

La presente relazione ottempera all'incarico conferitomi dalla sig.ra XXXX, nata a XXXX il XXXX di effettuare una consulenza tecnica di parte sulle sue condizioni di salute al fine di accertarne lo stato di invalido civile e la sussistenza dei requisiti atti ad ottenere l'assegno mensile di assistenza.

I FATTI

La sig.ra XXXX, affetta da diverse patologie invalidanti, presentava domanda agli organi competenti al fine di aver riconosciuto lo stato di invalido civile ed ottenere l'assegno mensile di assistenza. Sottoposta a visita collegiale dalla Commissione per l'accertamento dell'invalidità civile, le veniva riconosciuta un'invalidità pari al 65% con la diagnosi di "esiti frattura post traumatica dell'ultima vertebra sacrale e dell'ultima vertebra del coccige, ipoacusia bilaterale di tipo misto, artrosi, colecistectomia, sindrome ansioso-depressiva". Successivamente a tale valutazione il quadro clinico della paziente è peggiorato, per cui ha richiesto una valutazione medico-legale del suo stato invalidante alla luce di quanto è stato quantificato dall'INPS e di quanto evidenziabile strumentalmente e clinicamente in merito alle nuove patologie.

ANAMNESI

Pregressa colecistectomia. Pregresso trauma sacro-coccigeo con frattura. Ipoacusia. Coxalgia bilaterale maggiore a destra con tendenza al cedimento sotto carico. Esiti frattura spalla sinistra trattata con placca e viti. Algia e limitazione funzionale spalla destra. Rachialgia cronica. Episodi recidivanti di cervico-brachialgia. Storia di lombo-sciatalgia destra (trattata con ozono e cortisone) con evidenza clinica e strumentale di radicolopatia L5 a dx. Indossa giornalmente busto steccato. Diabete mellito di tipo 2. Cardiopatia ipertensiva con aumento degli spessori parietali. Ipercolesterolemia. Insufficienza venosa arti inferiori.

Porta in visione diversi accertamenti recenti e comunque successivi alla valutazione INPS. Fra questi i più importanti sono:

-) **Visita ortopedica presso XXXX** che evidenzia, fra l'altro "LIMITATI E DOLOROSI I MOVIMENTI DI ABDUZIONE INTRAROTAZION DELLA SPALLA DI SX > DX LIMITATI E DOLOROSI I MOVIMENTI ANCA DI DX" e conclude con la diagnosi di "PERIARTRITE SCAPOLO OMERALE IN FASE ALGICA A SX COXARTROSI DX, CERVICOBRACHIALGIA BILATERALE, RIZOARTROSI BILATERALE".

-) **Rx spalla sn del XXXX**: esiti di frattura a carico dell'omero sn trattata chirurgicamente con applicazione di placca e viti metalliche in buona posizione.

-) **Rx mano dx e sn del XXXX**: segni radiologici di artrosi a carico delle articolazioni interfalangee e dell'articolazione del trapezio con il i metacarpo.

-) **Rx ginocchio dx e sn del XXXX**: segni radiologici di gonartrosi bilaterale. restringimento della rima articolare sul versante mediale bilateralmente.

-) **Rx piede dx e sn del XXXX:** segni radiologici di artrosi a carico presenza di spina calcaneare plantare e posteriore a sn.

-) **Rx bacino x anche del XXXX:** segni radiologici di coxartrosi dx con notevole restringimento delle rime articolari e presenza di aree di rarefazione ossea circondata da orletto radiopaco in corrispondenza dell'acetabolo omolaterale da riferire a cisti di Eggers presenza di conflitto femoro-acetabolare a dx (impingement).

-) **Radiografia della spalla - sinistra del XXXX:** esiti di frattura a carico dell'omero sn trattata chirurgicamente con applicazione di placca e viti metalliche in buona posizione.

-) **Visita ortopedica presso XXXX:** esiti osteosintesi frattura omero sx...controllo clinico ed rx grafico continuare ciclo di fkt da rivedere fra 40 gg con ricetta di visita ortopedica ed rx spalla sx.

-) **Rx anca sin del XXXX:** segni radiologici di coxartrosi con sclerosi subcondrale del tetto acetabolare. Notevole restringimento della rima articolare. Rigonfiamento in corrispondenza del collo femorale che provoca conflitto femoro-acetabolare (impingement)

-) **Rx anca dx del XXXX:** presenza di rigonfiamento in corrispondenza del collo femorale dx che provoca conflitto femoro-acetabolare (impingement). Segni radiologici di grave coxartrosi dx con notevole restringimento della rima articolare. Presenza di aree di osteolisi a margini netti in corrispondenza della testa femorale e della cavità acetabolare da riferire a cisti di Eggers. Presenza di esostosi in corrispondenza della testa femorale in sede posteriore.

-) **Elettromiografia del XXXX:** Conclusioni: L'esame elettroneuromiografico evidenzia di sofferenza neurogena di grado severo nei territori muscolari dipendenti dalla radice L5 destra con segni di denervazione attiva in atto e marcato riduzione di reclutamento di unità motorie. La valutazione della conduzione nervosa evidenzia riduzione in ampiezza dei MAP dello SPE di destra come da iniziale sofferenza assonale.

-) **Rm colonna lombare del XXXX:** -A livello D12-L1 : protrusione discale di grado leggermente maggiore a destra responsabile di impronta sul sacco durale ed impegno del terzo caudale del forame di coniugazione di destra. Presenza di verosimile lesione angiomatica del diametro di 15mm nel soma di L1. Tale lesione si presenta iperintensa in STIR e pertanto appare prudenzialmente meritevole di studio TC mirato dato il miglior dettaglio anatomico sulla componente ossea e proseguimento del monitoraggio strumentale. -A livello L1-L2: minimo disk bulging. -A livello L4-L5: protrusione discale di grado maggiore a sinistra responsabile di impronta sul sacco durale ed impegno del terzo inferiore del forame di coniugazione di sinistra. -A livello L5-S1: disco intersomatico disidratato e ridotto di spessore con lieve protrusione discale posteriore di grado leggermente maggiore a sinistra con associata reazione osteofitica marginale sul versante sinistro. Canale rachideo nei limiti di norma per ampiezza nel tratto esaminato. Regolare il profilo posteriore e l'idratazione dei rimanenti dischi intersomatici.

-) **TAC lombare del XXXX:** Conservata la fisiologica lordosi lombare. Segni di spondilosi dei somi vertebrali e di modesti segni di artrosi del comparto vertebrale posteriore. Nei limiti il diametro canale. I dischi intersomatici presentano segnale tipico per fenomeni degenerativo-disidratativi. In D12-L1 piccola ernia mediana che riduce lo spazio epidurale anteriore. Alterazioni degenerative dei canti anteriori contrapposti. In L1-L2 protrusione discale in appoggio sul sacco durale. Angioma del soma di L1. In L2-L3 protrusione discale in appoggio sul sacco durale, con più evidenza a sinistra. In L3-L4 protrusione discale in lieve appoggio sul sacco durale. In L4-L5 anterolistesi di I grado secondo Meyerding di L4 su L5 cui si associa protrusione discale che impronta il sacco durale e le radici emergenti di L5 con più evidenza a destra. In L5-S1 marcata riduzione dello spessore intersomatico, si apprezza ernia mediana che in associazione ad osteofitosi impronta il sacco durale e le radici emergenti di S1, con più evidenza a sinistra. Ridotti in ampiezza per fenomeni artrosici i neuroforami. Diffuse alterazioni degenerative delle limitanti somatiche contrapposte. RA: calcificazioni parietali dell'asse aorto-iliaco.

-) **Rx spalla dx del XXXX:** segni radiologici di artrosi a carico dell'articolazione scapolo-omerale.

-) **Visita cardiologica del XXXX:** Diabete mellito in trattamento con IO; ipertensione arteriosa in trattamento farmacologico; dislipidemia in trattamento con integratori.

ECG: ritmo sinusale a fc 67 bpm. Alterazioni diffuse ST-T, BBSX.

EO: toni netti in successione ritmica, SS 2/6 L

EO Polmonare: torace libero

PAO 140/80 mmHg

Ecocardiogramma: non evidenti alterazioni della funzione regionale del vs, FE 50%.

Spessori di parete aumentati. Doppler: E<A. IM lieve.

Terapia: diuresis 1/2 cp lun/merc/ven per il resto invariata.

ESAME OBIETTIVO

Soggetto vigile, cosciente, ben orientato nel tempo e nello spazio, ben collaborante, condizioni generali mediocri. Al colloquio mostra umore evidentemente deflesso, con lamentazioni relative allo stato di salute, chiare note di anedonia, ritiro sociale e disvalore, quest'ultimo relativo al precario stato di salute.

Cute e mucose pallide, pannicolo adiposo poco rappresentato (altezza 175 cm, peso 56 kg, BMI 18.2), muscolatura ipotrofica.

Deambulazione autonoma con due stampelle con zoppia a destra. Possibile anche se con qualche difficoltà la deambulazione con una sola stampella a sinistra (e zoppia a destra). Non utilizzando le stampelle la deambulazione perde notevolmente fluidità, avviene a piccolissimi passi con fase di volo assente, movimenti oscillatori di compenso del tronco e tendenza al cedimento sotto carico.

La spalla sinistra presenta limitazione funzionale ai gradi iniziali-medi su tutti i piani dello spazio. Dolore vivo alla pressione sul tendine del CLB e del sovraspinoso. Scrosci spontanei durante il movimento, sia attivamente che passivamente. Deficit di forza 3/5 sulla scala MRC a livello della cuffia dei rotatori di sinistra.

La spalla destra presenta limitazione funzionale ai gradi medio-ultimi, con deficit di forza pari a 4/5 sulla scala MRC.

Il rachide presenta, all'ispezione, ipercifosi strutturata. Limitazione funzionale a livello cervicale ai gradi medi in rotazione e lateroflessione bil. Il tatto dorso-lombare presenta limitazione funzionale ai gradi medi su tutti i piani dello spazio. Serrata e diffusa contrattura dei muscoli paravertebrali, in particolare a livello cervicale alto, ma presente fino a livello lombare. Molto contratti e dolenti alla palpazione i muscoli interscapolari. Presenza di disturbo doloroso intervertebrale minore (DDIM) a livello C2-C3, D7-D8 e L4-L5 non manipolabili. Lasegue + a dx. Deficit di forza pari a 3+/5 sulla scala MRC a carico dei muscoli innervati dalla radice L5 di dx.

L'anca destra si presenta atteggiata in extrarotazione con falso accorciamento. Limitazione funzionale ai gradi iniziali-medi su tutti i piani dello spazio.

L'anca sinistra presenta limitazione funzionale ai gradi medi nelle rotazioni e oltre i gradi medi in flessione.

Evidente artrosi alle mani con deformazione della rizo-artrosi e delle interfalangee distali, con presenza di noduli di Heberdeen. Deficitarie le pinze interdigitali.

CONSIDERAZIONI MEDICO-LEGALI

Assegno mensile

L'assegno mensile spetta ai mutilati e invalidi civili di età compresa tra i diciotto e i sessantacinque anni nei cui confronti, in sede di visita medica presso la competente commissione sanitaria, sia stata riconosciuta una riduzione della capacità lavorativa in misura non inferiore al 74% (invalidi parziali), che non prestino attività lavorativa e che si trovino in stato di bisogno economico.

Valutazione del caso e del verbale INPS

La signora XXXX è stata sottoposta, su richiesta, a valutazione presso la Commissione INPS di XXXX che ha quantificato un'invalidità pari al 65% con la seguente diagnosi: "esiti frattura post traumatica dell'ultima vertebra sacrale e dell'ultima vertebra del coccige, ipoacusia bilaterale di tipo misto, artrosi, colecistectomia". Le tabelle di riferimento utilizzate erano la 7010 e la 4005.

Tale valutazione appare corretta e non si contesta.

Tuttavia, successivamente a tale valutazione, la paziente ha subito una frattura all'omero sinistro, trattata chirurgicamente con residua limitazione funzionale, ed ha iniziato ad accusare gravi problemi nella deambulazione a causa di una grave coxartrosi bilaterale, maggiore a destra, e di una radicolopatia L5 a destra con deficit di forza, strumentalmente accertata.

La sintomatologia algica e disfunzionale al rachide si è accentuata e sono strumentalmente accertate numerose protrusioni discali con compressione radicolari ed una anterolistesi di I grado secondo Meyerding di L4 su L5.

È stata anche prodotta una visita cardiologica con evidenza eco di aumentato spessore delle camere cardiache, compatibile con cardiopatia ipertensiva.
Tai quadri clinici, diversi da quelli presi in considerazione dalla commissione INPS, entrano a pieno diritto fra le patologie invalidanti.

Percentuale invalidità

Per la quantificazione dell'invalidità della **patologia di spalla** si può fare riferimento alla tabella 7215 del D.M. 5-2-92 "anchilosi o rigidità di spalla superiore al 70% in posizione favorevole" che assegna un punteggio fisso del 25%. Considerato che la limitazione nel caso in oggetto è inferiore al 70% appare congrua una valutazione pari al 15%.

Per la quantificazione della **patologia all'anca destra e sinistra** si può fare riferimento alla tabella 7202 "anchilosi di anca in buona posizione" che assegna un punteggio fisso del 41%. Nel caso in oggetto la presenza di residua mobilità ma anche di dolore vivo, assente in caso di anchilosi, si ritiene possano far quantificare l'invalidità nella misura del 30% per le due anche dolenti.

Tali punteggi vanno sommati secondo la formula salomonica, trattandosi di patologie incidenti sullo stesso apparato (locomotore), ottenendo una percentuale pari al 42%.

Per quanto concerne la **patologia cardiologica**, accertato che la paziente soffre di una cardiopatia ipertensiva lieve, vista la tabella 6445 "Coronaropatia lieve (I Classe NYA)" che assegna un punteggio compreso fra l'11 ed il 20%, considerate le discrete condizioni cliniche appare congruo riconoscere una percentuale d'invalidità pari al 15%.

Per quanto riguarda la **radicolopatia L5 a destra con deficit di forza**, vista la tabella 7338 "paresi dell'arto inferiore con deficit di forza lieve", che assegna un punteggio compreso fra l'11 ed il 20%, considerato che il deficit è prevalentemente distale, appare congruo riconoscere una percentuale d'invalidità pari all'11%.

Sommando i punteggi così rilevati secondo la formula scalare di Balthazard (42% patologia osteoarticolare, 15% patologia cardiaca, 11% patologia nervosa periferica, 65% precedente invalidità INPS) si ottiene un punteggio pari all'**85%**.

Per tale ragione si ritiene che la signora XXXX sia in possesso dei requisiti sanitari per ottenere il beneficio richiesto.

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

Sciacca, li XXXX