

La presente relazione ottempera all'incarico conferitomi dal Sig. **XXXX**, nato a **XXXX** il **XXXX**, di effettuare una consulenza medico-legale sulle sue condizioni di salute al fine di accertare la sussistenza dei requisiti atti ad ottenere il riconoscimento dell'indennità di accompagnamento e dello stato di portatore di Handicap.

I FATTI

Il Sig. **XXXX**, affetto da esiti di grave ictus cerebrale, in possesso dell'indennità di accompagnamento e del riconoscimento di portatore di handicap in situazione di gravità (Art. 3 comma 3) ai sensi della L.104/92, veniva sottoposto a visita di revisione dalla Commissione INPS per l'accertamento dell'invalidità civile in data **XXXX**. Successivamente a tale valutazione il beneficio dell'indennità di accompagnamento veniva revocato.

Ritenendo di essere ancora in possesso dei requisiti medici per ottenere entrambi i benefici l'odierno periziando incaricava il sottoscritto di valutarne la sussistenza e, in caso affermativo, redigere la presente consulenza tecnica di parte.

DOCUMENTAZIONE SANITARIA ALLEGATA

-) Cartella clinica n. **XXXX** ASP **XXXX** PO di **XXXX** UO di Medicina (ricovero dal **XXXX** al **XXXX**)
-) Cartella clinica n. **XXXX** ASP **XXXX** PO di **XXXX** UO di Riabilitazione Neuromotoria (ricovero dal **XXXX** al **XXXX**)
-) Certificato medico Mod. C del **XXXX**
-) TAC Cranio-encefalica presso **XXXX** del **XXXX**
-) TAC Cranio-encefalica presso **XXXX** del **XXXX**

ANAMNESI

Anamnesi Patologica Remota: litotrissia per litiasi renale sinistra nell'ottobre **XXXX** del **XXXX**. Ipertensione arteriosa in trattamento farmacologico. Diabete mellito di tipo II in trattamento con insulina. Gastrite cronica.

Anamnesi Patologica prossima: in data **XXXX**, al risveglio, evidenza di ipostenia dell'emilato destro, con contemporanea deviazione della rima labiale ed afasia. Per tale motivo il Sig. **XXXX** veniva condotto presso il PS del PO di **XXXX** ove, in seguito agli accertamenti del caso, veniva posta diagnosi di "lesione ischemica del nucleo caudato e regione nucleo-capsulare sn, sospetta areola ipodensa in sede cerebellare sn". In data **XXXX** il paziente veniva trasferito presso l'UO di Medicina Generale del PO di **XXXX**.

Sottoposto ad esami TC encefalo senza m.d.c. il **XXXX** ed il **XXXX** veniva evidenziata lesione ipodensa di natura ischemica recente in sede nucleo-capsulare sinistra e

coinvolgimento del caudato, con possibile iniziale infarcimento emorragico. Il corno ventricolare frontale di sinistra ed in parte la relativa cella media risultavano improntati. Dubbia areola ipodensa era presente in sede emipontina sinistra.

Una successiva TC encefalo senza mdc del **XXXX** evidenziava: “sovrapponibile per dimensioni la nota lesione ischemica in sede nucleo-capsulare sinistra con coinvolgimento del caudato, in atto di aspetto disomogeneo. La quota tenuamente iperdensa precedentemente descritta nel contesto di tale area presenta riduzione della densità con aspetto sfumato, come da naturale involuzione. Al controllo odierno non si documentano segni di recente ri-sanguinamento. Sovrapponibile l'impronta sul corno anteriore e sulla cella media del ventricolo laterale omolaterale. Sostanzialmente sovrapponibile la dubbia areola ipodensa in sede ponto-mesencefalica sn”.

Il paziente veniva anche sottoposto a diversi esami a carico dell'apparato cardiovascolare, i cui referti non vengono in questa sede citati in quanto ininfluenti sull'aspetto esitale del danno.

In data **XXXX** il Sig. **XXXX** veniva sottoposto a consulenza specialistica, in esito alla quale veniva posta indicazione al trattamento neuroriabilitativo in regime di ricovero.

Per tale ragione, in data **XXXX**, il paziente veniva dimesso dall'UO di Medicina e trasferito presso la U.O. di Riabilitazione Neuromotoria dell'Istituto **XXXX**.

Al termine di detto trattamento riabilitativo il sig. **XXXX**, come indicato anche nella relazione di dimissione dell'Istituto **XXXX** seppur clinicamente migliorato, necessitava comunque di supervisione, non potendo attendere autonomamente alle attività della vita quotidiana.

Successivamente alla dimissione dal suddetto Istituto il Sig. **XXXX** si sottoponeva ad altre due TC cranio-encefaliche. La prima, in data **XXXX**, evidenziava “sistema ventricolare sopratentoriale nei limiti morfovolumetrici. IV ventricolo eumorfico in asse. Nei limiti gli spazi liquorali periencefalici della volta e della base. Si segnala ampia area di aspetto liquorale che coinvolge la corona radiata, la sede nucleo-capsulare e periventricolare sinistra da riferire ad esito di pregresso insulto ischemico. Si apprezza modesto ampliamento ex vacuo del corno frontale ventricolare della cella media adiacenti. Si segnala ipodensità che dal braccio posteriore della capsula interna omolaterale si estende fino in sede bulbare, reperti in prima ipotesi di natura degenerativa (degenerazione del fascio piramidale post-ischemica). Utile tuttavia approfondimento diagnostico RM mirato. Calcificazioni parietali dei sifoni carotidei. La seconda, in data **XXXX**, evidenziava “esito poromalacico in sede lenticolo capsulare sinistra che coinvolge prevalentemente la testa del nucleo caudato omolateralmente . Ipodensità del peduncolo cerebrale di sinistra che si estende anche in corrispondenza della porzione anteriore omolaterale del ponte lungo il decorso del fascio piramidale compatibili con fenomeni di degenerazione Walleriana post ischemica. Struttura della linea mediana in asse. Ampliato in senso ex vacuo il corno frontale della sezione sinistra dei ventricoli laterali . Ampliati in senso atrofico il IV ventricolo e gli spazi liquorali della base e della volta”.

In atto lamenta notevole difficoltà nella deambulazione, che richiede almeno una stretta supervisione, assoluta impossibilità ad attendere autonomamente a diverse attività elementari della vita quotidiana, come vestirsi, lavarsi e preparare/consumare il cibo.

ESAME OBIETTIVO

Paziente in condizioni generali discrete, solo parzialmente orientato nel tempo e nello spazio, collaborante. Diverse lacune mnesiche sia a breve che a lungo termine, non ricorda quali farmaci assume e con quale cadenza.

Cute giallo-brunastra, mucose pallide. Umore evidentemente deflesso. Sistema linfatico superficiale indenne. Nulla al collo.

Il passaggio da disteso a seduto non avviene autonomamente e richiede aiuto. Il passaggio da seduto in piedi avviene autonomamente, seppur con difficoltà. Deambulazione autonoma a piccoli passi, con ridotta fase di volo e ridotta flessione dell'arto inferiore destro e pendolarismo praticamente assente all'arto superiore omolaterale.

Il braccio destro è atteggiato in lieve adduzione di spalla e flessione di gomito; la mano destra appare flessa al polso e con le dita in semiflessione. Mobilità attiva possibile a livello della spalla destra anche contro gravità (forza pari a 4/5 sulla scala MRC). Possibile la mobilizzazione attiva, seppur con difficoltà, a livello del gomito (forza pari a 3/5 sulla scala MRC). La mano destra presenta mobilità attiva accennata a livello delle dita (forza pari a 2/5 sulla scala MRC), con funzionalità praticamente nulla, impossibilità ad eseguire prese e pinze, manipolare oggetti, eseguire movimenti fini. Adiadococinesia a destra. Prove di coordinazione motoria non valutabili.

L'arto inferiore destro appare normoatteggiato, con mobilizzazione attiva possibile a tutti i fulcri. Limitazione funzionale ai gradi medio-ultimi, a carico dell'anca in intrarotazione e flessione. Deficit di forza paria a 4/5 sulla scala MRC a livello degli attivatori di anca e ginocchio, e 3/5 a livello degli attivatori di caviglia e piede.

Mingazzini +++ arto superiore destro con evidente slivellamento e deviazione in pronazione
Mingazzini + arto inferiore destro.

Presenza di ipertono spastico agli arti di destra.

Torace di forma cilindro-conica ipoelastico e ipoespansibile; FVT leggermente ridotto, MV sostituito da respiro aspro diffuso.

Attività cardiaca ritmica, f.c. 75, p.a. 155/90 mmHg. Polsi arteriosi presenti.

Addome globoso, trattabile, organi interni non ben delimitabili.

DIAGNOSI

Emiparesi destra a gradiente decrescente da ictus cerebrale ischemico con secondario infarcimento emorragico in paziente affetto da cardiopatia ipertensiva, diabete mellito tipo II, gastrite cronica, ipercolesterolemia

CONSIDERAZIONI MEDICOLEGALI

Indennità di accompagnamento

Le condizioni previste per l'attribuzione dell'indennità di accompagnamento consistono alternativamente nella impossibilità di deambulare senza l'aiuto permanente di un accompagnatore, ovvero nella incapacità di compiere gli atti quotidiani della vita senza continua assistenza.

Per “atti della vita quotidiana” si intendono quelle azioni elementari e anche relativamente più complesse non legate a funzioni lavorative, tese al soddisfacimento di quel minimo di esigenze medie di vita rapportabili ad un individuo normale di età corrispondente, così da consentire, ai soggetti non autosufficienti, condizioni esistenziali compatibili con la dignità della persona umana

In particolare sono *atti elementari*: fare il bagno (ricevere assistenza nel lavare non più di una parte del corpo); vestirsi (escluso l'allacciarsi le scarpe); uso del gabinetto (recarvisi con ausili, pulirsi e rivestirsi da solo); mobilità (alzarsi e sedersi sulla sedia senza appoggiarsi, usare il bastone); continenza (controllo completo di feci ed urine); alimentazione (escluso il tagliare la carne).

Sono *atti strumentali* della vita quotidiana la capacità di usare il telefono, di fare acquisti e gestire il denaro, di preparare il cibo, di governare la casa, di cambiare la biancheria, di usare i mezzi di trasporto, di essere responsabili nell'uso dei farmaci, di essere capaci di maneggiare il denaro.

La giurisprudenza di legittimità ha chiaramente affermato che il beneficio spetta anche in caso di perdita di uno soltanto degli atti del vivere quotidiano, purché abbia cadenza quotidiana nella vita del paziente, come stabilito dalla Suprema Corte, che con sentenza n. 13362 dell'11 settembre 2003 afferma che "La situazione di non autosufficienza che è alla base del riconoscimento del diritto in esame è caratterizzata, pertanto, dalla permanenza dell'aiuto fornito dall'accompagnatore per la deambulazione, o dalla quotidianità degli atti che il soggetto non è in grado di svolgere autonomamente: in tale ultimo caso, è la cadenza quotidiana che l'atto assume per la propria natura a determinare la permanenza del bisogno, che costituisce la ragione stessa del diritto”.

È stato inoltre chiarito che non assume alcuna rilevanza ai fini del riconoscimento all'indennità in esame la circostanza che la necessità di un concreto e fattivo aiuto fornito da terzi sia perdurante per l'intera giornata potendo anche momenti di attesa, qualificabili come assistenza passiva, alternarsi nel corso della giornata a momenti di assistenza attiva, nei quali la prestazione dell'accompagnatore deve concretizzarsi in condotte commissive (Cassazione 5784/2003).

Appare poi fondamentale considerare come non siano solo le difficoltà motorie invalidanti a dare diritto all'indennità di accompagnamento e come le condizioni di invalidità che stanno alla base di tale diritto non vadano considerate solo come mera esecuzione di un compito motorio semplice, bensì come capacità di utilizzare tutte le apparecchiature e strumentazioni necessarie alla sopravvivenza e capacità di autodeterminarsi.

Con sentenza del 21.01.2005 n° 1268 la Suprema Corte Cassazione ha stabilito che “corollario delle diverse statuizioni dei giudici di legittimità è la configurabilità di un diritto all'indennità di accompagnamento in relazione a tutti quelle malattie che, per il grado di gravità espresso, comportano una consistente degenerazione del sistema nervoso ed una limitazione delle facoltà cognitive (ad es.: Alzheimer e gravi forme di vasculopatia cerebrale), o impedimenti dell'apparato motorio (ad es.: Parkinson), o che cagionano infermità mentali con limitazioni dell'intelligenza, e che, nello stesso tempo, richiedono una giornaliera assistenza farmacologia al fine di evitare aggravamenti delle già precarie condizioni psico-fisiche nonché incombenti pericoli per sé e per altri (es. psicopatie con incapacità di integrarsi nel proprio contesto sociale, o forme di epilessia con ripetute crisi convulsive, controllabili solo con giornaliere terapie farmacologiche).

Condizioni patologiche tutte, queste, che rendono a diverso titolo necessaria una continua assistenza giornaliera, giustificante il riconoscimento dell'indennità di accompagnamento, in attuazione di quegli obblighi di assistenza sociale, il cui adempimento si mostra indispensabile per infermità che, come attesta la realtà fattuale, sono sempre più spesso destinate a gravare sulla vita delle famiglie che vedono uno dei loro componenti colpiti dalle suddette malattie.

In un siffatto contesto ricostruttivo va evidenziato come la capacità del malato di compiere gli elementari atti giornalieri debba intendersi non solo in senso fisico, cioè come mera idoneità ad eseguire in senso materiale detti atti, ma anche come capacità di intenderne il significato, la portata, la loro importanza anche ai fini della salvaguardia della propria condizione psico-fisica; e come ancora la capacità richiesta per il riconoscimento dell'indennità di accompagnamento non debba parametrarsi sul numero degli elementari atti giornalieri, ma soprattutto sulle loro ricadute, nell'ambito delle quali assume rilievo non certo trascurabile l'incidenza sulla salute del malato, nonché la salvaguardia della sua "dignità" come persona.

Infine la Suprema Corte, (Corte di Cassazione, sez. VI Civile – L, ordinanza 22 ottobre – 27 novembre 2014, n. 25225) ha specificato che l'inabile al lavoro, ma in grado di camminare, ha comunque diritto all'accompagnamento se necessita di essere accompagnato per qualsiasi acquisto nei negozi, di avere preparati i cibi e serviti, oltre che di aiuto per ogni operazione di governo della casa. Va, poi, ricordato che il diritto all'indennità in questione spetta sia nel caso in cui il bisogno dell'aiuto di un terzo si manifesti per incapacità di ordine fisico, sia per malattie di carattere psichico. Così, il malato può aver diritto all'indennità di accompagnamento se in grado di deambulare ma non di compiere gli atti quotidiani della vita.

Legge 104 del 5-02-1992

Rubricata come *legge-quadro per l'assistenza, l'integrazione sociale e i diritti delle persone handicappate*, è un provvedimento che mira a tutelare i diritti dei soggetti diversamente abili.

Il presupposto di tale legge è che l'autonomia e l'integrazione possono essere raggiunti garantendo adeguato sostegno alla persona handicappata ed alla famiglia.

La legge, all'art. 3, individua i soggetti aventi diritto al beneficio. In particolare, il comma 1 dell'art. 3 recita: "È persona handicappata colui che presenta una minorazione fisica, psichica o sensoriale, stabilizzata o progressiva, che è causa di difficoltà di apprendimento, di relazione o di integrazione lavorativa e tale da determinare un processo di svantaggio sociale o di emarginazione". Il comma 3 dell'art. 3 recita: "Qualora la minorazione, singola o plurima, abbia ridotto l'autonomia personale, correlata all'età, in modo da rendere necessario un intervento assistenziale permanente, continuativo e globale nella sfera individuale o in quella di relazione, la situazione assume connotazione di gravità. Le situazioni riconosciute di gravità determinano priorità nei programmi e negli interventi dei servizi pubblici".

Rapporto fra invalidità civile e L. 104

La valutazione dell'invalidità civile si basa sulla riduzione della capacità lavorativa, con la conseguente attribuzione di una percentuale. L'art. 1, comma 4, lettera c), del Decreto Legislativo 23 novembre 1988, n. 509, stabilisce che la determinazione della percentuale di riduzione della capacità lavorativa deve basarsi anche sull'importanza che riveste, in attività lavorative, l'organo o l'apparato sede del danno anatomico o funzionale. In altre parole, la riduzione della capacità lavorativa è il concetto che deve essere valutato per determinare la percentuale d'invalidità, individuando anche in questo modo la capacità lavorativa residua.

Nel riconoscimento dello stato di handicap, invece, viene presa in considerazione la difficoltà d'inserimento sociale dovuta alla patologia o menomazione riscontrata. Il concetto di handicap - sempre come definito dalla Legge n. 104/92 - esprime la condizione di svantaggio sociale che una persona presenta nei confronti delle altre persone ritenute normali e si differenzia dalla menomazione (fisica, psichica o sensoriale) che da quella condizione ne è la causa. In altre parole, lo stato di handicap per la sua valutazione tiene conto della difficoltà d'inserimento sociale della persona disabile, difficoltà che è dovuta alla patologia o menomazione di cui una questa persona è affetta.

La diversità dei criteri di valutazione tra l'invalidità civile e la situazione di handicap è importante dal momento che essa può determinare che ad una percentuale di invalidità inferiore al 100%, corrisponda contemporaneamente il riconoscimento della situazione di handicap grave (*ai sensi dell'art. 3, comma 3 della Legge 104/92*).

Di fatto, essendo diversi i criteri di valutazione dei due accertamenti, l'uno non è legato all'altro né in maniera proporzionale né consequenziale, al punto che si può ottenere lo stato di handicap grave anche in assenza di riconoscimento di un'invalidità civile. Espresso in un altro modo, questo significa, come già precisato, che anche in alcuni casi dove la malattia o menomazione non ha dato luogo a un 100%, è possibile avere un riconoscimento di handicap o di handicap grave.

Valutazione del caso

Quanto prima specificato nella parte clinica è utile per comprendere le reali condizioni cliniche del Sig. **XXXX**, soggetto iperteso, diabetico, colpito da ictus ischemico/emorragico ed esiti di pregresse ischemie in sede nucleo-capsulare e all'altezza

della capsula interna. Il danno si è successivamente esteso anche al polte ed al peduncolo cerebrale sinistro. Tali regioni svolgono un ruolo chiave nel determinare l'abilità motoria del paziente e un loro danneggiamento, anche di dimensioni modeste, provoca disabilità significative poiché nello spazio di pochi millimetri sono racchiusi dei centri nervosi delicatissimi il cui malfunzionamento compromette la funzione dell'intero sistema nervoso centrale. Il quadro appare, peraltro, in peggioramento, sia clinicamente, sia strumentalmente, come risulta anche dalle ultime Tac eseguite, che evidenziano, come detto, un'estensione del danno, oltre che a livello nucleo-capsulare, anche al peduncolo cerebrale di sinistra ed al ponte, struttura di importanza fondamentale per il corretto funzionamento del sistema nervoso centrale.

A causa di questo danno neurologico il Sig. **XXXX** soffre di una grave emiparesi destra con arto superiore (dominante) quasi completamente inutilizzabile e mano destra funzionalmente inutile. Per tale ragione il periziato non è assolutamente in grado di vestirsi/svestirsi autonomamente e non può espletare in autonomia altre fondamentali attività della vita quotidiana come la cura dell'igiene personale e la preparazione del cibo. Anche l'arto inferiore omolaterale, seppur in maniera meno grave, risulta compromesso e rende la deambulazione incerta, al punto da richiedere almeno una stretta supervisione.

GIUDIZIO VALUTATIVO INVALIDITÀ CIVILE

In base a quanto prima argomentato si ritiene che il Sig.ra **XXXX** sia **in possesso dei requisiti per ottenere il benefico dell'indennità di accompagnamento.**

GIUDIZIO VALUTATIVO FINALE HANDICAP

Per le ragioni prima espresse si ritiene che il quadro patologico in oggetto, anche in riferimento all'età relativamente giovane del periziato, rappresenti un grave svantaggio sociale e che il Sig. **XXXX** necessiti di un intervento assistenziale permanente e continuativo, motivo per cui **deve essere riconosciuto portatore di handicap ai sensi dell'art. 3 comma 3 L.104/92.**

DECORRENZA

In base a quanto prima evidenziato, considerato che le condizioni cliniche del Sig. **XXXX** non hanno subito un miglioramento, bensì un peggioramento, anche strumentalmente accertato, **si ritiene che il benefico non andasse revocato.**

Si ritiene con la presente di aver assolto l'incarico ricevuto e si rimane a disposizione per qualunque chiarimento.

Sciacca, li **XXXX**