

La presente relazione ottempera all'incarico conferitomi dalla Sig.ra **XXXX**, nata il **XXXX** a **XXXX**, di effettuare una consulenza medico-legale sulle sue condizioni di salute al fine di accertare il grado di invalidità conseguente alle patologie da cui è affetta.

STORIA AMMINISTRATIVA

In seguito a diagnosi di Leucemia Linfatica Cronica la Sig.ra **XXXX** nel **XXXX** inoltrava domanda all'INPS per il riconoscimento dello stato di invalida civile, ottenendo un'invalidità pari al 100%. In seguito a successive visite di revisione la perizianda veniva riconosciuta prima invalida nella misura dell'80% ed in seguito nella misura del 67%. Quest'ultimo giudizio veniva contestato e, a seguito di CTU, veniva quantificata un'invalidità pari all'80%.

In seguito all'ultima visita di revisione, avvenuta in data **XXXX**, l'odierna perizianda veniva riconosciuta invalida con una riduzione permanente della capacità lavorativa pari al 75% e, contestualmente, portatore di handicap in situazione di gravità (comma 3 art.3 L. 104/92).

L'esame obiettivo esperito dalla Commissione INPS evidenziava "deflessione del tono dell'umore, pallore cutaneo, toni cardiaci ritmici parafonici, torace normoconformato, normoespansibile bilateralmente. indossa pannolino".

La diagnosi formulata era di "leucemia linfatica cronica tipo B in follow up, coxartrosi bilaterale, depressione maggiore su base endogena, incontinenza urinaria".

ANAMNESI

Nel **XXXX** diagnosi di Leucemia linfatica cronica per la quale è in strettissimo follow-up (ogni tre mesi). Angiomi multipli del fegato. Dislipidemia ed epatopatia metabolica. Litiasi renale con episodi ripetuti di colica renale per la quale ha fatto ricorso a diversi accessi presso pronto soccorso ospedaliero. Intolleranza ai carboidrati. Difficoltà e dolore alla defecazione con tenesmo rettale. Grave deflessione del tono dell'umore con senso di vuoto, inutilità, anedonia, ansia e perdita d'interesse per la vita quotidiana. Coxalgia con limitazione funzionale. Rachialgia con limitazione funzionale e sindrome vertiginosa. Incontinenza urinaria.

In atto lamenta insonnia, sudorazione profusa, affaticabilità, astenia, lombalgia, cervicalgia con sindrome vertiginosa, coxalgia, pensieri negativi intrusivi, senso di svalutazione.

ESAME OBIETTIVO

Paziente in condizioni generali discrete, orientata nel tempo e nello spazio, collaborante.

Cute e mucose pallide, pannicolo adiposo normorappresentato.

Decubito indifferente, facies ansiosa, tono dell'umore evidentemente deflesso, emergono sentimenti di sconforto, inutilità, anedonia, ritiro sociale.

Stazione eretta mantenuta autonomamente. Deambulazione possibile autonomamente con buona coordinazione motoria.

Torace di forma cilindro-conica normoespansibile; FVT leggermente ridotto, MV fisiologico.

Attività cardiaca ritmica, f.c. 90, p.a. 140/80 mmHg. Toni ritmici, non soffi. Polsi arteriosi presenti e validi.

Addome globoso, poco trattabile per dolenzia diffusa sulla cornice colica, spleno-epatomegalia.

Il rachide lombare presenta limitazione funzionale ai gradi medi in flessione-estensione e medio-ultimi su tutti gli altri piani dello spazio. Contrattura antalgica dei muscoli paravertebrali locoregionali.

Il rachide cervicale presenta limitazione funzionale ai gradi medi in rotazione destra e lateroflessione destra. Alla palpazione si apprezza contrattura muscolare a carico dei muscoli paravertebrali cervicali e del trapezio (bilaterale ma maggiore a destra). Test di Rancurel +, compatibile con IVB.

L'anca destra presenta limitazione funzionale ai gradi medi in intrarotazione e poco oltre i gradi medi su tutti gli altri piani dello spazio.

DIAGNOSI

Leucemia Linfatica Cronica

Depressione maggiore su base endogena

Incontinenza urinaria

Rettocele con prolasso rettale

Angiomatosi del fegato

Litiasi renale con ripetuti episodi di colica renale

CONSIDERAZIONI CLINICHE

Vengono di seguito riportate le caratteristiche cliniche delle patologie maggiormente invalidanti

Leucemia linfatica cronica (*fonte: AIRC.it*)

La leucemia linfatica cronica (LLC) è una neoplasia ematologica che consiste in un accumulo di linfociti nel sangue, nel midollo osseo e negli organi linfatici (linfonodi e milza).

È la leucemia più comune nel mondo occidentale ed è tipica nell'anziano. L'età media alla diagnosi è attorno ai 70 anni e meno del 15% dei casi viene diagnosticato prima dei 60 anni.

Come molti tumori, anche la LLC può essere provocata da fattori ambientali che interagiscono con caratteristiche genetiche dell'individuo. Non sono stati identificati fattori di rischio modificabili dall'individuo, ma diversi studi hanno dimostrato che fattori genetici o familiari possono predisporre allo sviluppo della malattia.

Nei parenti di primo grado di pazienti affetti da LLC l'incidenza è maggiore rispetto a quella osservata in una popolazione normale di controllo.

In più della metà dei pazienti, la LLC viene diagnosticata per caso, nel corso di un esame del sangue eseguito per un'altra ragione, oppure perché si nota un linfonodo ingrossato nel collo, nelle ascelle o all'inguine. Infatti in circa due casi su tre la diagnosi avviene in uno stadio ancora senza sintomi. Il sintomo più frequente è l'adenopatia generalizzata: i linfonodi appaiono di consistenza elastica e non sono dolorosi al tatto; è frequente anche l'ingrossamento di milza (splenomegalia) e fegato (epatomegalia).

Con il progredire della malattia possono comparire altri sintomi comuni anche alle altre leucemie, provocati dall'invasione del midollo osseo da parte delle cellule maligne che soppiantano le cellule ematiche normali. Tali sintomi comprendono stanchezza, pallore e palpitazioni per via dell'anemia ed emorragie per la riduzione delle piastrine. L'aumento dei linfociti impedisce, inoltre, la produzione nel midollo osseo delle altre cellule di difesa: per questo i pazienti sono spesso immunodeficienti e per questo predisposti a infezioni e sintomi come febbre non spiegata, sudorazione notturna, dolori articolari.

Circa 5 pazienti su 100 presentano anche disturbi autoimmuni, cioè producono anticorpi contro il proprio organismo, in particolare contro le altre cellule del sangue, che vengono quindi distrutte (anemia emolitica e piastrinopenia).

Attualmente non è possibile determinare regole precise per la prevenzione della LLC, le cui cause non sono del tutto chiare.

La leucemia linfatica cronica è una malattia dal decorso variabile: alcuni pazienti possono mantenersi stabili per più di 10 anni, mentre altri possono andare incontro a un rapido aggravamento.

Esistono diversi sistemi di stadiazione, che assegnano cioè uno stadio alla malattia in base a parametri predefiniti. I più comuni sono:

- la *stadiazione secondo Rai*, più utilizzata negli Stati Uniti, che divide la malattia in 5 stadi indicati come 0, I, II, III e IV.
- la *stadiazione secondo Binet*, più comune in Europa, che divide la malattia in 3 stadi indicati come A, B e C.

Questi sistemi di classificazione sono molto utili nella pratica clinica, in quanto possono definire la prognosi del paziente in base a semplici caratteristiche cliniche quali la presenza di anemia, piastrinopenia, splenomegalia e/o linfadenopatie.

Vi sono in aggiunta molteplici fattori biologici che sono in grado di definire meglio la prognosi e la risposta ai trattamenti, integrandosi con la stadiazione clinica:

- la presenza di delezioni, cioè la mancanza di una parte dei cromosomi: delezione 13q, delezione 11p, delezione 17p, trisomia 12;
- le mutazioni a carico del gene p53;
- l'analisi del riarrangiamento dei geni delle catene pesanti delle immunoglobuline.

Come accennato in precedenza, i fattori predittivi di risposta alla chemioterapia sono soprattutto la delezione 17p e la mutazione p53.

La leucemia linfatica cronica è una malattia a crescita lenta e di conseguenza, una volta effettuata la stadiazione, non è detto che tutti i pazienti debbano essere subito sottoposti alle terapie. In molti casi il trattamento inizia solo quando la malattia diventa sintomatica, adottando la tecnica del "wait and watch" (cioè si aspetta e nel frattempo si effettuano controlli periodici dell'andamento della malattia).

I criteri per decidere se iniziare la terapia oppure no sono i seguenti:

- il tempo di raddoppiamento del numero dei linfociti (indice della rapidità di diffusione della malattia) in tempo minore a 6 mesi (valido come unico criterio solo in caso di linfocitosi basale > 30000)
- presenza di anemia (emoglobina < 10) o piastrinopenia (< 100000)
- presenza di linfadenopatie > 10 cm o linfonodi che crescono rapidamente
- presenza di splenomegalia sintomatica o progressiva
- presenza di sintomi B quali febbre > 38°C, sudorazioni profuse notturne, calo di peso > 10kg in 6 mesi
- presenza di infezioni recidivanti
- presenza di anemia emolitica non responsiva al cortisone.

Si sottolinea che il valore assoluto dei linfociti non rappresenta da solo un criterio sufficiente per iniziare la terapia, anche quando i linfociti raggiungono valori molto alti. Ciò che conta è la rapidità con cui i linfociti aumentano.

Una volta deciso che occorre trattare la malattia, oggi vi è un ampio spettro di terapie per la LLC. La scelta viene fatta in base all'età del paziente, alle malattie concomitanti e alle caratteristiche della LLC. La prima linea di trattamento consiste in un anticorpo monoclonale anti CD20 associato a chemioterapia (ovvero la cosiddetta chemioimmunoterapia). Il rituximab è l'anticorpo monoclonale più utilizzato, ma oggi vi sono anche altri anticorpi antiCD20, quali ofatumomab e obinotuzumab, che si possono utilizzare in combinazione alla chemioterapia.

Se vi è la presenza di delezione 17p o mutazione p53, ovvero in caso di LLC solitamente resistente alla chemioterapia, oggi esistono nuovi farmaci molecolari efficaci. È importante pertanto definire la presenza o meno dei fattori di rischio biologici prima di iniziare qualsiasi trattamento.

I nuovi farmaci approvati in prima linea di trattamento sono l'ibrutinib e il venetoclax (quest'ultimo in caso di controindicazioni o non risposta a ibrutinib). Per le linee di terapie successive è possibile utilizzare anche idelalisib. Infatti, questi farmaci possono essere anche utilizzati nei casi di LLC in recidiva in assenza di delezione 17p o mutazione p53, in particolare in caso di recidiva precoce dopo chemio-immunoterapia. I nuovi farmaci, agendo su un bersaglio preciso ed essendo quindi più efficaci e meno tossici, hanno completamente cambiato la prognosi e la fattibilità delle terapie nei pazienti con LLC e si attende un loro più ampio e precoce utilizzo nel decorso della malattia. Il loro potenziale svantaggio risiede nel dover essere presi continuativamente, come una terapia cronica, e la mancanza di dati numerosi nel lungo termine.

Oggi il trapianto di cellule staminali allogeniche è indicato in casi selezionati di pazienti giovani con recidiva di LLC e con caratteristiche biologiche sfavorevoli.

Disturbo depressivo maggiore

Il disturbo depressivo maggiore (noto anche come depressione clinica, depressione maggiore, depressione unipolare, disturbo unipolare o depressione ricorrente, nel caso di ripetuti episodi) è un disturbo dell'umore, caratterizzato da episodi di umore depresso accompagnati da una bassa autostima e perdita di interesse o piacere nelle attività normalmente piacevoli. E' una malattia invalidante che colpisce negativamente la vita familiare, la vita lavorativa e lo studio della persona colpita, interferisce con l'alimentazione,

il sonno e lo stato di salute generale. Nella antichità, il medico greco Ippocrate descrisse la condizione di melanconia come una malattia distinta con particolari sintomi mentali e fisici e caratterizzò tutte le "paure e scoraggiamenti, che durano a lungo" come sintomatici di essa. Questa descrizione è simile a quella che oggi si fa della depressione, la quale presenta ulteriori sintomi, quali tristezza, sconforto e scoraggiamento e spesso paura. Dal punto di vista epidemiologico la depressione è la prima causa di disfunzionalità nei soggetti tra i 14 e i 44 anni di età, precedendo patologie quali le malattie cardiovascolari e le neoplasie. Le cause che portano alla depressione sono ancora oggi poco chiare ma i dati disponibili suggeriscono che la depressione sia una combinazione di fattori genetici, ambientali e psicologici. Un paziente che sperimenta un episodio depressivo maggiore in genere mostra un umore molto basso, che pervade tutti gli aspetti della vita, e l'incapacità di provare piacere nelle attività che in precedenza gli suscitavano godimento (anedonia). Le persone depresse possono apparire preoccupate, avere pensieri e sentimenti di inutilità, senso di colpa inappropriato o rammarico, impotenza, disperazione e odio di sé. Nei casi più gravi, le persone depresse possono avere sintomi di psicosi. Questi sintomi comprendono deliri o, meno frequentemente, allucinazioni, di solito spiacevoli. Altri sintomi della depressione includono scarsa concentrazione e memoria (in particolare in quelli con caratteristiche melanconiche o psicotiche), ritiro sociale e dalle attività, riduzione del desiderio sessuale e pensieri di morte o di suicidio. L'insonnia, che colpisce almeno l'80% delle persone depresse, è comune tra i depressi: nel caso tipico, una persona si sveglia molto presto e non può tornare a dormire. I pazienti sono trattati con farmaci antidepressivi e spesso anche con la psicoterapia. L'ospedalizzazione può essere necessaria quando vi è un auto-abbandono o quando esiste un significativo rischio di danno per sé o per altri. Il decorso della malattia è molto variabile, da un episodio della durata di alcune settimane a un disordine perdurante per tutta la vita con ricorrenti episodi di depressione maggiore. Gli individui depressi hanno un'aspettativa di vita più breve rispetto a quelli senza depressione, in parte a causa di una maggiore suscettibilità alle malattie e al suicidio.

Valutazione del caso

Nel caso in oggetto la Sig.ra **XXXX** è affetta da un quadro patologico psico-fisico altamente invalidante. La paziente soffre di leucemia linfatica cronica in stadio III/A, come certificato dall'U.O. di Ematologia dell'Ospedale di **XXXX** dove la paziente veniva visitata in data **XXXX**. In quella sede veniva specificata la diagnosi di leucemia linfatica cronica a cellule B, stadio III/A, inquadrata al codice ICD-9 n° 204.10 (LLC senza menzione di remissione). Veniva inoltre specificato che "per la patologia in oggetto che condizione iperleucocitosi, splenomegalia e linfadenomegalie, al momento non esegue alcuna terapia mirata ma effettua frequenti controlli clinici e laboratoristici, mirati ad evidenziare la progressione di malattia, la sua possibile evoluzione in un quadro aggressivo e/o l'individuazione di neoplasie secondarie. Non è prevedibile la durata della stabilità della malattia né la tempistica di inizio di terapia chemioterapica".

La paziente soffre anche di incontinenza urinaria, come già verificato dalla commissione INPS, e di depressione endogena. Per quanto riguarda quest'ultimo quadro clinico la Sig.ra **XXXX** in data **XXXX** veniva sottoposta a visita presso il Dipartimento di Salute Mentale di **XXXX** successivamente alla quale veniva posta diagnosi di "depressione maggiore su base endogena, episodio ricorrente, grave, senza menzione di comportamento psicotico" e

prescritta terapia così strutturata: Duloxetina 60 mg die, Mirtazapina 30 mg che. Lorazepam 2,5 mg cp: 1/2 cp x die.

La documentazione mostrata evidenzia anche una disfunzione del pavimento pelvico, con rettocele anteriore associato a prolasso mucoso del retto ed invaginazione retto-rettale. Questo quadro clinico comporta stipsi di tipo terminale (localizzata nell'ultima parte del tubo digestivo), sensazione di incompleta evacuazione, emissione in più volte di scarsa quantità di feci, prolungato ponzamento, necessità di eseguire manovre di svuotamento manuale per consentire la defecazione, senso di peso anale e perineale che tende ad accentuarsi con la stazione eretta e dopo la defecazione, tenesmo, dolore addominale e sacrale.

Sono documentati, inoltre, diversi accessi in pronto soccorso per colica renale, un quadro di ipertensione diurna, verosimilmente legata allo stato depressivo maggiore, un'angiomatosi epatica con aumento degli enzimi epatici, un quadro di coxalgia, cervicgia con IVB e lombalgia.

CONSIDERAZIONI MEDICO-LEGALI

Invalidità civile

L'invalidità civile è una condizione prevista dall'ordinamento giuridico a cui vengono correlati una serie di diritti. Per invalidità civile, infatti, si intende la difficoltà a svolgere le funzioni tipiche della vita quotidiana o di relazione a causa di una menomazione o di un deficit fisico, psichico o intellettuale, della vista o dell'udito. L'invalidità civile, secondo la normativa, è quindi una riduzione permanente della capacità a svolgere attività lavorativa non inferiore a un terzo e non deve derivare da cause di servizio, di guerra o di lavoro. Tale invalidità viene espressa in percentuali e vengono riconosciuti ai soggetti invalidi benefici diversi a seconda della loro percentuale di invalidità.

Invalidità civile 100%

Si considera soggetto invalido al 100% colui che, a causa di una menomazione o di un deficit fisico, non riesce più a camminare regolarmente senza un accompagnatore, né a svolgere le più elementari azioni della vita quotidiana (muoversi in casa, vestirsi, mangiare) e chi ha manifestato una totale e permanente inabilità lavorativa.

Mentre negli adulti dai 18 ai 65 anni (per usufruire dei diritti dell'invalido al 100%) è necessario che sia certificato un grado di invalidità civile effettivamente pari al 100%, per i minorenni e gli ultrasessantacinquenni tale percentuale non è richiesta (in quanto si ritiene che non sia possibile presumere, né tantomeno dimostrare, una loro capacità di lavoro); ciò significa che è sufficiente che essi abbiano una difficoltà a deambulare da soli tale da rendere necessaria una continua assistenza perché siano considerati invalidi al 100%.

Valutazione INPS

Si ritiene che la valutazione della Commissione INPS per l'accertamento dell'Invalidità Civile sia errata nel metodo e nel merito.

Nel metodo perché nel verbale si fa riferimento solo alla tabella di cui al COD. 9323 "NEOPLASIE A PROGnosi FAVOREVOLE CON GRAVE COMPROMISSIONE FUNZIONALE" che assegna un punteggio fisso del 70%, a fronte di un punteggio finale del 75%.

Nel merito perché appare impossibile, partendo dalla tabella prima indicata (la cui applicazione pare corretta) e considerando le altre diverse patologie evidenziate dalla stessa commissione, non ultima la depressione maggiore, giungere ad un punteggio finale del 75%.

Valutazione quantitativa dell'invalidità

Nel caso in oggetto il calcolo riduzionistico secondo la formula di Balthazard della sola patologia oncologica e psichica, valutando quest'ultima al massimo tabellare e considerando la certificata presenza di episodi gravi e ricorrenti, porta ad una valutazione dell'invalidità nella misura del 94% (COD. 9323 70% + COD. 2210 80%).

Aggiungendo le altre patologie in oggetto, considerato inoltre che tali patologie incidono sulla capacità lavorativa "semispecifica" o specifica in quanto la periziata svolgeva l'attività di fisioterapista che comprende la mobilizzazione/movimentazione di arti, l'assistenza del paziente alla deambulazione, la permanenza per molte ore in stazione eretta ecc...appare d'obbligo applicare la consentita oscillazione fino a 5 punti sul punteggio tabellare in senso maggiorativo.

Tutto ciò premesso nel caso in oggetto appare congrua una valutazione dell'invalidità permanente nella misura del 100% (cento per cento).

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

Sciacca, lì **XXXX**