

# TI\_GERICHTE 36.2000.39 vom 10. Februar 2000

TI Tribunale d'appello, 2000-02-10, IT

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti\\_gerichte\\_36.2000.39](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_36.2000.39)

FR: TI\_GERICHTE 36.2000.39 du 10 février 2000

IT: TI\_GERICHTE 36.2000.39 del 10 febbraio 2000

## Regeste

Sentenza o decisione senza scheda

## Erwägungen

### E. 1

Vi sono eventi nuovi, rispetto ai vostri controlli precedenti, tenendo conto dei rapporti allegati? Leggendo il rapporto della Clinica riabilitativa di \_\_\_\_\_ non vi sono eventi nuovi rispetto ai vari rapporti precedenti (miei, dott. \_\_\_\_\_ e dott. \_\_\_\_\_ reumatologi, dott. \_\_\_\_\_ ortopedico) se non un'esacerbazione dei dolori rispetto a prima ("in der letzten Zeit haben die konstanten Schmerzen zugenommen"), ma senza un chiaro risp. nuovo substrato organico ("Unspezifische lumbalgie bei/mit..."), come ad es. una sindrome radicolare o altro. Le patologie presentate dal paziente giustificano periodici peggioramenti dei dolori lombari ma abitualmente non un'invalidità permanente (in effetti AI rifiutata).

### E. 2

Se sì che ripercussioni vi sono sul grado di incapacità lavorativa? Dal momento che non ci sono elementi patologici organici nuovi, è ipotizzabile un peggioramento dei dolori con incapacità professionale ridotta per un periodo limitato ad alcuni mesi e comunque non tale da giustificare un'IL superiore al 50% per un periodo prolungato. 3./4. Prognosi sulla futura IL? Le patologie presentate dal paziente, generalmente (si tratta di un discorso generale dal momento che non ho visto il paziente recentemente), soprattutto se la problematica psichiatrica non è preminente, giustificano un'IL di 1-2 mesi al 100% e 1-2 mesi al 50%. Qualora queste limitazioni fossero superate a mio avviso non sono giustificate con certezza dal profilo medico (nuova perizia dott. \_\_\_\_\_)." (doc. \_) E che la patologia psichiatrica non fosse preminente è provato dal fatto che, già nel rapporto 17.6.1998, la dott. \_\_\_\_\_ scriveva – così come, peraltro, ricordato dal dott. \_\_\_\_\_ nella perizia allestita il 28.6.2000 – che l'incapacità lavorativa dal lato psichiatrico era dello 0% e, nel successivo rapporto del 14.8.1998, la stessa dott. \_\_\_\_\_ confermava che era ragionevolmente esigibile dall'assicurato un'attività lavorativa. D'altro lato perché la perizia del dott. \_\_\_\_\_ ha ulteriormente chiarito la situazione e confermato sostanzialmente le valutazioni del dott. \_\_\_\_\_. Il perito ha, dopo avere attentamente esaminato il caso del ricorrente, posto la diagnosi di sindrome algica autonoma in zona vertebrale e negli arti inferiori, di lieve sindrome lombovertebrale cronica da turbe statiche ed alterazioni degenerative e , infine, di ipertensione arteriosa. Quindi così ha valutato il caso: " ... Il signor \_\_\_\_\_ avverte dolori vertebrali, localizzati in zona cervicale e lombare, con ripercussioni anche negli arti inferiori, presenti da circa 4 anni, soggettivamente con una tendenza al peggioramento, sofferenza in parte con caratteristiche meccaniche (secondo i movimenti, sforzi, ecc.) in parte invece presenti in maniera fissa. Le

indagini hanno comportato delle prime radiografie nel 1997 (colonna lombare) completate con una MRI della stessa zona del 1999 (vedi punto 3.4.) e consulti specialistici presso il reumatologo (Dr. \_\_\_\_\_) e l'ortopedico (Dr. \_\_\_\_\_). In concordanza con i medici della Clinica \_\_\_\_\_ di Riabilitazione di \_\_\_\_\_ dove il paziente ha soggiornato in novembre 1999 fu posta la diagnosi di una lombalgia di carattere aspecifico interpretata quale conseguenza di alterazioni degenerative plurisegmentali (discopatie con in particolare un'ostecondrosi al livello L5/S1). Non è stato confermato il sospetto di un'ernia discale lombare (ipotesi espressa dal Dr. \_\_\_\_\_ al termine della sua seconda visita clinica, rapporto del 09.12.1998, citato). Le cure effettuate (appropriate e comunemente proposte per la patologia in atto) si sono rivelate inefficaci con una sintomatologia soggettiva tuttora rilevante, ritenuta dal paziente incompatibile con un'attività lavorativa (vedi punto 2.). Clinicamente trovo quali elementi principali un'alterazione statica modesta del rachide in presenza di un bacino obliquo a scapito del lato destro (■5 mm), una scoliosi compensatoria di discreta entità ed un raddrizzamento della lordosi lombare. Sul piano funzionale l'esame si è svolto con parecchie difficoltà apparentemente per un atteggiamento molto difensivo da parte del paziente che ha manifestato un forte disagio per qualsiasi movimento attivo o passivo richiesto, sia al livello cervicale che lombare. Era così difficile stabilire il limite reale della motricità in particolare al livello lombare. Le reazioni del paziente erano comunque incostanti e non conformi a quanto si riscontra in presenza di una lombaggine acuta. La sua impossibilità dimostrata nell'alzare gli alluci da posizione bipodale od ancora il bloccaggio attivo nel testing muscolare degli ischiocrurali non trova nessun riscontro nei momenti inosservati (deambulazione fluida, seduto con le gambe estese ad un'angolazione a 90'; vedi anche punto 3.2.). Si ha quindi il sospetto che la sintomatologia algica dichiarata sia in gran parte indipendente dalle constatazioni cliniche del rachide dove il quadro si limita alla presenza di una lieve sindrome vertebrale in zona lombare. Non vi sono di certo elementi in favore di una compressione radicolare in atto. Su base dei riscontri clinici escluderei anche un'instabilità segmentale. Sotto il profilo diagnostico non appaiono nuovi elementi in confronto alle constatazioni cliniche dei colleghi che hanno esaminato il paziente in precedenza (i reumatologi Dr. \_\_\_\_\_ e Dr. \_\_\_\_\_, rispettivamente l'ortopedico Dr. \_\_\_\_\_). ... (XIV pag. 6-7) Relativamente all'incapacità lavorativa, il perito ha rilevato quanto segue: " ... Per la valutazione della capacità lavorativa fa ovviamente in prima linea stato l'impedimento funzionale del rachide dato dalle patologie statiche o degenerative in atto. Queste ultime sono caratterizzate da una discopatia plurisegmentale tra L3 ed S1 con reazioni riparative nel senso di un'ostecondrosi in particolare al livello L5/S1. Il limite funzionale che ne deriva può giustificare un'incapacità lavorativa quale giardiniere del 25%, non tanto per l'impedimento di attività richieste sul lavoro ma dato da un ritmo di lavoro ridotto a causa della necessità di interrompere qualsiasi lavoro impegnativo per la schiena con delle pause regolari. Il paziente è inoltre limitato nell'alzare pesi dal suolo (che non dovrebbero superare i 15 kg circa), rispettivamente nello spostare pesi su un'altezza di un tavolo (non superiori a 20 kg). Può invece mantenere la posizione accovacciata per un periodo ragionevolmente esigibile anche per una persona sana, può salire e scendere scale (anche a pioli), può spostarsi su terreni piani e sconnessi senza limiti e può far uso delle sue braccia in maniera normale. Non ho avuto occasione di esaminare le prime radiografie convenzionali del 1997. Dalla descrizione del Dr. \_\_\_\_\_ nel suo primo rapporto del 25.11.1997 non si ha l'impressione che da allora vi sia stata una modifica sostanziale dello aspetto morfologico del quadro. In assenza di una patologia evolutiva la

capacità lavorativa attuale quale giardiniere non dovrebbe quindi subire modifiche sostanziali nel prossimo futuro. Per un'attività lucrativa confacente alle sue condizioni (nella quale il signor \_\_\_\_\_ può evitare lavori impegnativi per la schiena) non vi sarebbe una sensibile riduzione della capacità lavorativa. ..." (XIV, pag. 7) Infine, il dott. \_\_\_\_\_ così ha risposto alle domande delle parti: " ...

1. Y a-t-il des éléments nouveaux depuis le rapport du docteur \_\_\_\_\_ du 7 janvier 2000 qui pourraient avoir une influence sur l'appréciation du cas? Dal lato diagnostico non vi sono nuovi aspetti del caso. 2. Si oui, quels sont les répercussions de ces nouveaux éléments sur le degré de l'incapacité de travailler ? ---- 3. Si non, quel est le degré d'incapacité de travail actuel ? L'incapacità lavorativa quale giardiniere raggiunge attualmente il 25% (capacità lavorativa residuale del 75%). 4. Quel pourrait être l'évolution du degré d'incapacité de travail à l'avenir ? Trattandosi di una situazione apparentemente stabile la valutazione attuale appare per intanto quella definitiva. ... 1. Con riferimento alla problematica che ci occupa, quali sono i disturbi attualmente lamentati dal signor \_\_\_\_\_? Vedi punto 2 della perizia. 2. Dica se ritiene necessaria, attualmente o eventualmente in futuro, una cura medica oppure speciali terapie. In caso affermativo, quali? Quali spese si devono calcolare? Necessiterà di ulteriori cure fisioterapiche ambulatoriali (non più di 4 cicli a 9 sedute all'anno) assieme ai consueti controlli medici e l'assunzione al bisogno di una farmacoterapia antalgica. Le spese non dovrebbero superare Fr. 3000.00 ■ 4000.00 all'anno. 3. Dica qual è l'attuale capacità lavorativa del signor \_\_\_\_\_ in quanto giardiniere, formulando altresì una proiezione per l'avvenire. Capacità lavorativa quale giardiniere 75% in maniera definitiva. 4. Quale è il grado di invalidità medico■teorico del signor \_\_\_\_\_? Per un'attività lucrativa confacente alle condizioni del paziente (vedi punto 5 della perizia) non vi è un limite sensibile della capacità lavorativa e non vi è quindi un'invalidità. 5. Ha ulteriori osservazioni da aggiungere? L'esame clinico è stato reso difficile per un atteggiamento difensivo del paziente che lascia aperta l'ipotesi di una tendenza all'aggravamento." (XIV, pag. 8-9) Come visto sopra, il dott. \_\_\_\_\_, nel gennaio 2000, aveva ritenuto che l'assicurato, superato il periodo di incapacità totale verso la fine di febbraio 2000, avrebbe potuto riprendere la sua attività. Soltanto per un paio di mesi la sua capacità era stata valutata al 50%. Il dott. \_\_\_\_\_, nel giugno 2000, dopo avere precisato che, dal lato diagnostico, non vi erano, dopo l'analisi del dott. \_\_\_\_\_, nuovi elementi, ha sostanzialmente confermato le conclusioni del dott. \_\_\_\_\_ ritenendo che, al massimo, l'incapacità dell'assicurato si situa sul 25%. Come visto sopra, la cassa convenuta ha riconosciuto di dover versare le indennità al 50% sino a fine aprile 2000. Ritenuto che, in seguito, il grado di incapacità lavorativa dell'assicurato non raggiungeva il limite minimo del 50%, nessun obbligo supplementare può essere imposto alla cassa convenuta.

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