e l'effetto sulle radici nervose. Nel caso presente le cisti sono di piccole dimensioni (meno di un centimetro) e, come descritto nel referto, non portano compressioni radicolari. Neppure dal lato soggettivo, appare la sintomatologia dolorosa sempre descritta dal soggetto, non si rilevano altri sintomi che possano confermare l'influsso compressivo su radici nervose. Non appare dunque un influsso rilevante sulla funzionalità (e a parere nostro, sulla necessità di cure particolari). I limiti funzionali descritti nei rapporti del dr. _____ dapprima e del dr. _____ poi, possono essere, dal lato medico, confermati." (doc. IIIbis)

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