

## **TI\_GERICHTE 36.2000.95 vom 21. Juni 2000**

TI Tribunale d'appello, 2000-06-21, IT

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti\\_gerichte\\_36.2000.95](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_36.2000.95)

FR: TI\_GERICHTE 36.2000.95 du 21 juin 2000

IT: TI\_GERICHTE 36.2000.95 del 21 giugno 2000

### **Regeste**

Sentenza o decisione senza scheda

### **Erwägungen**

#### **E. 10**

cm, Schober fisiologico, a livello dei piedi alluce accorciato in esiti di intervento per alluce valgo bilateralmente, dolore elettrizzante tra il III e il IV raggio a destra distalmente, con dolore anche a livello del piede destro e a livello del calcagno in estensione forzata del piede sinistro. Marcia senza zoppie, marcia sulla punte e sui talloni possibile, nessuna difficoltà nell'alzarsi dalla posizione accovacciata. Esame neurologico senza patologie di rilievo. (...) Tenendo conto di quanto sopra e dopo avere discusso con il medico curante, ritengo che la paziente possa essere considerata, almeno probatoriamente, abile nella misura del 50% a partire dal 01.06.2000." Come rilevato l'assicurata ha contestato tale valutazione sulla scorta di certificazione medica del dott. \_\_\_\_\_ (doc. \_ ad \_), il professionista – pendente causa e tramite il patrocinatore dell'attrice – ha allestito una certificazione medica di data 16 ottobre 2000 da cui si desume che: " In mia cura da alcuni anni la paziente sviluppa gradualmente un dolore metatarso falangeale bilaterale già dalla metà del 1999. L'attività lavorativa non permette miglioramenti in quanto la paziente deve alzare numerosi pesi e camminare a lungo oppure sostare in posizione eretta frequentemente. Alcune infiltrazioni ottengono solamente un sollievo transitorio. La metatarsalgia di Morton diagnosticata dal Dr. \_\_\_\_\_ nell'agosto del 1999 assieme ad un sospetto canale tarsale stretto richiede quindi un trattamento intensivo fisioterapico e una iniziale inabilità. In seguito la paziente riscontra un miglioramento, che si rivela essere tuttavia transitorio ed effimero. A tutt'oggi infatti già dopo alcune centinaia di metri di deambulazione la paziente lamenta nuovamente dolori e rimane di nuovo fortemente limitata dalla sintomatologia. Una concomitante osteoporosi scoperta anch'essa nel 1999 accentua verosimilmente con causa dei disturbi. (...) Quali disturbi collaterali segnaliamo una lombalgia cronica recidivante con disturbi statici della colonna in particolare in zona lombare e parascapolare a destra dovuti a mio avviso in gran parte ad un appoggio plantare non confacente con quindi sollecitazioni asimmetriche dell'asse vertebrale. Le radiografie della colonna lombare indicano dei tratti regolari senza eccessive degenerazioni e comunque con iniziali spondilartrosi dei metameri L4■L5 specialmente a sinistra con segno di pseudospondilolistesi. Rimane comunque il sospetto di un interessamento radicolare a sinistra dove la paziente lamenta una ipoestesia della zona calcancare perimalleolare e quindi sarebbe indicato nel futuro prossimo una RMI lombare per ulteriore accertamento. (...) Quale ulteriore aggravante del quadro clinico segnalo una sindrome ansioso■depressiva con somatizzazioni da ansia caratterizzata da oppressioni retrosternali, affanno, epigastralgie e reattiva verosimilmente alla situazione lavorativa ma specialmente

anche familiare. La depressione si è instaurata ormai da almeno un anno ed appariva inizialmente di entità subclinica e tuttavia si è accentuata nelle ultime settimane con preoccupanti improvvisi cali dell'umore associati a pianto e a crisi ansiose." quest'ultima depressione è curata dal dott. \_\_\_\_\_. Per il dott. \_\_\_\_\_, specialista in medicina interna, una ripresa dell'attività lavorativa quale cameriera " credo sia impossibile già a causa delle metatarsalgie e dai vari disturbi dell'apparato locomotore ma comunque tenuto conto dello stato emotivo, credo sia poco proponibile una alternativa lavorativa a breve-medio termine. Ritengo pertanto indicata una misura di rendita di assicurazione invalidità nella misura del 100%." Come indicato \_\_\_\_\_ è stata sottoposta a perizia da parte del dott. \_\_\_\_\_ che, dopo esame della paziente, ha ritenuto quanto segue: " Clinicamente trovo un paziente \_\_\_\_\_enne di tenore apparentemente depresso. La deambulazione è fluida (almeno sulla distanza che ho potuto esaminare). Ai piedi vi sono gli esiti dagli interventi correttivi effettuati in entrambi gli alluci con alterazioni statiche concernenti gli avampiedi (trasversopiatti). A sinistra vi è un'irritabilità meccanica dell'articolazione tarso-metatarsale I e II (Lisfranc) con il sospetto di una concomitante sollecitazione meccanica del ramo distale del nervo peroneo in questa sede. La callosità plantare mostra un appoggio centralizzato nella regione metatarsale, senza però un'ipercheratosi maggiore e senza dolori palpatori rilevanti in questa sede. L'assenza di qualsiasi flogosi locale (regione plantare e collo del piede ma anche nella zona dell'inserzione del tendine achilleo) parla contro una rilevante irritazione delle strutture ossee, articolari e tendinee. A destra vi è una metatarsalgia nel raggio III e IV con una possibile sollecitazione meccanica del nervo interosseo (nevralgia di Morton). A queste constatazioni cliniche si aggiunge sulle radiografie un'iniziale artrosi talo-navicolare bilaterale. Le lastre confermano le alterazioni postchirurgiche all'altezza dell'articolazione MTF I bilateralmente. Alle mani riscontro una discreta poliartrosi delle articolazioni interfalangeali distali ed un principio di artrosi anche nell'articolazione metacarpofalangeale II a destra, senza segni di una significativa attivazione del processo degenerativo (assenza di flogosi) e con una motricità regolare della articolazione alla base dell'indice destro. Infine vi è una certa irritazione muscolare e muscolotendinea nella regione scapolare a destra da attribuire ad una leggera disfunzione cervicale (sindrome cervicospondilogenica). Non vi è alcuna sindrome vertebrale in zona lombare, regione che presenta una funzione del tutto regolare. La radiografia del medico curante del 09.10.2000 (vedi punto 3.4.) mostra una possibile spondilartrosi al passaggio lombosacrale mentre non posso confermare la presenza di una "pseudospondilolistesi" da lui diagnosticata. Riguardante la diagnosi di osteoporosi posta in precedenza occorre sottolineare che essa si definisce con il paragone della densità ossea della paziente ed una popolazione sana dello stesso sesso in età tra 30 e 40 anni; secondo la definizione del OMS si parla di osteoporosi quando la densità ossea del soggetto esaminato risulta  $>2.5$  deviazione standard (DS) al di sotto della media della popolazione di riferimento (mineralometria DEXA). Nel caso specifico l'esame ha mostrato valori normali (entro una variazione  $\pm 1.5$  DS) per la colonna lombare e per parti del femore (trocantere ed anca globale) mentre sono risultati tra  $-1.5$  DS e  $-2.5$  DS i valori del collo e della zona Ward del femore, indicando un'osteopenia. Il termine usato nel referto dell'osteodensitometria di una "moderata osteoporosi incipiente" (22.12.1998, allegato) non è corretta secondo gli standard applicati universalmente. La paziente ha una massa ossea normale alla colonna lombare ed un'osteopenia regionale nel femore ma non è affetta da osteoporosi. Infine va ricordato che l'osteoporosi è in sé un processo subclinico (asintomatico) portando ad una fragilità maggiore delle ossa che si manifesta clinicamente

solo in caso di fratture. In considerazione dell'anamnesi e in base alle mie constatazioni cliniche e radiologiche non trovo alcun elemento per poter affermare che la situazione clinica attuale si differenzia in maniera tangibile dalle constatazioni del collega \_\_\_\_\_ che ha esaminato la paziente 7 mesi fa, affermazione del resto condivisa anche dalla paziente stessa. Il fatto che nella valutazione di allora non si tenne conto di disturbi osteoarticolari al di fuori dei piedi (mano destra, scapola destra) non interferisce a mio modo di vedere con la valutazione della capacità lavorativa per l'attività svolta. La loro entità clinica è da ritenere minore, ininfluenza sulla capacità lavorativa. Condivido il parere del Dr. \_\_\_\_\_ di un'incapacità lavorativa parziale del 50% nell'attività lucrativa di cameriera, intesa come rendimento normale per un tempo ridotto alla metà per un impiego regolare. Le alterazioni morfologiche e funzionali dei piedi provocano alla paziente le difficoltà maggiori nella posizione eretta, rispettivamente nel camminare con un accentuarsi della sofferenza specialmente nel piede sinistro, ma senza limitare la deambulazione. I disturbi sono meno rilevanti ma pur sempre presenti a riposo. L'applicazione del plantare avrebbe portato ad un miglioramento parziale della sofferenza. Per realizzare la capacità lavorativa residuale come proposto la paziente deve poter calzare scarpe comode, chiuse, con un tacco non superiore a 2 cm circa, portando il plantare ortopedico prescritto. Un'attività lucrativa diversa di quella esercitata dovrebbe permettere alla paziente di assumere prevalentemente la posizione sedentaria. Si tratterebbe quindi quasi inevitabilmente di un lavoro con impegno maggiore delle braccia e delle mani con una probabile maggiore sollecitazione delle dita (lavori di montaggio o simile). Appare quindi probabile un'irritazione più rilevante della poliartrosi delle mani e delle dita al punto che dubito che la paziente potrebbe realizzare una capacità lavorativa residuale maggiore di quanto proposto sopra. (...) l'inabilità lavorativa che l'assicurata presentava in giugno 2000 era del 50%. L'assenza di un reperto prettamente flogistico in particolare al piede sinistro dà prova di un'irritazione meccanica limitata delle strutture ossee, articolari e tendinee sia al metatarso che nel tarso e nella regione del tendine achilleo. La correzione ortopedica del disturbo statico del piede tramite un plantare ha portato ad un miglioramento soggettivo confermato anche dalla palpazione indolore della zona plantare della regione metatarsale. I dolori al piede destro sono presenti unicamente nei primi passi della deambulazione e non comportano un limite significativo della capacità lavorativa. Le patologie osteoarticolari al di fuori dei piedi non contribuiscono ad un ulteriore limite della capacità lavorativa per la professione svolta (vedi anche punto 5)." Nelle risposte ai quesiti posti il perito ha ritenuto che l'inabilità al lavoro fosse del 50%, situazione migliorata grazie ad un plantare che ha condotto una correzione ortopedica del disturbo statico del piede, la situazione sarebbe quindi migliorata tra il giugno 2000 e gli esami effettuati dal perito. A questo rapporto peritale la signora \_\_\_\_\_, per il tramite del proprio patrocinatore, ha reagito con contestazione personale della valutazione dell'esperto, senza produzione di altra certificazione medica, senza valutazione di natura psichiatrica come avanzato dal dott. \_\_\_\_\_ e comunque non ritenuto nella sua valutazione da parte dell'esperto. 2.8. Da quanto precede occorre ritenere che la valutazione del perito incaricato, esperto in materia, condivide pienamente la valutazione del medico fiduciario della Cassa. In sostanza, nella sua stessa attività lavorativa, \_\_\_\_\_ risulta abile al lavoro al 50% in particolare con l'adozione di accorgimento semplice quale l'utilizzo del plantare citato dal perito. Tale inabilità parziale era data nel maggio 2000. Le valutazioni e le risposte del perito appaiono dettagliate e circostanziate, frutto di accertamenti clinici approfonditi e della valutazione degli esami eseguiti dal dott. \_\_\_\_\_ e dal dott. \_\_\_\_\_. Il perito non ha ritenuto

di dovere richiedere al TCA un accertamento di tipo psichiatrico in base a quanto segnalato dal dott. \_\_\_\_\_ nel suo certificato medico dell'ottobre 2000 (certificato noto al perito come rilevabile a pag. 4 di XV), lo stesso medico dell'assicurata ha redatto due certificati medici (il 9 giugno ed il 7 agosto 2000) senza accennare minimamente a possibili disagi psichici ed alla loro incidenza sulla capacità di lavoro. L'aspetto psichico non è stato ripreso dal patrocinatore della stessa signora \_\_\_\_\_ nel suo ultimo scritto al TCA e non è neppure sollevato in sede ricorsuale. Il perito ha trovato la signora \_\_\_\_\_ in "condizioni generali discrete" ed ha posto un punto di domanda sul "tenore depresso" della stessa, definendo detto tenore "apparentemente depresso". Alla luce di tali circostanze, e ritenuto come il perito abbia ben ponderato nel suo insieme la situazione medica della paziente, il suo parere relativo ad una incapacità lavorativa della signora \_\_\_\_\_ nella misura del 50% a partire dal 1 giugno 2000 va condiviso, conseguentemente il ricorso deve essere respinto senza carico di tasse e spese.

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