

TI_GERICHTE 36.2016.95 vom 7. November 2016

TI Tribunale d'appello, 2016-11-07, IT

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_36.2016.95

FR: TI_GERICHTE 36.2016.95 du 7 novembre 2016

IT: TI_GERICHTE 36.2016.95 del 7 novembre 2016

Regeste

Richiesta di indennità giornaliera respinta poiché l'assicuratore ha agito correttamente sulla base delle perizie effettuate

Erwägungen

E. 22

marzo 2016 il curante, dr. med. _____ medicina generale FMH, ha affermato:

"()

Il suo stato di salute psico-fisico rimane molto precario malgrado la sua lunga inabilità lavorativa.

Ha sfruttato tutte le possibilità terapeutiche:

- intensa terapia riabilitazione a livello stazionario
- intensa fisioterapia ambulatoriale
- sostegno psicologico-psicoterapeutico
- analgesia medicamentosa importante
- terapia medicamentosa complessa per il sistema nervoso

Tutte queste misure elencate permettono al paziente di avere un po' meno dolori.

Ma anche senza lavorare ha poca energia, è costantemente limitato nei movimenti dei dolori in tutto il corpo, è rallentato nei movimenti.

Questa sindrome del dolore cronico non gli permette più di eseguire un'attività lavorativa fisica qualsiasi.

La depressione reattiva lo mette ulteriormente in difficoltà.

È disperato, sapendo che non potrà riprendere il suo lavoro e avendo l'incertezza del suo futuro assicurativo-finanziario.

Non vedo un'alternativa ad una rendita AI completa. (doc. 26)

Il

E. 25

aprile 2016 il dr. med. _____ ha preso posizione sul certificato del dr. med. _____, affermando:

"()

Lo psichiatra si esprime su disturbi soggettivi, ■continuerebbero le scossa alle ginocchia riferisce facile affaticabilità l■umore viene definito dal paziente come molto dipendente dalla sintomatologia dolorosa■. Infine, ■il paziente risulta molto preoccupato anche per la situazione economica.■ E■ assente una valutazione esaustiva ed oggettiva di status, diagnosi e prognosi: anche la terapia medicamentosa è riferita in via soggettiva, ■riferisce di assumere Cymbalta e Lyrica■. Noto come in occasione della mia valutazione dello scorso 21.10.2015 era stata oggettivata dalla testistica una significativa tendenza all■aggravazione dei sintomi.

In conclusione, in assenza di fatti oggettivamente nuovi rispettivamente modificazioni verosimili dello status da me osservato, non ho elementi per modificare la mia precedente presa di posizione■ (doc. 29)

Il 9 maggio 2016 l■insorgente, sempre su richiesta dell■assicuratore, è stato visitato anche dal dr. med. _____, malattie reumatiche, fisiatria e riabilitazione FMH, il quale, dopo aver descritto l■anamnesi, lo stato reumatologico e lo stato neurologico periferico, ha posto la diagnosi di sindrome cervicovertebrale e ■cefalica/brachiale bilaterale cronica e sindrome lombovertebrale e ■spondilogeno cronica in/con turbe statiche modiche del rachide (ipercifosi toracale, scoliosi a S, non decompensata, sinistroconvessa in sede toracale), alterazioni degenerative lievi (RM del rachide in toto del 24.04.2015), cervicale: discopatia C6/7 con piccola protrusione; spondilosi, lombare: spondilosi tra L1 e L3; spondilatosi tra L3 e S1, discreta poliartrosi delle dita (interfalangeali distali, radio-carpica sinistra?), sindrome del dolore cronico coinvolgendo l■apparato locomotorio senza corrispondente correlato morfologico; non criteri per fibromialgia; ipertensione arteriosa in trattamento; sovrappeso.

Lo specialista, che rileva, a pag. 2, come ■il caso è stato segnalato all■AI, con tre incontri e corsi formativi avvenuti. Per intanto la pratica sarebbe in sospesa■, ha concluso affermando che ■per il lavoro di capocantiere nella pavimentazione il signor RI 1 è stato dichiarato inabile al lavoro al 100% (Clinica di _____, medico curante), valutazione con la quale concordo sostanzialmente anche se permane una certa caricabilità fisica che dal profilo medico-teorico potrebbe anche essere sfruttata anche nel lavoro svolto ma non oltre alla misura del 30% (non realizzabile sul piano pratico). Per un■attività rispettosa alle limitazioni stabilite sopra egli risulta invece dal profilo reumatologico-ortopedico abile in forma normale (100% per rendimento e presenza) e questo da subito. Nel mio esame non ho riscontrato patologie somatiche non di mia competenza che potrebbero spiegare il vissuto del paziente■ (doc. 30).

Il 24 giugno 2016 il dr. med. _____, capoclinica _____, ha affermato:

"()

Ad oggi, dopo l■ultima visita effettuata in data 24.06.2016, persiste con riferito aggravamento la sintomatologia dolorosa nota al collo e alle braccia, dolori alle anche, alle gambe, alle ginocchia, sensazione di ■scosse■ alle ginocchia, alle braccia, al collo; continuerebbero anche cefalea, vertigini (soprattutto mattutine appena alzato) e acufene all■orecchio sx. A causa della sintomatologia algica riferisce facile esauribilità fisica con impossibilità a stare in piedi per più di un■ora. Il tono dell■umore risulta particolarmente deflesso nonostante l■aumento di Cymbalta da 60 a 90 mg/die; presenti apatia, abulia, anedonia, insonnia, difficoltà di concentrazione, visione pessimistica del futuro. Il sonno sarebbe sempre disturbato dai dolori e dall■acufene.

La modificazione del funzionamento personale (con inabilità lavorativa del 100%), la conseguente compromissione della qualità di vita e le preoccupazioni di natura economica sono tutti fattori scatenanti di questa reazione depressiva importante■ (doc. 31)

Il 10 settembre 2016 il dr. med. _____ ha preso posizione sull'intera fattispecie, affermando:

"()

Premessa: il ruolo e il giudizio del medico curante viene spesso sottovalutato o non preso nelle questioni assicurative di problemi cronici, poiché viene considerato di parte o alleato amico del paziente.

Conoscendo però un paziente da tanti anni, mi permetto un giudizio più globale (fisico, psicologico, mentale, socio-famigliare).

Osservazioni: conosco il Signor RI 1 dal 1993. Fino al 2014 l'avevo visto raramente (12 consultazioni in 20 anni, sempre per problemi acuti). In quelle occasioni o sempre visto un uomo forte, dinamico, senza mai lamentarsi del suo lavoro pesante come capo squadra sulle strade.

Dal 2014 vedo un paziente trasformato e che si è consumato completamente a livello fisico. La sofferenza fisica estrema (dolori, affaticamento) la portato in una situazione di disperazione e depressione.

Malgrado le terapie multiple e innumerevoli degli ultimi anni (terapie stazionarie, ambulatoriali, medicamentose) è rimasta una sofferenza fisica e psichica importante.

Anche la farmacoterapia pesante con 90 mg Cymbalta e 300 mg Lyrica non ha migliorato il suo stato psicofisico.

La perizia reumatologica del Dr. _____ valuta lo stato funzionale dello scheletro del Signor RI 1. Ma evidentemente, e non è il suo compito, non è in grado di valutare la sua sofferenza ed il suo rendimento. Un perito dovrebbe poter osservare il paziente durante il suo lavoro per un periodo di qualche giorno.

Il costante sostegno psicologico-psichiatrico non ha neanche migliorato il suo stato di salute, poiché il paziente è dominato oltre ai dolori anche della insicurezza economica per lui e per la sua famiglia.

Ho potuto osservare (da lontano) il paziente in più occasioni in piazza a _____. Si muove a rallentatore, da l'immagine di una persona malata e sofferente.

Da notare anche i ricoveri d'urgenza presso l'Ospedale _____ a _____, l'ultimo ricovero dal 22.7 al 25.7 2016.

Proposte:

1. Una perizia psichiatrica e neuro-psicologica è indicata per valutare meglio la sofferenza del paziente

2 La valutazione del sottoscritto, specialista in medicina generale FMH, esperienza professionale di 36 anni (9 anni in ospedale,

E. 27

nel proprio studio), deve essere presa in considerazione.

3 Il paziente non è in grado di riprendere un lavoro qualsiasi, neanche a tempo parziale, per un periodo indeterminato.■ (doc. B)

Innanzitutto la diagnosi deve essere espressa da uno specialista in psichiatria e fondata sui criteri posti da un sistema di classificazione riconosciuto scientificamente (cfr. STF 9C_815/2012 del 12 dicembre 2012; DTF 131 V 49; DTF 130 V 396 segg.; DTF 127 V 294; Mosimann (Somatoforme Störungen: Gerichte und [psychiatrische] Gutachten, in: SZS 1999 pag. 105 ss).

Il medico deve pronunciarsi sulla gravità dell'affezione ed deve anche valutare l'esigibilità della ripresa di un'attività lucrativa 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.

Il rifiuto del carattere invalidante 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 32.1999.124 del 27 settembre 2001).

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