

La presente relazione ottempera all'incarico conferitomi dal Sig. **XXXX**, nato il **XXXX** a **XXXX**, di effettuare una consulenza tecnica di parte al fine valutare, viste le sue condizioni di salute, la sussistenza dei requisiti atti ad ottenere i benefici previsti dalla Legge 12 giugno 1984, n. 222

STORIA AMMINISTRATIVA

Il Sig. **XXXX**, bracciante agricolo, titolo di studio terza media, inoltrava domanda all'INPS per il riconoscimento della pensione ordinaria di inabilità o, in via subordinata, dell'assegno ordinario di invalidità. La competente commissione medico-legale non ravvisava alcun requisito per la concessione di entrambi i benefici. Il Sig. **XXXX** opponeva ricorso amministrativo, che veniva rigettato.

Non condividendo tale giudizio l'odierno attore adiva le vie legali.

DOCUMENTAZIONE SANITARIA ALLEGATA

- Comunicazione di reiezione domanda di pensione ordinaria di inabilità del XXXX: le comunico che non è stato possibile accogliere la domanda in oggetto, presentata il **XXXX**, per il seguente motivo: non sono risultate infermità tali da determinare una assoluta e permanente impossibilità a svolgere qualsiasi attività lavorativa (Art. 2 della legge 12 giugno 1984, n. 222). Inoltre la richiesta di assegno di invalidità da lei indicata in via subordinata non è stata accolta in quanto non sono risultate infermità tali da determinare una permanente riduzione a meno di un terzo della capacità di lavoro in occupazioni confacenti alle attitudini personali (Art. 1 della legge 12 giugno 1984, n. 222).

-Delibera N 217739 INPS sede provinciale di XXXX del XXXX: Ricorso Sanitario numero **XXXX** del **XXXX** proposto da **XXXX** in materia di Pensioni. Pensione inabilità/Assegno ordinario Invalidità in subordine.

IL COMITATO PROVINCIALE

Visti gli art. 44 e successivi della legge 9 marzo 1989, n. 88 e il Regolamento delle procedure in materia di ricorsi amministrativi approvato con la Determinazione presidenziale n. 195 del 20 dicembre 2013; Tenuto conto di quanto esposto nella relazione Istruttoria redatta dagli Uffici competenti della Sede; Considerato che: a seguito della visita Modico - Legale avvenuta in sede ambulatoriale in data **XXXX** le infermità riscontrate non sono tali da determinare una permanente ed assoluta impossibilità a svolgere qualsiasi attività lavorativa, per cui è da considerarsi **NON INABILE** al proficuo lavoro. La capacità lavorativa dell'assicurato non è ridotta in maniera superiore ai due terzi per cui è da considerarsi **NON INVALIDO**.

DELIBERA

Facendo proprie le argomentazioni della Commissione Istruttoria la Commissione Deliberante FPLO con seduta del **XXXX** respinge il ricorso in accordo con la proposta espressa dall'Ufficio Medico - Legale della sede di **XXXX**.

-) Comunicazione INPS del XXXX: Non accoglimento del ricorso contro il provvedimento di reiezione della domanda di Pensione ordinaria di inabilità nella gestione Lavoratori Dipendenti e nel fondo FPLD Rif. domanda n. **XXXX** Codice fiscale **XXXX**.

Le comunico che il Comitato provinciale dell'INPS ha respinto il ricorso da lei presentato il **XXXX** contro il mancato accoglimento della domanda in oggetto.
Ricorso respinto.

-) **Certificato medico allegato alla domanda amministrativa INPS del XXXX:** anamnesi: Storia di lombosciatalgia cronica con episodi recidivanti di lombalgia acuta associata a blocco lombare e sciatalgia bilaterale. Sottoposto a rmn rachide lombo-sacrale che evidenzia stenosi del canale lombare e dimorfismo del sacro. Sottoposto a emg che evidenzia radicolopatia cronicizzata L4-L5 di sinistra e in S1 bilateralmente. Da anni iperteso-broncopatico. Attualmente lamenta tosse-dispnea-pirosi gastrica-abulia-nicturia-limitazione funzionale al rachide lombare oltre il deficit agli arti inferiori e disequilibrio. Obiettività: obeso-contratti i muscoli paravertebrali dorso-lombari-ipoestesia arti inferiori-facies ansiosa-edemi arti inferiori.
Terapia: Tauxib 90- cardura 4mg-esopral 40mg-relvar 92/22 nicetile fiale-flantadin 30mg-xnerv cps-efexor 75-sedute di O2-O3 terapia lombare.
Diagnosi: Lombosciatalgia bilaterale da stenoinstabilita degenerativa L3-L4 L4-L5-bpco-cardiopatia ipertensiva-gastrite da fans-radicolopatia cronicizzata L4-L5 di sinistra-S1 bilateralmente-sindrome depressiva-ipb-dislipemia-obesita-ipoacusia neurosensoriale bilaterale-cistite ricorrente-epatopatia-deficit visivo.

-) **Visita neurologica del XXXX:** quadro clinico attuale compatibile con: nevrosi depressivo-asioso con tendenza all'abuso di alcool. Presenta depressione timica, irritabilità, crisi di ansia sia libera che somatizzata, sentimenti di auto-svalutazione, difficoltà a compiere semplici attività. Compromessa appare in atto la funzionalità sociale e relazionale. Si consiglia: Daparox cpr mezza cpr al mattino, Xanax gtt 10 gtt tre volte al giorno, evitare il più possibile l'alcool, a controllo fra tre mesi.

-) **Rx piede destro e sinistro del XXXX:** Consono all'età anagrafica dichiarata il tenore calcareo dei segmenti scheletrici visualizzati. Discreti diffusi segni radiologici di osteo-artrosi. Presenza di sperone sottocalcanear bilaterale. Disomorfismo dell'articolazione dell'astragalo-scafoide specie a sn. Presenza di voluminoso naso dell'astragalo bilaterale.

-) **R.M.N. ginocchio destro del XXXX:** Lesione radiale della radice posteriore del menisco mediale, estruso e degenerato. Meniscosi laterale senza lesioni. Regolari i legamenti crociati ed i collaterali. Netto assottigliamento cartilagineo femoro-tibiale mediale per condropatia di III-IV grado con sfumato edema subcondrale e appuntamento marginale. Rotula in asse con fissurazioni condrali superficiali. Coesistono alcune erosioni condrali a tutto spessore e sfumato edema subcondrale nella faccetta mediale della troclea. Non lesioni ossee locali. Modico versamento articolare.

-) **RMN sacro-coccige del XXXX:** Verticalizzazione del sacro. Si segnala in corrispondenza dei primi due metameri coccigei, verosimilmente in corrispondenza dei versanti articolari, alterato segnale iperintenso in T2w e STIR, ipointenso in T1w di non univoca interpretazione (edema della spongiosa di natura degenerativa o post-traumatica? Altro?); necessaria consulenza specialistica. Si associa lieve dimorfismo con orizzontalizzazione del coccige che risulta inoltre latero-deviato a destra. Regolare aspetto dei metameri sacrali. Regolare il diametro dello speco vertebrale sacrale. Con i limiti di un

esame non mirato, si apprezza in L4-L5 anterolistesi di L4 su L5 cui si associa pseudoprotrusione discale responsabile di compressione sul sacco durale e sulle radici emergenti con aspetto affastellato e congesto delle radici della cauda. Si segnala inoltre iperintensità di segnale in STIR della spongiosa ossea di entrambi i versanti dell'articolazione sacro-iliaca di destra in corrispondenza di S3-S4 meritevole di consulenza specialistica ed eventuale valutazione mirata.

-) Visita fisiatrica del XXXX:

ANAMNESI

Storia di lombosciatalgia cronica con episodi recidivanti di lombalgia acuta associata a blocco lombare e sciatalgia bilaterale. La sintomatologia si accentua sotto sforzo (bracciante agricolo). Porta in visione EMG che evidenzia radicolopatia cronica L4- L5 ed S1, Rm lombare che evidenzia sostanzialmente un quadro di stenosi del canale lombare, Rm del sacro che evidenzia dismorfismo, referti specialistici ortopedici. In atto lamenta algia e limitazione funzionale al rachide lombare oltre a deficit di forza agli arti inferiori e sensazione di disequilibrio.

ESAME OBIETTIVO

Soggetto vigile, cosciente e collaborante. Sovrappeso, pannicolo adiposo molto ben rappresentato. Stazione eretta mantenuta autonomamente con lievi oscillazioni polidirezionali che si accentuano in Romberg. Il rachide dorso-lombare presenta limitazione funzionale ai gradi medi in flesso-estensione e poco oltre i gradi medi in rotazione bilaterale e lateroflessione sinistra. Contratti si presentano i muscoli paravertebrali dorso-lombari ed il quadrato dei lombi. Spinalgia pressoria da D4 a D6 e da L2 ad L5. Ipoestesia arti inferiori. Lasegue + a bil. Rot achillei e medioplantari ipoelicitabili.

Conclusioni: il quadro anatomico Rm evidenziato è compatibile con i segni riscontrati e con la sintomatologia riferita. Configura un quadro di stenosi del canale lombare incompatibile con attività usuranti, sollevamento di peso, mantenimento di posture obbligate.

Si consiglia:

-) Calo ponderale
-) Non sollevare pesi
-) Seguire corrette abitudini di igiene posturale (postazione sul posto di lavoro, posizione seduta nei momenti di relax, posizione a letto)
-) Non mantenere a lungo posizione obbligate per il tratto lombare (in particolare si raccomanda di non mantenere a lungo la postura ortostatica o seduta, ma di cambiare posizione massimo ogni 45 minuti)
-) Effettuare con prudenza i cambi di postura
-) In caso di riacutizzazione assumere fans ed indossare corsetto lombare.

-) Visita ortopedica del XXXX:

ANAMNESI

Lamenta da alcuni mesi dolore alle gambe, formicolio e ipostenia . Esibisce rm lombosacrale 21.09.2019

ESAME OBIETTIVO

Rot rotulei Achillei e medio plantari torpidi. Ipoestesia arti inferiori. Si riscontra inoltre versamento intrarticolare ginocchio dx con dolore locale.

DIAGNOSI VISITA SPECIALISTICA AMBULATORIALE

Ernia discale L4-L5 con anterolistesi , conflitto radicolare, osteoartrosi del rachide con protrusioni discali. Gonartrosi in fase algica

NOTE

Applicare borsa di ghiaccio sul ginocchio. Pr 6 p

PRESCRIZIONE

PR Nicetile fiale S una fiala die per 10 gg poi Nicetile cpr S una mattina una sera per 1 mese PR Fenextra 400 una mattina una sera per 10 gg.

-) **Elettromiografia del XXXX:** l'esame elettro-neuromiografico evidenzia segni di sofferenza neurogena cronicizzata di grado moderato al vasto laterale e al peroneo lungo di sinistra, di grado lieve al gemello interno di ambo i lati. Non segni di denervazione attiva nei distretti esplorati. La valutazione della conduzione nervosa non evidenzia anomalie. Esame compatibile con radicolopatia cronicizzata L4-L5 di sinistra e, in minor misura, S1 bilateralmente.

-) **Rx rachide lombare del XXXX:** accentuata la fisiologica lordosi del rachide lombare che presenta modica scoliosi sn-convessa. Rotazione dx-versa (+) di L5. Modesti segni di osteospondiloartrosi. Anterolistesi del corpo di L4 su L5. Ristretto l'ultimo spazio intersomatico per verosimile discopatia. Altezze vertebrali nei limiti della norma.

-) **Rx rachide lombare in flessione estensione del XXXX:** mobile il tratto rachideo esplorato sui radiogrammi in massima flessione estensione . Anterolistesi del corpo di L4 su L5. Orizzontalizzazione del sacro.

-) **Rx bacino x 1 del XXXX:** consoni all'età anagrafica dichiarata il tenore calcareo dei segmenti scheletrici visualizzati. Discreti diffusi segni radiologici di osteo-artrosi e di coxo-artrosi.

-) **RMN rachide lombare del XXXX:** Conservata la fisiologica lordosi lombare in condizioni di scarico funzionale. Segni di spondilosi dei somi vertebrali con osteofitosi margino-somatica tendente alla formazione dei ponti ossei anteriori. Si associa artrosi del comparto vertebrale posteriore con massicci articolari sagittalizzati ed ipertrofici ed ispessimento dei legamenti gialli. Tali fenomeni determinano stenosi del diametro canale tra L3 e L5 con aspetto affastellato e congesto delle radici della cauda. I dischi intersomatici sono ridotti in altezza ed ipointensi in T2w come da fenomeni degenerativo-disidratativi. In L3-L4 protrusione erniaria in associazione ai fenomeni artrosici posteriori comprime marcatamente il sacco durale e le radici emergenti di L4 ed impegna il terzo caudale dei neuroforami, ridotti in ampiezza, dove le radici di L3 sono improntate. In L4-L5 anterolistesi di 1 grado secondo Meyerding di L4 su L5 cui si associa pseudoprotrusione erniaria che comprime marcatamente il sacco durale e le radici emergenti di L5, in associazione ai fenomeni artrosici posteriori, e che determina impegno del terzo medio-caudale del neuroforame di destra dove è responsabile di conflitto con la radice intracanalare di L4 omolaterale. In L5-S1 ernia mediana lievemente eccentrica destra, con segni di fissurazione anulare nel contesto, che comprime il sacco durale e la radice emergente di S1 omolaterale. Non aree di alterato segnale di epicono e cauda.

-) **Visita ortopedica del XXXX:** lombosciatalgia bilaterale in risoluzione da stenoinstabilità L4-L5 > L3-L4. Attualmente OB neurologica negativa. Si consiglia: controllo peso corporeo, fascia lombare di sostegno, evitare sforzi in flessione, Nevrassial Dol 1 cpr x 2 al dì x 10 gg → Nevrassial 1 cpr al dì per 30 gg, controllo tra 4 mesi.

-) **Visita ortopedica del XXXX:** lombosciatalgia e cruralgia bilaterale da stenoinstabilità degenerativa L4-L5 > L3-L4. OB neurologica negativa. Si consiglia: rx rachide lombosacrale in ortostasi proiezioni standard + dinamiche in flesso estensione, rx bacino x anche in ortostasi, EMG arti inferiori, controllo peso corporeo (dieta ipocalorica), fascia lombare di sostegno a intervalli per 3 mesi, Miotens schiuma cutanea + Flector Artro gel 3 applicazioni al dì per 7 giorni, X Nerv 2 cp h 8 2 cp h 15 per 7 gg → 1 cp h 8 1 cp h 15 per 30 gg, Flantadin 30 1 cp dopo colazione x 3 gg → 1/2 cp dopo colazione x 7 gg, n° 12 sedute di O2-O3 terapia lombare.

STORIA CLINICA

Storia di lombosciatalgia cronica con episodi recidivanti di lombalgia acuta associata a blocco lombare e sciatalgia bilaterale. Pregresso episodio di cruralgia. Sottoposto a Rm rachide lombo-sacrale che evidenzia stenosi del canale lombare e dimorfismo del sacro. Sottoposto a EMG che evidenzia radicolopatia cronicizzata L4-L5 di sinistra e in S1 bilateralmente. Gonalgia destra con episodi di blocco articolare ed idrartro recidivanti. Obesità da diversi anni.

In atto lamenta difficoltà nella deambulazione quando indossa le scarpe da lavoro e quando cammina su terreni irregolari (seppur il terreno morbido attenui talvolta il dolore) a causa dell'insorgenza di lombalgia e gonalgia destra, algia alle dita dei piedi e dorso-lombalgia. La dorso-lombalgia insorge anche per sforzi lievi (per tale ragione assume spesso antinfiammatori), e si associa a parestesie a carico degli arti inferiori. Le parestesie sono spesso presenti anche di notte.

Particolarmente difficoltosa l'attività di raccolta di verdure/ortaggi/frutta, l'utilizzo di macchinari manuali (scuotitore, pettine elettrico, sega a motore), la conduzioni di mezzi agricoli.

Rigidità mattutina perdurante per almeno un'ora.

ESAME OBIETTIVO

Paziente in condizioni generali buone, vigile, cosciente, orientato, collaborante.

Tono dell'umore evidentemente deflesso con note di disvalore e anedonia.

Cute e mucose rosee, apparato muscolare indenne, pannicolo adiposo molto ben rappresentato (altezza 170 cm, peso 100 kg, bmi 34,6).

Stazione eretta mantenuta autonomamente con piccole oscillazioni polidirezionali che si accentuano in Romberg. Alla prova della marcia sul posto deviazione dall'asse centrale.

Deambulazione autonoma e ben coordinata. Passaggi posturali autonomi.

Torace di forma cilindrico-conica, normoespansibile, FVT leggermente ridotto, non rumori patologici.

Attività cardiaca ritmica con F.C. 76 b/min, P.A.135/70 mmHg, toni ritmici, polsi arteriosi presenti e validi.

Addome trattabile, non dolente, organi interni apparentemente nei limiti.

Apparato urogenitale indenne, segno di Giordano negativo bilateralmente.

Ginocchio destro fresco ed asciutto. Limitazione funzionale ai gradi medio-ultimi in flessione ed estensione, con dolore nella gola poplitea. Dolore alla pressione sulla regione posteriore della rima mediale. Dolore vivo in ipertensione di ginocchio. Grinding test positivo. Segno della raspa positivo, crepititi articolari ed alla mobilitazione della rotula come da severa condropatia. In ordine i legamenti crociati e collaterali.

Il rachide cervicale presenta limitazione funzionale ai gradi medi in estensione e medio-ultimi su tutti gli altri piani dello spazio.

Il rachide lombare presenta limitazione funzionale ai gradi iniziali-medi in flessione-estensione e poco oltre i gradi medi nelle altre direzioni. Contratti appaiono i muscoli paravertebrali loco regionali, che sono anche dolenti all'impastamento. Segno di Lasegue e Valleix positivi bilateralmente, ROT Achillei ipoelicitabili.

Deambula con qualche difficoltà sulle punte e con grosse difficoltà sui talloni.

Spinalgia pressoria viva da D10 ad S1.

DIAGNOSI

Lombosciatalgia in ernia discale ed artrosi

Obesità

Depressione endoreattiva

Gonalgia destra in meniscopatia e condropatia

CONSIDERAZIONI CLINICHE

Lombosciatalgia

Per lombosciatalgia si intende una sindrome dolorosa che dalla regione sacrale si irradia con distribuzione radicolare all'arto inferiore, nel territorio del nervo sciatico. L'ernia discale rappresenta la causa più comune di lombosciatalgia, e colpisce preferibilmente il sesso maschile nell'età compresa tra i 35 e i 50 anni. Essa si forma quando il disco intervertebrale si fessura ed il suo nucleo polposo, ancora ben idratato, riesce a superare le fibre dell'anulus andando a collidere contro le radici spinali L5 ed S1. La sintomatologia rachidea è rappresentata da dolore lombare trafittivo che si irradia lungo l'arto inferiore con associata una notevole contrattura muscolare antalgica che si rende evidente anche alla ispezione per la salienza delle masse paravertebrali sulla parete lombare, per l'appiattimento della fisiologica lordosi, per l'atteggiamento scoliotico ed in flessione anteriore mantenuto dal paziente nella stazione eretta. La sintomatologia periferica è rappresentata da: 1) irradiazione del dolore nella specifica zona di innervazione della radice compressa e dalla possibilità di riacutizzare il dolore con opportune manovre semeiologiche che consistono nel mettere in tensione il nervo sciatico o nell'esercitare una pressione diretta sul nervo stesso (segno di Walleix o segno di Lasegue); 2) alterazioni della sensibilità cutanea come

parestesie (formicolii), ipoestesie o nei casi più gravi anestesi con distribuzione topografica analoga a quella del dolore; 3) alterazioni dei riflessi osteotendinei; 4) deficit del tono muscolare; 5) deficit motori: precoce esauribilità, paresi o meno frequentemente paralisi. Le indagini strumentali che più frequentemente vengono in ausilio per la conferma della diagnosi sono la *TAC* lombo-sacrale e la *RMN*. Nell'ernia discale la terapia medica è sintomatica e di solito trova riscontro solo nella fase iniziale: i farmaci più usati sono associazioni di antinfiammatori e miorilassanti, ed eventualmente un farmaco cortisonico. Quando la sintomatologia radicolare persiste è indicato l'intervento chirurgico di asportazione dell'ernia.

Spondiloartrosi

La spondiloartrosi è l'artrosi delle articolazioni della colonna vertebrale. Può interessare la colonna in tutta la sua lunghezza, oppure soltanto in alcuni tratti: si parla allora di lomboartrosi se è colpito il tratto lombare, di cervicoartrosi se il tratto ad essere colpito è quello cervicale. L'interessamento del rachide dorsale e di quello sacrale, generalmente associato a quello di altri tratti, ha minore importanza clinica in quanto si tratta di segmenti vertebrali poco o nient'affatto mobili. Da un punto di vista clinico la spondiloartrosi si manifesta con limitazione funzionale (che riduce la libertà di movimento) e dolore (in particolare al risveglio ed alla sera).

Obesità

L'obesità è una patologia multifattoriale, tipica, anche se non esclusiva, delle società dette "del benessere". Si definisce obeso un individuo la cui massa di tessuto adiposo sia eccessiva, con indice di massa corporea (BMI) maggiore di 30. L'obesità è quasi sempre correlata ad altre malattie, in particolare disfunzioni cardiocircolatorie, diabete, patologie a carico del sistema osteo-articolare, ictus e sindrome da apnea notturna. Dieta ipocalorica e attività fisica possono aiutare nei casi meno gravi, ma per quelli più problematici si interviene anche con terapie farmacologiche o chirurgiche. Le conseguenze dell'obesità sono molteplici: patologie che interessano il sistema cardiocircolatorio (aterosclerosi, cardiopatie, ipertensione), patologie vascolari cerebrali, malattie coronariche, ictus e infarto. A livello osteo-articolare si possono sviluppare artropatie, in particolare di tipo degenerativo e da sovraccarico, con interessamento anche delle strutture periarticolari (legamenti, tendini). Nei soggetti obesi inoltre c'è maggiore incidenza di sviluppo di alcuni tumori, soprattutto a stomaco, colon, mammella, colescisti e endometrio. Frequentemente le persone obese sviluppano anche diabete mellito di tipo 2, iperlipidemie, calcolosi biliare e problemi respiratori.

Depressione Endoreattiva

La depressione e i disturbi dell'affettività in generale

Caratteristica principale di questi disturbi è l'alterazione del tono dell'umore, o nel senso dell'euforia (stati maniacali), o in quello della tristezza (stati depressivi). A volte i due

quadri psicopatologici (mania e depressione) si presentano associati, in un continuo alternarsi di episodi maniacali e depressivi intervallati da periodi più o meno lunghi di normalità, come nel caso del disturbo bipolare e di quello ciclotimico. Si distinguono in: primari, quando il disturbo dell'affettività risulta essere, se non l'unico, il problema principale; e secondari, cioè correlati ad altre condizioni come malattie organiche, altri disturbi psichiatrici, l'assunzione di farmaci, l'uso o abuso di sostanze.

La depressione reattiva

Si tratta di uno stato depressivo strettamente legato ad un avvenimento doloroso (ad es., lutto, perdita, sconfitta, disturbi fisici,..) ma con un'intensità e durata sproporzionate rispetto alla "normale" reazione di fronte a simili eventi. Elemento principale che caratterizza questo disturbo è un sentimento di tristezza vissuta a livello cosciente e con forte partecipazione emotiva. Generalmente non si presentano la perdita di autostima, sensi di colpa o di inadeguatezza tipici della depressione endogena, ed i contenuti del pensiero sono direttamente legati a quello dell'avvenimento scatenante.

Insorgenza e decorso

In genere l'inizio è acuto e strettamente legato ad un avvenimento stressante. Tanto la sintomatologia quanto il decorso e la prognosi hanno caratteristiche variabili da quadri clinici di lieve entità e breve durata, a forme la cui gravità e profondità raggiungono i limiti di un episodio di depressione endogena (di origine interna), a forme che tendono a cronicizzarsi. L'andamento della patologia sembra dipendere più dalla struttura di base della personalità e dal significato emotivo soggettivo del trauma, che dalla sua oggettiva entità e durata.

Meniscopatia ginocchio destro

Con il termine generico "meniscopatie" si vuole indicare l'insieme delle lesioni che possono interessare i menischi. Le patologie del menisco possono insorgere in tutti i tipi di pazienti, sia di sesso maschile che femminile. Tuttavia, indicativamente, si stima che più del 50% delle meniscopatie diagnosticate interessi gli sportivi.

Funzioni dei menischi

I menischi sono strutture fibrocartilaginee a forma di "C", localizzate a livello del ginocchio e poste fra la tibia e i condili del femore. All'interno di ogni ginocchio possiamo distinguere un menisco laterale e un menisco mediale.

I menischi svolgono numerose e fondamentali funzioni nell'apparato muscoloscheletrico. Più in particolare, i menischi:

- Proteggono l'articolazione dai danni dovuti all'iperestensione e all'iperflessione;
- Aiutano la cartilagine ad assorbire gli urti;
- Svolgono un ruolo di ammortizzatori e ripartiscono uniformemente i carichi ad essi applicati;
- Stabilizzano l'intera articolazione.

Diagnosi

Generalmente, il medico e soprattutto l'ortopedico riescono a individuare le meniscopatie con una semplice visita ambulatoriale, attraverso il colloquio con il paziente e attraverso l'analisi dei sintomi da esso presentati.

Tuttavia, per essere certi della diagnosi di meniscopatia, solitamente, il medico deve ricorrere all'esecuzione di indagini strumentali, quali la risonanza magnetica e la TAC.

Sintomi

I sintomi che caratterizzano le meniscopatie possono essere differenti a seconda della causa scatenante.

Certamente, il sintomo principale provocato dalle meniscopatie è il dolore. Tuttavia, questo particolare sintomo può manifestarsi in maniera poco chiara, ossia può anche non comparire subito, ma solo dopo qualche tempo, soprattutto quando le lesioni meniscali sono lievi. In altri casi ancora, invece, il dolore può comparire o intensificarsi solo quando si eseguono determinati movimenti. Ad ogni modo, insieme al dolore, un altro sintomo caratteristico delle meniscopatie è costituito dal gonfiore del ginocchio, cui possono associarsi altre manifestazioni, come rigidità, blocco articolare, difficoltà nel flettere o nell'estendere l'articolazione, scricchiolio dell'articolazione, perdita di forza muscolare e/o ipotrofia del quadricipite.

CONSIDERAZIONI MEDICO-LEGALI

Legge 12 giugno 1984, n. 222

Si considera invalido, secondo l'articolo 1, comma 1, della legge 222/84, per il conseguimento del diritto all'assegno nell'assicurazione generale obbligatoria dei lavoratori dipendenti e nelle gestioni speciali dei lavoratori autonomi (coltivatori diretti, coloni, mezzadri, imprenditori agricoli a titolo principale, artigiani e commercianti) l'assicurato la cui capacità di lavoro, in occupazioni confacenti alle sue attitudini, sia ridotta in modo permanente, a causa di infermità o difetto fisico o mentale, a meno di un terzo.

La riduzione della capacità di lavoro va valutata con riferimento alle occupazioni confacenti alle attitudini dell'assicurato considerando, cioè, i fattori soggettivi (età, sesso, esperienza professionale e così via) che servono a determinare le attitudini del richiedente la pensione e del lavoro precedentemente svolto dal quale deve svilupparsi l'indagine riguardante i lavori affini espletabili. L'espressione "occupazioni confacenti" si deve intendere riferita sia ad attività di natura subordinata che autonoma.

Per tale ragione, *nel caso di valutazioni medico-legali relative alla L. 222/84 la valutazione deve essere generica e non specifica, quindi non strettamente tabellare, tendendo a valutare se lo stato di salute del periziato sia compatibile o meno con il lavoro svolto.*

Le valutazioni di uno stesso caso, quindi, possono portare a risultati molto diversi se valutate nell'ottica dell'invalidità civile o della riduzione di capacità di lavoro in occupazioni confacenti.

Per esempio un soggetto di 60 anni, di professione orologiaio, ipovedente con visus residuale in OD=1/10 e in OS= 2/10, secondo le tabelle di cui al DM 5/2/92 avrebbe un'invalidità civile pari al 40 %, tuttavia la sua capacità lavorativa in attività confacenti sarebbe certamente inferiore ad un terzo.

Viceversa un soggetto 40 enne occupato come impiegato di concetto, quindi esercente un'attività sedentaria, affetto da BPCO ed insufficienza respiratoria medio-grave, pur avendo diritto ad un'invalidità civile del 75% avrebbe una capacità lavorativa in attività confacenti superiore ad un terzo.

Mansioni del bracciante agricolo

Per definizione, un operaio agricolo svolge numerose mansioni legate alla coltivazione di specie vegetali. Innanzitutto si occupa di preparare il terreno dove cresceranno alberi e piante - in pieno campo, in serre o in vasi. Il bracciante agricolo procede poi alla semina e al trapianto di semenze, bulbi e piantine. Fa in modo che le piante crescano rigogliose, ad esempio curando l'irrigazione e la fertilizzazione del terreno, effettuando potature, spargendo insetticidi e diserbanti per rimuovere le piante infestanti. Inoltre il bracciante si occupa di condurre mezzi agricoli, di movimentare carichi, di utilizzare apparecchiature specializzate che richiedono forza e gesti precisi per essere utilizzate in sicurezza, raccogliere ortaggi, estirpare erbacce, potare piante, ed in generale assolvere a compiti fisicamente onerosi.

Valutazione del caso

Nel caso in oggetto il Sig. **XXXX** è affetto da lombosciatalgia recidivante, obesità, depressione endoreattiva e gonalgia.

La patologia rachidea, che si associa ad una patologia nervosa periferica, si presenta per sforzi anche lievi, non permettendo l'espletamento dell'attività professionale.

Il quadro è aggravato da una corporatura robusta che sovraccarica ulteriormente sia la colonna vertebrale che le articolazioni periferiche.

In tal senso la patologia degenerativa che ha colpito le ginocchia, in particolare il destro, appare conseguenza del lavoro usurante associato al sovrappeso. La gonalgia rende particolarmente gravoso lo spostamento su terreni irregolari, la movimentazione di carichi e la conduzione di mezzi agricoli.

A parte le considerazioni cliniche già espresse, occorre, da un punto di vista squisitamente medico-legale, considerare che l'odierno attore è in possesso del titolo di studio di terza media ed ha sempre svolto attività manuali ed usuranti (principalmente bracciante agricolo, ma anche muratore).

In tal senso egli non può inserirsi in contesti lavorativi meno faticosi e usuranti.

GIUDIZIO VALUTATIVO FINALE

In base a quanto prima argomentato si ritiene che il Sig. **XXXX sia in possesso dei requisiti per ottenere l'assegno ordinario di invalidità in quanto la sua capacità di lavoro in attività confacenti è ridotta a meno di un terzo.**

Si ritiene con la presente relazione di aver ottemperato all'incarico ricevuto e si rimane a disposizione per qualsiasi chiarimento.

Sciacca, li **XXXX**

Iscrizione Ordine Medici Ag n. 3465